



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EVALUACION DE LA DEPRESION EN AMPUTADOS Y  
LESIONADOS MEDULARES; HOSPITALIZADOS,  
AMBULATORIOS Y DEPORTISTAS.

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**HARO DE LOERA JOSE ANTONIO**

DIRECTOR DE TESIS: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA



**FACULTAD  
DE PSICOLOGIA**

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DEL 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Facultad de Psicología, por enseñarme que las limitantes van más allá de una rampa de acceso.

A la Dra. Amada Ampudia Rueda, por su atinada dirección y buena voluntad.

**Dedicada a:**

Mis Padres; por una vida de voluntad, por ser, estar y  
permanecer en pie de lucha

A mi querido Profesor; por ser mi hermano,  
mentor y amigo

A mi hermano Gustavo; por ser mis manos, mis pies  
y mi corazón

A mi hermano Fer; por enseñarme el valor  
de la nobleza

Al verdadero Juan Gaviota que todos llevamos dentro.



## INDICE

RESUMEN.....	01
INTRODUCCIÓN.....	02
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>04</b>
Antecedentes teóricos.....	04
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>16</b>
La depresión (clasificación).....	16
La depresión según sus posibles factores causales.....	23
Perspectivas ideológicas acerca de la depresión.....	24
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>36</b>
Discapacidad; lesión medular y amputación.....	36
Clasificación de las discapacidades.....	36
Problemas psicológicos en las lesiones medulares y amputaciones.....	47
Problemas sociales para la integración de personas discapacitadas.....	54
Estigmas y efectos en la discapacidad y sexualidad.....	57
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>62</b>
Metodología.....	62
Planteamiento del problema y justificación.....	62
Objetivos.....	64
Hipótesis.....	64
Variables.....	65
Muestra.....	66

Tipo de estudio.....	67
Diseño de investigación.....	67
Instrumento.....	68
Procedimiento.....	69
Análisis estadísticos.....	72
<b>CAPITULO V</b> .....	73
Resultados amputados / lesionados medulares.....	73
Resultados; amputados.....	78
Resultados; lesionados medulares.....	81
Resultados amputados y lesionados medulares.....	85
<b>CAPITULO VI</b> .....	93
Discusión.....	93
Conclusiones.....	99
ALCANCES Y LIMITACIONES.....	103
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	105
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I. Inventario de auto evaluación de la depresión . WWK. Zung .....	116
Anexo II. Hoja de información Personal.....	117

## **Evaluación de la Depresión en Amputados y Lesionados Medulares, Ambulatorios, Deportistas y Hospitalizados.**

**Resumen:** En el presente estudio se hace una medición de los niveles depresivos en un grupo de personas con discapacidad; lesionados medulares y amputados. Pero a diferencia de otras investigaciones y, en particular; con lesionados medulares (Elliot, Godshall, Herrick, Witty y Spruell (1991); Frank, Elliott, Corcoran y Wonderlich, (1987); Wortman y Silver (1989) aquí, la depresión se evaluó bajo tres condiciones diferentes; el estar hospitalizado, practicar algún deporte o ser ambulatorio. Se describen algunos puntos importantes de las diferentes perspectivas de abordaje teórico, así como también; se hace mención de las diferentes etapas por las que pasan los lesionados medulares y amputados al momento que se evidencia su discapacidad. En el estudio se considero una muestra de 75 personas, 37 amputados y 38 lesionados medulares, que cumplen con las características de estar hospitalizado o practicar algún deporte o dedicarse a cualquier otra cosa, exceptuando los dos puntos anteriores, a lo cual se le da el nombre de ambulatorio. A los sujetos se les aplico el inventario de auto evaluación de la depresión de W.W.K. Zung (1965) y se les tomaron datos como la edad, edo. Civil, tiempo de evolución, como adquirieron la discapacidad, si tenían intentos suicidas, etc. Esto con el fin de tener un parámetro para comparar los resultados obtenidos por los diferentes grupos. Posteriormente, se realizaron los análisis estadísticos correspondientes, con el fin de verificar las correlaciones o diferencias entre los diferentes grupos. Las pruebas estadísticas aplicadas fueron: análisis de varianza de una vía y para dos o más variables independientes, usando el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS 10.0). Por lo tanto, se estimó, la presencia del trastorno depresivo en la muestra estudiada, además de revisar si es más intenso o no entre los diferentes grupos y sexos. Los resultados mostraron la presencia de porcentajes altos en los niveles depresivos de la muestra así como también; diferencias significativas entre la condición médica, el sexo, el tiempo de evolución, el cómo se adquirió la discapacidad, la escolaridad y el consumo de tabaco y alcohol y su correlación con los índices depresivos. Se concluye que los discapacitados hospitalizados son quienes presentan valores más altos de depresión y que los discapacitados que realizan algún deporte tienen niveles que no muestran patología.

## INTRODUCCIÓN

Durante las dos décadas pasadas, se realizaron diversos estudios con el fin de buscar una relación o causalidad entre la discapacidad y la presencia del trastorno depresivo, pero los resultados encontrados varían de uno a otro. A continuación, se mencionan brevemente algunos de ellos, resaltando solo lo referente a los hallazgos de la depresión, considerando anticipadamente, que se trata de estudios con personas lesionadas medulares en su mayoría. Algunos de los resultados aparecen enseguida:

Fullerton, Harvey, Klein y Howell (1981), con una primera muestra de 22 sujetos encontraron que sólo el 27.7% de los pacientes estudiados experimentaban algún tipo de desorden depresivo. En una segunda investigación y ampliando la muestra a 30 el 50% de los sujetos de la muestra no cumplió los criterios para ningún desorden depresivo; el 23.3% de los sujetos tenía uno o más diagnósticos previos a la lesión; el 6.6% de los pacientes tenía episodios depresivos pre lesión y el 26.6% desarrolló episodios depresivos dentro del mes posterior a la lesión, en tanto que uno de los sujetos de la muestra no evidenció dichos episodios hasta tres meses después. Del mismo modo, Frank, Kashani, Wonderlich, Lising y Visot (1985) con una muestra formada por 32 lesionados medulares encontraron resultados similares.

Rohde, Lewinson y Seeley (1990), encontraron que después de un episodio de depresión, los sujetos recuperados describían sus aptitudes sociales y su salud como más degradada y su dependencia interpersonal como mayor que la del grupo control.

La reacción a una pérdida es idiosincrásica, a veces cíclica y depende de una o varias áreas; intra personal, interpersonal, social, etc.(Bas, Gala y Díaz; 1995) Folkman y Lazarus, (1986-1988) sostienen que “No podemos hablar de estresores universales ni por lo tanto de reacciones universales”. Algunos otros han llegado a sugerir cosas tales como “Las características del sujeto pueden funcionar como variables que interfieren en las respuestas emocionales y la depresión post lesión” (Trieschmann, 1980). Tucker (1980) creía que los pacientes que experimentaban una depresión inicial tenían un mejor pronóstico para la rehabilitación.

La edad del sujeto en el momento de la lesión y el sexo (Frank, Elliott, Wonderlinch, Corcoran, Unlauff y Ashkanazi; 1987), han sido dos de las características consideradas.

Otro tipo de estudio es el reportado por Martin, Izquierdo, Copa, Ferrari, Nogales, Avellaneda y Posada de la Paz, (2001) quienes llevaron a cabo una investigación sobre la asociación entre discapacidad y minusvalía en pacientes del síndrome de aceite tóxico calificados de incapacidad permanente. Los autores plantean que el Síndrome de Aceite Tóxico es una enfermedad crónica que produce un elevado número de secuelas. En diciembre de 1997, del total de 17.837 pacientes, 3.477 habían sido valorados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y calificados por grado de Incapacidad Permanente (IP). Por lo que plantearon como objetivo valorar la asociación entre minusvalía, discapacidad y depresión en los pacientes del SAT con IP. En el método consideraron una muestra aleatoria de 292

pacientes clasificados con invalidez permanente del total de inválidos de la cohorte de SAT, en Madrid (n=2.446). La valoración de discapacidad se obtuvo mediante un cuestionario basado en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía de la OMS. La minusvalía se ha medido con la London Handicap Scale. Como medida global de discapacidad, se consideró el número de escalas que presentan. Para valorar la depresión se utilizó la Escala del Golberg. Se realizó un análisis univariado para estudiar la asociación entre minusvalía y discapacidad, considerado las variables como ausentes o presentes. Para el análisis multivariado ajustado por edad y sexo, se utilizó el procedimiento GML de SAS, utilizando la  $R^2$  como medida de la fuerza de la asociación entre la minusvalía y las variables explicativas (categoría de discapacidad y depresión). Para obtener los resultados, se entrevistaron 214 sujetos, con una tasa de respuesta de 73,3%. El 66,4% fueron mujeres. La mediana de edad es de 62 años (rango 20-85). La mediana de minusvalía es de 78 (rango 25-100) y la mediana del total de discapacidades medidas es de 7 (rango 0-28). La minusvalía y la discapacidad están fuertemente asociadas, explicando hasta el 59% de la varianza. Las categorías de discapacidad más relevantes son: de conducta ( $R^2 = 0.59$ ), permaneciendo el sexo en el modelo; de disposición del cuerpo ( $R^2 = 0.58$ ); de cuidado personal y de locomoción ( $R^2 = 0.54$ ). La depresión, como variable explicativa, mejora el modelo fundamentalmente en las restantes categorías: de comunicación, de situación y de destreza, sin modificar el efecto del resto de las variables. En el estudio concluyen que:

- 1) La minusvalía no se puede explicar por el número total de discapacidades, la edad o el sexo, sino que depende de la categoría de la discapacidad.
- 2) El sexo únicamente influye cuando se analiza la discapacidad de conducta.
- 3) La depresión influye en la valoración de la minusvalía, de tal manera que las diferencias en función de la categoría de la discapacidad se atenúa, cuando se considera ésta.

En cuanto a la amputación tenemos como referencia un estudio hecho por Randall, Ewalt y Blair, (1945) que evaluó a 100 amputados veteranos del ejército estadounidense, por medio del test de Rorschach y entrevistas psiquiátricas, encontró en este grupo de personas, sentimientos de vergüenza, auto-compasión, preocupación por la familia, depresión y ansiedad.

Más allá de los resultados de los diversos estudios, debería quedar sentado, que los abordajes metodológicos son tan variados y tan inestables en forma, tiempo y procedimiento, que los resultados no son generalizables para las diferentes poblaciones, por lo que sería importante establecer pautas y criterios más o menos similares dentro de la metodología formal de investigación que nos llevaran a obtener resultados precisos y aplicables a un contexto poblacional más amplio, ya que de ser así, podrían implementarse planes generales de tratamiento e intervención para los sectores que se hubieran estudiado y se contara con información verídica al respecto; en este caso y en forma más específica, sobre los procesos depresivos y las diversas discapacidades, recordando que la depresión puede ser un factor incapacitante que quedaría aunado a la ya de por sí, incapacitante situación vital (lesión medular y/o amputación).

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES TEORICOS

Uno de los padecimientos más frecuentes en nuestros días es la depresión, misma que ha tenido un incremento considerable en los últimos tiempos. Ahora bien, es de pensar que si se aúna la facultad discapacitante de la depresión a la adquisición o presencia de una limitación física, el daño o grado de sufrimiento que experimentará la persona será de significancia y atentará al pleno desarrollo social, familiar, laboral, e individual del sujeto que las padece.

Mientras tanto, investigadores de todo el mundo o profesionales en salud mental han intentado identificar las causas, correlaciones, variables, y cualquier otro factor que esté o pueda estar involucrado en la relación entre depresión y limitación física o discapacidad. Por tanto, existen muchos trabajos, investigaciones y evaluaciones que han abordado el trastorno depresivo y su relación con diversas enfermedades incluidas en ellas las discapacidades, desafortunadamente pocas de ellas pueden ser generalizables a una población más amplia de individuos con características similares, esto debido a gran variedad de factores que limitan este tipo de investigación, baste mencionar la problemática para la conformación de muestras que estadísticamente puedan ser representativas.

Así pues, la depresión se ha estudiado en correlación con enfermedades como la esclerosis múltiple, alteraciones cardíacas, dolor crónico, problemas del desarrollo, problemas de lenguaje, deficiencia mental, lesiones medulares, amputación de algún miembro, etc. Por tanto, es importante revisar aquellas investigaciones que puedan contribuir con conocimientos empíricos a los objetivos del presente trabajo, que se refieren a: “Evaluar los niveles depresivos en dos grupos de personas discapacitadas, amputados y lesionados medulares, que se encuentran en tres situaciones vitales diferentes, sean estas; hospitalizados, ambulantés y deportistas”. “Analizar si existen diferencias significativas en los niveles depresivos entre los grupos; amputados y lesionados medulares, formados por discapacitados, hospitalizados, ambulatorios y deportistas” y “Analizar si existen diferencias significativas entre los niveles depresivos obtenidos por los hombres y por las mujeres de la muestra estudiada”.

La depresión es un problema común que sigue a una lesión de la medula espinal y posiblemente es una variable estudiada en esta población (Boekamp, Overholser, Schubert, 1996; Elliot, y Frank, 1996; Frank, et. al 1987; Overholser, y Schubert, 1993). De ahí, que la valoración del trastorno depresivo, así como la investigación de los posibles contextos donde este pudiera ocurrir puede ser importante, ya que abriría una perspectiva acerca del problema, más amplia y quizá, complementaria.

Algunos estudios con resultados bastante ilustrativos muestran, por ejemplo que: de 30% a 40% de los individuos con lesión medular desarrollaran un desorden depresivo (Frank, Elliot, Corcoran, Wonderlich, 1987; Craig Hanckok, Dickson, 1994; Hanckok, et. al 1993; Kennedy, y Rogers, 2000) y entre un 20% y un 25% experimentará un desorden de ansiedad (Hanckok, et. al 1993; Kennedy, y Rogers, 2000), Demirel, Yilmaz, Kesiktas, (1998) evaluaron

a 25 sujetos con lesión medular, y en los cuales encontraron que un 52% de ellos sufría ansiedad, y un 61% padecía depresión; esto después de haber aplicado los inventarios de auto evaluación de la depresión Zung, Hamilton, y Beck, y el inventario de ansiedad rasgo y estado (IDARE). Observaron además, que los pacientes con complicaciones severas como dolor, espasticidad y las heridas de presión, estaban significativamente más ansiosos y más deprimidos. Llegaron a la conclusión: los pacientes que tienen apoyo social menor y en los cuales el estado funcional es más pobre son más propensos a padecer problemas psicológicos. Judd, y Kunovac, (1998) mencionan que hay un predominio alto de depresión, que sigue a una lesión medular. La depresión prevalece de 3 a 5 veces más en los centros de rehabilitación, que el 6% encontrado en los grupos comunitarios (Frank, Chaney, Clay, Shutty, 1992) Otros investigadores (Krause, Kemp, Coker, 2000) consideran que los grupos minoritarios y las mujeres, están substancialmente en un alto riesgo para presentar síntomas depresivos. Puede ser preocupante la ocurrencia de trastornos reportada por Craig, Hancock, Dickson, (1994) ya que estima que un 30% de los individuos experimentan depresión o ansiedad después de dos años de la lesión. El suicidio es mayor de dos a seis veces en las poblaciones con lesión medular que entre la población en general (Charlifue, Gerhart, 1991).

Otros de los aspectos que se han estudiado por su relación con la depresión son; el uso/abuso de fármacos, drogas y/o alcohol, cáncer y la calidad de vida. Respecto a lo anterior. Fruehwald, Laeffler-Stastka, Eher y Saletu, (2001) realizaron una investigación con 60 pacientes con una edad media de 38 años y medio, de una clínica para enfermos con esclerosis múltiple ambulatorios, donde evaluaron síntomas de ansiedad (Zung Anxiety Scale) y depresión (Zung depresión Scale), así como la relación salud-calidad de vida y se consideró además el tiempo de evolución. Los resultados muestran que había una relación muy significativa entre la depresión así como la ansiedad y la calidad de vida auto evaluada. La depresión resultó ser un predictor fuerte para la reducción en la calidad de vida. Concluyen, que los estudios clínicos, que buscan registrar el criterio en la evaluación de la relación salud-calidad de vida de personas con esclerosis debe considerar el predominio de desórdenes depresivos y en efecto decisivo de esta, en la calidad de vida auto evaluada de los pacientes afectados. Kemp (1999) afirma, que poder desarrollar y mantener una positiva o alta calidad de vida después de una discapacidad es uno de los resultados más importantes en la rehabilitación. Pero una negativa o baja calidad de vida también puede ocurrir, especialmente cuando la persona regresa a la comunidad. Además, con la edad e invalidez muchos cambios se experimentan en la salud y funcionamiento. En la investigación de Kemp, (1999) el propósito era; examinar las relaciones entre calidad de vida positiva-negativa y actividades comunitarias; las relaciones entre calidad de vida, depresión y satisfacción en la vida, respecto a la edad. La muestra que utilizaron incluyó, personas entre los 24 y 94 años de edad con una variedad de deterioros; secuelas de polio, lesión medular, parálisis cerebral, etc. Los resultados a los que llego refieren que el mantener actividades en la comunidad se relaciono significativamente a la calidad de vida. La edad actual y la rescencia de la discapacidad juegan un papel no significativo en la calidad de vida-negativa, pero se relaciona de forma significativa con una calidad de vida positiva. Al respecto, McColl, Skinner, (1995) Elliot, Shewchuk, (1995) probaron el supuesto de la mediación de efectos en la depresión y la asociación del apoyo social y las actividades de ocio entre hombres con invalidez severa. Se administraron medidas de apoyo social, depresión y actividades de ocio a 104 hombres cercanos a los 42 años de edad recibidos en una unidad de servicios para personas con lesión medular en la Veteran's



Administration Medical Center. El análisis reveló que las actividades de ocio eran un predictor directo. Elliot, Herrick Patti, Witty, (1991) revisaron factores similares obtenidos de entrevistas realizadas a 156 personas, hospitalizados y ambulatorios de 18 a 83 años de edad que recibían cuidados para personas con lesiones medulares, y se administraron medidas de asertividad, apoyo social, depresión, y deterioro psicosocial. Los sujetos que informaron un alto sentido de responsabilidad para el bienestar de otros reportan más depresión y deterioro. Los sujetos que forman niveles más altos de apoyo que faciliten la integración social estaban menos deprimidos. Varias interacciones significantes entre la asertividad y diferentes relaciones en el apoyo social, revelaron efectos benéficos en la conducta depresiva y el deterioro secundario a la invalidez.

Los diversos estudios abren un panorama amplio y divergente sobre los padecimientos físicos y sus correlatos psicológicos, pero existen otros que involucran los extensos ámbitos familiares y sociales. De Vivo, Hawkins, Richards, y Go, (1995) afirman que la proporción de divorcios en los matrimonios son más altas para aquellos con una lesión medular que en la población en general. Dentro de este rubro tenemos trabajos como los de Holicky, y Charlifue (1999) que mencionan que su investigación ofrece amplia evidencia en la cual puede verse que el apoyo del esposo(a) es un factor que contribuye importantemente para que los lesionados medulares “viejos” continúen con una buena salud y bienestar. Hacen referencia acerca de que de hecho, los(as) esposos(as) pueden ser el elemento más importante en la rehabilitación exitosa y el cuidado en casa a largo plazo de la persona con lesión medular. Su estudio fue realizado de forma longitudinal con 225 lesionados medulares Británicos que vivieron casados un largo periodo; evaluando el impacto en la calidad general de vida, la depresión, el estrés y la integración a la comunidad. Los resultados demostraron que los individuos casados tenían menos depresión, mayor satisfacción en la vida, buen estado psicológico y una buena percepción de su calidad de vida. Mencionan además, que al controlar la edad, la rescencia de la lesión y el genero, el estado matrimonial era un predictor significativo en la buena percepción de la satisfacción y calidad de vida. Rohde, et. al (1990), encontraron que después de un episodio de depresión, los sujetos recuperados describían sus aptitudes sociales y su salud como más degradada y su dependencia interpersonal como mayor que la del grupo control.

La incertidumbre generada por el cambio y por el envejecimiento aunado a la discapacidad, es otro de los campos que se han estudiado habitualmente. De ahí, que para controlar o reducir la invalidez que se asocia al envejecimiento, algunos investigadores han tratado de aportar información, teoría o metodología encaminada al apoyo de los grupos “vulnerables”. Young (1998) realizó investigación al respecto, misma que tenía como objetivo: desarrollar y evaluar una intervención grupal para reducir la invalidez asociada al envejecimiento, para incrementar la calidad de vida. La intervención propuesta y llevada acabo estaba compuesta de seis semanas, con un taller en formato grupal. Este taller era el refinamiento y modificación de un programa validado empíricamente y desarrollado por el Rural Institute on Disabilities para la reducción de la discapacidad asociada con la lesión medular. El programa tenía bases cognitivas-conductuales. Los componentes de la intervención incluyeron el establecimiento de metas, solución de problemas, manejo de la depresión, entrenamiento en comunicación, información en salud y técnicas para el mantenimiento del cambio. Los participantes se colocaron en uno de dos grupos, (1) el grupo de trabajo, (2) un grupo de comparación que solo recibió un estudio exterior por correo. La hipótesis que manejó



el autor era: que los participantes del grupo de trabajo tendrían mejoras significantes, mayores a las del grupo de control, en cuanto a las medidas de (1) la invalidez y estado de salud, (2) la depresión, (3) la calidad de vida y, (4) la disminución en el uso de los servicios de salud. Sin embargo, según Young (1998) aunque los análisis iniciales no revelaron ningún aspecto estadísticamente significativo en la invalidez, depresión, la calidad de vida o la utilización de los servicios de salud; había tendencias negativas en el nivel de invalidez y depresión. Para Craig, Hancock, Chang, y Dickson, (1998) la terapia de grupo, cognitiva-conductual para pacientes lesionados medulares que están anormalmente deprimidos y ansiosos, parece reducir el humor depresivo y ansiedad a corto o largo plazo. Y es de gran beneficio a pacientes lesionados medulares que informan niveles elevados de humor depresivo (terapia de grupo) (Craig, Hancock, Dickson, y Chang, 1997)

Por su parte, McIvor, Riklan, Reznikoff, (1984) administraron el WAIS y el Beck Depression Inventory y evaluaron el apoyo social percibido a 120 personas entre los 23-71 años de edad con esclerosis múltiple ambulatorios, para determinar la relación entre la depresión y la enfermedad estudiada. Evaluaron también el grado de invalidez de los sujetos dos neurólogos usando una escala estandarizada. Los resultados que obtuvieron muestran que los sujetos más deprimidos son los que tienen grado de invalidez mayor, son más viejos y que perciben el apoyo social de sus familias y amigos como menores que los sujetos que estaban menos deprimidos. Una observación más que hacen es que los sujetos que habían experimentado una remisión por lo menos, estaban menos deprimidos que aquellos que nunca habían tenido una. De ahí que; Stevenson, Playford, Langdon, y Thompson, (1996) mencionan que “deben evaluarse el apoyo social y los estresores recientes para identificar a los pacientes de alto riesgo para la depresión. Según Tate, Forchheimer, Maynard, y Dijkers, (1994) la depresión durante los dos primeros años es más alta entre los pacientes con lesión medular que perciben más incapacitante su padecimiento.

Otros autores consideran que los lesionados medulares se deprimirían menos si se creara su independencia, desarrollaran una fuerte autoestima, y mantuvieran relaciones favorables con la familia (Boekamp, et. al 1996)

Dentro de los diferentes tipos de estudios que se han realizado para determinar la presencia del trastorno depresivo en las diferentes condiciones de vida, sobresalen algunos que por las variables que evalúan pueden considerarse de trascendencia. En los párrafos anteriores se han mencionado algunos de ellos. Ahora, baste mencionar sólo dos o tres áreas más donde se han hecho indagaciones; respecto al trabajo se puede mencionar una investigación realizada por Schade, Semmer, Main, Hora, y Boos, (1999). Ellos estudiaron a 46 pacientes que sufren disectomía lumbar, y tres tipos de variables (de actos médicos que incluyen imaginaria de resonancia magnética para identificar anomalías morfológicas, factores psicológicos generales y aspectos psicosociales de trabajo). El análisis se realizó con respecto a su valor predictivo por el resultado de la cirugía del disco lumbar a dos años de continuación. Los autores usaron el análisis de regresión múltiple y trabajaron con las variables: alivio del dolor, reducción de la invalidez en actividades diarias, regreso al trabajo y el resultado quirúrgico. Se identificó que el compromiso de la raíz nerviosa y el apoyo social del esposo eran predictores independientes del dolor, dos años después de la cirugía. El volver a trabajar entre los dos años después de que la cirugía, predijo, la mejora de la depresión y la tensión mental profesional.

Sin embargo, el hallazgo más importante de este estudio fue que el regreso al trabajo no fue influenciado por ningún hallazgo clínico o alteración morfológica identificada (resonancia magnética) solamente por factores psicológicos (depresión) y aspectos psicosociales laborales (tensión mental profesional). Este estudio muestra, la importancia que el aspecto laboral puede tener dentro de un proceso integral de rehabilitación para las personas con algún grado de discapacidad, aunque no es éste el único factor necesario para llegar a tal fin. Boekamp, Overholser, Schubert (1996) afirma que el ataque depresivo ocurre entre los tres y seis meses después de la lesión medular y puede tener base biológica.

Otros autores (Taylor, Creed, y Hughes, 1997) han tratado de establecer una relación entre la aparición del trastorno depresivo y alguna patología orgánica. Estos investigadores trataron de probar la hipótesis de que la depresión en pacientes que son considerados para realizarles una cirugía cervical de disco, esta asociada con una patología orgánica severa, e investigaron si la depresión y las actividades anormales hacia la enfermedad serían predictores de una recuperación más pobre. En su estudio examinaron antes de la cirugía cervical a 74 pacientes entre los 40 y 61 años de edad con dolor e invalidez por artrosis cervical. La prevalencia de desórdenes psiquiátricos se valoró usando la Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, y la actitud a la enfermedad usando la Illness attitude scales. Dentro de los resultados obtenidos se evidencia que había una proporción de desorden depresivo en la muestra del 37%. Los pacientes no tenían patología orgánica más severa, más síntomas o signos neurológicos o más discapacidad. Estos pacientes informaron más dolor y desplegaron conductas hacia la enfermedad más anormales.

Las lesiones medulares pueden ser devastadores para la integridad física y psicológica de los individuos. Debido a las diferencias significativas en el comportamiento e impacto de la paraplejía o cuadriplejía en la mayoría de los aspectos de la vida (Donelson, 1998). Mismo que desarrolló una investigación dirigida a examinar las posibles diferencias. Esta investigación examinó si el nivel de la lesión medular se relaciona con el nivel global de un individuo y su auto concepto sexual, el predominio de depresión y el nivel global de ajuste a las lesiones medulares. El auto concepto global de la sexualidad fue medido por la Sexuality Scale (Snell y Papini, 1989). Este escala fue dividida en cuatro estructuras: puntuación total, estima sexual, depresión sexual y preocupación sexual. Evaluaron el predominio de la depresión con el inventario de depresión de Beck (Beck, 1978). El nivel de ajuste global a la lesión medular se midió por items de la Psychosocial Questionnaire para SCI persons (Bodenhamer, Achterberg-Lawlis, Kevorkian, Balanus & Cofer, 1983). Estos items forman tres escalas: puntuación total, punto de vista positivo y la incomodidad social. Buscaron pues, las diferencias significativas entre los dos niveles de lesión en la médula espinal, paraplejía y cuadriplejía entre todas las variables, de sexualidad, los valores BDI y las medidas de ajuste. El análisis multivariado indica que el nivel de discapacidad física era predictor de las puntuaciones obtenidas en el auto concepto sexual global, la estima sexual, la depresión sexual y el predominio de la depresión y el punto de vista positivo. Esta investigación nos deja ver la importancia que puede tener el relacionar diversas variables que son trascendentales y típicas en la vida de las personas discapacitadas. Es además, uno de los ámbitos que involucran una rehabilitación integral y es una muestra más de los esfuerzos que se han hecho para ir dilucidando conceptos como auto imagen alterada, depresión, ajuste social, etc.

En relación a la lesión medular, se han hecho diversos esfuerzos por identificar las posibles variables o factores que intervengan en el pleno desarrollo individual. De igual manera, se han abordado diferentes perspectivas, se han utilizado diferentes métodos, diferentes instrumentos y diversas correlaciones entre variables, pero en general, se ha tratado de buscar información y metodologías que puedan apoyar el proceso rehabilitatorio.

En general, los diferentes enfoques teóricos, metodológicos y conceptuales, hacen difícil generalizar a una población basta los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones. Pero nos dejan conocimientos y aportaciones también de tipo metodológicas, teóricas y conceptuales que pueden apoyar nuevas investigaciones al respecto.

Como vemos, un factor común a estas investigaciones es la depresión.

La depresión asociada con la lesión medular puede ser evaluada, debido a (1) la producción multifactorial de síntomas depresivos no específicos y (2) la disminución por la lesión medular en la entrada específica sensorial somática del sistema nervioso central (Overholser, y Schubert, 1993). La hipótesis de supresión somática presente sugiere que los pacientes con una lesión medular tienen dificultad en experimentar alguna emoción intensa debido a la supresión de la excitación psicológica. Además, refiere que los procesos cognoscitivos que pueden reducir la depresión de las personas con lesión medular incluya: a) la atribución de síntomas somáticos de depresión debido causas médicas (biológicas), b) las expectativas realistas positivas para la mejora física y c) la percepción que sólo se relaciona mínimamente la invalidez del lesionado medular al auto cuidado después de que se completa la evaluación (Overholser, y Schubert, 1993).

Uno de los objetivos que son considerados dentro de la investigación que tiene que ver con la lesión medular y con las discapacidades en general, se refiere a la rehabilitación y reintegración social del discapacitado; por lo que podríamos pensar que una opción de tratamiento sería aquél que involucra los ámbitos médicos, psicológicos, académicos y laborales, siempre orientados a futuro. Es aquí donde autores como Martz (2002) mencionan que "la rehabilitación aconsejada involucra la planificación a largo plazo con los clientes con invalidez para enfocar las metas profesionales y la selección de empleo, orientadas y pensadas a futuro". Para este autor, la adaptación psicosocial al trauma de la invalidez integra también, el proceso de la rehabilitación profesional. La investigación realizada por él; al respecto, menciona: Por definición, las dos fases adaptativas de reconocimiento y ajuste a la invalidez incluyen un componente meta y una integración de las implicaciones futuras percibidas sobre la invalidez. Supuso que estos componentes adaptativos se relacionarían positivamente a la orientación a futuro de los individuos. Más allá, propuso que seis fases no adaptativas a la invalidez (sock, ansiedad, rechazo, depresión, enojo internalizado y hostilidad externalizada) afectaban de manera inversa la orientación a futuro; en vista de que la investigación indico que tales relaciones debían existir. El propósito de este trabajo era investigar si estas ocho fases distintivas de adaptación a la invalidez serían predictores de la orientación a futuro de individuos con lesión medular. Más allá, se examinaron siete variables potenciales socio-demográficas y relacionadas a la discapacidad como predictores de la orientación a futuro. Estos siete predictores eran: la causa de la lesión medular, el nivel diario de dolor experimentado, la rescencia de la lesión, la raza, la existencia de escaras, la severidad de la

invalidez y el estado laboral. De 979 sujetos de dos clínicas para lesionados medulares que fueron invitados a participar en la investigación, 317 veteranos y civiles devolvieron una encuesta de auto informe que contenía las evaluaciones del Reaction to Impairment and Disability Inventory (RIDI; Livneh & Antonak, 1990) y la Future Time Orientation Scale (FTO; Gjesme, 1979). Después de analizar las características elegidas de los grupos veteranos y civiles, se decidió examinar las dos muestras en análisis estadísticos separados. Se corrió un análisis de regresión múltiple en cada muestra para examinar las preguntas de investigación. Los resultados indicaron varias reacciones psicológicas de invalidez, específicamente las reacciones de shock, y de reconocimiento en los dos grupos, y ansiedad, depresión y hostilidad externalizada en el grupo de veteranos (Martz, 2002).

Una postura que podría ser complementaria al estudio realizado por Martz, (2002) es la que presentaron Fow, Yee, Wilson O'Connor & Sparato (1996) que incluye tres grupos generales según la forma en que se adquirió la lesión medular.

La forma en que se puede adquirir una lesión medular es variada, pero en general se puede abordar desde tres grupos principales: lesiones medulares no traumáticas, lesiones medulares por trauma pasivo y lesión medular por trauma activo. Esta división arbitraria enmarca la generalidad de formas posibles de contraer una lesión de este tipo, que va desde accidentes traumáticos, deterioros progresivos hasta enfermedades generales. En este campo, Fow, Yee, Wilson-O'Connor, Sparato (1996) investigaron la relación entre la causa o forma en que se tubo la invalidez y el perfil del MMPI-2 en 73 pacientes con lesión medular. Los pacientes se dividieron en tres grupos: no traumáticos, trauma-pasivo y trauma-activo. Realizaron un MANOVA con la edad como una covariante para examinar los efectos de la forma como se adquirió la lesión y el género. Se encontró un efecto principal para el género y la depresión y se realizaron las escalas de alcoholismo Mac Andrews. Los deterioros médicos y funcionales comunes a la forma en que fue adquirida la lesión, evidencia una dirección somática y psíquica en el ajuste psicológico Fow, Yee, Wilson-O'Connor, Sparato (1996).

El campo de investigación puede ser bastó si se trata de buscar factores o variables que se crea estén relacionadas con la depresión y la discapacidad. Pero sin embargo, uno de los más comunes (quizá) sea; el uso de sustancias prohibidas. Donde encontramos que Heinemann, (1992) reporta que el predominio del abuso de sustancias en las poblaciones de personas con daño medular espinal es dos veces más alto que en la población en general, o sea; 46% contra 25%. Radnitz, Broderick, Perez-Strumolo, y Tirch, (1996) mencionan que la depresión y el abuso de sustancias son los desordenes psiquiátricos frecuentemente diagnosticados en las personas lesionadas medulares. Heinneman, McGraw, Brandt, y Roth, (1992) investigaron sobre el uso de medicamentos de prescripción, de alcohol y de las sustancias prohibidas y los problemas resultantes de su uso, así como la depresión y la aceptación de la discapacidad. Su estudio contó con 96 personas con lesión medular de 16 a 66 años de edad. 43% de los sujetos consumían medicamentos de prescripción con un mal uso potencial; de estos sujetos, el 24% reportaron el mal uso de uno o más medicamentos. Los sujetos que usaban medicamentos de prescripción de forma abusiva aceptaban menos su discapacidad y estaban más deprimidos que los sujetos que no estaban usando medicamentos de prescripción. Los sujetos que reportaron problemas resultantes del uso de sustancias no prescritas aceptaron menos su discapacidad que los sujetos que no reportaron estos problemas. Y concluyen "El uso de sustancias prescritas y

no prescritas por personas con lesión medular parece estar asociado con resultados psicológicos negativos” Heinneman, McGraw, Brandt, y Roth, (1992).

Algunas de las complicaciones del uso/abuso de sustancias fueron reportadas por Cardoso, Chan, Thomas, Roldan, e Ingraham, (1996) quienes mencionan; “El abuso de sustancias no solo contribuye a una mayor incidencia de lesiones medulares (incidencia derivada en general por accidentes ocasionados por sujetos que estaban intoxicados al momento de discapacitarse; 50%), pero: mina su tratamiento contribuyendo a las limitaciones funcionales y dificulta el ajuste profesional. Además, en cuanto al ajuste psicológico, afirman que: “el mal uso de drogas de prescripción como el valium y el darvocef, es asociado a un ajuste psicológico pobre” (Cardoso, et. al 1996). Por lo que deben adaptarse los medios de tratamiento para satisfacer las necesidades particulares de los lesionados medulares que abusen de alguna sustancia (Radnitz, Tirch, 1995). Ya que puede contribuir al desarrollo de planes suicidas (Kishi, Robinson, 1996). Un riesgo de suicidio alto se encontró en pacientes lesionados medulares y con otros problemas de tipo neurológico (Stenager, y Stenager, 1992)

MaColl, Skinner, (1995) evaluaron doce áreas conocidas de riesgo a la salud y tres áreas de riesgo potencial asociadas con la discapacidad en una muestra de 78 individuos con lesión medular. Los datos se recogieron con el Lyndhurst Computerized Health Risk Assesment. Por lo menos 50% de los sujetos expresaron preocupación sobre su función sexual, control vesical y su peso. Mas allá, cuando se comparó con la población general, los sujetos parecieron estar en potencial riesgo a su salud debido a la dieta, la actividad física, obesidad, uso de narcóticos con o sin prescripción, uso de cafeína y la depresión. Estas conductas de salud, son (eran) afectadas por las variables demográficas la lesión y relacionadas con la edad, género, duración y nivel de la lesión. El estudio provee dirección y soporte para encaminar el estilo de vida y la salud a largo plazo de los adultos con lesión medular en los puntos de rehabilitación y el siguiente regresó a la comunidad.

Las respuestas a una lesión medular son físicas (la movilidad, la regulación de la temperatura del cuerpo, el funcionamiento sexual) y psicológicas. Los individuos experimentan dolor, rechazo, pánico, enojo, culpa, depresión y preocupación (Hayes, Potter, y Hardin, 1995). El proceso de tratamiento es largo e incluye al discapacitado, al personal de rehabilitación, así como también, a la familia y amigos. Los consejeros en salud mental, los miembros del equipo de rehabilitación y la familia deben actuar y comunicarse recíprocamente y la comunicación debe facilitarse a través de los grupos terapéuticos (discapacitados-familiares). Incluso después del cuidado agudo (hospitalario) los pacientes deben involucrarse en algún programa de consejería ambulatorio o en un programa de entrenamiento (Hayes, Potter, y Hardin 1995)

Existen diversos enfoques teóricos o diversas perspectivas para abordar los problemas de orden psicológico, pero a través del tiempo todo aquel que haya tenido una pérdida importante (real o no) sabrá del inevitable periodo de duelo que sigue a la pérdida, aunado al proceso depresivo. Esto es bien sabido por las personas con amputaciones ya que su pérdida es real y será permanente y hasta cierto grado limitante.



A pesar de que recientes investigaciones sugieren que los factores psicológicos exacerban las causas del dolor del miembro fantasma, los médicos usan frecuentemente a la personalidad como una razón para explicar ese dolor en los amputados. Un estudio realizado por Whyte, Niven, (2001) al respecto, apuntó a examinar el dolor psicológico en una población de amputados en edad laboral (20-60 años de edad) no buscando específicamente la ayuda para su dolor. El estudio se dirigió en dos fases. Fase 1, incluye 315 amputados quienes completaron encuesta de salud general (GHQ), y fase 2, incluyó un subconjunto de la muestra original que completó la Beck Depression Inventory (BDI). En esta fase (2) del estudio solo un 15% de la muestra informaron síntomas de moderados a severos en la depresión.

Uno de los objetivos que podrían perseguirse en cualquier investigación sería el poder predecir las actitudes, pensamientos o reacciones a determinados eventos como la discapacidad física. Milosevic, Petrovic-Stefanovic, Lecic-Tosevski, Ilic, et al (1993) examinaron los tipos de reacciones psíquicas a la invalidez física permanente resultante de un trauma de guerra y su correlación con la estructura de personalidad, examinando a treinta hombres que habían perdido una extremidad en la guerra de Bosnia-Herzegovina y esperaban se les hiciera su prótesis. Su estado psíquico fue evaluado, junto con sus rasgos de personalidad y grado de depresión. Los instrumentos incluyeron el Beck Depression Inventory y la Beck Desperation Scale. Los resultados indican una falta de desórdenes psiquiátricos actuales y domina la presencia de defensas narcisistas que se entienden como una de las fases de reacción a la invalidez física permanente. Los rasgos específicos de tales reacciones son determinados por los rasgos específicos del trauma y la dinámica de este grupo ( Milosevic, Petrovic-Stefanovic, Lecic-Tosevski, Ilic, et al. 1993) Por otra parte, Langer, (1995) realizó un estudio en el que examina la relación entre invalidez y depresión en 37 sujetos con mal de Parkinson y 35 sujetos con amputación. Se obtuvieron evaluaciones de invalidez auto informadas y realizadas por la familia. Se pusieron en correlación significativa la invalidez auto informada y la depresión para los amputados. Las evaluaciones de invalidez auto informada eran mejores predictores de depresión que las otras evaluaciones. Un resultado más, es que la depresión y la evaluación de invalidez generalmente era independiente en el grupo de Parkinson. Según Langer, (1995) se relaciona la auto percepción de la magnitud de invalidez con toda seguridad a la experiencia subjetiva de depresión en el sujeto inválido.

Al igual que con la lesión medular, en la amputación, se ha estudiado el impacto de esta discapacidad y la integración social en relación a la depresión. Una muestra de ello nos la brindan Williamson, Scchulz, Bridges, y Behan, (1994) examinando un modelo conceptual que supuso que la restricción de actividades normales jugaría un papel fundamental en la asociación entre las variables antecedentes y los síntomas depresivos. Un estudio con 160 amputados de los 32 a los 90 años de edad, evaluó el impacto de la amputación en la vida y emociones de los sujetos. Consistentemente con el modelo, restricciones mayores en las actividades y menos satisfacción con los contactos sociales se relaciona estrechamente a más síntomas de depresión. Además, los amputados que usaron menos su prótesis y aquellos cuyos ingresos no eran adecuados para satisfacer sus necesidades informaron más restricción de actividades rutinarias como resultado de su amputación, predijeron mayor sintomatología depresiva.

Existen diversas pruebas útiles para determinar y evaluar los niveles depresivos, así como los rasgos de este padecimiento, algunos de ellos serían: El inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, la Beck Depression Inventory, la Escala de Auto-evaluación de la depresión de Hamilton, el análisis del temperamento de Taylor y Jonshon y la escala de auto evaluación de la depresión de Zung, entre otras. Pero la reacción a una pérdida es idiosincrásica, a veces cíclica y depende de una o varias áreas; intra personal, interpersonal, social, etc. (Bas, Gala y Díaz; 1995) Folkman y Lazarus, (1986-88) "No podemos hablar de estresores universales ni por lo tanto de reacciones universales". Algunos otros investigadores han llegado a sugerir cosas tales como "Las características del sujeto pueden funcionar como variables que interfieren en las respuestas emocionales y la depresión post lesión" (Trieschmann, 1980). Tucker (1980) creía que los pacientes que experimentaban una depresión inicial tenían un mejor pronóstico para la rehabilitación.

Algunos estudios se han realizado con este tipo de instrumentos, y en cuanto a la Escala de auto evaluación de la depresión de Zung tenemos algunas aplicaciones más, por ejemplo: Passik, Dugan, MacDonald, , Rosenfeld, Edgerton, en 1998 estudiaron la viabilidad, utilidad y fiabilidad de la escala de auto evaluación de la depresión de Zung en 1109 pacientes ambulatorios de cáncer (de los 50-80 años de edad) ésta y una versión breve de 11 reactivos de la escala de Zung (EAD) (que excluye, nueve reactivos que involucran los síntomas somáticos) que se desarrolló durante el curso del estudio fue usado para estimar el predominio de síntomas depresivos auto informados. También se exploraron características de pacientes que pueden asociarse con un riesgo aumentado clínicamente de síntomas depresivos significativos. Los coeficientes alfa para la Zung self-rating depression scale (0,84) y (0,84) para la versión breve, indico niveles altos de consistencia interna. El criterio global de síntomas depresivos clínicamente significativos definidos por el instrumento era de 35,9% y de 31,1% por la versión abreviada, estos eran muy correlacionados ( $r= 0,92$ ). Las variables médicas y demográficas más asociadas con síntomas depresivos clínicamente significativos eran las que estaban en fases más avanzadas de enfermedad, en el momento del diagnóstico. Para Dugan, MacDonald, Passik, Rosenfeld, Edgerton, (1998) La alta prevalencia de síntomas depresivos observados en este estudio, es consistente con proporciones encontradas en otros estudios realizados con instrumentos de depresión auto informada en los pacientes de cáncer.

Lindsay, Michie, Baty, Smith, y Miller, (1994) realizaron valoraciones de emociones personales a 67 sujetos de los 22- 56 años de edad con discapacidad intelectual leve o moderada; se evaluaron las respuestas para la validez convergente como un indicador de la consistencia de sentimientos personales de emoción a través de las valoraciones. Los sujetos completaron la escala de auto evaluación de la depresión de Zung, la encuesta de salud general y el inventario de personalidad Eysenck-Withers. Según los autores, los resultados revelan una cantidad sustancial de validez convergente en los sistemas emocionales de los sujetos. Los sistemas de ansiedad y depresión y otros sistemas emocionales tuvieron mucha relación entre sí.

En otro estudio realizado por Powell (1999) evaluó la validez del Reiss Screen for Maladaptive Behavior (RSMB) como una medida para la depresión en personas con invalidez del desarrollo, que también parecía identificar características significativas en esta población. 120 adultos con retardo mental contestaron el Beck Depression Inventory y la Escala de auto evaluación de la depresión de Zung. Los resultados se compararon con la Reiss

Screen for Maladaptive Behavior. La correlación y la regresión múltiple no mostraron ninguna relación significativa entre la Reiss y las escalas de auto informe. Los valores del RSMB fueron sujetos a un análisis factorial, obteniendo once factores diferentes. La regresión que involucra los nuevos factores produjo una correlación con el Beck Depression Inventory y la Escala de auto evaluación de la depresión de Zung. También reveló características de las personas con retraso mental, fue encontrado que personas que parecen irritables y exhiben problemas de conducta significativa como la agresión, la destructibilidad, y rabietas, pueden estar experimentando depresión. También aquellos con insuficiencias sociales o que exigen atención o se retiran socialmente pueden ser depresivos. El autor de este estudio menciona que los resultados revelados mostraron que el miedo excesivo también aparecía como señal significativa para la depresión en esta población, cosa que no se había encontrado en otra parte (Powell, 1999). Tales resultados tienen definido el diagnóstico y tratamiento de la depresión con las personas de este grupo.

Según Frank, Chaney, Clay, y Shutty, (1992) el diagnóstico de depresión en lesionados medulares puede ser problemático, debido a la presencia de gran cantidad de factores presentes. Elliot, Frank (1996) recomiendan diagnosticar con precisión la depresión de los despliegues de afecto negativo, ansiedad, dolor y disforia.

Para Tate, Forchheimer, Maynard, Davidoff, Dijkers, (1993); Heinrich, Tate, Buckelew, (1994) Las evaluaciones incluyen escalas como: la Zung self-rating depression scale, la Brief Symptom Inventory (BSI) y el Medical-Based Emotional Distress Scale (MEDS) (Tate, Forchheimer, Maynard, Davidoff, Dijkers, 1993; Heinrich, Tate, Buckelew, 1994)

Un estudio realizado en México, revisa un instrumento para evaluar (Beck Depression Inventory o BDI), la depresión y cierto grado de discapacidad (la artritis reumatoide), la validez de una versión en español de la Beck Depression Inventory (BDI) usando a pacientes mexicanos con artritis reumatoide. El BDI fue administrado a 35 pacientes, quienes también contestaron la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) y la Health Assessment Questionnaire Disability Index. Compararon las propiedades diagnósticas del BDI en versión completa y una sintetizada, la que omitió los ítems somáticos contra el diagnóstico de depresión según los criterios del DSM-III-R. Los resultados muestran que 37% de los pacientes con artritis reumatoide tenían un diagnóstico relacionado a la depresión, principalmente mayor o distimia. El BDI completo mostró una sensibilidad alta (92%) y una correlación alta con los HAD. La exclusión de los ítems somáticos en la versión modificada del BDI producía una actuación similar.

En resumen, pueden ser o no contradictorios los resultados encontrados en las diversas investigaciones, pueden ser tan divergentes en sus métodos y variables que evalúan, pero, existe un factor que como vemos es común a la mayoría de ellos; la depresión. Y bueno, la importancia de cada uno de estos estudios radica en la cantidad y calidad de aportaciones, teóricas, prácticas, metodológicas, etc. que puedan brindarnos y que sirvan en adelante, para ir estructurando realmente una problemática que se vislumbra común a cierto sector poblacional, para entonces proponer o poner a prueba diversos métodos integrales de rehabilitación encaminados a la integración o reintegración del individuo discapacitado al grupo social,



familiar e individual. Más aún, para buscar medidas profilácticas ante un suceso que puede presentarse.

## CAPITULO II

### LA DEPRESIÓN

Es común que la mayoría de los seres humanos en uno u otro momento de la vida, experimentemos momentos de tristeza, aunque tal vez, no sean tan frecuentes ni tan intensos que puedan clasificarse como depresivos (Davison, 1992). Desafortunadamente, muchas personas atraviesan períodos de infelicidad que describen como depresión, y va más allá que un simple malestar. Para estas personas, su estado anímico puede caracterizarse por humor triste, pérdida de interés en la mayoría de las cosas que normalmente se realizaban, pérdida de energía y apetito, dificultad para concentrarse y agitación constante; aspectos que resumen pesimismo e incluso el deseo y pensamiento de muerte.

Como manera de abordar esta problemática, los profesionales en salud mental han elaborado diferentes teorías, basadas en conceptos diversos, por ejemplo: Davison (1992) refiere que el observador de la conducta manifiesta considera los movimientos del paciente, así como su nivel de actividad. Las teorías cognoscitivas; se concentran en los posibles procesos del pensamiento de la persona deprimida; y los teóricos de la fisiología se concentran en las actividades del cuerpo a nivel neuroquímico. Pero en general, existe un acuerdo más o menos general de los síntomas más comunes de los procesos depresivos; a continuación se enumeran los señalados por Beck, (1967):

- 1.- Estado de ánimo triste, apático.
- 2.- Opinión de uno mismo negativa (autorreproches, represión de sí mismo)
- 3.- Deseo de ocultarse, de mantenerse alejado de los demás
- 4.- Pérdida o aumento del sueño, apetito y del deseo sexual.
- 5.- Cambios en el nivel de actividad, volviéndose la persona letárgica o agitada.

Una persona deprimida puede también, descuidar su estado personal, su apariencia y manifestar numerosas quejas hipocondríacas de malestares y dolores que al parecer, no tienen ninguna base de tipo físico. Puede sentirse además, rechazado e inútil y ser aprensivo, ansioso y/o estar en abatimiento gran parte del tiempo. Incluso puede llegar a un estado tal de impotencia que piense suicidarse y a veces lo intente, (Davison, 1992).

Cabe señalar de forma anticipada, que la clasificación siguiente sobre la depresión que incluye: episodio depresivo mayor, trastornos bipolares, ciclotimia, trastorno bipolar no especificado, trastornos depresivos, episodio único y recurrente y distimia, ha sido tomada, adaptada o modificada de su forma textual original del DSM-III-R y DSM-IV. Lo anterior, con base en que este manual y sus contenidos diagnósticos, son en general aceptados por los profesionales en salud mental.

**Episodio depresivo mayor.** La sintomatología esencial de un episodio depresivo mayor consiste en un estado de ánimo deprimido (en los niños y adolescentes puede ser un estado de ánimo irritable) o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados y durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día, por un periodo de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración, ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio.

La persona con un trastorno de este tipo generalmente manifiesta sentimientos depresivos, de malestar, desesperanza y desánimo. Puede manifestarse también la pérdida de interés o de capacidad para el placer en algún grado dentro de un episodio depresivo mayor, pudiéndose ver también afectado el apetito y haber una pérdida significativa de peso o incremento significativo. También son comunes las alteraciones en el sueño, como insomnio y la hipersomnia. El sentimiento de inutilidad que es típico, oscila desde los sentimientos de incapacidad y de grado de la propia dignidad, llegando a tal grado que este sentimiento de inutilidad y culpa pueda tener proporciones delirantes. Puede haber ideas de suicidio, con o sin un plan específico o intentos de suicidio, refiriéndose aquí, no al simple miedo a morir.

Los síntomas que se asocian a un episodio depresivo mayor y que se presentan con más frecuencia son: llanto, ansiedad, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias. Pero también, pueden estar involucradas las alucinaciones o ideas delirantes y su contenido concuerda normalmente de una forma un tanto clara con el estado de ánimo predominante de la persona, como ejemplos baste mencionar; la idea delirante habitual de creerse perseguido a causa de una trasgresión moral, y las alucinaciones que son generalmente transitorias y no elaboradas y pueden consistir en voces que censuran a la persona por "su maldad o por sus defectos".

Dentro de las características de este trastorno podemos ver que en esencia son similares en niños, adolescentes y adultos, pero hay algunas diferencias con los síntomas asociados. En los niños y prepuberes, las quejas somáticas son frecuentes, al igual que la agitación motora y las alucinaciones. En los adolescentes puede parecer la conducta negativista y/o antisocial, la toma de alcohol o drogas. Aparecen también comúnmente deseos de marcharse de casa, la inquietud, el malhumor y la agresividad. En las personas mayores pueden presentarse síntomas depresivos que sugerirían una demencia, o desorientación, o pérdida de memoria y distractibilidad.

Aunque el episodio depresivo mayor puede presentarse a cualquier edad, en general, el inicio es después de los veinte años. Pudiendo intervenir para ello un acontecimiento que cause estrés psicosocial grave y puede durar seis meses o más si éste no es tratado, al grado que puede generar interferencia de la actividad laboral o social incluso incapacidad. Una de las complicaciones más graves que puede traer un episodio de este tipo es el suicidio.

La aparición de un episodio depresivo mayor suele estar presidida de la aparición de un estrés psicosocial como la muerte de un ser querido, las separaciones o el transcurso de una enfermedad crónica. Habrá entonces que hacer un diagnóstico diferencial con respecto a los síndromes orgánicos que cursen con depresión; la demencia degenerativa de Alzheimer; la demencia por infarto múltiple, la esquizofrenia y del trastorno esquizoafectivo.

El diagnóstico de episodio depresivo mayor se lleva a cabo cuando aparecen cinco de los síntomas siguientes y esto se presentan durante un mismo período de dos semanas y representan a la vez un cambio de la conducta previa, y además debe ser uno de los siguientes: 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer, pero teniendo en cuenta que esto no se deba claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- \* estado de ánimo deprimido o irritable en los niños y adolescentes que está presente durante la mayor parte del día, casi cada día.
- \* notable disminución de placer o interés en todas las cosas o casi todas las actividades habituales, durante el período de tiempo necesario para realizar el diagnóstico.
- \* aumento o pérdida significativa de peso sin estar a dieta o disminución o incremento del apetito.
- \* insomnio o hipersomnias casi cada día.
- \* agitación o letargo psicomotor casi cada día.
- \* fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- \* sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa casi cada día.
- \* disminución en la capacidad para pensar o concentrarse casi cada día.
- \* ideas recurrentes de muerte, ideas de suicidio sin la realización de un plan específico o intentos suicidas o planes específicos para el suicidio.

Debe considerarse aquí, que los síntomas mencionados no se deben a una causa orgánica que haya iniciado la alteración, y que ésta; tampoco sea una reacción normal a la muerte de un ser querido y que de presentarse ideas delirantes o alucinaciones estas no hayan durado más de dos semanas. Considerando también que el trastorno no este superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico.

**Trastornos bipolares:** Dentro de este trastorno es característica la presencia de uno o más episodios maníacos que son acompañados normalmente de unos o más episodios depresivos mayores y pueden sub-clasificarse como mixto, maníaco o depresivo, en referencia a los síntomas clínicos del episodio más reciente o que esté en proceso, pero en general el curso del

trastorno bipolar que lleva a la persona al hospital, es normalmente de tipo maniaco, considerando que el episodio sea la manía o la depresión suelen ir seguidos de un breve episodio de otro tipo.

Algunas características particulares de este trastorno son: hombres y mujeres lo padecen por igual, y afecta o ha afectado a alrededor del 1,2% de la población adulta, siendo más probable en personas familiares de primer grado que tuvieron un trastorno bipolar.

Dentro del subgrupo que corresponde al trastorno bipolar mixto; que el episodio más reciente o actual debe incluir la sintomatología completa de los episodios maniacos y depresivos mayores, tanto mezclados como alternando rápidamente en pocos días, y además que los síntomas (depresivos) predominantes duren un día completo como mínimo.

Para el diagnóstico del trastorno bipolar maniaco, la persona deberá estar actualmente o muy recientemente en un episodio maniaco, aunque, si ya ha habido un episodio maniaco con anterioridad, el episodio actual, no necesitara cumplir todos los criterios de un episodio maniaco.

Los criterios a considerar para diagnosticar un trastorno bipolar, depresivo, deberán incluir: el haber tenido uno o más episodios maniacos y estar actualmente o muy recientemente en un episodio depresivo mayor. Aunque, si ha habido un episodio depresivo previo, el actual puede que no cumpla con todos los criterios necesarios para hacer el diagnóstico.

**Ciclotimia:** Las características esenciales en cuanto sintomatología en la ciclotimia incluyen; una alteración crónica del estado de ánimo durante un período mínimo de dos años en los adultos y un año en niños y adolescentes, que incluye la presencia de numerosos episodios hipomaniacos y también numerosos períodos con un estado de ánimo depresivo o con pérdida de interés o de la capacidad para el placer, pero que además debe tener una duración y gravedad no suficientes como para ser diagnosticado como un episodio depresivo o maniaco mayor. Donde la persona nunca haya estado sin padecer los síntomas hipomaniacos o depresivos por más de 60 días, considerando además, que para darse el diagnóstico de ciclotimia, la persona no debió vivir un episodio maniaco o depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración.

Dentro de este trastorno, no hay un deterioro severo en la conducta social o laboral de la persona durante los episodios maniacos, pero algunas personas si pueden presentar problemas en sus relaciones interpersonales, debido a las fluctuaciones de su estado de ánimo. Puede presentarse como síntoma asociado, el abuso de sustancias psicoactivas, debido a la automedicación, incluyendo sedantes y alcohol cuando esta presente el episodio depresivo y de estimulantes en los episodios hipomaniacos.

Algunas características más incluyen: la edad en que aparece el trastorno, que generalmente se sitúa en la adolescencia o inicio de la adultez. Por otro lado, la enfermedad tiene un desarrollo crónico y su inicio no es claro, pero durante las manifestaciones depresivas puede haber cierto grado de deterioro laboral y social, no tan severo como en el episodio

depresivo mayor, aunque, una complicación podría ser el intento o hecho suicida, y durante el episodio maniaco, el abuso de sustancias tóxicas. Aquí, deberá considerarse también, que no haya la presencia de un episodio maniaco o depresivo mayor evidente, durante los dos primeros años de la aparición de la ciclotimia.

En resumen, los criterios diagnósticos de la ciclotimia serían:

- \* Durante dos años como mínimo, la presencia de períodos hipomaniacos que no sean tan severos que causen deterioro laboral, social o que lleve a la hospitalización. Y no haber sufrido de un episodio maniaco o depresivo mayores en el transcurso de dos años
- \* Período limitado en que persiste un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable.
- \* Autoestima excesiva o grandiosidad.
- \* Baja necesidad de dormir.
- \* Distractibilidad, la atención se dirige a estímulos externos irrelevantes.
- \* Agitación psicomotora.
- \* Si hay ideas delirantes o alucinaciones, estas no han sido de larga duración.
- \* No deberá estar superpuesta una esquizofrenia o un factor orgánico que inicie o mantenga la alteración.
- \* La alteración, no se debe a una reacción normal ante la muerte de un ser querido.

**Trastorno bipolar no especificado:** Este padecimiento no cuenta con los criterios necesarios para diagnosticar un trastorno bipolar específico, pero cursa con síntomas maniacos o hipomaniacos y cumple con alguno de los criterios siguientes:

- \* Al menos un episodio hipomaniaco y un episodio depresivo mayor, pero nunca haber presentado un episodio maniaco o ciclotímico
- \* Uno o más episodios hipomaniacos, pero no haber presentado ciclotimia, y no haber tenido historia de episodios maniacos o depresivos mayores.

**Trastornos depresivos: episodio único y episodio recurrente:** Muchas personas sufren un único episodio depresivo, volviendo en su totalidad al estado premórbido. Pero es muy probable que alrededor de un 50% de los sujetos que pasaron por este periodo, o sea, una

depresión mayor de episodio único, desarrollará posteriormente otro episodio depresivo mayor, por lo que será diagnosticado como una depresión mayor recurrente. La cual, tiene un mayor índice de riesgo para el posterior desarrollo de un trastorno bipolar.

Con respecto a la *depresión mayor recurrente*, el curso puede ser variable; algunas personas pueden tener episodios separados por varios años de normalidad; algunos otros tienen episodios agrupados; otros, presentan episodios con más frecuencia a medida que la edad avanza, incluso puede llegar a la cronicidad, pero también a la remisión parcial.

Una característica más que se presenta dentro del trastorno depresivo es la incidencia sobre el sexo, teniendo aquí, que este tipo de padecimientos se presenta dos veces más habitualmente en las mujeres que en los hombres. Y con mayor frecuencia en parientes de primer grado que en la población en general. Hay que tener en cuenta también, que se deberá realizar una diferenciación ante la presencia de un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco.

Dentro de las características y criterios para el diagnóstico de la *depresión episodio único*, tendremos que describir el estado actual basados en la presencia de 5 o más de los siguientes puntos:

- \* Estado de ánimo deprimido o irritable
- \* Notable disminución de placer o interés en todas las cosas o casi todas las actividades habituales.
- \* Aumento o pérdida significativa de peso sin estar a dieta o disminución o incremento del apetito.
- \* Insomnio o hipersomnia.
- \* Agitación o letargo psicomotor.
- \* Fatiga o pérdida de energía.
- \* Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa.
- \* Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse.
- \* Ideas recurrentes de muerte, ideas de suicidio sin la realización de un plan específico o intentos suicidas o planes específicos para el suicidio.

Además, de que no haya habido la presencia de un episodio maniaco o un episodio de tipo hipomaniaco que sea inequívoco.

Y para el diagnóstico de *depresión mayor recurrente*; la variación de las características mencionadas arriba, será: que deberá haber la presencia de dos o más episodios depresivos

mayores, separados cada uno de ellos por un mínimo de dos meses donde podrá haber un regreso más o menos normal a las actividades que generalmente realizaba la persona. También aquí deberá descartarse el que nunca se haya presentado un episodio maníaco o episodio hipomaniaco.

**Distimia:** También conocida como neurosis depresiva, la distimia tiene como sintomatología esencial; una alteración crónica del estado de ánimo, incluyendo un estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes), que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo (un año para niños y adolescentes). Además, durante estos periodos depresivos hay algunos de los siguientes síntomas asociados: poco apetito o voracidad, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, disminución de la autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Se trata entonces de un estado de ánimo depresivo de larga duración acompañado de otros síntomas del episodio depresivo mayor. En el cual deben estar presentes dos o más de los siguientes síntomas:

- \* Pérdida o aumento del apetito
- \* Insomnio o hipersomnia.
- \* Falta de energía o fatiga.
- \* Baja autoestima.
- \* Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- \* Sentimientos de desesperanza.

El diagnóstico de distimia no se verifica si hay una evidencia clara de un episodio depresivo mayor durante este periodo mínimo de la alteración. Además, el diagnóstico tampoco se hace si la aparición está superpuesta a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante, o si esta mantenida por una causa orgánica específica o por el uso de alguna sustancia; por ejemplo, la administración prolongada de medicación antihipertensiva.

Los síntomas asociados pueden ser parecidos a los de un episodio depresivo mayor, pero la excepción es que no hay, por definición, ni ideas delirantes ni alucinaciones. Este trastorno puede comenzar en la infancia, la adolescencia, al inicio de la edad adulta, por esta razón puede considerarse en general como una expresión de una personalidad depresiva, y el curso normalmente no tiene un indicio claro y se manifiesta de forma crónica, pero los sujetos pueden presentar una depresión mayor superpuesta, misma que con frecuencia, es la razón por la que el sujeto busca tratamiento. Algunos de los deterioros más visibles dentro de este trastorno recaen sobre la actividad laboral o social pero generalmente son leves o moderados,



más bien debido a la cronicidad del trastorno que a la gravedad del mismo. La hospitalización es rara, pero lo que sí puede manifestarse es un abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

Los niños y los adolescentes suelen encontrarse con afectaciones en las relaciones sociales con los compañeros y con los adultos. A menudo, pueden reaccionar negativa o tímidamente a los elogios y con frecuencia responden con conductas negativas a relaciones positivas. El rendimiento escolar y el progreso académico pueden estar afectados. En este punto, pueden haber ciertos factores predisponentes como: el trastorno por hiperactividad con déficit de atención, los trastornos de conducta y el retraso mental.

Dentro de este trastorno los síntomas se van convirtiendo poco a poco en una parte de la experiencia cotidiana de la persona, es por esto, que es difícil su diagnóstico, aunque aproximadamente 16% de la población puede padecerla, y en general, se cree, que las mujeres son dos o tres veces más propensas a padecerla.

## **LA DEPRESIÓN SEGÚN SUS POSIBLES FACTORES CAUSALES.**

La depresión se ha explicado desde varias perspectivas teóricas y se han descrito diversas causas o factores que la provocan tales como:

***Depresión reactiva o neurótica:*** Las depresiones reactivas son las más comunes y en general a todos nos son familiares. No presentan ciclos temporales regulares, por lo general no responden a las terapias físicas y no se haya genéticamente predispuesta. Este tipo de depresión normalmente coincide con un acontecimiento adverso de la vida, como puede ser la muerte de un ser querido, un divorcio, los problemas conyugales, los problemas económicos y el desempleo (por ejemplo); Fenichel, (1966; pag. 438) afirma, que las depresiones neuróticas son intentos desesperados de obligar a un objeto a conceder los suministros vitalmente necesarios. Aunque el inicio de la depresión no siempre ocurre inmediatamente después del acontecimiento, si no, a veces al cabo de unas semanas o meses. La primera aparición se produce normalmente en la vida adulta temprana y está caracterizada por sintomatología física y psicológica variada. Es un estado más benigno y no psicótico, aunque, hasta cierto punto, la recuperación se ve influida por los factores de la personalidad atribuibles a la persona. Así, si bien existe a menudo una relación causal definida entre eventos ambientales adversos y el inicio de una depresión reactiva, no cabe duda de que para muchos individuos, el inicio de la enfermedad esté relacionado de alguna manera con circunstancias adversas.

***Depresión endógena:*** Este tipo de depresiones son una respuesta a algún proceso endógeno o interno por lo general. Presentan ciclos temporales regulares. Las depresiones endógenas responden a menudo al tratamiento farmacológico y pueden tener un origen hormonal. Además puede hallarse cierto grado de responsabilidad genética. Por tanto, endógeno es un adjetivo que se aplica a un desorden del que se supone hay una causa interna física. En otras palabras, se cree que es un trastorno fisiológico el que produce la depresión.

**Depresión orgánica:** En este punto, la depresión va de la mano con un estado orgánico general que produce o fomenta los estados de ánimo característicos en este trastorno. Dentro de esta categoría pueden considerarse también, los estados depresivos inducidos por el uso de sustancias ya que estos producen estados orgánicos alterados. Cuando se hace un diagnóstico de depresión es importante descartar las bases orgánicas, puesto que el afecto y la conducta depresiva están asociadas muchas veces a una lesión cerebral o a la acción de ciertos fármacos.

## PERSPECTIVAS IDEOLÓGICAS ACERCA DE LA DEPRESIÓN.

**Perspectiva psicoanalítica:** Según Davison (1992); es difícil distinguir entre la tristeza que es anormal y la que no lo es. Fenichel; (1966) considera, que la comprensión de las neurosis impulsivas y las adicciones nos ofrecen los prerequisites básicos para el estudio de ese mecanismo de formación de síntomas, tan frecuente y al mismo tiempo tan lleno de problemas, que es la depresión. En forma leve, la depresión se presenta en casi todas las neurosis (al menos, bajo la forma de sentimientos neuróticos de inferioridad). En su forma más intensa, es el más terrible de los síntomas que caracteriza el angustioso estado psicótico de la melancolía. Menciona además, que la depresión se basa en la misma predisposición que en la adicción y los impulsos patológicos. Una persona fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, tiene una necesidad vital de tales suministros (Fenichel,1966).

La diferencia entre la depresión normal y la anormal es el punto principal del artículo de Freud "tristeza y melancolía" que estipula que el potencial depresivo tenía su origen en la primera infancia. Supuso que durante la etapa oral, las necesidades orales del infante pueden ser insuficientemente o excesivamente satisfechas. La persona por lo tanto, permanece atorada en esta etapa y depende de las satisfacciones instintivas características de ella, pudiendo formar una tendencia a depender excesivamente de otras personas en cuanto al sostenimiento de la propia estimación. El razonamiento de esta perspectiva es complejo y asume que diversos procesos inconscientes forman parte de la tristeza experimentada.

A este respecto se puede decir que, por un lado, la fijación pregenital que presentan estas personas, puede manifestarse con una tendencia a reaccionar de manera violenta ante las frustraciones. Por otra parte, esta dependencia oral, puede impulsarlos a tratar de satisfacer sus necesidades (o conseguir lo que necesitan) mediante la propiciación y/o la sumisión. La fijación a edad temprana promueve que personas de estas características no den una gran importancia a la personalidad del objeto que han de elegir, ya que tienen necesidad de suministros, pero no es importante quién los otorgue. Por lo que no es necesario que sea tal o cual persona ya que los suministros pueden venir de cualquier fuente (por ejemplo; drogas, objetos y actividades) y muchas veces se tornan obsesivas. La severidad del padecimiento varía respecto a uno y otro individuos, ya que no solo necesitan suministros sino que pueden a la vez tener miedo a conseguirlos, debido a que pueden "percibirse peligrosos"

inconscientemente. Este tipo de personas pueden considerarse "adictos al amor" ya que tienen una permanente necesidad de suministros que les brinden satisfacción y que al mismo tiempo, eleven su autoestima.

La comprensión de este tipo arcaico de regulación de la autoestima resultará más fácil si hacemos una recapitulación de las etapas del desarrollo de los sentimientos de culpa. En la vida del bebé alternan las etapas de hambre y saciedad. El hambriento bebé recuerda haber estado satisfecho anteriormente y trata de forzar el retorno de ese estado mediante la afirmación de su "omnipotencia" con el llanto y la gesticulación. Más tarde deja de creer en su omnipotencia. La proyecta sobre los padres y trata de recuperarla mediante la participación en la omnipotencia de ellos. Tiene necesidad de esa participación, del sentimiento de ser amado, tanto como antes necesitó la leche. Ahora la sucesión de hambre y saciedad es reemplazada por la alteración de estados en que el niño se siente solo y por ello experimenta una especie de auto desvalorización y estados en que se siente amado y su estima es restaurada. Más tarde todavía, el Yo adquiere la capacidad de juzgar y prevenir el futuro. Entonces el Yo crea (o más bien utiliza) estados de "auto desvalorización menor" o de pequeña "disminución" de la autoestima como un medio de precaverse de la posibilidad de una pérdida real y definitiva de los suministros narcisísticos. Más tarde aún, el Superyó desarrolla y se hace cargo de la regulación interna de la autoestima. La sensación de ser amado ya no es más el único requisito previo del bienestar, sino que hace falta también el sentimiento de haberse comportado como es debido. Se desarrolla la función premonitoria de la conciencia. La "mala conciencia" crea nuevamente estados de auto desvalorización menor o de pequeñas disminuciones de autoestima para prevenir otra vez contra el peligro de una pérdida definitiva de los suministros narcisísticos, esta vez provenientes del Superyó. En algunas circunstancias, la señal premonitoria de la conciencia puede fallar y verse convertida en la angustiosa sensación de una auto desvalorización completa de la melancolía, del mismo modo que en la histeria de angustia la señal premonitoria de la angustia puede transformarse repentinamente en un completo pánico (Fenichel, 1966)

Las personalidades depresivas se caracterizan además por su dependencia y su tipo narcisístico de elección de objeto, en donde sus relaciones de objeto se hallan mezcladas con rasgos de identificación (Fenichel, 1966). Este autor, considera además que; sin prestar ninguna consideración a los sentimientos del prójimo, exigen de él, sin embargo, comprensión para los sentimientos propios. Siempre se hallan empeñados en conseguir un buen "entendimiento" con la gente, pero son incapaces de contribuir satisfactoriamente con la parte que les corresponde para lograr el entendimiento. Es esta necesidad lo que les impulsa al intento de negar su permanente disposición a reaccionar de forma hostil.

Por lo que el afecto que proviene de objetos que son externos se vuelve necesario y sirve para enfrentar y contravenir un Superyó que se torna, ó es acusador.

Algunas características más sobre la depresión, bajo el enfoque psicoanalítico incluyen: a) el paciente depresivo evidentemente no puede quererle asimismo más de lo que puede querer a los objetos externos, b) es tan ambivalente consigo mismo como lo es hacia los objetos, c) la hostilidad hacia los objetos frustradores se ha transformado en hostilidad hacia el propio Yo, d) que el odio hacia sí mismo se presenta bajo la forma de un sentimiento de culpa,

es decir, de discordia entre el Yo y el Superyó y, e) una reorientación de la hostilidad- previamente dirigida hacia los objetos- hacia el yo, y los conflictos patológicos resultantes dentro de la personalidad, sólo hallados también en fenómenos que no pertenecen a la esfera de la depresión.

Las personas depresivas pueden dar un vuelco a realizar actividades erótico-orales típicas de la infancia temprana (chuparse el dedo) y/o presentar en su carácter rasgos orales, como los que menciona Fenichel (1966, pag. 546); en el periodo del erotismo oral, los niños establecen relaciones con los objetos y aprenden a relacionarse con ellos. La forma en que esto acontece conserva, por ello, una importancia básica para la determinación de toda la relación ulterior con la realidad. Toda acentuación, positiva o negativa, y el hecho de dar o de recibir, denota un origen oral. Una satisfacción oral desusadamente pronunciada conduce a una notable auto seguridad y optimismo, que puede persistir durante toda la vida, siempre que la frustración subsiguiente a esta satisfacción no haya creado un afán de venganza unido a una interrumpida exigencia. Una privación oral excepcional, en cambio, produce una actitud pesimista (depresiva) o sádica, (con exigencia de indemnización). La persona que queda fijada al mundo de los deseos orales mostrará, en su conducta general, una falta de inclinación a cuidar de sí mismo, y requeriría de los demás; que se ocupen de él. En concordancia con las sub-etapas del erotismo oral, esta exigencia de cuidados de los demás podrá expresarse en una pasividad o bien una conducta sádico-oral sumamente activa.

En resumen, se ha mencionado ya que los caracteres orales dependen de sus objetos para la conservación de la autoestima. Se necesitan suministros externos no solamente para la satisfacción erótico-oral, sino también para la gratificación narcisista de la autoestima. De esta manera, tanto la generosidad pronunciada como la pronunciada mezquindad pueden atribuirse a conflictos centrados en el erotismo oral. Algunas personas muestran sus necesidades receptivas de una manera evidente. Incapaces de cuidarse por sí mismas, piden que los cuiden los demás, unas veces en tono de exigencia, otras veces implorando.

Algunos autores han tratado de verificar esta posible relación entre respuestas de oralidad y la depresión. A este respecto tenemos estudios como los de Lewis (1993); los cuales apoyan la perspectiva psicoanalítica, en cuanto a la fijación en la fase oral (pesimismo) se relaciona significativamente a los síntomas depresivos. Este autor evaluó a 140 estudiantes universitarios a los cuales aplicó; la encuesta de optimismo y pesimismo oral y el Beck Depression Inventory, encontrando correlación positiva entre pesimismo oral y síntomas depresivos. Otro estudio (que podría ser una extensión del anterior), realizado por Malthy, Lewis, Hill, (1998), muestra que al realizar las evaluaciones en estudiantes universitarios de Irlanda del Norte sobre los niveles de depresión, pesimismo y optimismo oral, optimismo y neurotismo, encontraron que los niveles de depresión se relacionaban fuertemente con el pesimismo oral y el neurotismo, apoyando entonces, los resultados de Lewis (1993), y por tanto, desde la perspectiva psicoanalítica se puede decir que una fijación en la etapa oral esta relacionada con los rasgos depresivos.

Para finalizar, se citan los resultados de tres investigaciones realizadas para verificar la existencia de la relación oralidad-depresión. Bornstein, Poynton y Masling (1985), informan que niveles altos de respuestas de oralidad presentados en el test Rorschach son asociados con

altos niveles en la experiencia depresiva. Más aún, O'Neil, Bornstein (1990) encontraron diferencias significativas en un grupo de pacientes psiquiátricos ambulatorios (mujeres) al relacionar niveles altos y bajos de respuestas de "oralidad" reportada por el Rorschach y las puntuaciones obtenidas en la escala de depresión del MMPI. Posteriormente, en otro estudio, O'Neil y Bornstein (1991) encontraron también que los niveles altos de respuesta de oralidad reportados por el Rorschach estaban asociados con puntuaciones altas en el Beck Depression Inventory y en la escala de depresión del MMPI. Como se encontró en estos tres estudios, los rasgos orales se asocian con la depresión (no se habla de causalidad) por lo que pueden apoyar la perspectiva psicoanalítica sobre la "oralidad y la depresión".

**Perspectiva cognoscitiva:** Algunos autores dan gran importancia al papel que desempeñan los procesos cognitivos del pensamiento en la conducta emocional de una persona. En algunas teorías se trata de explicar la depresión como ansiedad; se piensa que los pensamientos y las creencias, son las verdaderas causas de los estados emocionales.

Una de las principales perspectivas sobre la depresión es la de Beck (1967), esta postura considera que los procesos del pensamiento son verdaderos factores causales. Su creencia fundamental es que los individuos deprimidos se sienten así por estar cometiendo errores de lógica característicos. Refiriendo que los pacientes que tenía diagnosticados como deprimidos, tendían a distorsionar cualquier cosa que les ocurriera para concebirla y evaluarla como culpas personales, catástrofes y cosas por el estilo. Así, un evento que para una persona "normal" sería interpretado como molesto o inconveniente, una persona deprimida lo interpretaría como ejemplo de inutilidad en la vida. Pero la perspectiva de Beck, no significa que los depresivos piensen en forma equivocada o ilógica, ya que en ejecución de tareas de resolución de problemas, las capacidades cognoscitivas de sus pacientes se mostraron iguales a las de los individuos aparentemente normales. Pero, los individuos depresivos parecen sacar conclusiones ilógicas en lo que se refiere a su auto estima.

Beck, describe varios errores de lógica cometidos por la persona deprimida cuando interpreta la realidad, como se señala en los siguientes puntos:

- 1.- Conclusión arbitraria. Se refiere a una deducción sacada sin tener suficientes pruebas o ninguna.
- 2.- Abstracción selectiva. Es una conclusión basada tan sólo en uno de tantos elementos de una situación.
- 3.- Generalización excesiva. Es una conclusión global arrolladora sacada en base a un solo evento y tal vez sea éste insignificante.
- 4.- Magnificación y minimización. Que se refieren a errores graves en la evaluación de una ejecución.



Nuestras reacciones emocionales se consideran en función de como concebimos el mundo que nos rodea. En esta postura, los depresivos serían víctimas de sus procesos del pensamiento.

Con respecto a la perspectiva cognoscitiva de la depresión muchas investigaciones se han realizado, algunas de ellas brindan un total respaldo a esta perspectiva pero otras sólo de forma moderada y algunas más no han encontrado evidencia alguna de la veracidad de tal propuesta.

Estudios anteriores han demostrado que la distorsión cognitiva está asociada con estos niveles de depresión auto-informada entre los pacientes con dolor crónico, sugiriendo que los modelos cognoscitivos de la depresión podrían ser útiles en este contexto. Smith, O'Keefe, y Cristensen, (1994) examinaron la asociación entre depresión diagnosticada por el DSM-III-R (depresión mayor y distimia) y los puntajes en el cuestionario de errores cognitivos. Los pacientes de dolor crónico deprimidos y los pacientes deprimidos sin dolor mostraron más distorsión cognoscitiva que los pacientes no deprimidos con dolor y los controles "normales". Estos resultados según los autores Smith, O'Keefe, y Cristensen, 1994 apoyan la explicación de que la depresión es clínicamente significativa entre los pacientes de dolor crónico, de acuerdo a lo referido en la teoría cognoscitiva

Unos de los puntos principales de la teoría, de Beck, (1967-69) se refieren al tipo de pensamientos, ideas, actitudes y creencias que tienen las personas deprimidas. Miranda, Persons, Byers, (1990), probaron en dos estudios la hipótesis que apoya que las creencias disfuncionales dependen del estado de humor actual de la persona que es vulnerable para la depresión. El primer estudio mostró que las creencias disfuncionales varían con la fluctuación diurna espontánea, al estudiar a 47 pacientes psiquiátricos deprimidos. Encontraron que el efecto del estado de humor era muy significativo ( $p < .01$ ) cuando los pensamientos disfuncionales aumentaron cuando el humor era peor y disminuían cuando el humor era mejor. El segundo estudio reprodujo este hallazgo conceptualmente en una población de personas asintomáticas. Según Miranda, Persons, y Byers, (1990) los resultados que encontraron apoyan las teorías cognoscitivas de la depresión que proponen que las creencias disfuncionales son factores de vulnerabilidad para la depresión, pero también informan que las creencias disfuncionales dependen del estado de humor. En un estudio anterior a este, Miranda y Persons, (1988) probaron la hipótesis de que los sujetos con episodios depresivos previos refieren más actitudes disfuncionales que los sujetos sin tal historial, estos resultados se obtuvieron de 43 mujeres en las cuales se evaluaron actitudes disfuncionales antes y después de una intervención para personas con humor depresivo o eufórico, esto apoya la proposición de las teorías cognoscitivas respecto a que las actitudes disfuncionales son rasgos de las personas depresivas, pero que estos rasgos dependen del estado de humor personal.

Otro aspecto que es expuesto por la teoría de Beck, (1967) se refiere a la minimización y maximización, típica de las personas deprimidas. A este respecto, Wenzlaff, y Grozier (1988), afirman que "la teoría y observación sugieren que los individuos deprimidos minimizan la importancia de sus éxitos mientras magnifican la importancia de sus fracasos". En su estudio con estudiantes deprimidos y no deprimidos en una tarea predeterminada al fracaso o al éxito y algún rasgo de personalidad y de percepción social, reportando en sus resultados que

los individuos deprimidos tiende a reportar a la retroalimentación de una manera auto derogativa.

En cuanto al tipo de pensamiento y el tipo de respuesta de las personas depresivas Soyguet, y Savasir, en el 2001 encontraron que los resultados de un estudio que un grupo de individuos con sintomatología depresiva alta disminuían sus respuestas ante situaciones amistosas, dominantes y sumisas. Evaluaron también, el tipo de respuestas como más indeseables o de más valor en individuos de sintomatología depresiva baja. esto al aplicar en cuestionario del esquema interpersonal y la Beck Depression Inventory a 187 hombres y 191 mujeres universitarios turcos de diecisiete a veintisiete años de edad. Los resultados que encontraron parecen ser congruentes con las teorías cognoscitivas interpersonales de la depresión, mencionadas en esta recopilación.

Un estudio más que apoya lo postulado en la teoría cognoscitiva sobre el tipo de pensamiento y el auto concepto personal implicado en el trastorno depresivo, que apoya la teoría de Beck fue realizado por Moilanen, (1993) quien encontró que en los estudiantes universitarios se relacionaban significativamente niveles mayores de sintomatología depresiva a una transformación negativa de información personal. Por otro lado en una muestra de 159 enfermos psiquiátricos ambulatorios, la afectividad negativa correlaciono significativamente con rasgos de ansiedad y síntomas depresivos, pero no diferenciaba (Jolly, Dyck, Kramer y Wherry,(1994). La afectividad "positiva" baja sólo estaba significativamente su relación con los síntomas depresivos. Una combinación de afecto negativo y las cogniciones "ansiosas" predijeron de forma más significativa los síntomas de ansiedad, de mejor manera que las cogniciones o el afecto solamente. La afectividad negativa, las cogniciones depresivas, y la afectividad positiva baja predijeron significativamente los síntomas depresivos. Por lo que este estudio, apoya la integración de modelos afectivos y cognoscitivos para la discriminación de síntomas depresivos y ansiosos.

Teasdale, Taylor, Cooper, Hayhurst, (1995) analizaron las explicaciones alternativas de los cambios de pensamiento relacionados a la depresión en 41 deprimidos y 40 controles, los cuales completaron una frase que involucra aprobación o logro social personal "Si yo pudiera tener razón ellos me podrían..." En vista de que el pensamiento depresivo refleja un aumento generalizado, principalmente en la accesibilidad de estructuras negativas; predice entonces que los pacientes terminarían de forma negativa la oración (no gustar). Alternativamente, la depresión podría afectar las relaciones mutuas entre las estructuras (los constructos). El uso en la depresión de los modelos de esquemas mentales implica una dependencia más íntima de la aceptación del valor personal en la aprobación del éxito; predice, que los pacientes pueden dar terminaciones (a la oración) más positivas (gusto, por ejemplo). Los resultados apoyan la última predicción y sugieren que el pensamiento depresivo refleja los cambios en los modelos mentales de alto nivel usados para interpretar la experiencia.

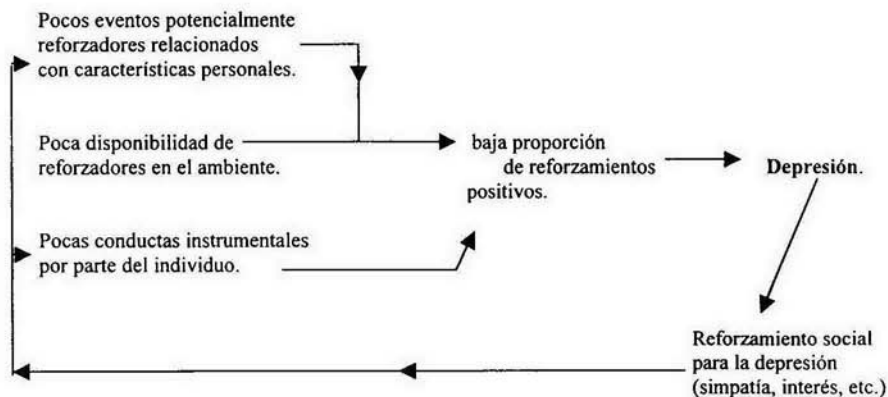
En cuanto a las creencias tenemos un ejemplo más de un estudio realizado por Kuyken, Kurzer, DeRubeis, Beck, y Brown, (2001), quienes examinaron si el estado de desorden de la personalidad y las creencias que caracterizan los desórdenes de personalidad afectan la respuesta a la terapia cognoscitiva. Estudiaron a 162 enfermos deprimidos (ambulatorios) con y sin desorden de la personalidad siguiendo el curso de la terapia cognoscitiva. Afirman que

como se supondría por la teoría cognoscitiva, no era el estado de desorden de la personalidad sino una evitación mal adaptativa y las creencias paranoicas las que predijeron la variación en los resultados. Sin embargo, la comparación pre-post terapia sugiere que aunque pacientes con o sin comorbilidad responden comparablemente al mundo real con la terapia cognoscitiva, ellos informan más sintomatología depresiva a la admisión y más síntomas residuales a la finalización de la intervención.

Una última consideración proporcionada por Laurent y Stark, en 1993 hace alusión a que el modelo cognoscitivo de psicopatología estipula que cada desorden emocional puede caracterizarse por un nivel específico de desorden cognitivo. Evaluaron a 45 jóvenes diagnosticados con desórdenes de depresión o ansiedad según el DSM-III-R, y a 18 controles; midiendo las cogniciones depresivas y ansiosas. Los análisis revelaron que los balances de cogniciones depresivas jugaron un papel importante, distinguiendo el grupo ansioso de los deprimidos y mixtos. Sin embargo, los resultados apoyan de forma parcial la hipótesis de que el contenido cognoscitivo específico descrito por Beck se relaciona con el constructo de la afectividad positivo-negativa.

**Perspectiva del aprendizaje:** Esta perspectiva considera a “la depresión como una reducción en la actividad que ocurre como la consecuencia de la suspensión de un reforzamiento positivo” Davison, (1992). En otras palabras, la depresión se debe a una baja proporción del reforzamiento positivo seguido de respuestas específicas, bien porque existen pocos acontecimientos reforzadores en el ambiente del paciente y por que éste no suele tener respuestas gratificantes, quizá, por falta de habilidades sociales. Es decir, la persona deja de hacer más esfuerzos para obtener los resultados deseados por que los anteriores fracasaron (Lewinsohn 1974).

Para comprender mejor esta postura, revisemos como sería la dinámica propuesta por Lewinsohn, (1974) en el siguiente diagrama:





En este modelo Lewinsonh, plantea los siguientes puntos:

1.- La sensación de depresión y de otros síntomas del síndrome clínico, como la fatiga, pueden presentarse cuando la conducta recibe poco reforzamiento.

2.- Esta raquílica dosis de reforzamiento positivo tiende a su vez, a disminuir aún más la actividad, lo cual hace que los reforzamientos se vuelvan todavía más escasos.

3.- La cantidad obtenida de reforzamiento positivo está en función de tres conjuntos variables: a) El número de reforzadores potencialmente disponibles para un individuo en razón de sus características personales como son la edad, el sexo y el atractivo de para los demás, b) Número de reforzadores potenciales en razón del ambiente en que se encuentra la persona y, c) El repertorio de conductas de la persona que pueden ser reforzadas, como por ejemplo: sus actitudes sociales y vocacionales.

Por tanto, el esquema nos muestra que un nivel bajo de reforzamiento positivo acaba o reduce todavía más las actividades y la manifestación de cualidades que pueden ser recompensadas por parte de la persona, o sea; acciones y recompensas decaen formando un círculo continuo vicioso; la depresión.

Cabe señalar, un fragmento de Fenichel, (1966) de la postura psicoanalítica, ya que puede brindar cierto complemento teórico a esta perspectiva (la del aprendizaje); que: *Los acontecimientos que precipitan una depresión representan o bien una pérdida de autoestima o una pérdida de suministros que el paciente confiaba que habían de asegurar o acaso elevar su autoestima.* Tanto pueden ser experiencias tales que también para una persona normal implicarían una pérdida de autoestima –fracasos, pérdida de prestigio o dinero, un estado de remordimiento- o bien implican pérdida de suministros externos, como sufrir un desengaño en el amor o la muerte de un partenaire amoroso. O aún puede tratarse de tareas que el paciente debe realizar, y objetiva o subjetivamente le hacen sentir más claramente su “inferioridad” y sus necesidades narcisísticas. Paradójicamente, incluso ciertas experiencias que para una persona normal significarían un aumento de autoestima, pueden precipitar una depresión si el paciente teme el éxito como una amenaza de castigo o represalia, o como una imposición de tareas ulteriores que significaría, a su vez, un aumento de la necesidad de suministros (Fenichel, 1966).

Autores como Ferster, (1980) encuadran a la depresión, argumentando que: “Se propone al fenómeno de la depresión clínica como caso complejo y típico de todos aquellos en que el problema principal es la frecuencia de la conducta operante” y conceptualiza la alteración definiendo la depresión clínica, por ejemplo; como aquel estado emocional con retraso de los procesos psicomotores y de pensamiento, reacción emocional depresiva, sentimientos de culpa, auto crítica y sentido de indignidad. Todas estas cualidades se refieren a cambios de las ejecuciones complejas con que el individuo interactúa de ordinario con su ambiente (Ferster, 1980).

Por lo tanto, al contemplar ampliamente el repertorio total de una persona que esta padeciendo depresión podríamos encontrar que el dato principal y de más fiabilidad, es que

muchas de las conductas que el paciente (persona) realizaba, decrecen en frecuencia. Entonces, este modelo en general propone que: “Un decremento del número de conductas (que pueden ser positivamente reforzadas) por parte del sujeto (depresivo) y la falta o poca disponibilidad de estímulos o reforzadores externos será igual a manifestaciones depresivas”.

Aunque las dificultades psicosociales relacionadas con la depresión de los adolescentes se conocen relativamente bien. Saber hasta que punto estos problemas son específicos a la depresión ha recibido poca atención (Lewinsohn, Seeley, Gotlib, 1997). Estos autores, examinaron la especificidad de la depresión en una amplia gama de variables psicosociales en tres grupos de adolescentes: deprimidos (n=48), casos de desordenes no afectivos (n=92) y 1079 individuos que nunca habían estado enfermos (mentalmente). De las variables estudiadas, tres de ellas (timidez, autoestima y reducción de actividades debido a enfermedad física o lesión) fueron fuertemente específicas para la depresión y, los participantes depresivos exhibieron un funcionamiento más problemático. Ocho variables fueron más fuertemente asociadas con la depresión que con desordenes no afectivos. Situación que sustenta el modelo descrito como licitador de la depresión, pero como sucede con la mayoría de las perspectivas, abarcan solo una parte de la problemática.

Estos aspectos interpersonales de la depresión han recibido considerable atención en la investigación durante las dos últimas décadas (Segrin, Abramson, 1994). Este trabajo a sido guiado por Coyne (1979) con el modelo interaccional de la depresión o por Lewinsohn, (1974) con la teoría del déficit de habilidades sociales en la depresión. Una revisión de estos estudios hecha por Segrin, Abramson, (1994), indica que la gente depresiva fiablemente rechaza su experiencia en su medio social y que la depresión generalmente es asociada con los deterioros en la conducta social. Sin embargo, esta investigación no explica exactamente que hace la persona deprimida para licitar este rechazo, o exactamente por que otros reaccionan negativamente a ellos.

Así mismo, autores como Cole, Milstead, (1989) compararon el modelo interpersonal de la depresión de Coyne, (1976) y el modelo de Lewinsohn, (1974), sobre la labilidad social en la depresión en una muestra de universitarios (sin remisión), quienes contestaron encuestas de habilidad social, apoyo social, depresión, desesperación, ansiedad social y de conveniencia social. Los resultados que encontraron apoyaron la teoría de Coyne parcialmente, sobre que la depresión inhibe la habilidad social y los déficit de habilidad social afectan negativamente el apoyo social. La teoría de Lewinsohn, sobre que los déficit de habilidades sociales promueven la depresión, no se apoyo. Y sugieren que contrariamente a Coyne y Lewinsohn, ninguna evidencia directa entre el apoyo social rebela que los déficit de habilidad social sean una consecuencia, no una causa de la depresión (Cole, Milstead, 1989)

***Perspectivas fisiológicas sobre la depresión:*** Como en muchos de los padecimientos psicológicos se tiene una connotación fisiológica que va compaginada con los aspectos sociales, familiares y personales para el establecimiento de la alteración, algunos investigadores han revisado los procesos fisiológicos que puedan tener alguna relación o causa dentro del trastorno depresivo. Dos perspectivas son las que predominan; una de ellas trata

principalmente sobre el metabolismo electrolítico, y la segunda; sobre los elementos químicos que intervienen en la transmisión nerviosa.

**Metabolismo electrolítico en la depresión:** Los electrolitos desempeñan un papel primordial en lo que al funcionamiento del sistema nervioso se refiere. Dos de los electrolitos más importantes son: los cloruros de sodio y potasio. Las alteraciones en la distribución de estos electrolitos (a nivel neuronal) producen cambios en los potenciales, lo cual afecta a su vez a la excitabilidad la neurona, es decir; el que sea o no rápidamente activada por el impulso transmitido por otra neurona.

Se ha visto que pacientes deprimidos tienen algunas perturbaciones en la distribución del sodio y potasio, encontrándose una alto nivel intra celular de sodio en los pacientes deprimidos psicóticos. Se observó, igualmente, un correspondiente decremento en el nivel de sodio fuera de la célula. Además, las medidas tomadas después que estos pacientes se curaron, muestra un decremento hasta la casi normalidad en el nivel intra celular de sodio. El efecto que produce una mayor concentración dentro de la neurona es la de disminuir su potencial de reposo, volviéndola excitable. Algunos estudios indican; que el sistema nervioso del deprimido es hiperexcitable, a pesar de que sus patrones de conducta podrían hacernos creer que es menos excitable que el de un individuo normal. Por ejemplo, en los pacientes psicóticos deprimidos, la respuestas que producen los estímulos sensoriales en la corteza cerebral son de una mayor magnitud que el de las personas normales. Pero aún no se sabe si es paradójica o no, la aparente hiperexcitabilidad del sistema nervioso del depresivo en relación con la tristeza observada y con la actividad motriz retardada, Davison (1992).

**Consideraciones químicas:** Las aportaciones en este campo hechas por Schildkraut y Ketty, (1967) se refieren a que la enfermedad depresiva está asociada a una disminución en la actividad sináptica de las conexiones que emplean noradrenalina y serotonina. Sugiere que la depresión es causada por una inhibición en la transmisión nerviosa, es decir; un retraso en la transmisión de los impulsos desde una fibra nerviosa a otra. Aplicable al sistema nervioso simpático y su neurotransmisor la noradrenalina.

Uno de los razonamientos que llevan a este enfoque es que las drogas que resultan efectivas en el tratamiento de la depresión facilitan la transmisión nerviosa en este sistema, por ejemplo, los inhibidores de la mono amino oxidasa incrementan la disponibilidad de la noradrenalina, al igual que lo hacen los tricíclicos. En contraste, el fármaco reserpina, que disminuye la noradrenalina y serotonina encefálicas, provoca una profunda depresión (pero, la efectividad clínica de muchos fármacos no es fácilmente relacionable con este sistema). La perspectiva monoaminérgica cuenta con el apoyo de autores como Risch, Kalin, Janowsky, (1981); Fritze, (1993); Fritze, Beckmann, (1998); Leonard, (2000); y en general, se refieren al funcionamiento de algunos neurotransmisores y/o el funcionamiento de algunos medicamentos. Existen otros autores que demeritan la importancia de los hallazgos en este rubro, consideran que deben tomarse con precaución ya que muchas ocasiones suelen ser ambiguos, imprecisos o poco fundamentados.

Por tanto, la hipótesis monoaminérgica de la depresión predice un deterioro en la función monoaminérgica central. La lesión puede comprender las deficiencias en las

concentraciones absolutas de norepinefrina y/o serotonina (5-HT) (Leonard, 2000). Los estudios de agotamiento (reducción) han demostrado una correlación entre tales diferencias y los síntomas depresivos. La medida de las concentraciones de los neurotransmisores y sus metabolitos en fluido, de orina y el plasma cerebro espinal de pacientes con depresión ha rendido resultados ambiguos con respecto a la posibilidad de un metabolismo alterado de estos neurotransmisores. Otros estudios han investigado la posibilidad de números y/o afinidades alteradas de los receptores de serotonina y de norepinefrina y de los sitios de recaptura. Por ejemplo; una reducción en la actividad de transporte recaptura de la serotonina en pacientes con depresión y un incremento de en la densidad de receptores 5-HT<sub>2</sub> en el cerebro de víctimas de suicidio. Similarmente, en el sistema noradrenérgico una alta-regulación de los beta-adenocaptadores es consistentemente observada. También, la evidencia experimental ha demostrado "interferencia" entre los sistemas noradrenérgico y serotoninérgicos. Hay por lo tanto evidencia clínica y experimental substancial sobre que las lesiones en los sistemas noradrenérgicos y serotoninérgicos son responsables de la depresión y que en el tratamiento antidepressivo puede invertir estas alteraciones (Leonard, 2000).

Sin embargo, el hallazgo de que los síntomas depresivos pueden ser mejorados por agentes que actúan por varios mecanismos para aumentar concentraciones sinápticas de las monoaminas, y que a su vez llevo a adoptar la hipótesis monoaminérgica de la depresión ha intentado proporcionar una explicación de la patofisiología de las acciones de los antidepressivos; en su forma original, es claramente inadecuada ya que no provee de una explicación completa de la acción de los antidepressivos y la patofisiología de la depresión permanece desconocida (Hirschfeld, 2000). Todavía, la hipótesis monoaminérgica no ha sido dirigida a los problemas importantes, como por que los antidepressivos también son eficaces en otros padecimientos como el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, y la bulimia o porque todas las drogas que refuerzan la transmisión serotoninérgica o noradrenérgica no son necesariamente efectivas en la depresión. A pesar de las limitaciones, sin embargo, está claro que el desarrollo de la hipótesis monoaminérgica ha sido de gran importancia en la comprensión de la depresión y en el desarrollo de agentes farmacológicos seguros y eficaces para su tratamiento (Hirschfeld, 2000).

Tenemos entonces que los efectos bioquímicos de las drogas antidepressivas generaron la hipótesis de las perturbaciones en el sistema noradrenérgico en la patogénesis de los desórdenes afectivos.

Risch, Kalin, Janowsky, (1981) mencionan; que la hipótesis del balance colinérgico-adrenérgico en los desórdenes afectivos sugiere que, en las áreas del cerebro que regulan el (humor) estado de ánimo, la depresión puede representar un relativo predominio del matiz colinérgico sobre el tono o matiz adrenérgico, y que la manía puede representar lo opuesto. Consideran además; que actualmente, líneas convergentes de investigación de varios grupos independientes sugieren que los pacientes con desórdenes afectivos pueden tener una hipersensibilidad en los receptores colinérgicos centrales que induce una vulnerabilidad afectiva y perturbaciones neuroendocrinas. La hipótesis de una deficiencia de catecolamina en la depresión está esencialmente basada en el descubrimiento incidental de la iproniazida e imipramina (Fritze, 1993). Los colinomiméticos parecen poseer fuertes propiedades

depresogénicas y anti maniáticas y, recíprocamente, los anticolinérgicos pueden tener alguna actividad eufórica grave (Fritze, 1993).

Según Fritze, Beckmann, (1998) los colinomiméticos revelan propiedades anti maniacas en oposición a los efectos antidepresivos de los anticolinérgicos. Por consiguiente, en la extensión del hipótesis de las catecolaminas y otra vez basado en el paradigma del isomorfismo farmacológico, se ha sugerido una hipótesis de equilibrio colinérgico-adrenérgico para los desórdenes afectivos. Pero hay poca evidencia (solamente), sobre la neurofisiología y los niveles bioquímicos a favor de los efectos netos que dependen de tal equilibrio. Sin embargo, sólo la demostración directa de un defecto bioquímico puede demostrar la hipótesis del equilibrio (Fritze, Beckmann, 1998).

Los colinomiméticos inhiben el lenguaje y pensamiento en la mayoría los de sujetos, decrementan los síntomas maniacos y, en algunos pacientes con desórdenes afectivos, produce síntomas depresivos (Leong, Brown, 1987). Es importante mencionar, que en un estudio realizado por Nishisawa, Benkelfat, Young, Leyton, Mzengeza, DeMontigny, Blier y Diksic, (1997), usando una tomografía por emisión de positrones encontraron un mejor índice medio de síntesis de serotonina en hombres "normales" (52%); por encima del de las mujeres "normales" por lo que la diferencia puede ser un factor pertinente a la menor incidencia de depresión en los varones. La sugerencia de que los agentes anticolinérgicos poseen propiedades para elevar el estado de ánimo, no se ha sujetado todavía a investigaciones controladas. Aunque la propuesta de que los desórdenes afectivos involucran a las neuronas "colinérgicas" ha recibido poco apoyo de la investigación clínica es necesaria investigación más extensa para probar las intrigantes observaciones y para clarificar la fisiología y los procesos psicológicos que la medien (Leong, Brown, 1987).

A este respecto, y al responderse la pregunta: ¿Está implicada la acetilcolina en el desorden depresivo? Leboyer y Plaisant, (1985) encontraron que los métodos bioquímicos que estudian el sistema colinérgico no están bien implementados. Solo elementos indirectos podrían confirmar la hipótesis colinérgica de los desórdenes afectivos. Los agonistas colinérgicos inducen sintomatología depresiva. Más aún, una disfunción colinérgica central podría ser una explicación de las perturbaciones del sueño y de anomalías neuroendocrinas vistas en desórdenes afectivos. Estas explicaciones afirman (Leboyer y Plaisant, 1985) podrían aplicarse de dos maneras: una opción más precisa sobre las drogas antidepresivas, y el uso de nuevas pruebas desarrolladas para descubrir la población con alto riesgo de depresión. Para Berger, Riemann, y Krieg, (1991) a la hipótesis de una participación significativa del sistema colinérgico en la patogénesis de los desórdenes afectivos le falta todavía fuerte apoyo experimental.

## CAPITULO III

### DISCAPACIDAD; LESIÓN MEDULAR Y AMPUTACIÓN.

Una definición sencilla pero incluyente enmarca a la discapacidad, entre otras cosas “como cualquier enfermedad psicológica, desorden, trastorno, desfiguración o pérdida que afecte específicos sistemas del cuerpo y limite las habilidades de un individuo para desarrollar sus actividades diarias y de la vida.”

### CLASIFICACION DE LAS DISCAPACIDADES FÍSICAS

La discapacidad física suelen recibir múltiples agrupaciones en función de diversos criterios. La causa de esta diversidad reside en la pluralidad y dispersión que presenta esta afectación. A pesar de tal variedad, pueden destacarse tres criterios como los más importantes: a) El carácter congénito-adquirido; y b) La dicotomía enfermedad-aparato locomotor; c) la etiología, presente en los dos anteriores (Aguado, Alcedo, 1998)

Un ejemplo del primer criterio nos lo brinda Tomas (1973) distinguiendo discapacidades físicas: 1) de origen hereditario y congénito; 2) por traumatismos o enfermedades. Como ejemplo del segundo criterio, pueden incluirse todas la delimitaciones, que hacen referencia, de manera práctica a la localización, órgano o función afectados y, a la vez, la etiología. Tratando de sintetizar, los criterios utilizados preferentemente en la mayoría de las clasificaciones tenemos: 1) El tipo y origen de la lesión; 2) La localización o zona afectada; 3) la etiología.

Herren (1965) establece tres grandes categorías de discapacidades motoras según el tipo de lesión que las produce; éstas son:

- A.- Lesiones de origen cerebral:
  - congénitas, perinatales, parálisis cerebral.
  
- B.- Lesiones neuromusculares, medulares y periféricas:
  - accidentes y malformaciones congénitas óseas.
  - enfermedades de la médula.
  - enfermedades de los circuitos sensitivo-motores.
  
- C.- Lesiones no neurológicas:
  - musculares (miopatía)
  - óseas (osteocondritis)
  - articulares (luxaciones)
  - amputaciones.



Una clasificación más de las discapacidades motrices fue realizada por Labregere en 1981, que las organiza según:

A.- Localización:

-mono-, di-, tetra-, hemi-, para-plejía.

B.- Origen:

- cerebral: parálisis cerebral.
- espinal: poliomiélitis anterior aguda, espina bífida, mielitis degenerativa, traumatismos medulares.
- osteo-articular: tuberculosis ósea, malformaciones congénitas, osteitis degenerativa, artritis, hemofilia, amputaciones.
- vascular: hemorragia cerebral, reblandecimiento cerebral.
- muscular: miopatía o distrofia muscular progresiva.

Aguado, Alcedo (1998) proponen una clasificación amplia e inclusiva que abarca la discapacidad de la siguiente manera:

1.- Discapacidades físicas motrices:

1.1 Discapacidades motrices sin afección cerebral:

- 1.1.1 secuelas de poliomiélitis.
- 1.1.2 lesión medular.
- 1.1.3 amputación.
- 1.1.4 espina bífida.
- 1.1.5 miopatía.
- 1.1.6 escoliosis.
- 1.1.7 malformaciones congénitas.
- 1.1.8 otras discapacidades motrices.

1.2 Discapacidades motrices con afectación cerebral:

- 1.2.1 parálisis cerebral.
- 1.2.2 accidente cerebro-vascular.

2.- Discapacidades físicas por enfermedad:

- 2.1 Asma infantil.
- 2.2 Epilepsia.
- 2.3 Dolor crónico.
- 2.4 Enfermedad renal.

## 2.5 Otras discapacidades físicas por enfermedad crónica.

### 3.- Discapacidades físicas mixtas:

#### 3.1 Plurideficiencias.

#### 3.2 Secuelas de hospitalización e inmovilización.

La lesión medular constituye la discapacidad que más atención ha recibido, siendo los lesionados medulares el grupo de discapacitados el que ha sido objeto de más observación y de mayor número de publicaciones. La lesión medular ha sido descrita como una de las calamidades más devastadoras de la vida humana. Se trata de una discapacidad de baja incidencia pero de alto costo que impone tremendos cambios en el estilo de vida de la persona, representa una amenaza para la vida, un ataque a la integridad corporal, una alteración de la identidad, la posición social, la movilidad, el trabajo, las relaciones, produce un tremendo estrés y unos dramáticos efectos psicológicos y exige considerables esfuerzos de adaptación y afrontamiento (Aguado, Alcedo, 1998). A este respecto, Tucker (1984) escribe: "irónicamente, cuando la enfermedad está médicamente estabilizada, es precisamente cuando los aspectos psicológicos y sociales aparecen como más relevantes. El objetivo no es la recuperación médica, sino una adaptación satisfactoria a una situación radicalmente cambiada".

En este punto sería necesario conocer un poco más acerca de las discapacidades que se consideran en este estudio, por tanto, a continuación se describe brevemente cada una de ellas.

**Lesión medular.**- Duckworth, (1998) explica que: "La columna consiste en un sistema complejo de huesos y articulaciones, con movilidad variable en diferentes niveles". Con respecto a la lesión medular debemos saber que "la médula espinal es una parte del sistema nervioso contenida dentro del canal vertebral o neural".

Brucker (1983) describió la lesión medular de la manera siguiente:

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

En el adulto, la médula espinal va desde el agujero occipital hasta el borde inferior de la primera vértebra lumbar, y debajo de este nivel las raíces de la cola de caballo están dentro del raquis hasta el borde inferior de la segunda vértebra sacra. Dichas estructuras nerviosas son vulnerables cuando se daña la columna, y surgen patrones característicos de déficit neurológico en diferentes niveles raquídeos (Duckworth, 1998). Por debajo de esa zona se empieza a reducir hasta formar un cordón llamado filum terminal, que es delegado, fibroso y contiene poco material nervioso.



La médula espinal transmite los impulsos ascendentes hacia el cerebro y los impulsos descendentes desde el cerebro hacia el resto del cuerpo y transmite la información que llega desde los nervios periféricos procedentes de distintas regiones corporales, hasta los centros superiores. Donde el propio cerebro actúa sobre la médula enviando impulsos, pero también la médula espinal transmite impulsos a los músculos, los vasos sanguíneos y las glándulas a través de los nervios que salen de ella, bien sea en respuesta a un estímulo que recibe, o bien en respuesta a señales procedentes de centros superiores del sistema nervioso.

Una lesión medular puede provocarse de forma traumática, por enfermedad de la columna vertebral o de la misma médula espinal. Pero en general, la mayoría de las lesiones medulares se deben a traumatismos como consecuencia de una fractura del hueso o un desgarro de los ligamentos con desplazamiento de la columna; situación que causa un pellizco en la médula espinal. Una de las causas más frecuentes para adquirir una lesión medular es de forma traumática, esto involucra un 75%, donde la causa más frecuente en la actualidad proviene de accidentes de tráfico, seguido de caídas y causas deportivas (Mazaira; Alvarez, 1987). Se ha visto también, (Fordyce, 1964) que al comparar puntuaciones del MMPI, se ha encontrado más la presencia de conductas impulsivas en el grupo de lesionados medulares cuya discapacidad ocurrió como consecuencia de conducta imprudente, que aquellos otros en los que no se apreció tal conducta. Kuncz y Worley (1966) utilizando el inventario de intereses profesionales de Strong hallaron puntuaciones significativamente más altas en carácter aventurero, audacia y asertividad en el grupo de lesionados que habían sido activos en sus accidentes. En relación a lo anterior cabe señalar un escrito realizado por Sánchez-Barranco (1976) el cual menciona: "el tener en cuenta la vertiente psicológica es tan esencial que muchos mantienen que el éxito o fracaso de la rehabilitación en el 50% de los adultos, y en el 75% de los niños, depende del trato psicológico que se haga al paciente y el medio familiar. Schulz, y Decker (1982) afirman que la lesión medular acarrea un tremendo estrés psicológico que exige grandes esfuerzos de afrontamiento.

Según Valls: Perruelo, Aiello, Kohn, y Carnevale, (1977) cuando los traumatismos del raquis se acompañan de complicaciones neurológicas, éstas pueden originarse por la acción separada o combinada de dos mecanismos:

1) Lesión directa de la médula espinal (contusión, contusión, compresión, hemorragia o laceración) producida por los desplazamientos fracturarios, luxaciones o fragmentos óseos vertebrales.

2) Lesión vascular arterial (espasmo, trombosis, compresión o ruptura) y consecutivamente isquemia y reblandecimiento medular, sea al mismo nivel del trauma o a distancia.

Las lesiones del raquis que más exponen a complicaciones neurológicas son aquellas producidas por mecanismos de flexión y rotación con ruptura del complejo ligamentario posterior y por lo tanto fractura-luxación o luxación pura en menor proporción, la lesión medular puede ser producida por un fragmento óseo (fracturado) o por violencias en extensión, que determinan fracturas de los componentes óseos del arco posterior en (láminas y pedículos)

o bien ruptura del ligamento vertebral común anterior y consecutiva luxación (Valls, et. al 1977).

El trauma vertebral puede presentar contusión con hemorragia e inflamación de la médula espinal o puede producirse un desgarro de la médula espinal y/o sus raíces nerviosas. Este daño afecta al proceso de transmisión y recepción de mensajes desde el cerebro hacia los sistemas del cuerpo humano, que controlan las funciones sensoriales, motoras y autonómicas hasta la altura de la lesión. Por tanto, los mensajes del cuerpo que son enviados desde la altura de la lesión hacia abajo no llegan al cerebro. Y el cerebro tampoco puede enviar mensajes "voluntarios" a la parte del cuerpo situada por debajo del nivel de la lesión. Pero la parte superior, al punto donde se estableció la lesión medular funciona con normalidad, ya que recibe los estímulos del sistema nervioso, que son elevados al cerebro a través de la médula, y de este, devueltas a las partes que dependen de la zona de la médula situado por encima de la lesión.

Desafortunadamente, en el período inmediato al traumatismo vertebral es difícil establecer por la clínica el carácter reversible o definitivo de las lesiones medulares. Cuando la conductibilidad se interrumpe por conmoción, contusión, estiramiento o compresión de la medula, la recuperación es posible; por el contrario, la destrucción de los elementos citológicos nobles medulares supone una lesión definitiva (Valls, Perruelo, Aiello, Kohn, y Tebner, 1970). Pero en general, la actividad nerviosa por debajo del límite donde quedó establecida la lesión medular tendrá dañada parcial o totalmente, la comunicación con el cerebro desde la lesión hacia abajo. Sin actividad motora ni sensitiva. La actividad nerviosa de la parte inferior a la lesión esta regida por un control de reflejos dependientes de la médula espinal, no del cerebro, como consecuencia de la interrupción de conexiones con el mismo. La lesión más benigna y por lo tanto de mejor pronóstico es la conmoción medular, en cuyo caso se aprecia recuperación de la movilidad o sensibilidad en las primeras 48 horas. Pero cuando la continuidad medular está definitivamente interrumpida, la movilidad y sensibilidad no se recuperan; y en cambio puede apreciarse la reaparición de algunos reflejos autónomos; plantar y anal, por ejemplo (Valls, et. al 1977). En los casos irreversibles, pasadas las tres primeras semanas, se establecen las funciones medulares reflejas y la paraplejía se hace gradualmente espástica. Asimismo aparece el control reflejé de la vejiga, que permite su vaciamiento intermitente.

En conclusión, el cuadro clínico depende del sector medular dañado y del grado de la lesión (Valls, Perruelo, Aiello, Kohn, Tebner, 1970) El nivel de lesión queda determinado entonces, por el punto más bajo, por debajo de la lesión medular, donde existe una disminución o ausencia de sensación (nivel sensitivo) y movimiento (nivel motor). Lo que explica que cuanto más alta y completa sea la lesión de la médula espinal en la columna vertebral, o más cerca del cerebro éste, mayor será la pérdida de la función sensitiva y motora. De ahí que las lesiones medulares se clasifican según su nivel, extensión y síntomas. Una clasificación tentativa seria:

**\*Según su etiología:**

*Medicas.*- debidas a enfermedades médicas y a causas congénitas (Bravo Payno, 1987).

*Traumáticas.*- debidas a fracturas, luxaciones o contusiones vertebrales por traumatismos de accidentes de diversos tipos (Bravo Payno, 1987).

**\* Según su nivel:**

*Cuadruplejia o tetraplejia.*- si la parálisis afecta a las dos extremidades superiores y a las dos inferiores. Lesión a nivel cervical con afectación a las cuatro extremidades (Aguado, Alcedo, 1998). Si la médula espinal es lesionada por arriba de la cuarta vértebra cervical, es poco probable que viva la víctima, por parálisis de todos los músculos de la respiración. Por debajo de dicha vértebra surgen cuadros diversos de cuadruplejia. Las raíces nerviosas emergen de modo horizontal a nivel del disco por arriba de la vértebra correspondiente numerada excepto la octava raíz que emerge por debajo de la séptima vértebra cervical. Las raíces no transcurren en sentido descendente en toda la médula en la columna cervical, de tal manera que la sección medular genera un nivel de "corte neto" que puede precisarse por la exploración neurológica sencilla de los brazos, que mida la potencia muscular y la pérdida sensitiva (Duckworth, 1998). Cabe destacar que las lesiones de la medular cervical alta (nivel de atlas y axis) son por lo general inmediatamente fatales y que las correspondientes a 3ª y 4ª vértebras cervicales son asimismo de mal pronóstico (suelen evolucionar con hipertermia y complicaciones respiratorias). A este nivel, Lindemann (1981) menciona los tipos de funcionamiento a nivel cervical de afectación, resaltando: A nivel C5, tetraplejia; con capacidad respiratoria reducida, total dependencia, silla de ruedas, a nivel C7, tetraplejia; capacidad respiratoria reducida, dependencia casi total, silla de ruedas, cierto uso de brazos.

Duckworth, (1998) afirma también, que si la lesión acaece en el segmento bajo de la columna cervical, que es un sitio frecuente en que lo hace, subsistirá suficiente función de los brazos. También pueden observarse lesiones incompletas y complejas como sería el síndrome Brown-Séguard, en que hay pérdida neurológica parcial en un brazo y en la pierna contraria, y el síndrome del "centro medular", en que hay debilidad flácida de los brazos y espástica de los miembros inferiores.

*Paraplejia.*- si la parálisis afecta a las extremidades inferiores. Según Duckworth, (1998) por lo regular las lesiones torácicas son completas y tienen un nivel neurológico perfectamente definido. La paraplejia es frecuente en fracturas-luxaciones en la unión toracolumbar. El cuadro neurológico puede ser complejo, porque en este nivel las raíces lumbares y sacras transcurren a un lado de la médula que termina en el borde inferior de la primera vértebra lumbar.

Lindemann, (1981) resume los tipos de funcionamiento o nivel torácico-dorsal, lumbar, de la afectación en la lesión medular, de la siguiente manera: nivel C8-T1, paraplejia; capacidad respiratoria reducida, dependencia parcial, silla de ruedas, conducción de coche con control manual, a nivel T1, paraplejia; capacidad respiratoria reducida, independencia, silla de

ruedas, conducción de coche con control manual, a nivel T7, paraplejia; independencia, silla de ruedas, conducción de coche con control manual y, a nivel L4, paraplejia; completa independencia, caminar con aparatos, conducción de coche con control manual.

Puede esperarse notable recuperación neurológica en cualquier nivel, si no hay corte completo de la médula, y sólo traumatismo. Después del corte completo de dicha estructura, no hay recuperación. Por lo expuesto, las lesiones de la unión toracolumbar tienen un pronóstico variable que depende de si hubo o no sección completa de la médula y si gran parte del déficit neurológico se debe a lesión de las raíces (Duckworth, 1998).

#### **\*Según extensión:**

Las lesiones medulares pueden ser reversibles o irreversibles. En las conmociones, contusiones, y en las hemorragias extra medulares (meníngeas), la función de la médula puede recobrase en forma parcial o total; pueden quedar síntomas radiculares por lesión de las raíces a nivel del agujero de conjunción. Las secciones completas son de mal pronóstico, por el peligro de muerte que significan las complicaciones viscerales y la parálisis de los músculos respiratorios (Valls: Perruelo; Aiello; Kohn; y Carnevale: 1966), más en específico, en las lesiones medulares cervicales.

*Completa.*- si la lesión afecta totalmente a la médula espinal. Tetraplejia o paraplejia si la medula esta totalmente dañada (Bravo Payno, 1987).

*Incompleta.*- se trata de una lesión parcial de la médula, y se caracteriza por que una parte de la médula por debajo de la lesión presenta algún grado de conexión con el cerebro. Con esta clasificación puede haber una sección medular completa motora e incompleta sensitiva, o viceversa. Lo que quiere decir, que algunas personas con lesión incompleta pueden tener mucha sensación pero poco movimiento o viceversa. Lo que indica que las lesiones parciales de la médula espinal varían de una persona a otra debido a que diferentes fibras nerviosas son dañadas dentro del cordón espinal de cada persona. Tetraparesia o paraparesia si es una lesión medular incompleta o parcial (Bravo Payno, 1987).

#### **\*Según sus síntomas:**

*Espástica.*- La característica principal es que los músculos del paciente por debajo de la lesión presentan un estado de rigidez que hace difícil la movilización. Existe también una respuesta refleja desordenada a los estímulos recibidos de la parte que corresponde a la zona inferior de la lesión.

*Flácida.*- La característica principal que presentan las personas que sufren esta lesión es; que la musculatura por debajo del nivel de la lesión medular se vuelve blanda, no tienen problema para la movilización pasiva y con el tiempo se va produciendo cierto grado de atrofia.

Los traumatismos de la medula cervical producen cuadriplejías flácidas con parálisis, que es total en los miembros inferiores y sólo parcial en los superiores; la anestesia llega por

arriba hasta la altura de la línea mamilar. En las lesiones de la medula dorsal y lumbar se observa paraplejía flácida con arreflexia superficial profunda, abolición de la sensibilidad, trastornos tróficos, incontinencia de heces y retención urinaria por parálisis vesical. La intensidad de los síntomas permite la distinción entre parálisis completa e incompleta; estas últimas suelen presentarse en los casos donde se produce una recuperación parcial o total (Valls, Perruelo, Aiello, Kohn, y Tebner, 1970)

Al parecer en una lesión medular se evidencian varias fases dentro de su evolución: fase de shock medular; donde lo normal es que tras el trauma se pierda toda actividad nerviosa por debajo del nivel de la sección medular. Es una fase de duración variable. Fase segunda; es de duración variable. Los músculos se ponen más tensos y aparecen reflejos en la parte paralizada, con respuestas a ciertos estímulos. Después de dos meses más o menos y tras la curación de la fractura ósea vertebral la persona comienza a progresar física y anímicamente y se inicia la fase de rehabilitación, es aquí donde la persona empieza a conocer la dimensión más precisa de la lesión y se empieza también a asimilar con mayor o menor grado de aceptación la realidad.

Lindemann (1981) hace un listado de los problemas físicos que son afines dentro de las lesiones medulares, estos son:

- \* Movilidad
- \* Control de vejiga
- \* Infecciones del tracto urinario y del riñón
- \* Deterioro renal permanente
- \* Control de intestino
- \* Cuidados de la piel (ulceraciones por inmovilidad)
- \* Contracturas musculares
- \* Arreflexia
- \* Regulación térmica
- \* Sexualidad
- \* Infecciones respiratorias (tetraplejia)

En los pacientes con daño neurológico no cuidados adecuadamente, pueden instalarse dos complicaciones graves: a) Las escaras tegumentarias por decúbito; b) La infección vesical que luego se hace ascendente, con producción de pielonefritis y cálculos. La amplia y reiterada experiencia recogida en los grandes centros de parapléjicos es determinante en el sentido de que esas dos graves complicaciones son, por lo común, el resultado de errores terapéuticos (Valls, et. al 1977).

Estos autores creen que para actuar con eficacia hay que tener en cuenta lo siguiente:

1) Las escaras son consecuencia de la isquemia que la presión por apoyo de duración produce en zonas carentes de sensibilidad. La maceración de la piel o las diferencias biológicas son factores que pueden favorecer la aparición de la escara, pero esta no se constituye sin que intervenga la compresión desmedida del tegumento en zonas circunscritas de apoyo (regiones

sacra, trocantéreas y talones). En consecuencia es imperativo cambiar de posición al enfermo cada hora y media (días y noches), para lo cual el personal de enfermería lo hará rotar pasivamente utilizando una zalea de modo que vayan alternándose los decúbitos. La responsabilidad para el personal encargado de esta misión es absoluta y debe prevenirse que el cambio de posición del paciente debe efectuarse sin excepción, en los horarios indicados, cualquiera que sean las circunstancias que pudieran esgrimirse en su contra, tales como el dolor, temor a la inestabilidad de la lesión ósea y contingencias del tratamiento (ejecución de venoclisis, transfusiones, sondajes, etc.).

2) La retención vesical de orina conduce a la infección urinaria, de modo que debe evitarse a toda costa.

Los parapléjicos (y cuadripléjicos) por lo común son asistidos y rehabilitados en unidades especiales para lesiones de la columna. Los problemas incluyen brindar atención adecuada de enfermería (para evitar complicaciones), ya que mientras cura el daño de la columna; se está expuesto a las complicaciones comentadas.

A) Ulceras por presión: causadas por la imposibilidad del paciente para desplazarse y la pérdida de las sensaciones protectoras.

B) Problemas de vías urinarias por parálisis vesical; en los comienzos por lo común se trata por sondeo intermitente y más tarde por drenaje adecuado sea por adiestramiento y rehabilitación en el empleo de dispositivos de auto-sondeo, y a veces cirugía. Está en estudio el uso de esfínteres artificiales.

C) Problemas con la defecación, estasis, incontinencia y otros más.

D) Problemas pulmonares por inmovilización y parálisis de músculos respiratorios que por lo común se tratan con fisioterapia y antibióticos.

E) Desmineralización ósea por inactividad, a veces con formación de cálculos renales.

F) Problemas psicológicos.

El periodo de rehabilitación es duradero y exige la participación de personal experto. Suelen ser necesarios dispositivos, como tenacillas o compases, sillas de ruedas y modificaciones en el hogar así como rehabilitación extensa, y durante toda la vida se requiere algún tipo de supervisión (Duckworth, 1998). En relación al pronóstico, hasta hace poco tiempo era muy grave. En la actualidad, dados los avances de la medicina en general y de la rehabilitación en particular, requiere normalmente de uno a tres meses de hospitalización con cuidados asistenciales intensos, más el posterior entrenamiento en centros de rehabilitación, según Lindemann (1981). Trieschmann, (1984) afirman, que se puede esperar razonablemente una vida casi normal, pero su calidad estará determinada por una serie de variables psicológicas, sociales y ambientales.



**Amputaciones.**- Con respecto a la amputación, se dice que es una ablación, habitualmente mediante cirugía, de una parte externa del cuerpo, en particular una extremidad o parte de ella. El diccionario enciclopédico de medicina (Braier, 1982, pag. 48) se refiere a la amputación como: "separación de un miembro de parte del mismo del resto del organismo mediante la exéresis parcial o total. La amputación puede ser necesaria en caso de traumatismos muy graves; en diabéticos, tras la muerte o necrosis de la extremidad por gran déficit de circulación sanguínea, y en casos de muerte tisular de la extremidad por una infección (gangrena), congelación, quemadura o arteriosclerosis (obstrucción de las arterias). La amputación de una extremidad también puede ser necesaria para evitar la diseminación de un cáncer que se haya originado en ella (habitualmente del tipo llamado osteosarcoma). En definitiva, la amputación se requiere cuando una parte del cuerpo está muerta o muriéndose.

La cirugía de las amputaciones es mutiladora por excelencia y debe efectuarse en los casos de indicación precisa e indispensable. El cirujano deberá meditar siempre sobre tres problemas fundamentales: a) salvar la vida; b) salvar el miembro y; c) salvar la función (Aguado, Alcedo, 1998).

Las amputaciones tienen diferentes nombres: sobre-rodilla, bajo-rodilla; sobre y bajo-codo. También son llamadas en relación al hueso que ha sido seccionado: trans-femoral y trans-tibial, respectivamente. Las amputaciones realizadas justo en la articulación se llaman "desarticulaciones", como "desarticulación de cadera". La pérdida de una pierna se denomina "unilateral", y la pérdida de ambas, "bilateral". La porción de miembro que queda, es comúnmente llamado "miembro residual", aunque algunas personas usan el término "muñón". Algo importante acerca de la amputación es que quita una parte del cuerpo de forma permanente y visible. Por esta razón, es común que las personas que recién la sufren, padezcan la pérdida como si lloraran la muerte de un ser querido.

Respecto a la etiología; Moragas (1974) habla de una causalidad diversa, entre la que incluye: accidentes (laborales, tráfico, deportivos, domésticos), enfermedades (vasculares, cáncer, infecciones), malformaciones congénitas, cirugía. Kohl (1984) menciona que existen tres grandes categorías referentes a la amputación, éstas serían: congénitas, traumáticas y asociadas a enfermedad.

Es normal que las personas amputadas, no importa cuán bien hayan tratado de prepararse, atraviesen un período de pena antes de aceptar plenamente su nueva situación. Este período de adaptación puede ser doloroso desde el punto de vista emocional.

Cuando se quita una extremidad, el cerebro tiende a creer que aún está allí y mantiene el sentido de presencia del miembro. Esto se denomina "sensación de miembro fantasma". Como la sensación de miembro fantasma consiste en sentir que la extremidad aún está presente, es realmente dolorosa. Con frecuencia, el dolor se experimenta como una sensación de que la extremidad o una parte de ella está en contacto con el fuego, o que está torcida en una posición incómoda. Este dolor puede ser pasajero o puede durar bastante. Es más posible que ocurra si la extremidad estuvo enferma, con dolores, o si fue gravemente herida antes de la amputación.

Las causas del dolor fantasma son variadas y no han sido comprendidas con precisión. Se cree que este fenómeno ocurre porque los nervios que transportan las señales desde la parte amputada hacia los receptores del cerebro están aún intactos, pero cargando señales "equivocadas", ya que esa parte no está más. Según, Aguado y Alcedo, (1998) se trata de un tema complejo que incluye toda una serie de fenómenos, a veces no diferenciados, "sensaciones fantasma" o "miembro fantasma no doloroso", "dolor fantasma" o "dolor de miembro fantasma", "dolor de muñón" o "muñón doloroso". Bloom, y Snyder (1976) afirman que la percepción de la(s) parte(s) amputada(s) puede atribuirse a uno de tres posibles factores que tienen que ver con la estimulación de células nerviosas recientemente desarrolladas en el terminal de los nervios seccionados; a factores neurológicos y psicológicos y a una respuesta psicodinámica a la castración simbólica. Grzesiak (1984) nos habla al respecto mencionando tres perspectivas diferentes para atribuir causalidad a este fenómeno, e incluyen: a) la teoría central; considera que el dolor fantasma es consecuencia de factores neurológicos centrales y psicológicos, b) teoría periférica; que presupone un input nociceptivo periférico, como irritación del tejido o alguna neurona en el muñón y, c) la perspectiva psicoanalítica; como una negación, respuesta a la castración simbólica. Solo queda preguntarse ¿Es científicamente sólida alguna de estas posturas?, quizá la respuesta, aún en nuestros tiempos sea desalentadora

Fishman (1978) señala; que no existen procesos psicológicos especiales derivados de una amputación. No parece que se dé en mayor grado una conducta neurótica o psicótica, ni características psicológicas exclusivas de los que la han sufrido. Siendo así, no es raro que se les atribuya una gran variedad de comportamientos, como se ve en los informes clínicos, tales como depresión, ansiedad, hostilidad, dependencia, inhibición, rechazo, compulsividad, etc.. De hecho, no es improbable que la conducta observada dependa mucho de la percepción del observador, que con toda probabilidad, dará más importancia a aquello a lo que está dispuesto a observar.

Los factores que influyen en la forma y la intensidad de las reacciones psicológicas son más bien relacionadas con la apreciación del individuo respecto a su invalidez. Fishman (1978) se refiere a este aspecto afirmando que las reacciones psicológicas del individuo amputado tienen que ver con factores como la:

1.- Función física: las consecuencias funcionales que prevea, lo que piense que podrá o no podrá hacer.

2.- Comodidad: un miembro artificial como aquél cuyo grado de incomodidad no sobrepasa los límites de la tolerancia.

3.- Apariencia externa: depende de la edad y el sexo; en los niños, el problema es mínimo; en la adolescencia, se vuelve agudo; siendo importante en la edad adulta; disminuye en la vejez.

4.- Implicaciones vocacionales y/o económicas: peores reacciones a la amputación afectan a la situación económica y/o laboral.

5.- Relaciones sociales: se verán afectadas en la medida en que el individuo se siente rechazado (Fishman, 1978).

Aguado, Alcedo, (1998) mencionan estar de acuerdo con Fishman, (1978) al recalcar la personalidad previa como explicación y predicción de la adaptación y las características diferenciales del propio proceso de adaptación (no existen procesos psicológicos especiales derivados de una amputación, sino gran variedad de comportamientos).

Gerhards, Florin y Knapp (1984) postulan que el éxito o fracaso de la rehabilitación no parece estar determinado por una única variable sino que existe una serie de factores de riesgo cuya combinación puede incrementar la probabilidad de una rehabilitación insatisfactoria.

Los factores de riesgo que mencionan serían:

- \* Integración social previa (a la amputación)
- \* Introversión y aislamiento (previos)
- \* Escasa actividad atlética (previa)
- \* Bajo nivel de riesgo (previo)
- \* Atribuir a fallos de otros la causa de la amputación
- \* No comprensión, previa o inmediatamente posterior, de la necesidad de la amputación
- \* Vivir en el momento de la amputación una relación estable
- \* Carecer de una persona en quien confiar los problemas personales
- \* Haber realizado la amputación en un hospital no especificado
- \* Haber sufrido varias reamputaciones
- \* Largo tiempo transcurrido entre la amputación y la adaptación a la prótesis
- \* Baja movilidad, es decir, escasa realización cuantitativa de deambulación

Las características generales de esta discapacidad, normalmente tienen un pronóstico de bueno a reservado, en cuanto a la readaptación al medio social, pero esta condicionada a factores como la proporción y miembro amputado, pero más aún, a la presencia de amputaciones múltiples. Así como también, al entorno social y familiar, a la economía y características de personalidad individual y a los servicios prestados al amputado.

## **PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LAS LESIONES MEDULARES Y AMPUTACIONES.**

Al hablar de problemas psicológicos en particular, tratará; sobre discapacidades que son adquiridas y habría que centrarnos del período de la adolescencia en adelante, esto es para enmarcar los fines y posibles alcances de éste estudio.

No existen formas únicas de reaccionar ante una lesión medular o una amputación. Es decir, cada persona reaccionara a su lesión según su personalidad, herencia, su infancia y medio que le rodea. Estas discapacidades rompen con el tipo de vida, equilibrio y proyectos que el individuo tenga o haya establecido para su vida. Algunas de las reacciones emocionales

que se presentan después de la lesión son: ansiedad, angustia y miedo, siendo estas reacciones psicológicas “normales y esperadas” cuando se evidencia una lesión grave que implique pérdida y secuelas.

Se generan también expectativas negativas del futuro, ya que la persona no sabe que va a ser de su vida, y puede aparecer el miedo a perder a la persona amada, a que no lo amen, al carecer de aprobación por parte de los demás, a perder el trabajo, y en particular el miedo al desempeño y la productividad etc.. Otras de las reacciones ante la presencia de una lesión medular o amputación son: una baja autoestima, sentimientos de minusvalía, frustración al no poder realizarse cosas que normalmente se realizaban, y posteriormente y quizá, la depresión aparecerá, ya que las pérdidas son reales y permanentes. En este caso la depresión variará desde la tristeza moderada o leve hasta las formas más graves, que pueden incluir idea o intentos del acto suicida.

**Etapas psicológicas (de reacción).**- Uno de los puntos más importantes dentro de la readaptación social de un discapacitado es la rehabilitación psicológica, ya que funciona como un proceso dentro del contexto de la adaptación a la pérdida; refiriéndome a esto en el amplio sentido de la palabra, ya que involucra la pérdida del o los miembros superiores y/o inferiores, de la función física y/o sensorial, etcétera. Este proceso consta de varias etapas, mismas que pueden irse desarrollando conforme pasa el tiempo después de adquirida la discapacidad, Krueger (1982), las agrupa en: a) shock, b) rechazo, c) reacción depresiva, d) reacción contra la independencia y, e) adaptación. Para los fines en particular de esta investigación consideraremos las siguientes:

- 1) Etapa del shock psicológico: Esta etapa se inicia desde el momento del accidente y un tiempo posterior a él. Donde el individuo no es consciente de lo que le ocurre a su alrededor. La persona está centrada en la pérdida física, de sensibilidad o movilidad en algunas zonas de su cuerpo, incluye también una connotación que genera el temor a que el dolor persista. En este punto la falta de información sobre lo que le pasa, lo asustará y le provocará ansiedad. En muchas ocasiones se presenta una desconexión con la realidad que puede tener como resultado que la persona se desoriente en tiempo y espacio, se dará también una pérdida de intereses por parte de la persona, siendo la única preocupación el estado orgánico que predomina, además de una gran demanda afectiva que incluye la reiteración de ver o estar con la familia. Torices, (1997) menciona que: “Se trata de un estado caracterizado por una evidente falta de integración de un número excesivo de estímulos” y que “Inicialmente, el individuo es incapaz de asumir o comprender la magnitud o gravedad de lo sucedido o sus consecuencias”.
- 2) Etapa de negación: En este punto la negación puede entenderse como la defensa inconsciente ante la realidad, recordemos además, que ésta negación constituye una reacción humana común ante noticias que pueden ser desagradables y en este caso es positiva, ya que le da a la persona tiempo para asimilar su nueva situación vital, por tanto, reduce el riesgo de una desintegración de la personalidad. Entiéndase pues, que la negación da como resultado una desintegración que puede ser completa o parcial de la realidad, como lucha a la aparición de un estrés y ansiedad abrumadores. Para Krueger,

(1982); Torices, (1997) se presenta el rechazo (o negación) como una reacción omnipresente y, consideran que la no aceptación de los hechos resulta, inicialmente, bastante lógica, ya que aceptar un cambio corporal tan repentino y riguroso en su propia imagen corporal y en el concepto que el paciente tiene de sí mismo escapa a la capacidad de muchas personas. Aunque el proceso de rechazo es adaptativo y protector para asegurar que el paciente no se vea abrumado inicialmente, es necesario que con el tiempo se suavice a fin de permitir que el sujeto comprenda y asuma la pérdida, reconociendo sus consecuencias (Torices, 1997). Este periodo de negación no deberá permanecer mucho tiempo ya que interferiría con la realidad y en consecuencia con la rehabilitación de la persona.

- 3) Etapa de protesta: En este punto se da una leve o parcial captación de la realidad pero existe un sentimiento de injusticia y se genera poca tolerancia y la no colaboración con el tratamiento, dejando a los médicos la curación de esta problemática, pero desafortunadamente termina en una crítica hacia la medicina, los médicos, los terapeutas, etc. La persona pasa de la etapa del "yo no" que se da en la negación, al "porque yo" ya que considera la aparición de su limitación como una injusticia y le es difícil imaginar un futuro. Existe una consideración importante dentro de esta etapa ya que el estado de cólera continuado puede alejar al paciente del personal médico y de su familia justo en el momento en que más ayuda necesita. En esta etapa, la persona necesita una gran comprensión y sensibilidad de quien le rodea, porque puede clasificarse al paciente como colérico, hostil, contrariante y no cooperativo, situación que le podría provocar una disminución en la calidad de los servicios que el parte médico le brinde y por tanto llevar a un tratamiento desfavorable. Es aquí donde puede quedar establecido un tipo de comportamiento determinado y una motivación determinada para la rehabilitación.
- 4) Intento adaptativo: Superando la etapa de protesta, la persona intenta conseguir una adaptación que generalmente se manifiesta por un exceso en el interés de la rehabilitación física dando una importancia suprema al gimnasio, y otorgando al resto de la rehabilitación un papel secundario. Como generalmente las expectativas de recuperación no son muy ajustadas a la realidad en el tiempo de conseguirlas y el grado real de recuperación que habrá, la evolución tendrá tres posibles direcciones:

Vuelta a la etapa de protesta o agresividad.

Paso a la etapa depresiva. Estas dos primeras direcciones nos haría suponer un fracaso en el intento adaptativo.

Etapa adaptativa, no pasando por la etapa depresiva. Que esto significaría un éxito del intento adaptativo

- 5) Etapa depresiva: En esta etapa se da una captación subjetiva de la realidad, pero tiene una tendencia hacia el lado negativo o pesimista y el paciente no ve una salida. Es aquí donde la persona necesita más apoyo por parte del médico, personal que le atiende y sobre todo, de su familia y amigos. Dentro del proceso de rehabilitación, si se llegará a manifestar dicho estadio depresivo, los síntomas podrían ser algunos de los siguientes:

Pérdida del apetito.  
Insomnio.  
Pérdida de interés en actividades de ocio o placer.  
Pérdida de energía y fatiga.  
Sentimientos de no valer para nada.  
Sentimientos de culpa o de reproche.  
Una disminución de la capacidad para concentrarse o pensar.  
Indecisión e incoherencia.  
Pensamiento recurrente de muerte e ideas o intentos de suicidio.

Un punto importante tiene que ver con la ausencia de síntomas depresivos en personas que recientemente hayan tenido una limitación, y que sugiere la existencia de un fallo psicológico. Debido a que la depresión en este tipo de personas cuya limitación es reciente, es natural y legítima, puesto que la persona ha sufrido una pérdida que es real y además será permanente. Es aquí donde la persona requerirá una intensa ayuda psicológica, apoyo, comprensión y paciencia del equipo de rehabilitación y sus familiares. Bajo esta situación se debe permitir al paciente expresar y expresar todos sus sentimientos para facilitarle así; el proceso de sanación de la depresión. La depresión abarca diferentes grados, pero no siempre se manifiesta de forma verbal, pudiendo presentar síntomas orgánicos psicósomáticos.

- 6) Etapa de identificación: En este punto tiene asumida la limitación y se vive de forma positiva la realidad, desarrollando las propias potencialidades y buscando soluciones a problemas concretos. Surge el pensamiento "lo importante no es lo que nos queda, sino lo que hacemos con lo que nos queda"

Estas etapas se suceden dentro de un proceso, el cual no siempre se concluye, por tanto, la persona puede quedar fijada a cualquiera de ellas. Un tanto más preocupante; puede regresar a etapas anteriores que ya habían sido superadas. Cabe mencionar, que puede darse una reacción paralela dentro del seno familiar pero con cierto desfase en cuanto a su aparición ya que el proceso para ellos tiene mayor rapidez, debido a que quizá conozcan ya el tipo de lesión y la perspectiva de evolución o pronóstico de la misma.

El modelo propuesto de fases o etapas sucesivas, marca un paso progresivo por cada una de esas fases hacia el ajuste y establece que "todo lesionado medular (y amputados) ha de resolver exitosamente los problemas psicológicos asociados a cada etapa para conseguir la adaptación psicológica a la discapacidad. Las estrategias de tratamiento deberían ser engranadas para promover esta progresión" (Brucker, 1983). Dentro de este mismo contexto (el de las etapas) podrían incluirse autores como Lindemann (1981<sup>a</sup>, b) y Krueger (1984b) en lo que se refiere a la lesión medular, y en cuanto a la amputación, algunos otros como Ritchie, (1984), Fishman, (1978) y Kohl, (1984). Aguado, (1990) hace una recopilación de las fases de reacción a la discapacidad, bajo la perspectiva de varios autores, y la ejemplifica de la forma siguiente:



Etapas o fases de reacción ante una discapacidad adquirida.

	Krueger (1984b)	Séller-Miller (1977a,b)	Lindeman (1981a,b)	Kerr (1983)	Fishman (1978)
1	Shock	Shock	Shock	Shock	Conmoción inicial
2	Negación	Negación	Retirada defensiva	Expectativas recuperación	Inhibición defensiva
3	Reacción Depresiva	Cólera	Cólera	Duelo	Reconocimiento
4	Reacción contra independencia	Depresión	Depresión	Defensa, sana-neurótica	Adaptación
5	Aceptación o ajuste	Aceptación	Adaptación	Ajuste	

En esta tabla podemos observar una similitud y cierta concordancia entre las fases de reacción o etapas de adaptación a la discapacidad adquirida propuesta por diversos autores, pero algunos más han propuesto una línea o modelo diferente, este tiene que ver con las diferencias individuales, el cual se abordara poco más adelante.

Las conductas empleadas para enfrentar la discapacidad pueden descubrirse tomando como punto de partida la forma habitual de afrontar otras tensiones importantes. Al igual que los mecanismos de defensa, tales conductas suelen cobrar consistencia con el tiempo y un aumento de estrés que genera una intensificación de las conductas estratégicas para hacer frente a la propia situación. (Torices, 1997). Weisman (1974) propone un listado de estrategias conductuales, que creen, pueden utilizar los individuos para conseguir la adaptación a la discapacidad, estas estrategias incluirían:

1.- Conductas afectivas:

\_ Pasividad y aislamiento de afectos y la nulificación de las preocupaciones.

\_ Inversión del afecto y/o rechazo de este.

2.- Comportamentales:

\_ Comportamiento estereotipado de afrontamiento, reaccionando al estrés con patrones anteriores de conducta a tales situaciones estresantes.

\_ Desplazamiento comportamental encaminado a la distracción mediante la actividad.

\_ Presencia de conductas desinhibidas.

\_ Retirada, apartamiento físico de los demás

### 3.- Cognitivas:

\_ Búsqueda del control racional de la situación mediante la adquisición de información.

\_ Intento de aceptación de la necesidad, racionalizándola y tratando de “convertirla” en una virtud.

\_ Fatalismo.

\_ Proceso defensivo de proyección, seguido de externalización.

\_ Sumisión y obediencia.

\_ Auto sumisión, auto sacrificio, equivalente a una rendición masoquista.

(adaptado de Weisman 1974)

Si estas características o estrategias individuales de reacción y afrontamiento hacia una discapacidad adquirida fueran “reales” e identificables de manera empírica dentro del quehacer profesional, entonces; podrían planearse estrategias paralelas encaminadas a una más apta y pronta rehabilitación, que llevaría al discapacitado a vivir de forma más “ligera” y a corto tiempo las etapas ya mencionadas o por lo menos con un costo psicológico menor. Desafortunadamente, existe poca información al respecto que tenga bases empíricas sólidas, sea por; el tipo y tamaño de la muestra, por la metodología utilizada, por la diversidad de factores investigados, etc. Pero vale rescatar, que todo profesional, o por lo menos, los interesados en salud mental (y en este caso de los discapacitados), deberíamos tener en consideración algunos de los puntos mencionados en el listado anterior, como aquellos que tienen que ver con los mecanismos defensivos, alteraciones conductuales y cognitivas que pudieran presentarse e interferir en el desarrollo adaptativo del discapacitado (de manera particular), facilitando pues, una pronta rehabilitación (en el amplio sentido de la palabra), aplicando programas terapéuticos individualizados, basados en las características y necesidades particulares del paciente, considerando además, otros factores como: la personalidad, los procesos del pensamiento, cultura, edad, sexo, etc.

**Perspectiva de las diferencias individuales.-** Ante la diversidad de estudios (así como de fracasos), que han tratado de establecer formas únicas y universales de reacción y/o de afrontamiento ante la aparición de una discapacidad, surge una postura que resalta las diferencias individuales, esta postura mantiene que: “Cada sujeto experimenta su propio y específico proceso de adaptación y trata de identificar los efectos psicológicos experimentados (Brucker, 1983). Para luego entonces, desarrollar el tratamiento adecuado para disminuir tales reacciones particulares.

Autores como Fordyce, (1983), Trieschmann, (1980, 1984), Gerhards, Florin,y Knapp,(1984) están a favor de esta perspectiva y en general consideran como factores que intervienen en el tipo de reacción los siguientes: a) la personalidad previa, b) los estilos de vida previos, c) los factores conductuales de riesgo, d) entorno y manejo hospitalario y, e) las redes de apoyo sociales (y familiares).

**Comparación entre las perspectivas:** Aguado (1990) nos muestra en la tabla siguiente un análisis comparativo de las dos perspectivas, a saber; la de las etapas y la de las diferencias individuales.

<b>PROCESO DE ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FISICA</b>	
<b>Modelo de las etapas</b>	<b>Modelo de las diferencias</b>
_Existencia de fases o etapas sucesivas de reacción por las que todo sujeto ha de pasar hasta conseguir la adaptación	_Cada sujeto experimenta su propio proceso, específico y diferencial de adaptación
<b>1.- Respaldo empírico.</b>	
_Carece de respaldo empírico	_Tiene respaldo empírico parcial
_Se basa en estudios de casos informes de estimación subjetiva	_Presenta datos validos contra el de las etapas
<b>2.- Coherencia teórica.</b>	
_Sus partidarios discrepan en: número, orden, nombre e importancia de las etapas  _Son necesarias matizaciones  _Coincidencia en la importancia de la negación y la depresión  _Posterga la personalidad previa, el entorno y otras variables	_Se ofrecen alternativas variables: *Conexión con la personalidad y estilos de vida previos *Factores conductuales de riesgo *Entorno hospitalario  _Redes de apoyo social  _Matizan la importancia relativa de la negación y la depresión

_ Todo depende del sujeto	_ Resalta la personalidad previa, el entorno y otras variables  _ Interacción de variables
<b>3.- Implicaciones terapéuticas.</b>	
_ Tratamiento estandarizado  _ Se recalca lo común, lo general, lo de todos  _ Se trata la fase en la que está el sujeto  _ Riesgos de presunciones	_ Tratamiento personalizado  _ Se recalca lo diferencial, lo específico, lo personal  _ Se trata al sujeto según como va en su proceso  _ Observación de lo que sucede

FUENTE: Aguado (1990)

Este análisis comparativo de ambos modelos, podría resaltar las bondades de una u otra perspectiva, pero ¿A caso no sería más trascendente utilizar partes de ambas posturas, según se ajusten al tipo de tratamiento que pueda implementarse para determinado tipo de necesidades? Como sabemos, en muchas ocasiones es difícil sino imposible, personalizar los tratamientos encaminados a un bien en común, es aquí, donde una buena porción de la perspectiva de las etapas puede ser funcional, faltando entonces; el tomar puntos muy interesantes que nos brinda la perspectiva diferencial para conseguir resultados alentadores dentro del proceso rehabilitatorio. Lo anterior y con respecto a la individualización del tratamiento tiene que ver más con la disponibilidad de recursos, baste recordar que la mayoría de tratamientos son otorgados por instituciones publicas, las cuales no pueden o no quieren aventarse una tarea de esa magnitud. Por lo tanto, considerar las reacciones “universales” en general y las “individuales” en particular, puede darnos modelos flexibles de mejor aplicación y mejores resultados a lo postre.

### **PROBLEMAS SOCIALES PARA LA INTEGRACIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS.**

El interés primordial de la rehabilitación se visualiza en el como conseguir integrar a esa persona discapacitada a la sociedad, entendiendo por integrar; "el que toda persona tiene derecho a la educación, la formación, la cultura, el trabajo, el ocio, la sexualidad, etc. con independencia total de su discapacidad o limitación, permitiéndosele desempeñar en la sociedad un papel constructivo, según sus intereses"

Existen diferentes problemas con los que se encuentran las personas con limitaciones físicas para conseguir su integración, algunos de ellos son:

- Falta de información por parte de la sociedad (y de él mismo), de aquello que puede y no puede hacer.
- Las barreras arquitectónicas que influyen en su integración a todos los niveles.
- Los problemas para acceder a la educación.
- Problemas de incorporación al trabajo.
- Su poder adquisitivo disminuye ya que aumentan sus gastos y disminuyen sus ingresos.

Al hablar de problemas que tienen que ver con la adaptación e integración de la persona discapacitada, pensamos comúnmente en las de tipo arquitectónico, pero estas son sólo algunas de las muchas que hay en el camino. Por tanto, es necesario conocer algunas de ellas.

**La vivienda.**-podemos imaginar el gran número de obstáculos que representan ocasionalmente las viviendas donde se desenvuelven los discapacitados y que van de la mano con lo arquitectónico. Situación que muchas veces lleva a la adaptación de la vivienda o/a cambiarse de la misma, acto que supone un coste económico elevado.

**El transporte.**-uno de los problemas más importantes con que se enfrenta la persona discapacitada es el medio de transporte, ya que éstos siguen estando poco adaptados. Sólo basta hacer una revisión para darnos cuenta del grado de retraso que se presenta en México en este rubro, más aún, si consideramos los avances que en esta materia tienen países como Estados Unidos y algunos Europeos.

**Educación.**-El acceso a la educación es muy difícil, existen aquí dos problemas que son sobresalientes; el primero, tiene que ver con lo arquitectónico, y el segundo, con la renuencia de las autoridades escolares para en muchos casos aceptar en su institución al solicitante discapacitado, y en general por el estigma de discapacidad = a educación especial.

**El trabajo.**-El trabajo se presenta como una forma de conseguir independencia económica, misma que es esencial para que las personas tengan un sentimiento de suficiencia personal, de dignidad, dándole al individuo un sentimiento de valía personal, familiar y social. Pero en ocasiones las secuelas físicas de la lesión impiden a la persona regresar a su puesto de trabajo e incluso a cambiar de actividad o dejarla por completo. Más aún, encontrar puesto de trabajo en esta situación, se hace casi imposible, ya que en general los “patrones y subordinados” (encargados de la selección de personal) visualizan en la discapacidad una incapacidad, no dando oportunidad al discapacitado a demostrar su valía. Aquí, los problemas fundamentales incluyen la desinformación sobre cuáles son precisamente las limitaciones de las determinadas discapacidades y la incertidumbre sobre el rendimiento y productividad laboral. En este punto, cabría preguntarse ¿rendirá mejor o peor un discapacitado “sano” (funcional al puesto) que uno de mis empleados que padece depresiones moderadas o severas?

En conclusión, los principales obstáculos para la integración laboral podrían dividirse en:

- **personal:** que se refiere a la condición física de la persona y a los problemas para seguir su formación, además de las connotaciones psicológicas pertinentes y la forma en que sean o no resueltas.
- **social:** relativo a la opinión que tiene la sociedad sobre la persona discapacitada, sea por desinformación, prejuicios o tabúes.
- **legal:** este problema se refiere a la insuficiente normatividad y el incumplimiento de la existente., baste mencionar, por ejemplo: el artículo 57, capítulo II del Programa Estatal a favor de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de Aguascalientes, de 1992-1998 que dice de forma textual: Con el objeto de facilitar la movilidad de las personas con discapacidad, en un plazo que no excederá de tres años, se adoptarán las medidas de adecuación de los transportes públicos colectivos. Mismo que no ha sido cumplido y menos aún, sancionado, como lo menciona el artículo 60 capítulo único, título sexto de la misma ley.
- **estructural:** escasez de puestos laborales en las empresas, así como también por falta de infraestructura y falta de readaptación de la ya existente.
- **la familia.** - el principal problema que deberá evitarse es la sobre protección, ya que esta puede generar en la persona un grado tal de dependencia que le limite más y a la larga canse al grupo familiar.

Para terminar con este apartado sobre los problemas sociales para la reintegración de los discapacitados, hay que mencionar que: “La igualdad es un derecho humano” y plantear algunos “supuestos” de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (citados en el Programa Estatal a Favor de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de Aguascalientes, 1992-1998), en el sentido de que es necesario:

*\*Promover la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas de la invalidez (pero no sólo por causas médicas o traumáticas, si no también por las privaciones sociales en general; para con el ya discapacitado y su familia, ya que estas acarrearían “invalidez”).*

*\*Ofrecer las facilidades urbanísticas y arquitectónicas a las necesidades de las personas con impedimentos físicos y mentales.*



\*Promover la educación y capacitación para el trabajo, así como la promoción del empleo (*recordando que un discapacitado no es igual a un maquilador*): y

\*Orientar y sensibilizar a la colectividad en general, y en particular a los familiares de las personas con dificultades de este tipo (*dando por hecho que el orientar y sensibilizar no es sinónimo de denigración, en el caso particular de utilizar la imagen del discapacitado y su supuesta "debilidad" con fines diversos, diferentes a la integración, como ha sucedido con los programas asistenciales publicitados*).

## **ESTIGMAS Y EFECTOS EN LA DISCAPACIDAD Y LA SEXUALIDAD.**

Referente a este tópico, y con fines prácticos e ilustrativos se usarán fragmentos de un escrito realizado por Torices (1997), sobre "La Sexualidad en los Discapacitados"

Alrededor de la persona que pertenece a un grupo "aislado" o "marginado" la sociedad suele elaborar numerosos mitos, los cuales están basados en el desconocimiento y la falta de información objetiva, o en historias fantásticas que no coinciden con los hechos reales. El mito estigmatiza al sujeto y a la conducta a que se refiere, los mitos en torno a la sexualidad de las personas discapacitadas son capaces de mermar drásticamente e innecesariamente su expresividad sexual, al tender a contaminar la identidad del individuo y sus relaciones sociales (Torices, 1997).

Para Krueger, (1992) " La persona portadora de un estigma parece perder su identidad social por que la sociedad cambia sus expectativas normativas, así como también su identidad social real ya que el individuo discapacitado tendrá que cambiar su comportamiento si quiere participar en la vida social". Torices (1997), asegura que: "Identificar y comprender las actitudes individuales obstaculizantes ayuda a cambiarlas o controlarlas, de modo que podamos evitar que una discapacidad se conviertan en una desventaja".

Los cambios en las expectativas de la sociedad, en función de los estigmas forman la base de los estereotipos o mitos, es decir, las creencias populares asociadas a un estigma:

- \* Que las personas discapacitadas son asexuales
- \* Que son como niños, dependen de los demás y necesitan protección
- \* Que su discapacidad física genera discapacidad física en su entorno
- \* Que deben hacer su vida y casarse con personas como ellos
- \* Que los padres de personas discapacitadas no desean darles educación sexual
- \* Que la relación sexual que culmina con el orgasmo es esencial para el goce sexual
- \* Que si una persona discapacitada padece un trastorno sexual, casi siempre se debe a su condición física
- \* Que si una persona no discapacitada mantiene relaciones con una

discapacitada (hombre o mujer) es porque no puede atraer a individuos "normales" (Masters, Jonson, Kolodny, 1987).

Referente a esto, Torices (1997) menciona; que estas creencias demuestran lo incómoda que se siente nuestra sociedad ante la idea de considerar a las personas con discapacidad como seres con intereses sexuales, ya que la gente en general parece pensar que estas deberían preocuparse por cuestiones más importantes en su vida y desentenderse de las necesidades sexuales. Considera además, al igual que Aguado, Alcedo (1998), que la pérdida del control de las funciones vitales del cuerpo es una experiencia tremendamente convulsionante. El reconocimiento del daño estructural aparece lentamente, y el impacto total sólo se pone de manifiesto cuando la persona se ve súbitamente confrontado con sumó estado. A los ya mencionados problemas físicos descritos por Lindemann (1981), el de la disfunción sexual la considera como una de las experiencias más alienantes a las que una persona discapacitada tendrá que enfrentarse.

Hay muchas causas posibles de disfunciones sexuales y hay que tenerlo en cuenta para no crear la equivocada idea de que un proceso discapacitante siempre origina problemas sexuales o que si éstos aparecen serán permanentes (Torices, 1997).

Torices, (1997) refiere que una persona discapacitada, debe seguir para reintegrarse a su esfera biopsicosocial, por ello debe permanecer al cuidado de una institución hospitalaria durante un largo periodo de tiempo, que puede variar desde los dos hasta los doce meses, durante el cual se espera que cumpla con los objetivos planteados por el equipo interdisciplinario para su rehabilitación integral, durante este lapso de tiempo y ante la imposibilidad de mantener o realizar sus actividades cotidianas de la misma manera que la llevaba antes de la aparición de la discapacidad - independientemente de si ésta, es repentinamente adquirida o debida a un proceso degenerativo-, el individuo puede verse afectado en el área sexual de las siguientes formas (cita, Fugate, 1975):

#### A) Pérdida aparente del interés sexual

Ante el suceso discapacitante y ante la confrontación de la imposibilidad o dificultad para moverse o realizar independientemente las actividades que antes, incluso se hacían mecánicamente, se presenta un estado depresivo que puede sugerir, si no se investiga a profundidad, que el sujeto discapacitado, no tiene intereses de índole sexual.

#### B) Cambio en las actitudes hacia la sexualidad

Las actitudes hacia las conductas sexuales pueden diversificarse dependiendo de los valores y creencias personales del sujeto discapacitado; pueden observarse actitudes negativas hacia cualquier conducta sexual, manifestándose éstas en ocasiones como un sentimiento de culpa que lleva al individuo a vivir su discapacidad como un castigo.

#### C) Agresión sexual

Un cambio que se manifiesta frecuentemente ante el personal a cargo del cuidado y rehabilitación del individuo discapacitado y que puede observarse en las conductas de filtrado, en los comentarios chuscos o en referencias burlonas de las características físicas de algún miembro del personal, incluso pueden presentarse tocamientos sin consentimiento o mutuo acuerdo de las personas que se acercan al individuo discapacitado.

#### D) Pérdida de autoestima como ser sexual

"Es mejor que te busques otra persona, yo ya no te voy a servir para nada, no quiero encadenarte a mí silla de ruedas". Esta es una de las manifestaciones más frecuentes de auto devaluación de la persona discapacitada. La pérdida de autoestima como ser sexual, se manifiesta de manera clara en los comentarios a las parejas.

#### E) Problemas de relación de pareja o en el establecimiento de nuevas parejas

El temor al desempeño sexual suele iniciar o agravar los problemas de pareja cuando no hay información objetiva y realista de las expectativas de vida sexual que tendrán a raíz de la discapacidad. En aquellos individuos que no habían establecido todavía una relación formal de pareja, el problema puede resultar mayor, ya que aunado a los posibles problemas de interrelación y búsqueda de pareja que pudiera haber terminado el sujeto, previo a su discapacidad, se encuentran el hecho innegable de la presencia de una limitación física evidente.

#### F) Depresión

La adquisición de una discapacidad significa una pérdida para cualquier sujeto. Ante la pérdida, la manifestación más frecuente es la depresión, la cual únicamente podrá resolverse con una adecuada elaboración del duelo, con ayuda de un profesional especializado y la confrontación y aceptación de la discapacidad como una vivencia personal y significativamente única.

#### G) Sensación de desesperanza

La pérdida física en vida, en muchos casos, significa más que la pérdida de un ser querido, que la pérdida material o el fracaso profesional; el continuar la vida con una discapacidad, significa enfrentarse a la labilidad inherente al ser humano, el desconocimiento de los alcances del poder humano de sobreponerse a cualquier obstáculo y de los recursos con los que contamos en el medio social para lograrlo, conduce generalmente a la desesperanza y/o a un sentimiento de derrota sin lucha.

#### H) Pesimismo y desinterés hacia sí mismo

Cuando la vida continúa a pesar de la discapacidad y con el enfrentamiento a lo desconocido hasta ese momento, la devaluación, la lentitud del logros, el tambaleo familiar, el conflicto económico, el rechazo y la falta de empatía, facilitan en el sujeto discapacitado una actitud pesimista y desinteresada que puede manifestarse en episodios de auto agresión que

varía desde la poca o nula participación en el proceso rehabilitatorio y, en general, en cualquier tratamiento prescrito, hasta el descuido del aseo personal, el poco cuidado del cuerpo lesionado y el deseo de muerte.

Estos factores, aunados a la historia personal de la vida del individuo y a los efectos limitantes de la discapacidad, pueden afectar de manera drástica la vida sexual de la persona discapacitada, si no se da una atención oportuna e inmediata a las necesidades manifestadas directa o indirectamente por el individuo.

La pertinencia y relevancia de hacer tal cita se manifiesta por la extensa connotación y contenido psicológico implícito en tal escrito, quizá, no de forma explícita o no adentrando en las causas totales de tales manifestaciones, pero sí, mostrándonos los sucesos pertinentes que experimentará una persona discapacitada en el rubro psicológico-sexual. Torices (1997) nos adentra también, en algunos de los efectos directos e indirectos que tendrán las diferentes discapacidades en relación a la manifestación física y psicológica de las vivencias a nivel sexual. Éstas incluirían:

### ***Lesión medular.***

Efecto directo: el nivel de la lesión es determinante para valorar la severidad de la limitación (centros medulares de la respuesta sexual humana S2, S3, S4, T12, L1, L2)., se presenta incompetencia eréctil en los varones y disminución o pérdida de la lubricación en las mujeres. La eyaculación puede no estar afectada en las primeras etapas posteriores a la lesión. Puede manifestarse una disminución o pérdida de la capacidad para percibir las sensaciones placenteras, en parte debida a las alteraciones sensitivas.

Efectos indirectos: parálisis, espasticidad, pérdida de la sensibilidad, dificultades para lograr algunas posiciones, imagen corporal alterada, ansiedad, temor el desempeño, complicaciones por medicamentos y complicaciones por el uso de catéteres.

La fertilidad puede verse afectada dependiendo el nivel y tipo de lesión, así como el tiempo de evolución de la misma (Torices, 1997).

### ***Amputación.***

Efecto directo: ninguno, salvo las amputaciones de órganos sexuales pélvicos.

Efectos indirectos: la imagen corporal alterada, dificultades para algunas posiciones en las amputaciones de extremidades, temor a no gustarle la pareja, ansiedad, temor al desempeño y alteraciones sensitivas

En este caso, no hay implicaciones genéticas (y sobre fertilidad), salvo en aquellas amputaciones congénitas con componentes hereditarios (Torices, 1997) finalmente, la autora menciona la importancia del consejo terapéutico profesional en ambas discapacidades.

Se concluye finalmente que el problema de la discapacidad requiere ser estudiado, especialmente en el análisis de la depresión dado que es posible que pueda aparecer en éste tipo de situaciones.

## CAPITULO IV

### METODOLOGÍA.

#### JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según información de la Organización Mundial de la Salud por cada persona que presenta discapacidad dos personas más se encuentran completamente involucradas en la discapacidad, es decir, que además de los 10 millones de personas con discapacidad, existen 20 millones más de personas afectadas directamente por este problema (FTE : OMS), por lo tanto, en nuestro país existen aproximadamente 30 millones de personas involucradas y afectadas directa o indirectamente por la discapacidad.

Según la Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la incorporación al desarrollo de personas con discapacidad (CONVIVE, 1999), "en México la discapacidad se asocia a bajas condiciones de bienestar tales como la pobreza extrema, la marginación social, la malnutrición, el analfabetismo, la ignorancia, el acelerado crecimiento poblacional y la distribución geográfica del país, que restringe la prestación de servicios de toda índole."

Las causas que influyen en la discapacidad varían en el mundo, así como las consecuencias y frecuencias de éstas. El DIF, la SEP y el gobierno del D.F. concluyen que el 10% de la población tiene algún tipo de discapacidad

De la población con discapacidad, 44.9% presenta limitaciones relacionadas con sus brazos y piernas, 28.6% es invidente o sólo percibe sombras, 16.5% sordas o escucha con ayuda de un aparato, 14.6% tiene algún retraso o deficiencia mental, 4.5% es muda, y el resto presenta otra clase de discapacidad (CONVIVE, 1999)

Las causas de la discapacidad son variadas. El 31.6% adquirió esta condición derivada de alguna enfermedad, 22.7% como consecuencia de problemas relacionados con la edad avanzada, 19.4% nació con ella, 17.7% como resultado de algún accidente y 1.9% debido a otras causas (CONVIVE, 1999).

Por otro lado, el 11.5% de la población discapacitada tiene de 0 a 14 años; 13.6% de 15 a 29.30% se ubica entre los 30 y los 59 años, y 44% señaló tener 60 años o más. Esta distribución muestra que poco más del 43.6% de la población con discapacidad en el país se encuentra en edades económicamente activas, por lo cual se hace necesario facilitar los mecanismos tendientes a lograr su plena incorporación al mercado laboral a fin de elevar su autoestima y facilitarles su independencia económica (Fuente: INEGI XII Censo general de población y vivienda, (2000).

De las entidades que tienen un mayor porcentaje de discapacitados respecto al total de su población, 3 se encuentran en el sureste: Yucatán, 3.4%, Tabasco y Campeche, 3.1% cada una, y 2 en el litoral del pacífico: Colima y Nayarit con poco más de 3% cada una. En términos



absolutos, son las entidades más pobladas y que se encuentran en el centro del país las que registran un mayor número de población residente discapacitada. Estado de México, Distrito Federal, Veracruz y Jalisco con un total de 764.000 discapacitados. volumen que supera la población total de entidades como Colima, Baja California Sur y Campeche, consideradas de manera individual. (Fuente: INEGI XII Censo general de población y vivienda, 2000.

En este tiempo, existe un gran auge rehabilitatorio respecto a las diversas discapacidades, que ha sido promovido por diferentes medios y personas. ¿Pero? Para que los resultados de los programas implementados sean de mayor significancia y calidad, el tratamiento debería ser integral e interdisciplinario. Entonces, el estudio e “intervención psicológica” sería trascendental no obstante, en este caso, existe una gran cantidad de interrogantes que son de interés al respecto.

De ahí que la rehabilitación del discapacitado tiene en la actualidad un interés particular. En este punto, sería trascendental dar un enfoque integral al tratamiento, que abarque los aspectos; médicos, fisioterapéuticos, ocupacionales y de la vida diaria, la sexualidad y el trabajo, al igual que el psicológico. Considerando la “intervención psicológica oportuna para el discapacitado y su familia (en caso de requerirse y a solicitud de los implicados) desde el momento en que se evidencia la proximidad de una discapacidad, esto es; con la ocurrencia del accidente o enfermedad que así lo indican.

Por tanto, es conveniente evaluar y analizar procesos tan comunes y frecuentes como la depresión, ya que ésta aumentaría el grado discapacitante. De ahí la relevancia de estudios como éste puede ser evidente, pensando en que otorgan información acerca de si se presenta o no, el trastorno depresivo en un grupo particular de personas, amputados y lesionados medulares, además de que puedan abrir perspectivas diversas para la realización de investigaciones posteriores que pudieran llevar a la planeación de un tratamiento realmente integral en beneficio del discapacitado, su familia y la sociedad. De ser así, cabe la posibilidad de conseguir avances a mediano plazo para el discapacitado y su familia y a largo plazo, en beneficio social. La forma básica de conseguirlo es, mediante un tratamiento integral que llevará a los individuos a su plena integración social cortando las limitantes que los procesos depresivos traen consigo (si es que estos se presentan). Esto por varias razones; por mencionar una, tenemos la productividad personal y social brindada por el trabajo, baste recordar que los eventos depresivos severos pueden limitar e interferir en este rubro.

La aportación básica de un estudio como este, tiene que ver con la cantidad de información que pudo obtenerse respecto al proceso depresivo y su ocurrencia dentro de los grupos de personas discapacitadas. Por lo que para esta investigación se planteo la siguiente pregunta:

¿Estará presente el trastorno depresivo en grupos de personas discapacitadas; amputadas y lesionadas medulares, que a su vez viven bajo una de las siguientes características; estar hospitalizados o ser ambulantes o ser deportistas?

## **OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar los niveles depresivos en dos grupos de personas discapacitadas, amputados y lesionados medulares, que se encuentran en tres situaciones vitales diferentes, sean estas; hospitalizados, ambulantes y deportistas.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Analizar si existen diferencias significativas en los niveles depresivos entre los grupos; amputados y lesionados medulares, formados por discapacitados, hospitalizados, ambulatorios y deportistas

Analizar si existen diferencias significativas entre los niveles depresivos obtenidos por los hombres y por las mujeres de la muestra estudiada.

## **HIPÓTESIS CONCEPTUAL:**

La discapacidad generalmente esta asociada a cambios del estado de ánimo y depresión, como resultado de la enfermedad. El proceso de adaptación y el cambio de actitud, se produce de una forma tan gradual, por la dificultad de comprender que la discapacidad puede transformar una área de la vida, pero no afecta necesariamente a todas las demás áreas. Si el sujeto se ha adaptado a las nuevas circunstancias, entonces la depresión ha pasado y es capaz de sentirse preparado para afrontar el futuro (Granados, 2002). Pero si la depresión se presenta con mayor intensidad, entonces, es posible que el nivel de depresión varíe en grupos de personas amputadas y lesionadas medulares: hospitalizados o ambulatorios o deportistas.

## **HIPÓTESIS ESPECIFICAS:**

La depresión presentará una mayor intensidad en el grupo de personas amputadas y lesionadas medulares hospitalizadas, que en los otros dos grupos; ambulatorios y deportistas.

Las personas amputadas y lesionadas medulares que son deportistas, presentarán niveles depresivos bajos, normales o sin patología, según la escala Zung para la auto evaluación de la depresión.

Los índices depresivos presentarán diferencias significativas, entre el grupo de hombres y mujeres de ambas discapacidades.

## **VARIABLES:**

Dependiente:

**Depresión.-** Entiéndase depresión como un estado de ánimo triste, apático, con sentimientos de inutilidad y opinión negativa de uno mismo, con la presencia de autorreproches, pérdida o aumento de sueño y apetito, reducción del deseo sexual, con cambios en el nivel de actividad; volviéndose la persona letárgica o agitada y con una tendencia a estar alejado de los demás.

La depresión como el índice depresivo obtenido al aplicar la escala de Zung, W. W. K. para autoevaluación de la depresión, que incluye la presencia del trastorno en forma severa o extrema, moderada o marcada, mínima o ligera y dentro de lo normal o sin patología.

Independientes.

**Sexo.-** Entiéndase sexo como el ser hombre o mujer heterosexuales, excluyendo de esta muestra el travestismo, transexualismo, hermafroditismo, homosexualidad y bisexualidad. Así mismo como la determinación genética hombre o mujer, masculino o femenino, macho o hembra, no como preferencia sexual.

Sexo: como la determinación personal de género obtenida al preguntar al individuo cual es su sexo biológico.

**Amputados.-** Entiéndase como personas que por enfermedad o accidente han perdido parte de un miembro superior o inferior, que sea igual o mayor a la pérdida de la mano o pie, la totalidad de este o de varios de ellos o de combinaciones en la pérdida, excluyendo de este grupo, a las personas que han perdido solo los dedos de pie(s) o mano(s) y que éste no sea lesionado medular.

**Amputación.-** Como la pérdida o ausencia física real de un miembro superior y/o inferior y que sea igual o mayor a la pérdida de una mano o un pie, hasta los cuatro miembros, o combinaciones en la pérdida, comprobada visualmente y que no tenga lesión medular diagnosticada médicamente y que no sea una ablación de tipo congénito.

**Lesionado medular.-** Como personas que por enfermedad o accidente han tenido una lesión medular completa e incompleta a nivel lumbar, torácico o cervical, que implique pérdida de movimiento y sensibilidad corporal, pero que estas pérdidas se deban a la aparición de la discapacidad y que no este en combinación con algún tipo de amputación.

**Lesión medular.-** Como la pérdida de sensibilidad y de movimientos corporales debidos a una lesión medular completa o incompleta, que haya sido diagnosticada por un medico y que no haya evidencia de amputación.

Condiciones médicas.

**Hospitalizado.-** Entiéndase como persona, amputada o lesionada medular que se encuentra internado o en tratamiento médico en una institución hospitalaria, debido a un accidente o enfermedad que le provoco la discapacidad. Que además sea o amputado o lesionado medular. Así mismo, se refiere a una persona hospitalizada como amputado o lesionado medular debido a accidente o enfermedad que le tiene internado en un hospital o en tratamiento por la rescencia de su discapacidad.

**Ambulatorio.-** Entiéndase como persona amputada o lesionada medular, que no práctica ningún deporte ni se encuentra hospitalizada, ni en tratamientos médicos y que puede o no dedicarse a diferentes actividades .

**Deportista.-** Como persona lesionada medular o amputada, que realiza ejercicios físicos por lo menos tres veces a la semana y que no se encuentra hospitalizado y que no esta bajo tratamiento médico.

#### **MUESTRA:**

El tipo de muestreo fue no probabilístico, debido a que la elección de los sujetos no dependió de que todos ellos tuvieran la misma posibilidad de ser elegidos, y fue intencionada, ya que una muestra de este tipo es útil para estudios como este, por que no se requiere de la representatividad de los sujetos de una población, sino una elección de sujetos con ciertas características. Por lo tanto, los sujetos muestra presentaron las siguientes características:

Cada uno de los individuos a estudiarse debió estar viviendo una de las diferentes etapas establecidas; Amputados (hospitalizados, ambulatorios, deportistas) y lesionados medulares (hospitalizados, ambulatorios, deportistas). Que fueron abordados en: hospitales, centros de rehabilitación, asociaciones de discapacitados, grupos deportivos.

#### **SUJETOS:**

La muestra estuvo construida por 75 personas, de las cuales el 37 fueron amputados, 38 lesionados medulares, 57 hombres y 18 mujeres ambos del municipio de Aguascalientes, Ags., México, que incluían las siguientes características.

La edad de las personas incluidas en esta muestra fue de los 18 años cumplidos y hasta los 85 años como limite superior.

El estado civil; se incluyo a personas, hombres y mujeres que vivieran bajo cualquier tipo de estado civil reconocido en México, a saber; soltero(a), casado(a), divorciado(a) , viudo(a) y en unión libre.

## Hombres y mujeres heterosexuales

Personas que por enfermedad o accidente tenían (y tienen) una de las dos discapacidades contempladas (amputación o lesión medular y que cumplían con los requisitos de ser hospitalizados o ambulatorios o deportistas) y que además; habían sido diagnosticados como lesionados medulares o amputados por un médico especialista en traumatología y/o ortopedia.

### TIPO DE ESTUDIO:

En toda investigación, o por lo menos en alguna parte de cada una de ellas pueden presentarse los tipos básicos de investigación, a saber; exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo.

Este estudio se situó básicamente en el campo exploratorio. Aunque pudieron evidenciarse parte de los contenidos correlacionales y descriptivos (Hernández, Baptista, y Fernández, 1991).

Exploratorio; con base en que este tipo de estudios tienen como propósito, medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, o sea; el saber como se puede comportar un concepto o variable, conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable a partir del valor (o característica) que tiene en la variable o variables relacionadas (Hernández, y col.,1991).

### DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Es un **diseño no experimental**, basado en que este tipo de diseño se realiza sin manipular deliberadamente las variables (Hernández, y col., 1991). Como señala Kerlinger (1979), la investigación no experimental o ex post- facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o las condiciones. De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Por tanto, no se construyen situaciones, sino que se estudian las ya existentes, o sea que la(s) variable(s) independiente(s) ya ocurren y el investigador no las manipula, pero si puede estudiar y medir la dependiente.

En la investigación no experimental no hay manipulación intencional ni asignación al azar. En conclusión, en este tipo de estudios los sujetos ya pertenecen o pertenecían a determinado grupo o nivel de variable independiente por "autoselección" (Hernández,y col., 1991).

Especificando, fue un diseño transeccional correlacional, debido a que estos diseños describen relaciones entre dos o más variables en un momento determinado y puede limitarse a

establecer relaciones entre variables sin entablar un sentido de causa.

## INSTRUMENTO:

Para esta investigación se utilizó la Escala de Auto evaluación de la Depresión W. W. K. Zung (1965) (Anexo 1). Se trata de un cuestionario de depresión que tiene la finalidad de cuantificar los niveles depresivos, obteniendo los factores comunes de la sintomatología de este trastorno. Dichos factores son: Sentimiento extenso, correlatos físicos y psíquicos. Consta de 20 reactivos con 4 opciones de respuesta (nunca o pocas veces, algunas veces, muchas veces, la mayoría de las veces o siempre) de las cuales, 10 son evaluadas directamente, otorgándose de 1 a 4 puntos según la respuesta elegida, y los otros 10 son calificados de forma indirecta, o sea; de 4 a 1 puntos, según la respuesta, de tal forma que se evalúa en relación con la frecuencia que presenta la conducta incluida en él. Evalúa rubros como:

Insomnio  
Llanto  
Disminución del apetito  
Pérdida de peso  
Interés sexual  
Estreñimiento  
Palpitaciones  
Fatiga  
Dificultad en la toma de decisiones  
Irritabilidad  
Satisfacción en la vida  
Ideación suicida.

La puntuación total de la escala EAD se obtiene; dividiendo la suma de las puntuaciones obtenidas por la puntuación máxima posible y multiplicado por 100. Dos ejemplos de Ítem se muestran a continuación:

Por favor señale una respuesta para cada uno de los 20 elementos.	Nunca o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces
1.- Me siento abatido, desanimado y triste.	1 punto	2	3	4
17.- Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1

Tabla de evaluación y conversión de los puntajes.

Índice EAD	Impresiones clínicas equivalentes
< a 50	Dentro de lo normal o sin patología
De 50 a 59	Presencia de depresión mínima o ligera
De 60 a 69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema



Punt. Bruta	Indice Depres.	Punt. bruta	Indice Depres.	Punt. bruta	Indice Depres.	Punt. bruta	Indice Depres.	Punt. bruta	Indice Depres.
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

La fiabilidad de la prueba es 0.73 por el método de las dos mitades. Según el autor la validez de criterio es buena, pero al momento, no discrimina bien entre pacientes depresivos psicóticos y enfermedad física.

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Se llenó una ficha personal que incluía información sobre el nombre del discapacitado, su edad, sexo, edo. civil, número de hijos, con quién vivía, si era ambulatorio, hospitalizado o deportista, el tipo de la lesión, el tiempo de evolución, sobre como se adquirió la discapacidad, el nivel de estudios, ¿a que se dedica? Si consumían tabaco, alcohol y/o drogas y si habían intentado alguna vez suicidarse (Anexo 2).

## PROCEDIMIENTO:

El procedimiento utilizado para la realización de este estudio, se describe a continuación:

1.- Se solicitó el permiso correspondiente de las autoridades hospitalarias para la realización y aplicación de la prueba explicando los objetivos de la misma, así como también, se solicitó además en préstamo un consultorio para la aplicación del inventario.

2.- Ya obtenida la autorización, se pidió la cooperación de los pacientes amputados y lesionados medulares para responder el inventario de auto evaluación de la depresión y la ficha personal, mencionándoles que se trataba de una investigación que serviría como tesis de licenciatura y que la información y datos personales de ellos serían confidenciales y no se utilizarían con propósitos diferentes a los de la investigación citada, y que su participación y cooperación sería voluntaria y no habría remuneración alguna.

3.- La aplicación de la escala y la ficha se llevo a cabo en el consultorio determinado para tal fin, considerando ante todo el estado físico de la persona, ya que sólo se consideraron los individuos que podían desplazarse o ser desplazados al lugar de aplicación sin que esto conllevara un riesgo a la integridad física del participante. Se estableció una hora en particular para la aplicación, y que fue igual para toda la muestra.

4.- Ya instalada la persona en el consultorio, se le dieron las gracias anticipadas por su cooperación en el estudio y se le hizo saber que podía abandonarlo (en caso de que así lo quisiera) en cualquier momento, sin problema alguno. Al presentar la prueba o escala de auto medición se pidió al sujeto(s) que anotaran los datos que se les pedían en la parte superior del inventario (con la reserva de que podría darse apoyo de escritura a quien por su condición física, no pudiera escribir) y que leyeran las indicaciones impresas en la prueba en conjunto con quien la aplicaba (el cual, lo realizaba en voz alta), las cuales dicen: *A continuación, conteste cada uno de los elementos que aparecen abajo, eligiendo la opción que mejor describa como se ha sentido últimamente. No existen respuestas buenas o malas. Solo tiene que elegir una opción y marcarla con X. Recuerde marcar aquella que mejor describa como se ha sentido. Lea totalmente y elija; procurando contestar cada una de ellas.* Además de la indicación propia y directa de la prueba "Por favor señale una respuesta de cada uno de los veinte elementos". Para tal fin; como lo marca el autor de la prueba, no existe problema alguno en aclararle a la persona que contesta la escala cualquier duda que surgiera durante su aplicación. Además, se tomaron algunos datos adicionales tales como: Si se trataba de un sujeto hospitalizado, ambulatorio o deportista, su edad, estado civil, número de hijos, con quien vivían, tipo de lesión, tiempo de evolución, cómo adquirieron la discapacidad, nivel de estudios, a que se dedicaban, si consumían tabaco, alcohol, drogas y/o medicamentos sin prescripción medica y la presencia de intentos suicidas.

5.- Ya contestada la prueba se agradeció la participación y cooperación del paciente, y se procedió a su evaluación con la plantilla correspondiente para obtener la puntuación bruta y posteriormente se hizo la conversión a los índices de auto evaluación de la depresión con la tabla correspondiente.

Para los pacientes amputados y lesionados medulares, deportistas y ambulatorios.

1.- Se acudió a los centros deportivos o asociaciones de discapacitados para pedir apoyo para la realización de este estudio.

2.- Ya identificada la población que podía estar considerada dentro de la muestra y habiendo solicitado su cooperación para responder la escala de auto evaluación de la depresión

y la ficha de información personal, se les menciono que se trataba de un apoyo voluntario y que no sería remunerado, que la información personal obtenida sería anónima y que los resultados obtenidos se utilizarían como parte de una investigación que no se daría mal uso a los datos obtenidos.

3.- Se menciono a las personas que decidieron cooperar que deberían presentarse a un consultorio en particular y a una hora establecida que sería determinada para la aplicación, y que el único apoyo que recibirán sería para el traslado.

4.- Ya instalada la persona en el consultorio, se le dieron las gracias anticipadas por su cooperación en el estudio y se le hizo saber que podía abandonarlo (en caso de que así lo quisiera) en cualquier momento, sin problema alguno. Al presentar la prueba o escala de auto medición se pidió al sujeto(s) que anotaran los datos que se les pedían en la parte superior del inventario (con la reserva de que podría darse apoyo de escritura a quien por su condición física, no pudiera escribir) y que leyeran las indicaciones impresas en la prueba en conjunto con quien la aplicaba (el cual, lo realizaba en voz alta) de la misma forma que describe anteriormente.

5.- Ya contestada la prueba se agradeció la participación y cooperación del paciente. y se procedió a su evaluación con la plantilla correspondiente para obtener la puntuación bruta y posteriormente se hizo la conversión a los índices de auto evaluación de la depresión con la tabla correspondiente.

En general, y para toda la muestra.

\*Ya aplicadas y evaluadas las pruebas realizadas a las personas amputadas y lesionadas medulares, se realizó el vaciado de los resultados obtenidos como índices de auto evaluación de la depresión, así como también, de cada uno de los valores de las fichas de identificación personal para su análisis usando el programa estadístico SPSS 10.0.

\* Se seleccionaron las pruebas apropiadas y se realizaron los análisis estadísticos correspondientes. Siendo estas, los porcentajes y frecuencias, por una parte, y por otra, el análisis de varianza de una vía y para dos o más variables independientes

\* Se llevo acabo el análisis de los resultados estadísticos.

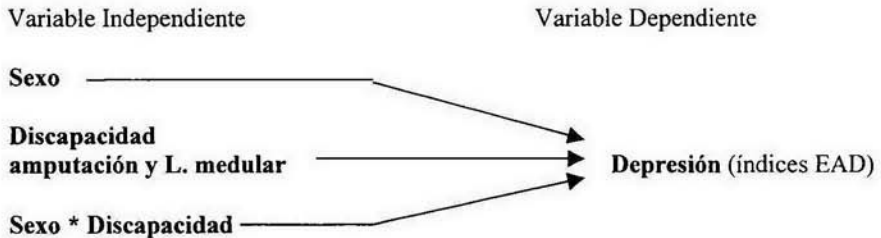
\* Con los análisis estadísticos realizados se reviso si se cumplieron los objetivos de investigación y se verifico si se cumplieron las hipótesis.

\* Se sacaron las conclusiones pertinentes al estudio y se mencionaron las limitaciones y sugerencias para el desarrollo de posteriores investigaciones.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICOS:

El análisis de los datos se realizó según frecuencias y porcentajes para los diferentes factores, además, utilizando la estadística paramétrica, en particular; el análisis de varianza (ANOVA) de una vía y factorial, debido a que la segunda “Es una prueba estadística para elevar el efecto de dos o más variables independientes sobre una variable dependiente” Constituye una extensión del análisis de varianza unidireccional, solamente que incluye más de una variable independiente. Evalúa los efectos por separado de cada variable independiente y los efectos conjuntos de dos o más variables independientes (Hernández, y col., 1991).

En este caso en particular, brindo información sobre el grado de significancia existente entre los niveles de la variable dependiente y cada una de las independientes y/o dos variables independientes en juego con la variable dependiente. Ese arreglo puede ejemplificarse en el diagrama siguiente:



El análisis se llevó a cabo mediante el paquete estadístico de cómputo SPSS 10.0 (Paquete Estadístico para Ciencias Sociales) en su versión para Windows.

## CAPITULO V

### RESULTADOS

A partir de los objetivos planteados en esta investigación que fue analizar si existen diferencias significativas en los niveles depresivos entre los grupos: amputados y lesionados medulares, formados por discapacitados, hospitalizados, ambulatorios y deportistas, así como, analizar si existen diferencias significativas entre los niveles depresivos obtenidos por los hombres y por las mujeres de la muestra estudiada, se realizaron diversas pruebas estadísticas para corroborar las hipótesis planteadas para este estudio.

Dentro de este apartado y a manera de referencia, la información obtenida de los análisis realizados quedo ordenada de la siguiente manera:

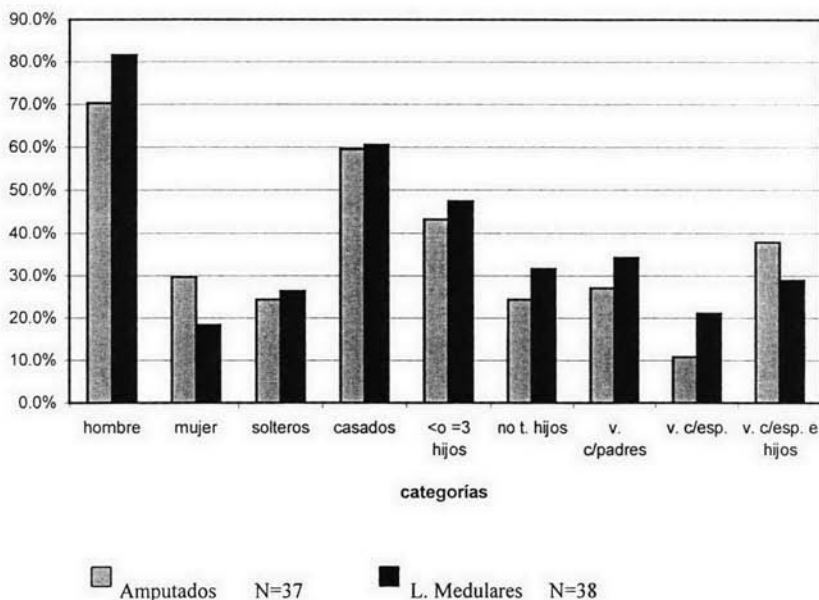
- \*Descripción de los resultados obtenidos (de forma independiente) de ambas discapacidades en porcentajes.
- \*Reporte de los resultados obtenidos de los análisis de varianza realizados al grupo de amputados, así como también los coeficientes de confiabilidad derivados de los ítems del inventario de auto evaluación de la depresión de Zung.
- \*Reporte de los resultados obtenidos de los análisis de varianza realizados al grupo de los lesionados medulares, así como también, los coeficientes de confiabilidad derivados de los ítems del inventario de auto evaluación de la depresión de Zung.
- \*Reporte de los resultados obtenidos de los análisis de varianza realizados a los grupos estudiados (amputados y lesionados medulares en conjunto), así como también, los coeficientes de confiabilidad derivados de los ítems del inventario de auto evaluación de la depresión de Zung.

La muestra estudiada estuvo compuesta por 37 personas amputadas y 38 lesionadas medulares, a las cuales se les tomo la siguiente información: Nombre, edad, sexo, estado civil, número de hijos, con quien vivían, si eran hospitalizados, deportistas o ambulatorios, tipo de lesión, tiempo de evolución, como adquirieron la discapacidad, nivel de estudios, a que se dedicaban, si consumían tabaco, alcohol y/o drogas y si intento el suicidio. Además se les aplico la escala de auto evaluación de la depresión de Zung, tratando de medir la presencia de algún grado de depresión.

Los resultados se describen a continuación apoyados por representaciones graficas para facilitar el entendimiento del contenido de esta investigación. Y como entrada para situarnos respecto a la muestra estudiada, en la Grafica 1 se muestran las características generales de ambos grupos de personas discapacitadas, amputadas y lesionadas medulares.

Grafica 1.

**Porcentajes de características generales de amputados y lesionados medulares**



En ésta gráfica (1), se observa que dentro del grupo de los amputados el 70.3% corresponde a hombres y el resto del total a las mujeres, habiendo un porcentaje mayor de personas casadas (59.5%), contra los solteros que obtuvieron un 24.3%. Podemos ver, que se trata en su mayoría de familias con 3 o menos hijos (43.2%) o que no los tiene; es el caso del 24.3% de la muestra. En general, son personas que viven o con sus padres (27%) o con su esposo/a (10.8) o con su esposo/a e hijos con un 37.8%. En particular, 88.8% de las personas amputadas y solteras no tienen hijos y 77.7% vive con sus padres. Respecto a los casados, se encontró que el 90.9% de los casos tienen hijos y que el 81.8% vivía con ellos y con su esposo(a).

Respecto al grupo de lesionados medulares tenemos que; sólo un 18.4% de los sujetos de la muestra correspondió a mujeres y el resto a hombres; de este total, el 60.5% mantenían una relación matrimonial a la fecha de aplicación de la escala de Zung (EAD) y un 26.3% de ellos era soltero. En cuanto al número de hijos se encontró que el 57.4% tenía de 1 a 3 hijos, y un 31.6 no tenía. La Gráfica 1, muestra también dos grupos de importancia sobre con quien

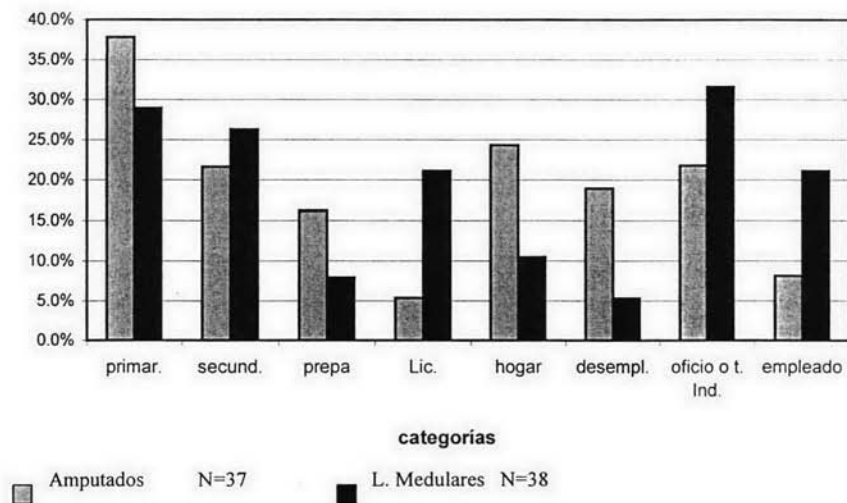


vivía el discapacitado y, agrupando tenemos; 34.2% con sus padres y 50% en conjunto de lesionados medulares que vivían ya sea con su esposo(a) y con su esposo(a) e hijos.

Por otra parte, y siguiendo con características generales de ambas discapacidades, la Grafica 2, nos enseña los niveles académicos y ocupaciones más importantes en cuanto a su porcentaje de ocurrencia, en los cuales tenemos que: 37.8% de los amputados curso completa o incompletamente la educación primaria, y el 21.6% hasta la secundaria y un tercer grupo que refirió haber tenido estudios a nivel medio superior (16.2%), y el 5.4% solamente consiguió algún grado a nivel licenciatura. En lo que respecta a la ocupación actual de la persona, el grupo más importante mantenía actividades hogareñas, mientras un segundo grupo tenía un oficio o trabajo independiente (21.6%) y el 18.9% era desempleado. El resto de los porcentajes restantes se reparten entre empleados(as) domésticos(as), jubilados, pensionados, empleados, estudiantes y quienes no contestaron la pregunta.

Grafica 2.

Porcentajes por escolaridad y ocupación; amputados y lesionados medulares



En comparación con los amputados, podemos ver que el grupo de lesionados medulares que curso (completa o incompletamente) la primaria es inferior en porcentaje (28.9%) al igual que los de nivel preparatoria con un 7.9%. Donde se aprecia una diferencia al incremento es en los que estudiaron la secundaria (26.3%) y las licenciaturas con un 21.1%. Las actividades mayormente realizadas por los lesionados medulares son los oficios o trabajos independientes (31.6%), seguido de los empleados con un 21.1% y un 10.5% al hogar. El resto de los porcentajes se dividen entre quienes no contestaron, los que estudian, los pensionados, jubilados y desempleados.

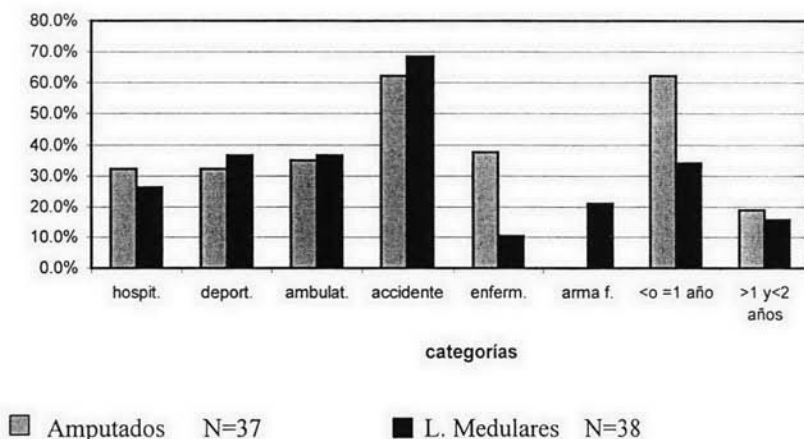
Tres condiciones que son más específicas sobre las dos discapacidades estudiadas tienen que ver con el ser hospitalizado, deportista o ambulatorio, una más; la forma en que se adquirió la discapacidad y por último, el tiempo de evolución de la misma.

En la Gráfica 3. se muestran los resultados obtenidos en estos campos y encontramos una paridad en la distribución de porcentajes de la muestra respecto a la situación que estaban viviendo los sujetos cuando les fue aplicada la escala Zung (EAD). Tenemos; 32.4% de hospitalizados, 32.4% de deportistas y un 35.1% de ambulatorios, de todos ellos, el 62.2% fue amputado debido a accidente y el 37.8% debido a enfermedad y en particular a algún deterioro derivado de la diabetes. Respecto a los amputados se encontró que un 62.2% de los sujetos tenían = ó >1 año de haber sufrido la discapacidad y un 18.9% su segundo año.

Para el grupo de los lesionados medulares, se observo una distribución de 26.3% de hospitalizados, 36.8% de deportistas y un 36.8% discapacitados ambulatorios. Del total, el 68.4 adquirió su discapacidad por accidente, el 10.5% derivado de alguna enfermedad y un 21.1% por disparo de arma de fuego causante de daño medular (Gráfica 3)

Gráfica 3.

Porcentajes por condición, etiología y tiempo de evolución de la discapacidad

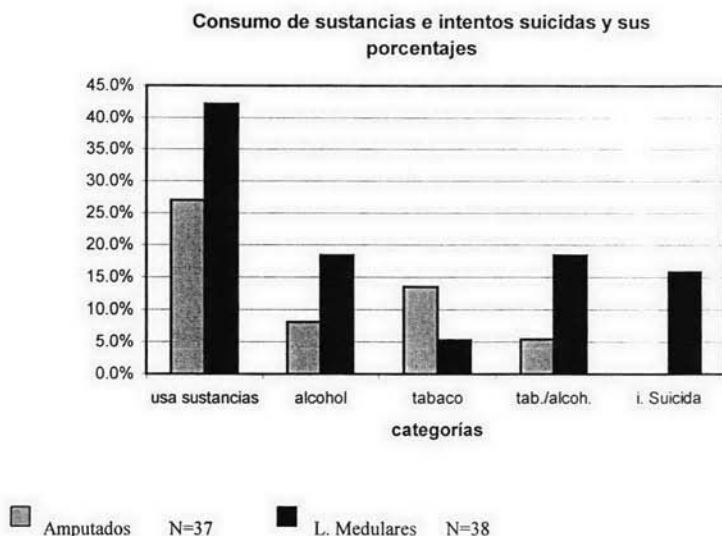


En cuanto al tiempo de evolución, el 34.2% de los lesionados medulares tenía un año o menos de haber adquirido la discapacidad y un 15.8% cursaba su segundo año.

Al hablar de depresión podríamos pensar en otro tipo de padecimientos que pudieran estar presentes de forma conjunta a la depresión; el uso o abuso de sustancias. Se encontró que un 27% de los amputados consumía algún tipo de sustancia, siendo el tabaco el mayormente consumido (13.5%), seguido de quienes consumían solo alcohol, con el 8.1% y quienes consumían tabaco y alcohol (5.4%), sin que esto quiera dar algún valor sobre la gravedad del

uso de las mismas u otorgar algún grado de corresponsabilidad. Los valores se encuentran representados en la Grafica 4.

Grafica 4.



En lo referente a los lesionados medulares, podemos ver que el número de personas que son consumidoras de algún tipo de sustancias es mayor al de los amputados con el 42.1%, el 18.4% consume alcohol y otro porcentaje igual consume tabaco y alcohol, y solo el 5.3% de este grupo fuma tabaco. Por último, el 15.8% de estos discapacitados había tenido uno o más intentos suicidas.

Después de la aplicación y evaluación de la escala Zung (EAD), se revisaron los índices depresivos, según las impresiones clínicas equivalentes tratando de organizar las diferentes puntuaciones para saber con que frecuencia y porcentaje se daba el trastorno depresivo (si es que éste se presentaba), los resultados se muestran en la siguiente tabla (1)

Tabla 1.

Impresiones clínicas equivalentes del índice depresivo según la escala de Zung para auto-evaluación de la depresión.

Impresión clínica	Amputados		Lesionados medulares	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
< a 50, dentro de lo normal o sin patología	16	43.3	18	47.4
50 a 59, depresión mínima o ligera	11	29.7	10	26.3
60 a 69, depresión moderada o marcada	8	21.6	4	10.5
70 o más, depresión severa o extrema	2	5.4	6	15.8

N Amputados = 37

N L. Medulares = 38

La Tabla 1, muestra de manera práctica los resultados para cada grupo; amputados, 56.7% padece algún grado de depresión, respecto a las equivalencias clínicas que realizó Zung (1965) y que van desde depresión mínima o ligera (29.7%) a, depresión moderada o marcada (21.6%) y hasta, depresión severa o extrema (5.4% obtenidas por este grupo). En el caso de los lesionados medulares, de los cuales el 52.6% presento algún grado de depresión, quedando repartidos en 26.3% de depresión mínima, 10.5% depresión moderada y 15.8% en depresión severa. Como se puede observar, los niveles depresivos de los lesionados medulares en depresión moderada son inferiores a los niveles de los amputados, pero se incrementan en depresión severa en relación de 3 a 1 aproximadamente.

## AMPUTADOS

Ahora, de los análisis de varianza realizados a los dos grupos de discapacitados por separado, y conjugando las diferentes variables se encontraron algunas que se relacionaron significativamente a la depresión. Considerando al índice depresivo como variable dependiente tenemos (Tabla 2):

Tabla 2.

**AMPUTADOS**

Prueba de efectos entre los sujetos

Variable Dependiente: Índice de depresión (Escala AED. Zung)

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	3351.732	10	335.173	5.784	.000
Intercept	80321.715	1	80321.715	1386.052	.000
C. Médica	2398.855	2	1199.427	20.698	.000
Sexo	17.565	1	17.565	.303	.587
Como	3.835E-03	1	3.835E-03	.000	.994
C. Médica * Sexo	41.857	2	20.928	.361	.700
C. Médica * Como	4.385	2	2.192	.038	.963
Sexo * Como	20.749	1	20.749	.358	.555
C. Médica * Sexo * Como	233.262	1	233.262	4.025	.055
Error	1506.700	26	57.950		
Total	106263.000	37			
Total corregida	4858.432	36			

a R cuadrado .690 (R cuadrado corregido = .571)

N=37 Sig.=.05

La tabla 2, evidencia una relación significativa entre la condición médica y el índice depresivo de los sujetos muestra, Por otra parte, al combinar la condición médica, el sexo y el como se adquirió la discapacidad se obtuvo un valor de importancia. En el caso del sexo, el como se adquirió, la condición médica \* sexo, la condición médica \* como la adquirió y el sexo \* como la adquirió, no dieron relaciones significativas con el índice depresivo.

Al relacionar (mediante un análisis de varianza de dos a mas factores), la condición médica y el tiempo de evolución por el índice depresivo se manifiestan las siguientes características (Tabla 3):

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tabla 3.

### AMPUTADOS

Prueba de efectos entre los sujetos

Variable Dependiente: Índice de depresión (Escala AED. Zung)

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig
Modelo corregido	3996.002	12	333.000	9.267	.000
Intercept	45530.818	1	45530.818	1267.047	.000
C. Médica	1359.632	2	679.816	18.918	.000
Tiempo	744.218	8	93.027	2.589	.034
C. Médica * Tiempo	404.433	2	202.216	5.627	.010
Error	862.431	24	35.935		
Total	106263.000	37			
Total corregida	4858.432	36			

a R cuadrado = .822 ( R cuadrado ajustada = .734)      N=37      Sig. .05

Tanto la condición médica, como el tiempo de evolución de la discapacidad, dieron diferencias significativas respecto a los grados depresivos evaluados; .000 y .034 respectivamente, a nivel de significancia de .05. Al combinar ambos factores, también con el índice depresivo, dieron una relación significativa (.010). Valga recordar aquí, que el ser hospitalizado, deportista o ambulatorio y los grados de significancia existentes con la depresión son rubros importantes dentro de la conceptualización y constructos de la investigación.

En resumen, sobre el grupo de los amputados, al realizar los análisis de varianza correspondientes, los resultados muestran relaciones significativas sobre el índice depresivo y la condición de ser u hospitalizado o deportista o ambulatorio con un valor de .000. siendo esta la más importante, si consideramos que fue uno de los objetivos el investigar si la condición médica actual de la persona daría como resultado diferencias significativas en los índices depresivos al aplicar el instrumento, cosa que sucedió tal cual. Pero más aún, se mostró una interacción muy interesante entre la condición médica actual y el tiempo de evolución de la discapacidad, la cual dio, diferencias significativas (.010) a nivel de significancia de .05. En sí, la interacción sola del tiempo de evolución desde que se adquirió la discapacidad y los niveles depresivos dan diferencias significativas al grado de .034, a un nivel de significancia de .05.



Por último, la correlación entre la condición médica \* sexo \* como se adquirió la discapacidad, dio un valor de (.055), que habría que considerar como una fuente probable de significancia entre los índices depresivos obtenidos al relacionarse estas tres variables. De lo anterior se puede decir que; en el caso de los amputados, la hipótesis conceptual “La depresión presentará una mayor intensidad en el grupo de personas amputados y lesionados medulares hospitalizados, que en los otros dos grupos; ambulatorios y deportistas” (sig. .000) queda sustentada, al igual que la específica “Las personas amputadas y lesionadas medulares que son deportistas, presentarán niveles depresivos bajos, normales o sin patología. según la escala Zung para la auto evaluación de la depresión (media 42.25 y una desviación estándar de 6.61)

Se evaluaron también, los coeficientes de fiabilidad para los 20 reactivos del instrumento de forma individual para el grupo de los amputados. Según la pruebas aplicadas (escalas de fiabilidad alfa y de dos mitades) se encontró:

#### **Análisis de fiabilidad – Escala Alfa**

Coefficiente de fiabilidad Alfa = .8509 N. de casos = 37 N. de ítems = 20

#### **Coefficiente de fiabilidad – Escala Split**

Correlación entre las formas = .6487	Equal – length Spearman – Brown = .7869
Guttman, dos mitades = .7853	Unequal – length Spearman – Brown = .7869
10 ítems parte 1	10 ítems parte 2
Alfa parte 1 = .7774	Alfa parte 2 = .7407
N. de casos = 37	N. de ítems = 20

Los resultados muestran un coeficiente alfa de .8509 y por el método de dos mitades de .7853 y una correlación entre las formas de este método de .6487, por lo que este inventario tiene un uso práctico y confiable para muestras de este tipo. Práctico; debido a la longitud del inventario y confiable, por el resultado del análisis de fiabilidad (en particular, el coeficiente alfa)

### **LESIONADOS MEDULARES**

De la misma manera que con los amputados, se realizaron análisis de varianza con los datos obtenidos de esta muestra para buscar diferencias significativas con respecto a los índices depresivos y diversas características representativas. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 4.

### LESIONADOS MEDULARES

Variable dependiente: índice de depresión de Zung . ANOVA. Usando como factor; la condición médica prevaleciente (hospitalizado, deportista y ambulatorio).

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter grupos	5595.111	2	2798.056	40.455	.000
Intra grupos	2420.757	35	69.164		
Total	8016.868	37			

N= 38 Sig.=.05

La Tabla 4 nos muestra una relación significativa entre los índices depresivos entre los grupos de lesionados medulares y la condición médica presente. Comparando; podemos ver también que los hospitalizados con una media de 70.40 son el grupo que más alto puntaje (EAD. Zung) obtuvo, seguido de los ambulatorios (media 52.07) y los deportistas con un puntaje medio de 39.43, mismo que los coloca en el grupo de equivalentes clínicos <50 o dentro de lo normal o sin patología, en hecho de que “Las personas amputadas y lesionadas medulares que son deportistas, presentarán niveles depresivos bajos, normales o sin patología, según la escala Zung para la auto evaluación de la depresión” se muestra aquí en particular, en los lesionados medulares.

Respecto al sexo y los índices depresivos tenemos que; al realizar un análisis de varianza de una vía, se encontraron diferencias significativas entre el grupo de hombres y el de mujeres, por lo que no se sustenta el constructo hipotético: “Los índices depresivos presentarán diferencias significativas, entre el grupo de hombres y el de mujeres de ambas discapacidades estudiadas en la muestra” y en este caso en específico con los lesionados medulares. Los resultados se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5.

**LESIONADOS MEDULARES**

Variable dependiente: índice de depresión de Zung . ANOVA. Factor de contraste: Sexo (hombres, mujeres)

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter grupos	1305.477	1	1305.477	7.003	.012
Intra grupos	6711.392	36	186.428		
Total	8016.868	37			

sig.=.05    N= 38

Dos factores más que se pusieron en relación con los índices depresivos fueron; la escolaridad y el consumo de sustancias, como alcohol, tabaco y drogas. Sobre la escolaridad, se encontraron diferencias significativas (.013) entre los grupos (no estudio, primaria secundaria, carrera técnica, preparatoria, licenciatura y los que no contestaron) y la depresión, teniendo mayor peso la educación primaria con un 28.9%. Es importante mencionar que la escolaridad se tomo integra como primaria, secundaria, etc., aunque en algunos casos, ésta fuera incompleta. Sobre el consumo de sustancias, se encontraron valores relevantes en relación a la depresión y el ser o no consumidor; 5.4% de esta muestra consumía tabaco, el 18.4% consumía alcohol y el 18.4% tabaco y alcohol. Rubro en el que los individuos refirieron el uso frecuente; diario en cuanto al tabaco y por lo menos una vez a la semana en cuanto al alcohol. Los resultados obtenidos del análisis realizado (One-way ANOVA) se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6.

**LESIONADOS MEDULARES**

Variable dependiente: índice de depresión de Zung . ANOVA.  
Factor de contraste: Escolaridad

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter grupos	2512.548	4	628.137	3.740	.013
Intra grupos	5374.642	32	167.958		
Total	7887.189	36			

N=38    sig. =.05

Variable dependiente: índice de depresión de Zung . ANOVA.  
Factor contrastado: Consumo de sustancias

	Suma de cuadrados	df	Media cuadrática	F	Sig.
Inter grupos	823.166	1	823.166	4.005	.053
Intra grupos	7193.104	35	205.517		
Total	8016.270	36			

N=38 sig. =.05

Un valor importante se encontró al relacionar el índice depresivo y el grado académico \* el consumo de sustancias, donde se obtuvo un nivel de significancia de .058 al realizar el análisis de varianza respecto a los efectos Inter.-sujetos.

Por último, se elevó la relación a la interacción del sexo \* y el como se adquirió la discapacidad y el índice EAD de Zung que obtuvieron los lesionados medulares, donde se encontraron diferencias significativas para el como se adquirió la discapacidad (.009) y la depresión, así como también al correlacionar el como se adquirió \* el sexo con .025, a un nivel de significancia de .05 (Tabla 7).

Tabla 7.

### LESIONADOS MEDULARES

Test de efectos entre los sujetos  
Variable dependiente: Índice de depresión de Zung.

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	3213.295	5	642.659	4.281	.004
Intercept	36970.537	1	36970.537	246.287	.000
SEXO	211.443	1	211.443	1.409	.244
COMO se adquirió la disc.	1657.845	2	828.923	5.522	.009
SEXO * COMO	1247.508	2	623.754	4.155	.025
Error	4803.573	32	150.112		
Total	111707.000	38			
Total corregida	8016.868	37			

a R cuadrado = .401 (R cuadrado corregida = .307)

N= 38

sig. =.05

Resumiendo, se encontró que el resultado que mostró diferencias significativas más evidentes fue la condición médica del lesionado medular y su relación con los índices

depresivos obtenidos de la escala de Zung para auto evaluar la depresión, quedando sustentada la concepción hipotética básica. Considerando incluso que los valores medios para cada grupo y sus desviaciones estándar quedaron de la siguiente manera media 70.40 y D. S. de 10.98 para los hospitalizados, media 52.07 y D. S. de 7.57 para los ambulatorios y media de 39.43 y D. S. de 6.74 para los deportistas.

Se obtuvieron también otros tres valores que dieron diferencias significativas en cuanto a su presencia y los niveles depresivos, estos son: Como se adquirió la discapacidad (accidente arma de fuego y enfermedad) con  $s. = .009$ ; la escolaridad del sujeto ( $s. = .013$ ); el sexo de la persona y el como se adquirió la discapacidad ( $s. = .025$ ) y también por mencionar el consumo de sustancias con  $s. = .053$

Al igual que con los amputados, para este grupo (L. M.) se realizaron análisis de fiabilidad (alfa y de dos mitades) a los 20 reactivos del instrumento para verificar su aplicabilidad a muestras de este tipo; los resultados se muestran enseguida:

#### **Análisis de fiabilidad – escala Alfa**

Coefficientes de fiabilidad    Alfa = .8509                    N. de casos =37                    N. de ítems =20

#### **Coefficiente de fiabilidad escala- split**

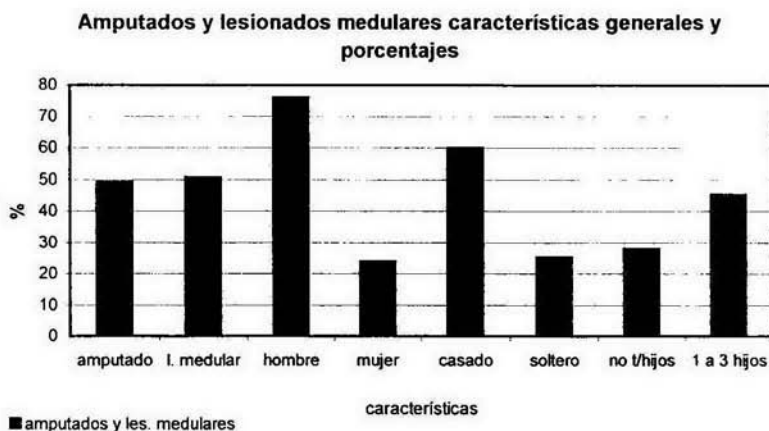
Correlación entre las formas = .7852	Equal-length Spearman-Brown =.8797
Guttman dos mitades= .8796	Unequal-length Spearman-Brown =.8797
10 Items en la parte 1	10 Items en la parte 2
Alfa parte 1 =.6164	Alfa parte 2 = .8408
N. de Casos = 38.0	N. de Items = 20

Encontrándose un alfa de .8509 y .8796 en la escala de dos mitades, con una correlación entre las formas (de esta última) de .7852 vemos que la escala EAD de Zung, tiene aceptable fiabilidad al aplicarse a lesionados medulares como los de esta muestra .

### **AMPUTADOS Y LESIONADOS MEDULARES**

Ahora se desglosan los resultados obtenidos de conjuntar ambos grupos (amputados y lesionados medulares) según los datos más sobresalientes y en los cuales se encontró que la muestra se distribuyó en 49.3% de amputados, 50.7% de lesionados medulares, un 76% del total correspondió a hombres y el resto a las mujeres, de los cuales el 60% eran casados y el 25.3% solteros y los valores restantes correspondieron a quienes estaban divorciados, eran viudos o vivían en unión libre y del total, el 45.3% tenía de uno a tres hijos y el 28% no tenía. Estos resultados se muestran en la Grafica 5.

Grafica 5.



N= 75

Por otra parte, el 30.7% de los sujetos vivía con sus padres al momento de realizarles la aplicación del inventario EAD de Zung/, y un 49.3% vivía ya sea con su esposa/o y/o hijos. En cuanto a la escolaridad se encontraron dos grupos de importancia en nivel académico; la primaria con un 33.3% y la secundaria con un 24%, pero en ambas existió quien curso solo de forma incompleta el nivel específico. La actividad ocupacional más frecuente fue aquella donde el sujeto se dedicaba a un oficio o se desempeñaba como empleado generalmente el maquiladoras, el 17.3% al hogar y un 12% era desempleado (Tabla 8 ).

En esta Tabla 8, aparecen también cifras relativas al consumo de sustancias entre las dos discapacidades estudiadas; se encontró que el 9.3% consumía tabaco, el 13.3% alcohol y un 12% tabaco y alcohol, aunque no se pregunto por cantidades precisas de consumo, en cuanto al tabaco el uso era diario y el alcohol, por lo menos una vez a la semana.

Tabla 8.

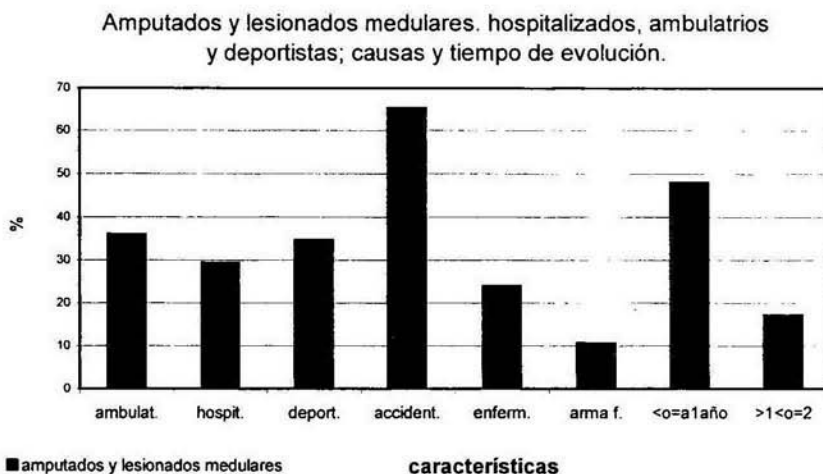
Frecuencias y porcentajes de amputados y lesionados medulares de características diversas.

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Vive con sus padres	23	30.7
Vive con su esposa/o y/o hijos	43	57.3
Primaria	25	33.3
Secundaria	18	24
Empleado u oficio	24	32
Desempleado	9	12
Se dedican al hogar	13	17.3
Consume tabaco	7	9.3
Consume alcohol	10	13.3
Consume tabaco y alcohol	9	12
Intento suicidarse	6	8

N= 75

Respecto a características más específicas podemos ver tres puntos importantes que se sucedieron dentro de los límites de este estudio y que mostraron relaciones importantes con el índice depresivo de la muestra en general. Los resultados se muestran en seguida (Grafica 6)

Grafica 6.



N= 75

En la Grafica 6, podemos ver que la muestra en general tuvo una distribución más o menos equitativa de porcentajes respecto al número de sujetos de cada subgrupo, a saber: Ambulatorios 36%, hospitalizados 29.3% y deportistas 34.7%. Un punto importante es el como se adquirió la discapacidad; la forma más común fueron los accidentes traumáticos que conllevaron a daño neuronal o la amputación de uno o más miembros del cuerpo (65.3%, lo que equivale a 49 personas del total de los casos), seguido por las enfermedades (en particular amputaciones secundarias a complicaciones por la diabetes) y en tercer lugar a disparos por arma de fuego de 8 casos todos ellos en el grupo de los lesionados medulares (8 casos equivalentes al 10.7% del total de la muestra). La parte final de la Grafica 6, nos muestra el tiempo de evolución de la discapacidad, esto es, desde el momento en que se adquirió la lesión y el tiempo en que se aplico el inventario para evaluar la depresión. El 48% cursaba su primer año de evolución, mientras el 17.3% tenía más de un año y hasta el segundo año cumplido de haberse discapacitado.

Por último y como panorama general dentro de la descripción de características de la muestra, en la Tabla 9 se evidencian los equivalentes clínicos de los índices depresivos obtenidos al aplicar la escala de Zung para auto evaluación de la depresión.



Tabla 9.

Impresiones clínicas equivalentes del índice depresivo de amputados y lesionados medulares		
	Frecuencia	Porcentaje
<50 = dentro de lo normal sin patología	34	45.3
50-59= depresión mínima o ligera	21	28.0
60-69= depresión moderada o marcada	12	16.0
70 o mas = depresión severa o extrema	8	10.7
Total	75	100.0

N= 75

En estas equivalencias se ve la presencia de algún grado depresivo en el 54.7% de la muestra, siendo la depresión mínima o ligera la más frecuente en 21 casos (28%), seguida de la depresión moderada en 12 casos (16%) y la depresión severa en 8 casos (10.7%), por lo tanto, queda de manifiesto la presencia del trastorno depresivo en más de la mitad de los grupos de discapacitados de este estudio. Esta situación y las mencionadas en los apartados de "Amputados" y "Lesionados medulares" dan justificación plena a la realización de evaluaciones como la presente. Ahora, sobre los índices depresivos y sus diferentes correlaciones con los factores investigados se encontraron diferencias significativas en varios rubros. A continuación, aparecen los más representativos:

Tabla 10.

## Amputados y lesionados medulares

Variable dependiente: índice de depresión de Zung. ANOVA.

Factor contrastado: Sexo

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter Grupos	1047.725	1	1047.725	6.466	.013
Intra Grupos	11827.822	73	162.025		
Total	12875.547	74			

N=75

sig. =.05

La primera relación que mostró diferencias significativas tiene que ver con el sexo del discapacitado y los índices depresivos obtenidos. En este punto y para toda la muestra en

general, “Los índices depresivos presentarán diferencias significativas, entre el grupo de hombres y el de mujeres de ambas discapacidades estudiadas en la muestra” (sig. .013). Por otro lado, la relación que mostró en cada uno de los análisis realizados diferencias significativas, ya sea entre los subgrupos de amputados, entre los grupos de los lesionados medulares y en este apartado conjuntando la muestra (amputados y les. medulares) fue el estar hospitalizado, ser deportista o ambulatorio (sig. =.000). Este resultado se muestra en la Tabla 11 y se obtuvo al realizar un ANOVA (One-way) contrastando el índice depresivo como variable dependiente y las tres condiciones como factor.

Tabla 11.

Variable dependiente: índice de depresión de Zung. ANOVA.  
Factor contrastado: Condición médica

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter Grupos	8253.765	2	4126.882	64.290	.000
Intra Grupos	4621.782	72	64.191		
Total	12875.547	74			

N=75 sig. =.05

Esta evaluación sustenta la hipótesis “La depresión presentará una mayor intensidad en el grupo de personas amputados y lesionados medulares hospitalizados, que en los otros dos grupos; ambulatorios y deportistas” sobre la generalidad de la muestra, donde tenemos que los hospitalizados obtuvieron una media de 67 y una S.D. de 9.45, los ambulatorios 51.44 de media y 7.9 de S.D. y los deportistas con una media de 40.73 y una S.D. de 6.7. Y como podemos observar, también la hipótesis referente a que “Las personas amputadas y lesionadas medulares que son deportistas, presentarán niveles depresivos bajos, normales o sin patología, según la escala Zung para la auto evaluación de la depresión” .

Una condición más en que se obtuvieron diferencias significativas respecto a la variable dependiente fue la escolaridad. Por su parte, el consumo de tabaco, alcohol, tabaco/alcohol y el no consumir, dio un valor importante. Ambos resultados se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12.

## Amputados y lesionados medulares

Variable dependiente: índice de depresión de Zung. ANOVA  
Factor contrastado: Escolaridad.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter Grupos	3115.219	5	623.044	4.418	.002
Intra Grupos	9306.656	66	141.010		
Total	12421.875	71			
N=75		sig. =.05			

Variable dependiente: índice de depresión de Zung. ANOVA.  
Factor contrastado: Consumo de sustancias.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter Grupos	658.446	1	658.446	3.881	.053
Intra Grupos	12216.595	72	169.675		
Total	12875.041	73			
N=75		sig. =.05			

En la parte superior de la tabla aparecen los valores obtenidos de la relación de los índices depresivos entre la escolaridad de los sujetos de los diferentes grupos (sig.= .002), relación que da cifras con diferencias significativas.

En la parte baja de la Tabla 12 aparece un valor importante al realizar el ANOVA (One-way) entre la variable dependiente y el consumir o no sustancias (factor).

Se realizó también un cruce de variables respecto a la dependiente y en algunas de ellas se obtuvieron relaciones importantes. En lo referente a los dos grupos de discapacitados y al cruzar factores como el sexo y la condición médica con la variable dependiente (índice depresivo) se obtuvieron diferencias significativas (.046). Entonces, podríamos considerar que la condición de ser hospitalizado o ambulatorio o deportista y el sexo de la persona tiene relación al índice depresivo manifiesto. Nuevamente, la condición médica es el factor más sobresaliente en la relación a la depresión. Estos resultados se muestran en la tabla 13.

Tabla 13.

**AMPUTADOS Y LESIONADOS MEDULARES**

Tests de efectos inter sujetos

Variable dependiente: indice de depresión de Zung .

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	8777.377	5	1755.475	29.557	.000
Intercept	133893.191	1	133893.191	2254.331	.000
Sexo	91.689	1	91.689	1.544	.218
C.Médica	6099.857	2	3049.678	51.347	.000
Sexo * C.Médica	182.622	2	91.311	3.221	.046
Error	4098.169	69	59.394		
Total	217970.000	75			
Total corregida	12875.547	74			

a R cuadrado = .682 (R cuadrado ajustado = .659) N=75 sig. =.05

La última relación que mostró diferencias significativas (sig.= .046) fue la que involucra la condición médica \* el intento suicida y los valores de la variable dependiente a un nivel de significancia de .05. La Tabla 14 muestra los resultados de esta relación:

Tabla 14.

**Amputados y lesionados medulares.**

Tests de efectos inter sujetos

Variable dependiente: indice de depresión de Zung .

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	8951.423	5	1790.285	31.027	.000
Intercept	52136.240	1	52136.240	903.570	.000
C.Médica	4038.766	2	2019.383	34.998	.000
Suicidio	6.615	1	6.615	.115	.736
C.Médica * Suicidio	186.603	2	93.301	3.234	.046
Error	3923.618	68	57.700		
Total	215161.000	74			
Total corregida	12875.041	73			

a R cuadrado = .695 (R cuadrada ajustada = .673) N=75 sig. =.05

En esta tabla en particular es importante ver la relación que se conjuga; condición médica-intentos suicidas e índice depresivo. Más allá de que los intentos suicidas estuvieron presentes solo en el 8% del total de la muestra. Valga la relación para considerarlo como una complicación más que puede involucrar el trastorno depresivo en sí.

Para terminar con este apartado, se presentan los análisis de fiabilidad realizados a los 20 reactivos del instrumento considerando los 75 casos incluidos en la muestra. Cabe señalar que se quiso conocer la fiabilidad de una prueba como la EAD de Zung para saber si era o no aplicable a muestras de este tipo. Los resultados se muestran enseguida:

#### **Análisis de fiabilidad      Escala Alfa**

Coefficiente de fiabilidad Alfa =.8489      N. de Casos =75.0      N. de Items =20

#### **Análisis de fiabilidad escala Split**

Coefficiente de fiabilidad	
Correlación entre las formas =.7347	Equal-length Spearman-Brown =.8470
Guttman; dos mitades=.8470	Unequal-length Spearman-Brown =.8470
N. de Casos =75.0	N. De Items =20
10 Items parte 1	10 Items parte 2
Alfa parte 1 =.6733	Alfa parte 2 = .8050

Podemos ver que los análisis de fiabilidad (escala alfa = .8489 y de dos mitades = .8470 y su correlación entre las formas de .7347) realizados a los ítems de los reactivos de la escala EAD Zung para los dos grupos de discapacitados; amputados y lesionados medulares, nos muestran un aceptable grado de confiabilidad en la aplicación de este instrumento a muestras de este tipo.

## CAPITULO VI

### DISCUSIÓN Y CONCLUSION

#### DISCUSIÓN

Para comenzar con este apartado se presenta nuevamente la pregunta fundamental de esta investigación que textualmente dice: ¿Estará presente el trastorno depresivo en grupos de personas discapacitadas; amputadas y lesionadas medulares, que a su vez viven bajo una de las siguientes características; ser hospitalizados o ambulantes o deportistas?.

Se encontró que 56.7% de los amputados, 52.6% de los lesionados medulares y un 54.7% en general para toda la muestra, padece algún grado de depresión, valores que son muy considerables y que concuerdan con algunos resultados encontrados en investigaciones relacionadas a la depresión y la discapacidad y en particular a la lesión medular. Algunas de estas investigaciones nos muestran que: de 30% a 40% de los individuos con lesión medular desarrollaran un desorden depresivo (Frank, Elliot, Corcoran, Wonderlich, 1987; CraiG Hanckok, Dickson, 1994; Hanckok, 1993; Kennedy, Rogers, 2000). Demirel, Yilmaz, y Kesiktas, (1998) encontraron que un 61% de los lesionados medulares que evaluaron padecía depresión. Más aún puede ser preocupante la ocurrencia de trastornos reportada por Craig, (1990) ya que estima que un 30% de los individuos experimentan depresión o ansiedad después de dos años de la lesión y en este estudio se encontró que un 65.3% de los lesionados medulares y amputados cursaban su segundo año o menos de haberse discapacitado por lo que se puede pensar que de ser así lo dicho por Craig (1990), un buen número de personas incluido en este estudio podría continuar presentando algún grado de desorden depresivo durante un período considerable de tiempo. Como sabremos pues, la hipótesis conceptual en la parte referente a “Pero si la depresión se presenta con mayor intensidad, entonces, es posible que el nivel de depresión varíe en grupos de personas amputadas y lesionadas medulares: hospitalizados o ambulatorios o deportistas” y basados en los resultados de esta investigación y de las ya mencionadas en este apartado; queda sustentada y apoyada.

Por otro lado, se cumplieron los objetivos de investigación al evaluar los índices depresivos de amputados y lesionados medulares bajo las tres diferentes características, además de los objetivos referentes a la realización de los análisis estadísticos correspondientes para determinar la presencia de diferencias que fueran significativas.

En cuanto a las hipótesis específicas y basados en los resultados que aquí se encontraron y para dar respuesta a cada una de ellas tenemos

- ψ La depresión presentará una mayor intensidad en el grupo de personas amputadas y lesionadas medulares hospitalizadas, que en los otros dos grupos; ambulatorios y deportistas. Esta hipótesis quedo apoyada ya que se encontró que los grupos formados por amputados hospitalizados, lesionados medulares hospitalizados y de ambas discapacidades

también del grupo de hospitalizados presentaron índices depresivos mayores dentro de la escala de Zung para auto evaluar la depresión.

Amputados.- Media del índice depresivo 64.17 de los hospitalizados contra 50.77 de los ambulatorios y 42.25 de los deportistas.

Lesionados medulares.- Media del índice depresivo 70.40 de los hospitalizados contra 52.07 de los ambulatorios y 39.43 de los deportistas.

Amputados y lesionados medulares.- Media del índice depresivo 67 de los hospitalizados contra 51.44 de los ambulatorios y 40.73 de los deportistas.

Como observación en este punto, habrá que valorar que los lesionados medulares hospitalizados se sitúan en su valor medio a un equivalente de depresión extrema o severa y el grupo de amputados en el equivalente a depresión moderada o marcada.

Quedo también demostrada y apoyada la hipótesis específica sobre que:

Las personas amputadas y lesionadas medulares que son deportistas, presentarán niveles depresivos bajos, normales o sin patología, según la escala Zung para la auto evaluación de la depresión. Como se mostró anteriormente las puntuaciones medias de los índices depresivos obtenidos de las aplicaciones de la EAD correspondieron a 42.25 para los amputados deportistas, 39.43 para los lesionados medulares deportistas y de 40.73 para ambas discapacidades, cifras que corresponden a los puntajes equivalentes más bajos o sin patología. Pero tenemos que considerar a autores como (Bas, Gala y Díaz; 1995) Folkman y Lazarus, (1986-88) que dicen: "No podemos hablar de estresores universales ni por lo tanto de reacciones universales". Algunos otros investigadores han llegado a sugerir cosas tales como "Las características del sujeto pueden funcionar como variables que interfieren en las respuestas emocionales y la depresión post lesión" (Trieschmann, 1980). Tucker (1980) creía que los pacientes que experimentaban una depresión inicial tenían un mejor pronóstico para la rehabilitación. Aunque desafortunadamente Tucker (1980) no es específico sobre el apriorismo del episodio depresivo y su duración hacia la evolución en la rehabilitación. Y sí, podemos contrastarlo con Craig (1990) y el hecho de que encontró que la depresión puede estar presente aún después de dos años de adquirida la discapacidad, más aún, podemos contrastarlo con los hallazgos de este estudio que muestra que un 65.3% de los sujetos evaluados cursaba; depresión por lo que quedarían las preguntas ¿Experimentar un período depresivo inicial, posterior a la adquisición de una discapacidad brindara una mejor evolución en la rehabilitación de la persona? Y si es así, ¿Contara la intensidad de ese período depresivo para la ulterior rehabilitación? Y además, ¿Cuánto tiempo deberá durar ese período depresivo o bajo que características? Ya que sabemos que la prolongación en tiempo y síntomas de lo que sería un episodio depresivo, podría llevar a la perpetuación del trastorno. Boekamp, Overholser, y Schubert (1996) afirman que el ataque depresivo ocurre entre los tres y seis meses después de la lesión y puede tener base biológica. ¿Pero cuanto dura o que media el cese de este proceso depresivo?



En respuesta a la hipótesis de la diferencia de sexo y los índices depresivos:

- ψ Los índices depresivos presentarán diferencias significativas, entre el grupo de hombres y el de mujeres de ambas discapacidades estudiadas en la muestra. Queda demostrada y apoyada esta hipótesis bajo las siguientes características: Realizados los análisis de varianza (One-way) se encontró que las diferencias de los índices depresivos y el sexo fueron significativas a un nivel de confianza de .05 para el grupo de lesionados medulares y conjuntando ambas discapacidades (sig.= .012 y .013 respectivamente), no así para los grupos de hombres y mujeres amputados (sig. = .312). Autores como Krause, Kemp, Coker, (2000) consideran que los grupos minoritarios y las mujeres. están substancialmente en un alto riesgo para presentar síntomas depresivos.

En el capítulo de los resultados se mostraron algunas características que pueden verse reforzadas por otros estudios realizados, como ejemplos generales tenemos; la relación familiar, como el estar casado; Holickly, Charlifue (1999) mencionan que su investigación ofrece amplia evidencia en la cual puede verse que el apoyo del esposo(a) es un factor que contribuye importantemente para que los lesionados medulares “viejos” continúen con una buena salud y bienestar. Hacen referencia acerca de que de hecho, los(as) esposos(as) pueden ser el elemento más importante en la rehabilitación exitosa. En esta investigación se encontró al respecto que un 60% del total de la muestra era casado(a) y vivían con su pareja al momento del estudio y solo porcentajes muy bajos eran divorciados o viudos; aspecto a resaltar ya que también se a encontrado que los niveles de divorcios se incrementan en las personas que adquirieron una discapacidad, respecto a la sociedad en general (De Vivo, Hawkins, Richards, Go, 1995). Por tanto, si se quisiera hacer más adaptativa la vida del recién discapacitado habría de considerarse el fortalecimiento de la institución marital. Aquí podemos emparejar los resultados de este estudio que nos hablan del número de hijos que además, tiene el discapacitado (de 1 a 3 hijos del 45.3% de toda la muestra), junto con el quien vive (esposa (o) y/o hijos de un 57.3%), el nivel académico, donde el 24% curso incompleta o completamente la educación secundaria y la situación laboral que en general es la maquila o algún oficio (32%) con salarios mensuales bajos mismos que “aprietan” aún más una situación ya de por sí, deteriorada (por la aparición de la depresión). La presentación de este cuadro tiene por objeto, el pensar en lo factible del deterioro en la calidad de vida, aspecto estudiado y reportado por otros investigadores, por ejemplo Kemp (1999) que afirma, que poder desarrollar y mantener una positiva o alta calidad de vida después de una discapacidad es uno de los resultados más importantes en la rehabilitación. Pero una negativa o baja calidad de vida también puede ocurrir, especialmente cuando la persona regresa a la comunidad. Además, con la edad e invalidez muchos cambios se experimentan en la salud y funcionamiento.

Sobre el consumo de alcohol y tabaco/alcohol y la calidad de vida tenemos que el 25.3% de los sujetos consumía alcohol o una combinación de alcohol y tabaco en cifras de significancia importantes a un nivel de significancia de .05 para los lesionados medulares y para las dos discapacidades en conjunto. Esta relación, consumo de sustancias-calidad de vida se propone así, aunque no se imputa causalidad, ya que no el uso, si no el abuso de tales productos, serían causales de tal deterioro (baste revisar algún escrito referente al tema). Por otra parte, el intento suicida tiene índices relativamente bajos de ocurrencia dentro de la

muestra (8%) pero es de considerarse ya que como es sabido, el pensamiento de muerte y de suicidio en particular, esta presente en muchos casos de padecimientos depresivos. Véase pues, como un agravante extra sobre el proceso discapacitante que vive la persona, digno a tenerse en cuenta para un tratamiento integral de vida.

Ahora y para conceptualizar nuevamente de forma práctica la información, se dividirán y discutirán los resultados como en el capítulo anterior; amputados, lesionados medulares y ambas discapacidades juntas, ya que más allá de decir si los sujetos estaban o no deprimidos podremos ver algunas relaciones interesantes.

### AMPUTADOS

La primera referencia; una que es básica y que va paralela a la realización de esta investigación, es la evaluación de la depresión en un grupo de personas, en este caso discapacitados amputados y; los hallazgos son importantes ya que el 56.7% de este grupo padece algún grado depresivo (29.7% ligera, 21.6% moderada y 5.4% extrema) pero más allá de estos resultados, vemos que la condición actual de la persona a la aplicación del inventario de auto evaluación de la depresión es significativa con relación a los índices depresivos que presentan. De igual manera, al cruzar la condición médica \* sexo \* como se adquirió la discapacidad, se obtienen valores de importancia a considerar si tratamos de encontrar algún grado de relación entre esas condiciones conjuntas y la presencia de trastornos depresivos, y en cuanto al sexo apoyados también por la postura ya propuesta por Krause, Kemp, Coker, (2000) que consideran que los grupos minoritarios y las mujeres, están substancialmente en un alto riesgo para presentar síntomas depresivos. Por otro lado; los rasgos específicos de tales reacciones son determinados por los rasgos específicos del trauma y la dinámica de este grupo (Milosevic, Petrovic-Stefanovic, Lecic-Tosevski, Ilic, et al. 1993) .

Otro punto que al ser contrastado de forma conjunta con la condición médica da resultados significativos según los índices depresivos evaluados entre los grupos de amputados es; el tiempo de evolución desde que se adquirió la discapacidad y el momento de aplicación del inventario. Con valores de significancia de .034 para el tiempo de evolución y de .000 para la condición médica y de un .010 al cruzar ambas contra los índices depresivos. Como apoyo a este resultado Judd, Kunovac, (1998) mencionan que hay un predominio alto de depresión, que sigue a una discapacidad.

Para terminar con este apartado, los coeficientes de fiabilidad que arrojaron los análisis realizados (alfa = .8509 y dos mitades Guttman = .7853) nos hacen tener una certeza alta de confiabilidad sobre los resultados que se pueden tener al aplicar este inventario (EAD de Zung) a muestras de las características de la usada en este estudio

### LESIONADOS MEDULARES

Sobre el grupo de los lesionados medulares hombres y mujeres, se encontraron cinco relaciones que son significativas según sus diferentes niveles y los índices depresivos.

Diferencias significativas y hallazgos reiterados en investigaciones como las de Judd, (Trieschmann, 1980); (Bas, Gala y Díaz; 1995); Folkman y Lazarus, (1986-88); Kunovac, (1998); Krause, Kemp, Coker, (2000).

La primera de ellas a considerar es la condición médica y la relación con los índices depresivos, debido a que al correr un análisis de varianza entre estas dos variables se obtuvieron diferencias significativas Inter Grupos (.000) a un nivel de confianza de .05. Los grupos como vimos son: hospitalizados, ambulatorios y deportistas, de los cuales, el primero es el que obtuvo los valores más altos de depresión. Pareciera no ser importante donde se de el proceso depresivo, ya que es depresión a fin de cuentas, ¿Pero?, ¿no son las instituciones hospitalarias y de rehabilitación donde el tratamiento debiera ser multidisciplinario e integral?, Recordemos entonces las aportaciones de Krueger (1982), sobre las etapas de adaptación a la discapacidad física, que en general nos dice que una etapa depresiva bien resuelta faculta a la persona para conseguir una pronta y efectiva adaptación afectiva y social.

La segunda relación importante que se encontró con este grupo, tuvo que ver con los índices depresivos (como variable dependiente) y el sexo de los lesionados medulares (como factor o variable independiente). El resultado del análisis de varianza de una vía mostró diferencias significativas Inter grupos; hombres y mujeres y sus índices depresivos (.012). Para Krause, Kemp, y Coker, (2000) las mujeres y grupos minoritarios son más propensos a la depresión, resultados al respecto se obtuvieron en esta investigación (valor medio de nivel depresivo para mujeres 64.57, y para hombres de 49.55). Depresión-condición médica-sexo, son características específicas donde se presenta el trastorno depresivo

La tercer relación involucra el nivel académico del lesionado medular y los índices depresivos presentes, encontrándose también diferencias significativas (.013) inter. Grupos al realizar el ANOVA (One-way) respectivo. ¿Por qué se menciona esta relación? ¿Qué tiene que ver la escolaridad con la presencia de eventos depresivos? Recuérdese que no se trata de otorgar valor de causa-efecto, pero es valido comentar que es en algunas ocasiones el nivel académico, el que da cierta certidumbre sobre los aspectos económicos y por tanto cierto grado de "estabilidad" verdadera o ficticia sobre que las cosas pueden ser no tan desfavorables por lo menos en ese ámbito.

La cuarta relación; consumo de sustancias-índice depresivo, dio un valor importante a nivel de significancia de .05 de .05, y aunque no sería del todo acertado dar relación sobre consumo = a depresión, ya que no se evaluó la cantidad o gravedad en el consumo; se menciona tal relación para dejar antecedente que dentro de los grupos de lesionados medulares estudiados y que consumían alcohol una vez a la semana cuando menos, y los que fumaban un tabaco diario por lo menos y los que consumían ambas cosas y los que no consumían, los niveles depresivos mostraron diferencias a considerar. Punto que puede ser de interés a alguna persona y/o investigador en un futuro, ya que como vimos el 42.1% de los lesionados medulares consumía tabaco y/o alcohol.. Y como referencia lo encontrado por Heinemann, (1991); reporta que el predominio del abuso de sustancias en las poblaciones de personas con daño medular espinal es dos veces más alto que en la población en general, o sea; 46% contra 25%. Radnitz, Broderick, Perez-Strumolo, Tirsch, (1996) mencionan que la depresión y el abuso de sustancias son los desordenes psiquiátricos frecuentemente diagnosticados en las

personas lesionadas medulares.

La quinta y última relación a considerar que mostró diferencias significativas es el cruce de factores; sexo \* como se adquirió la discapacidad y como variable dependiente los índices depresivos. Sexo; hombres y mujeres. Como se adquirió la discapacidad; accidente, enfermedad y disparo de arma de fuego. Los resultados nos dicen que el como (.009) y el sexo \* y el como (.025) son factores que marcan diferencias importantes con la depresión que se vivencia dentro de los sujetos de la muestra de lesionados medulares. Sobre el como fue adquirida la discapacidad muestra que; los deterioros médicos y funcionales comunes a la forma en que fue adquirida la lesión, evidencia una dirección somática y psíquica en el ajuste psicológico Fow, Yee, Wilson-O'Connor, Spataro (1996). En este estudio, las formas más frecuentes de adquirir una discapacidad fueron las lesiones medulares traumáticas con un 68.4% y respecto a las amputaciones un 62.2% de ellas se dieron derivadas de accidentes de tipo traumático, y un 37.8% por condiciones médicas y en general, la diabetes.

Según Frank, Chaney, Clay, Shutty, (1992) el diagnóstico de depresión en lesionados medulares puede ser problemático. Pero basado en los resultados obtenidos de los análisis de fiabilidad realizados (alfa 0 .8509 y dos mitades de Guttman .8796) a los 20 ítems de las 38 aplicaciones, se puede afirmar que las evaluaciones realizadas con el inventario EAD de Zung tienen una aceptable confiabilidad cuando se refiere a lesionados medulares que cumplen con las características de esta muestra. Dugan, MacDonald, Passik, Rosenfeld, Edgerton, en 1998 estudiaron la viabilidad, utilidad y fiabilidad de la escala de auto evaluación de la depresión de Zung en 1109 pacientes ambulatorios de cáncer y encontraron niveles de confiabilidad de .84, semejante a los encontrados aquí, pero con lesionados medulares.

### AMPUTADOS Y LESIONADOS MEDULARES

Para el total de la muestra, se dieron relaciones parecidas a los otros dos apartados y quedaron de la siguiente manera: 54.7% presento algún grado de depresión según las equivalencias clínicas, cifra ya de por sí sobresaliente y de la cual 28% corresponde a depresión mínima o ligera, 16% a moderada o marcada y 10.7% a depresión extrema o severa.

Nuevamente, al hacer los análisis de varianza correspondientes el factor que más diferencias significativas dio, fue la condición de ser hospitalizado o ambulatorio o deportista y su relación con la variable dependiente (índice depresivo) con un valor .000, situación constante a lo largo de esta investigación, por lo que quedo demostrado que la "condición médica" y la depresión están correlacionadas en cierto grado. El sexo (sig. .013), la escolaridad (.002) y el consumo de tabaco y alcohol (.053) aparecen también como causales de diferencias significativas en los índices depresivos. Resumiendo hasta este punto, los factores más importantes por su relación con los índices depresivos son como número uno; ser hospitalizado, ambulatorio o deportista, el sexo, el como se adquirió la discapacidad, la escolaridad y el consumo de sustancias. Y al realizar los cruces entre variables; la condición médica \* sexo con un valor significativo a .046 a un nivel de confianza de .05 y la condición médica \* intento suicida con un .046 son las más importantes y, en este caso, de las 6 personas

que intentaron alguna vez suicidarse 3 eran hospitalizados 2 ambulatorios y 1 deportista. pero según Charlifue, Gerhart, (1991) el suicidio es mayor de dos a seis veces en las poblaciones con lesión medular que entre la población en general. Situación a considerar.

Referente a los análisis de confiabilidad (alfa =.8489 y de dos mitades de Guttman = .8470) y con respaldo de los realizados a otro grupo de personas con una enfermedad incapacitante, hecho por Dugan, MacDonald, Passik, Rosenfeld, Edgerton. (1998) y que obtuvo un coeficiente de .84, se puede afirmar que los resultados que arrojan los 20 ítems de la EAD de Zung, tienen un grado aceptable de confiabilidad cuando se evalúan amputados y lesionados medulares que cumplen con las características de los sujetos de esta muestra. Y por tanto, es aplicable a muestras como la presente.

## CONCLUSION

Dentro del desarrollo de este estudio, se revisaron algunas de las investigaciones más recientes e importantes acerca del trastorno depresivo y su presencia en diferentes tipos de padecimientos que conllevan algún grado de discapacidad. Investigaciones que por lo general muestran que el trastorno depresivo es común cuando de personas discapacitadas se trata, ya sea que padezcan una u otra enfermedad; que tengan poco o mucho tiempo desde que adquirieron su discapacidad, que tengan o no, apoyo familiar y social, etc. La depresión aparece como constante en mayor o menor número de individuos y en mayor o menor intensidad y bajo diferentes características, lo que hace pensar que los programas preventivos implementados por las instituciones hospitalarias y de rehabilitación (en el municipio de Aguascalientes, Ags.) están pasando por alto un fenómeno que es común entre sus pacientes o no están siendo acertados al abordarlo y tratarlo, por que como vimos, la presencia de un periodo depresivo ocurre casi de forma automática tiempo después a la aparición de la discapacidad; ¿pero? el que este periodo se extienda puede obstaculizar la integración personal y social plena. En apoyo tenemos: Judd, Kunovac, (1998) mencionan que hay un predominio alto e depresión, que sigue a una lesión medular. La depresión prevalece de 3 a 5 veces más en los centros de rehabilitación, que el 6% encontrado en los grupos comunitarios (Frank, Chaney. Clay, Shutty, 1992). Por ahora, los resultados de este estudio se suman a los encontrados ya, por diversos autores: (Boekamp, Overholser, Schubert, 1996; Elliot, Frank, 1996; Frank, Elliot, 1987; Overholser, Schubert, 1993). (Frank, Elliot, Corcoran, Wonderlich. 1987; Crain Hanckok, Dickson, 1994; Hanckok, 1993; Kennedy, Rogers, 2000); (Hanckok, 1993; Kennedy. Rogers, 2000) Demirel, Yilmaz, Kesiktas, (1998); Fullerton, Harvey, Klein y Howell (1981); Frank, Kashani, Wonderlich, Lising y Visot (1985).

Posteriormente a la revisión de diversas investigaciones, se realizo la integración de un marco de referencia que nos habla sobre la depresión y los diversos trastornos de tipo depresivo. y en el cual observamos que el común denominador tal cual; es la depresión y que sus diferencias vienen dadas según características particulares, como la duración y gravedad de los síntomas; la forma de ocurrencia, el nivel de deterioro y la presencia concomitante de factores como la ansiedad y sus manifestaciones clínicas. La clasificación realizada de este trastorno fue dirigida por uno de los manuales que en general tienen mayor aceptación dentro



de los profesionales en salud mental (DSM-III-R DSM IV) y, aun que los objetivos de la investigación no fueron discriminar entre la presencia de uno u otro trastorno depresivos; se mencionaron los equivalentes clínicas de los índices depresivos según la EAD de Zung. Tampoco se concibe cierta causalidad entre la depresión y factores causales como lo descrito en el apartado de "Depresión reactiva o neurótica" que dice: Las depresiones reactivas son las más comunes y en general a todos nos son familiares. No presentan ciclos temporales regulares, por lo general no responden a las terapias físicas y no se haya genéticamente predispuesta. Este tipo de depresión normalmente coincide con un acontecimiento adverso de la vida, como puede ser la muerte de un ser querido, un divorcio, los problemas conyugales, los problemas económicos y el desempleo (la adquisición de una discapacidad). Pero sí, se presentaron relaciones como las encontradas sobre la condición médica, el sexo, el tiempo de evolución, el como adquirieron la discapacidad, la escolaridad, el consumo de sustancias y sus diferentes correlaciones a nivel significativo con los índices depresivos. No se otorgo un valor etiológico de tipo orgánico a la depresión, aun que la discapacidad es en sí, una condición orgánica alterada donde esta presente el trastorno depresivo (según los resultados obtenidos).

Más adelante se presento una reseña general de las diversas posturas ideológicas acerca de la depresión, solo por tener referencia de la existencia de tales perspectivas, por que no se podría hablar de un fenómeno sin las bases posibles que den una explicación de tal suceso.

Al hablar de discapacidad se sustento este estudio describiendo cada una de las dos condiciones abordadas explicando puntualmente que son, como se clasifican, las implicaciones físicas, la localización, el origen, etiología, nivel, extensión, síntomas, etc. Lindemann, (1981); Brucker (1983); (Mazaira; Alvarez, 1987); (Duckworth, 1998); (Aguado; Alcedo, 1998) son algunos autores mencionados que nos sitúan puntualmente dentro del tema. Todas ellas como características médicas en general. Pero también se realizo una recopilación de las implicaciones psicológicas resultantes de la adquisición de la discapacidad, de las cuales las más sobresalientes tuvieron que ver con las etapas de reacción (adaptación) a la discapacidad; shock psicológico, etapa de negación, etapa de protesta, intento adaptativo, etapa depresiva y etapa de identificación. Incluso, se realizo una comparación entre las diferentes propuestas sobre las etapas, de las cuales sobresalen las de Krueger (1984); Séller-Miller (1977); Lindeman (1981); Kerr (1983) y Fishman (1978). Otros factores que se revisaron fueron las estrategias que usa el discapacitado para adaptarse a la nueva condición: Conductas afectivas; aislamiento y nulificación. Comportamentales; conductas desinhibidas, retirada, apartamiento, desplazamiento comportamental. Cognitivas; búsqueda de control mediante la información, fatalismo, sumisión y obediencia, auto sumisión, auto sacrificio.

Dentro de los procesos de adaptación social se mostraron algunas de las dificultades más representativas: Falta de información por parte de la sociedad (y de él mismo), de aquello que puede y no puede hacer; las barreras arquitectónicas que influyen en su integración a todos los niveles; los problemas para acceder a la educación; problemas de incorporación al trabajo; su poder adquisitivo disminuye ya que aumentan sus gastos y disminuyen sus ingresos, y bien pudiera parecer que la sociedad ha "perdido de vista" a la población discapacitada en cuanto a su reintegración social, debido al auge rehabilitatorio existente, solo de tipo físico; por lo que se debería rescatar la necesidad de integración social que estos grupos de personas tienen, basados en los recursos propios con los que cuentan y que van más allá de

una pseudo capacidad o capacidad diferente, donde lo importante no se refiere a que tipo de facultades son las residuales posteriormente a la adquisición de la discapacidad, si no; que tanto se potencializan esas facultades para la realización del objetivo ulterior final; la reintegración, personal-social.

Una última consideración que se realizó tiene que ver con la sexualidad y la discapacidad y los estigmas presentes. La aportación más importante la realiza: Torices (1997) que menciona; que estas creencias demuestran lo incómoda que se siente nuestra sociedad ante la idea de considerar a las personas con discapacidad como seres con intereses sexuales, ya que la gente en general parece pensar que estas deberían preocuparse por cuestiones más importantes en su vida y desentenderse de las necesidades sexuales.

Se vislumbraron algunas afectaciones que el individuo puede adquirir en el área sexual (Fugate, 1975), como pueden ser pérdida aparente del interés sexual, cambio en las actitudes hacia la sexualidad, agresión sexual, pérdida de autoestima como ser sexual, problemas de relación de pareja o en el establecimiento de nuevas parejas, depresión, sensación de desesperanza, pesimismo y desinterés hacia sí mismo. Además, se mencionaron algunos de los efectos que tienen ambas discapacidades sobre el aspecto sexual, como por ejemplos: Lesión medular; los efectos directos pueden ser parálisis, espasticidad, pérdida de la sensibilidad, dificultades para lograr algunas posiciones, imagen corporal alterada, ansiedad, temor al desempeño, complicaciones por medicamentos y complicaciones por el uso de catéteres. Amputaciones; efectos directos: Ninguno, salvo las amputaciones de órganos sexuales pélvicos. Efectos indirectos: la imagen corporal alterada, dificultades para algunas posiciones en las amputaciones de extremidades, temor a no gustarle la pareja, ansiedad, temor al desempeño y alteraciones sensitivas.

Se encontró, que el estudio de la depresión en estos grupos que se creían minoritarios es importante, ya que por cada discapacitado, están implicadas dos personas más, directa o indirectamente, lo que nos dice que si el 10% de la población mexicana tiene o padece algún tipo y grado de discapacidad, el 30% aproximadamente está relacionado con tal problemática. Por tanto, la magnitud e impacto que investigaciones de este tipo pueden tener, está en correlación a la magnitud del problema (que como se vio, es muy grande por la cantidad de gente implicada en él), ya que muestra la existencia y magnitud de una problemática que puede estar agravando la ya de por sí discapacitante situación vital de un número considerable de la población en México, si consideramos como ejemplo que: De la población con discapacidad, 44,9% presenta limitaciones relacionadas con sus brazos y piernas, 28,6% es invidente o sólo percibe sombras, 16,5% sordas o escucha con ayuda de un aparato, 14,6% tiene algún retraso o deficiencia mental, 4,5% es muda, y el resto presenta otra clase de discapacidad. Limitaciones que van más allá de niveles socio-económicos, religiosos y culturales; la discapacidad y la depresión coexisten y es una realidad expresa (por lo menos, en el municipio de Aguascalientes, Ags.), y el investigar al respecto queda justificado con solo brindar información sobre el fenómeno discapacidad-depresión, para que a la postre, se tengan las consideraciones pertinentes para desarrollar investigaciones más específicas e incluso planear estrategias realmente integrales de tratamiento, conociendo ya, que no solo el correlato médico se presenta y por tanto, hay que subsanar, si no que también, está implicado un componente psicológico o médico-psicológico que se torna sumamente incapacitante y que



como vimos, en 10 años más, será la primera o segunda causa de discapacidad laboral, no solo en México, si no, a nivel mundial.

Los objetivos de investigación se cumplieron y se evaluaron los niveles depresivos de amputados y lesionados medulares; hospitalizados, ambulatorios y deportistas, sobre los cuales se realizaron los análisis correspondientes y en los cuales se encontró que un porcentaje considerable de discapacitados presentaban algún grado depresivo y que habían claras diferencias entre la condición actual de vida de la persona y los índices depresivos, donde los hospitalizados en general eran quienes tenían niveles depresivos superiores; y quienes practicaban regularmente algún deporte presentaban niveles que no implicaban patología depresiva. Lo que puede hacer pensar que el estar hospitalizado o bajo tratamiento médico-rehabilitatorio licita la aparición del trastorno depresivo, pero no es solo el estar hospitalizado, como se probó, si no una serie de características correlacionadas como, el sexo (en algunos casos), el tiempo de evolución, el como se adquirió la discapacidad, la escolaridad y el consumo de tabaco y alcohol. Y si viéramos un poco más profundo sobre el por que de la aparición de estos factores podríamos encontrar como ejemplos: que las mujeres son más propensas a desarrollar estados depresivos, según los manuales DSM-III-R y DSM IV; que el tiempo de evolución tiene relación directa con las etapas de reacción a la discapacidad; que el como, se relaciona directamente también con el nivel de la lesión y por tanto, con las limitaciones residuales y la severidad de la discapacidad y; que la escolaridad y el consumo de tabaco y alcohol suelen relacionarse con la perspectiva subjetiva de la calidad de vida.

Las posibles repercusiones e impacto de una investigación como esta y como muchas otras quedan marcadas por el conocimiento y difusión que de ellas se haga, sobre todo dentro de las instituciones de salud correspondientes que son quienes deben dar solución y tratamiento a los aspectos médicos, de rehabilitación física, y psicológicos. Y sobre este punto en particular (psicológico) ya que la discapacidad física de por sí, tiene correlatos médicos en general. Por lo que si se da a conocer información sobre una problemática como la depresión-discapacidad, que va más allá del aspecto médico general, se tendrán que implementar estrategias de tratamiento integrales y multidisciplinarias si lo que se busca es una plena integración del sujeto discapacitado a tres niveles; primero a nivel personal, segundo a nivel familiar y tercero a nivel social. Ya lo menciono Craig (1990), "Un buen número de personas podría continuar presentando algún grado de desorden depresivo durante un período considerable de tiempo". Situación que rompería con la integración personal a los tres niveles. Todo lo anterior en referencia a nivel institucional.

Sobre las repercusiones a nivel personal; realizar investigación como la presente, con toda la información que de ella se desprende, puede generar ideas para el desarrollo de posteriores investigaciones, más específicas o solo diferentes, que complementen o aporten más información sobre un fenómeno que crece en auge y al que se están destinando grandes cantidades de recursos económicos, personales y tecnológicos, por lo que el conocer bien a bien el problema traería beneficios sobre la utilización de esos recursos, pero sobre todo; traería gran cantidad de beneficios para los individuos discapacitados, a los cuales se les podrían ofrecer tratamientos menos generales y más específicos inter disciplinariamente para llegar a un fin común; la integración personal, contraria a todo proceso discapacitante, físico o no, que afecta el funcionamiento intra personal e inter personal.

En este punto, queda evidencia tangible de la existencia del trastorno depresivo dentro de un grupo de discapacitados amputados y lesionados medulares residentes en el estado de Aguascalientes México y se deja abierta la información que de esta investigación se desprendió para que quienes responsablemente hagan uso de ella, le den el valor que pueda tener para la realización de sus investigaciones o como base para implementar tratamientos reales en contra de los procesos depresivos y a favor del discapacitado.

## ALCANCES Y LIMITACIONES

Haciendo referencia a los alcances de esta investigación, puede decirse que son tantos y tan pocos según el destino de la información contenida en ella. Las razones de tal aseveración son sencillas de comprender; imaginemos que después de su presentación y aceptación, el contenido que en esencia es basto, se guarda en un estante y se deja olvidado. El alcance pues, sería; una titulación más. Por otro lado, si el contenido de la misma, por ejemplo; se muestra a algunos centros hospitalarios donde se trabaja con personas discapacitadas, amputadas y lesionadas medulares, podrá quizá, mover la conciencia de algunas personas al grado que se interesen o busquen formas alternas o más funcionales e incluso, las implementen, sobre el tratamiento e investigación de la depresión en estos grupos de personas, más aún, para que se den cuenta que la depresión como padecimiento mental del siglo, está presente y con mucha frecuencia dentro de sus centros de tratamiento, ahí, junto y dentro de los pacientes hombres y mujeres. En este caso, podría mostrar también a un grupo importante de personas, que el practicar algún tipo de deporte; directa o indirectamente se relaciona con los índices depresivos a niveles de no ser patológicos y siquiera significativos en gran número de sujetos discapacitados. Esto no quiere decir que quien realiza deporte no padece depresión o no la padecerá, pero sí, que por lo menos los sujetos de esta muestra obtuvieron puntuaciones sin importancia clínica para el diagnóstico de depresión.

Los alcances por tanto pueden ser por lo menos a dos niveles: el personal; como aporte real de datos sobre una problemática también real, que pueden usarse como base para futuras investigaciones, sea sobre este tema o como complemento de otros, a diferentes personas. A nivel institucional; para mostrar la realidad que se cumplió en esta muestra en particular, pero que puede estarse presentando dentro de sus instituciones con sus pacientes; y así poder investigar, prevenir y tratar adecuadamente la problemática (respaldada además por múltiples investigaciones realizadas por diferentes personas y lugares). De ser así, cabe la posibilidad de conseguir avances a mediano plazo para el discapacitado y su familia y a largo plazo, en beneficio social, sobre todo debido a una integración plena del sujeto rehabilitado, concebida la rehabilitación como física-psíquica. A mediano plazo para el sujeto ya que el proceso de rehabilitación integral, no puede ser inmediato a la lesión, pero tampoco prolongarse en tiempo, por que los procesos discapacitantes, físico y psíquico sufrirían deterioro. A largo plazo, debido a que un discapacitado puede limitar el crecimiento familiar y social si este no consigue funcionalidad dentro de su grupo, pero por el contrario; si consigue una rehabilitación integral plena puede entonces llegar a la productividad personal familiar y social. Entiéndase

productividad, no como el trabajar-ganar; si no como la realización de los más intrínsecos intereses personales.

Al hablar de alcances debe también hablarse de limitaciones y de ellas se pueden encontrar varias: La primera de ellas tiene que ver con lo limitado de la muestra (en este caso en particular) y lo difícil que se puede tornar el conseguir el apoyo de un número mayor de sujetos en una ciudad pequeña como Aguascalientes, Ags., La segunda; tiene que ver de manera más penosa, con la falta de cultura y apertura de algunas instituciones para realizar o apoyar la realización de investigación, quizá por protección a los pacientes o basados en sus estatutos de funcionamiento interno, quizá, por la falta de interés sobre el que pasa y como prevenirlo, por lo que se ve la necesidad hoy en día de fomentar una cultura con conciencia sobre la realidad de la discapacidad en el contexto personal y social de fomentar una cultura con conciencia sobre la realidad de la discapacidad en el contexto personal y social de fomentar una cultura con conciencia sobre la realidad de la discapacidad en el contexto personal y social. La tercera, más importante aún; la falta de cultura personal y de interés también, por realizar investigación como parte del bagaje laboral diario, refiriéndome claro esta, en este caso, a los que de alguna manera nos interesamos por la salud mental individual y colectiva. La cuarta; tiene que ver con lo personal, si consideramos que de 75 personas que apoyaron la realización de esta investigación, más del doble se negó a dar apoyo, y aún que es muy válido y razonable esta negación, se limita un esfuerzo que en esencia es importante por si solo; “prevenir y tratar la depresión” en grupos vulnerables. La quinta; siempre que se realiza investigación se requiere de una considerable cantidad de recursos, mismos que muchas veces no están disponibles, sobre todo, cuando de particulares se trata. Podría pensarse que este punto avala y justifica al tercero, pero no, ya que si el interés es investigar; pueden buscarse formas y medios para hacerlo. La sexta y última; el miedo profesional al éxito y fracaso de emprender proyectos que pueden hacer aportaciones básicas (entiéndase que no es regla general, solo un tanto común).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, Arias, Azua, Bermejo, Caballo, Canal, et al. (1998). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid
- APA (1988) *DSM-III-R*. Masson. Barcelona.
- APA (1997) *DSM-IV*. Masson. Barcelona.
- Bas, P. Gala, F.J. Díaz, M. (1995) *Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de la medula espinal*. Clínica y salud (En prensa)
- Beck, A.T., (1967) *Depression: clinical experimental and theoretical aspects*. Harper Androw. New York
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1962). Reliability of psychiatric diagnosis: II. A study of consistency of clinical judgments and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119, 351-357
- Bender, J. Prida, M. Zamora, F. Hernández, P. Araujo, F. (2002). Caracterización clínica de pacientes con lesión medular traumática. *Revista Mexicana Neuroci.*, 3(3):135-142
- Berger, M. Riemann, D. Krieg, C. (1991). Cholinergic drugs as diagnostic and therapeutic tools in Affective disorders. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*,336:52-60
- Bodenhamer, E. Achterberg,-Lawlis, J. Kevorkiak, G. Balanus, A.Cofer, J. (1983). Staff and patient perceptions of the psychosocial concerns of spinal cord injured persons. *American Journal of Physical Medicine*, 62(4):182-93.
- Boekamp, JR. Overholser, JC. Schubert, DS.(1996). Depression following spinal cord injury. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(3):329-49.
- Bloom, L.G. Snyder, C.R. (1976). The phantom limb phenomenon. *Rehabilitation psychology*. 23(3): 91-96
- Borstein, Poynton, Masling, (1985). Orality and depression: An empirical study. *Psychoanalytic psychology*, 2:241-249.
- Braier, L. (1982). *Diccionario enciclopédico de medicina*. Barcelona, Jims.
- Bravo Payno, (1987). Paraplejia: Formas clínicas. *Minusval*. 55: 16.

- Brucker, J. (1983). Spinal cord injuries. In T.G. Burish and L.A. Bradley (comps.), *Coping with chronic disease*. N.Y., Academic Press. 285-311.
- Cardoso, E. Chan, F. Thomas, K. Roldan, Ingraham, (1996). Substance abuse and disability. In: *The Hatherleigh Guide to Treating Substance Abuse*, part 2. N.Y., Hatherleigh Press, pp. 55-91.
- Carey, G. DiLalla, D.L. (1994). Personality and psychopathology: Genetic perspectives. *Journal of Abnormal psychology*, 103(1) 32-43.
- Castilla del Pino, (1970) Un estudio sobre la depresión, fundamentos de antropología dialéctica. Península. (Ediciones de bolsillo, Nueva colección Ibérica) Barcelona
- Charlifue, S.W. Gerhart, K.A. (1991). Behavioral and demographic predictors of suicide after traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72(7): 488-492.
- Cole, Milstead, (1989). Behavioral correlates of depression: Antecedents or consequences?. *Journal of counseling psychology*, 36(4) 408-416.
- Coppen, A. (1967) The biochemistry of affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 113:1237-64
- Coyne, J. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 36, 28-40.
- Craig, A. Hancock, K. Chang, E. Dickson, H. (1998). The effectiveness of group psychological intervention in enhancing perceptions of control following spinal cord injury. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1) 112-8.
- Craig, A. Hancock, K. Dickson, H. Chang, E. (1997). Long-term psychological outcomes in spinal cord injured persons: results of a controlled trial using cognitive behavior therapy. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 78(1) 33-8
- Craig, A. Hancock, K. Chang, E. (1994). The influence of spinal cord injury on coping styles and self-perceptions two years after the injury. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(2):307-12
- Craig, A. Hancock, K. Dickson, H. (1994). A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury. *Paraplegia*, 32(10):675-9
- Craig, A. Hancock, K. Dickson, H. (1994). Spinal cord injury: a search for determinants of depression two years after the event. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(2):221-30
- Davison, G. Neale, J. (1992) *Psicología de la conducta anormal*. LIMUSA Méx.

- Decker, S.D. Schulz, R. (1985). Correlates of life satisfaction and depression in middle-aged and elderly spinal cord-injured persons. *American journal of occupational therapy*, 39(1):740-745.
- Demirel, G. Yilmaz, H. Kesiktas, N. (1998). Anxiety and depression in spinal cord injury. Fte. Istanbul Physical Medicine and rehabilitation Centre. Istanbul, Turkey.
- De Vivo, M. Hawkins, L. Richards, J. Go, B. (1995). Outcomes of post-spinal cord injury marriages. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76:130
- Donelson, (1998). The relationship of sexual self-concept to the level of spinal cord injury and other factors. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, Vol 58(12-B)
- Dunn, D. S.(1996). Well-being following amputation: Salutory effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation psychology*, 41(4):285-302.
- Duckworth, (1998). Ortopedia y fracturas. Guía práctica. Mc Graw Hill. Ed. Interamericana.
- Elliott, T. Frank RG.(1996) Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 77(8):816-23.
- Elliott, T. Shewchuk, R. (1995). Social support and leisure activities following severe physical disability: Testing the mediating effects of depression. *Basic and applied social psychology*, 16(4):471-487.
- Elliott, T. Herrick, S. Patti, A. Witty, T. (1991). Assertiveness, social support, and psychological adjustment following spinal cord injury. *Behavior research and therapy*, 29(5):485-493.
- Fenichel, O. (1966). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Argentina, ed. Paidós.
- Fester, C. (1980). Principios de la conducta. C.b. Perrott. México, ed. Trillas.
- Fishman, (1978). Alteraciones psicológicas debidas a la amputación de miembros inferiores. II Symposium Intern. de Rehabilit.: Problemática de los amputados de la extremidad inferior. Madrid, Fundación MAPFRE: 149-155.
- Fordyce, (1964). Personality characteristic in men with spinal cord injury as related to manner of onset of disability. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 45: 321-325.
- Folkman, S. Lazarus, R.S. (1988) Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Psychology*, 54. 466-475.

- Folkman, S. Lazarus, R.S. Dunkel-Schetter, C. DeLongis, A. Gruen, R. (1986) Dynamic of a Stressful Encounter: Cognitive appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of personality and social Psychology*, 50. 992-1003.
- Fow, N. Yee, J. Wilson-O'Connor, D. Spataro, R.(1996). MMPI-2 profiles in traumatic and non-traumatic spinal cord injured patients. *Journal of clinical psychology*, 52(5):573-579.
- Frank RG, Chaney JM, Clay DL, Shutty MS, Beck NC, Kay DR, Elliott TR, Grambling S. (1992). Dysphoria: a major symptom factor in persons with disability or chronic illness. *Psychiatry Research*, 43(3):231-41.
- Frank, R. Elliot, T. Corcoran, J. Wonderlich, S. (1987) Depression after Spinal cord injury: Is it necessary?. *Clinical Psychology Review*, 7. 611-630.
- Frank, R. Elliot, T. Wonderlinch, S. Corcoran, J. Unlauf, R. Ashkanazi, G. (1987) Gender Differences in the Interpersonal Response to Depression and Spinal cord injury. *Cognitive Therapy and Research*, 11. 437-448.
- Frank, R. Kashani, J. Wonderlich, S. Lising, A Visot, L. (1985) Depression and adrenal function in Spinal cord injury. *American Journal of Psychiatry*, 142. 252-253.
- Fritze, J. (1993). The adrenérgico-cholinergic imbalance hypothesis of depression: a review and a perspective. *Rev. Neurosci*, 4(1):63-93.
- Fritze, J. Beckmann, H. (1988). The colinergeric-adrenergic equilibrium hypothesis of affective psychoses. *Fortschr. Neurological Psychiatry*, 56(1): 8-21. Artículo original en Aleman.
- Fruhwald, S. Loffler-Stastka, H. Eher, R. Saletu, B. Baumhackl, U. (2001). Relationship between symptoms of depression and anxiety and the quality of life in multiple sclerosis *Wien Klin Wochenschr*, 30;113(9):333-8.
- Fugate, W. (1975). Human sexuality in health and illness. Saint Loise.CV. Mosby.
- Fullerton, D. Harvey, R. Klein, M. Howell, T. (1981) Psychiatric disorders in patients with spinal cord injury. *Archives of General Psychiatry*, 32. 1369-1371.
- Gerhards, F. Florin, I. Knapp, T. (1984). The impact of medical, reeducational, , and psychological variables on rehabilitation outcome in amputees. *International journal of rehabilitation research*, 7(4) 379-388.
- Granados H. M., (2002). Discapacidad y depresión. Enciclopedia de Ayudas Técnicas. Tecnum
- Grzesiak, R. (1984). Rehabilitation of chronic pain syndromes. En C.J. Golden (comp), *Current topics in rehabilitation psychology*. Orlando, Grune and Stratton. 29-76.



- Hancock KM, Craig AR, Dickson HG, Chang E, Martin J. (1993). Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. *Paraplegia*, 31(6): 349-357.
- Hayes, R. Potter, C. Hardin, C. (1995). Counseling the client on wheels: A primer for mental Counselors new to spinal cord injury. *Journal of mental health counseling*, 17(1):18-30.
- Heinemann, A. (1995). Spinal cord injury, In: *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology*, AJ Goreczny, ed. N.Y., Plenum, . pp. 341-60.
- Heinemann AW, McGraw TE, Brandt MJ, Roth E, Dell'Oliver C. (1992). Prescription medication misuse among persons with spinal cord injuries. *International journal of the addictions*, 27(3):301-316.
- Heinrich, R. Tate, D. Buckelew, S. (1994). Brief Symptom Inventory norms for spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 39(1):49-56 Spr.
- Henry, E. (1990) *Estadísticas en Psicología y educación*. Paidós, México
- Hernández, R. Baptista, C. Fernández, P. (1991) *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill México
- Herren, H. (1965). Les enfants handicapés monteurs. *Espirit*, 11:737-753.
- Hewitt, P. Flett, G. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, 102(1) 58-65.
- Hirschfeld, R. (2000). History and evolution of monoamine hypothesis depression. *Journal of clinical psychiatry*, 61(6):6-6
- Holicky, R. Charlifue, S. (1999). Ageing and spinal cord injury. The impact of spousal support. *Disability and rehabilitation*, 21(5-6):250-257.
- Jolly, J. Dyck, M. Kramer, T. Wherry, J. (1994). Integration of positive and negative affectivity and cognitive content-specificity: Improved discrimination of anxious and depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 103(3) 54-552.
- Judd, F. Brown, D. (1992) Suicide following acute traumatic spinal cord injury. *Paraplegia*, 30(3):173-7 Mar.
- Judd, L. Kunovac, J. (1998). Clinical characteristics and management of unipolar depressive disorders comorbid with neurological disorders. *Neuropsychobiology*, 37(2):84-87.

- Kemp, (1999). Quality of live while aging with a disability. *Assistive technology*, 11(2) 158-163.
- Kennedy, P. Rogers, B. (2000). Reported quality of life of people with spinal cord injuries: a longitudinal analysis of the first 6 months post-discharge. *Spinal Cord*, 38(8):498-503.
- Kerlinger, F.(1979) Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. Interamericana. México
- Kerr, N. (1983). Understanding the process of adjustment to disability. J. Stubbins Social and psychological aspects of disability. Baltimore University Park Press, 4a. ed, 317-324.
- Kishi, Y. Robinson, R.G. (1996). Suicidal plans following spinal cord injury: a six-month study. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 8(4):442-5.
- Kolb, L. (1983) Psiquiatría clínica moderna. La prensa medica mexicana. México
- Kolh, S.J. (1984). Emotional coping with amputation. En W.D. Krueger (comp.) *Rehabilitation psychology: A comprehensive textbook*. Rockville, Aspen Systems Corporation, 273-282.
- Krause, J.S. Kemp, B. Coker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(8) 1099-109
- Krueger, D.W.(1984). Psychological rehabilitation of physical trauma and disability. En W.D. Krueger (comp.) *Rehabilitation psychology: A comprehensive textbook*. Rockville, Aspen Systems Corporation.
- Kunce, J.T. Worley, B.H. (1966). Interest patterns, accidents and disability. *Journal of clinical Psychology*, 22:105-107.
- Kuyken, W. Kurzer, N. DeRubeis, R.J. Beck, A.T Brown, G.K. (2001). Response to cognitive therapy in depression: The role of maladaptative beliefs and personality disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(3) 560-566.
- Labregere, A (1981). Les personnes handicapées. Paris, Notes de études documentaires. La documentation Francaise.
- Langer, K. (1995). Depression and physical disability: Relationship of self-rated and observer-rated disability to depression. *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology*, 8(4):271-276.

- Laurent, J. Stark, K. D. (1993). Testing the cognitive content-specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. *Journal of abnormal psychology*, 102(2):226-237.
- Leboyer, M. Plaisant, O. (1985). Cholinergic hypothesis of depression. *Encephale*, 11(6) 229-234.
- Leonard, B.E. (2000). Evidence for a biochemical lesion in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(6) 12-7
- Leong, S.S. Brown, W.A. (1987). Acetylcholine and affective disorder. *Journal Neural Transm.*,70(3-4) 295-312.
- Lewinsohn, P.M. (1974) A behavioral approach to depression, In Friedman, R.J. & Katz, M.M. (Eds) the psychology of depression: contemporary theory and research. New York
- Lewinsohn, P.M. & Libet, J. (1972) Pleasant events, activity schedules and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, Jun. 79(3):291-5
- Lewinsohn, P.M. Seeley, H.I. Gotlib, J.R. (1997). Depression-related psychosocial variables: Are they specific to depression in adolescents?. *Journal of abnormal psychology*. 106(3) 365-375.
- Lewis, C.A.(1996). Examining the specificity of the orality depression link: anal personality traits and depressive. *Journal of Psychology*, 130(2) 221-3.
- Lewis, C.A.(1993). Oral pessimism and depressive symptoms. *The journal of psychology*, 127 335-343.
- Lewis, C.A. (1993): Oral personality traits in Hindu, and protestant college students. *Psychological reports*, 72, 1203-1209.
- Lindemann, J.E.(1981). Spinal cord injury, en Lindemann, Psychological and behavioral aspects of physical disability: A manual for health practitioners, N.Y. Plenum Press. 217-241.
- Lindsay W. R., Michie A., Baty F., Smith A. & Miller S. (1994) The consistency of reports about feelings and emotions from people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 38, 61-6.
- Maltby, J. Lewis, C.. Hill, A.P. (1998). Oral pessimism and depressive Oral pessimism and depressive symptoms: A comparison with other correlates of depression. *British Journal of Medical Psychology*, 71:195-200.
- Martín, Izquierdo, Copa, Ferrari, Nogales, Avellaneda y Posada de la Paz, (2001). Asociación entre discapacidad y minusvalía en pacientes del síndrome de aceite tóxico calificados de incapacidad permanente. Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite

Tóxico. Instituto de Salud Carlos III. XIX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Murcia España.

- Martz, E. (2002). Phases of adaptation to disability as predictors of future time orientation among individuals with spinal cord injuries. *Fuente: Dissertation Abstracts International: The sciences and engineering*, 65(5-b)2351.
- Masters, W. Johnson, V. Kolodny, R.C. (1987). La sexualidad humana. México, ed. Grijalbo.
- Mazaira, (1987). Hoy, el parapléjico. *Minusval.*, 5:14-15.
- McCull, M.A. Skinner, H.A.(1995). Spinal cord injury and lifestyle health risks. *Canadian journal of rehabilitation*, 9(2):69-82.
- McIvor, G.P. Riklan, M. Reznikoff, M. (1984). Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions, and perceived social support. *Journal of clinical psychology*, 40(4):1028-1033.
- Mendels, J. (1977) La depresión. Heider. Barcelona.
- Miranda, J. Persons, J.B. Byers, C.N. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of abnormal psychology*, 99(3) 237-241.
- Miranda, J. Persons, J. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of abnormal psychology*, 97(1) 76-79.
- Milosevic, V.Petrovic-Stefanovic,N. Lecic-Tosevski, D Ilic, Z. Colovic, O. (1993). Invalids from the 1992-1993 war in Bosnia-Herzegovina: Distribution of psychic reactions and personality dimensions. *Psihijatrija danas*, 25(1-2):65-75.
- Moilanen, D.L. (1993). Depressive information processing among nonclinic, nonreferred college students. *Journal of counseling psychology*, 40(3) 340-347.
- Moragas, R. (1974). Rehabilitación: Un enfoque integral. Madrid, SEREM. Servicio de publicaciones del ministerio del Trabajo, 3ra. Ed.
- Nishizawa, Benkelfat, Young, Leyton, Mzengeza, Montigny, Blier, Disksic, (1997). Differences between males and females in rates of serotonin synthesis in human brains. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA.*, 13;94(10):4823-4
- Norusis, M.J. (1995). The SPSS 6.1 guide to data analysis. Prentice hall
- O'Neill, R.M. Bornstein, R.F. (1990). Oral-dependence and gender: Factors in help-seeking response set and self-reported psychopathology in psychiatric inpatients. *Journal of personality assessment*, 55:28-40

- O'Neill, R.M. Borstein, R.F. (1991). Orality and depression in psychiatric inpatients. *Journal of personality disorders*, 5:1-9
- Overholser, J.C. Schubert, D.S. (1993). Depression in patients with spinal cord injuries: synthesis of cognitive and somatic processes. *Current psychology: Developmental, learning, personality, social*, 12(2):172-183.
- Passik, S.D. Dugan, W. McDonald, M.V. Rosenfeld, B. Edgerton, S. (1998). Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 1998; 16: 594-600
- Powell, (1999). Validation of the reiss screen maladaptive behavior compared with the Beck Depression Inventory and the Zung self-rating Depression Scale analyzed with multiple regression in adults with developmental disabilities. Dissert. Abst. Intern.: *The sciences and engineering*, 60(3-B):1346
- Radnitz, C.L. Broderick, C.P. Perez-Strumolo, L. Tirch, D.D. Festa J, Schlein IS, Walczak S. Willard J, Lillian LB, Binks M. (1996). The prevalence of psychiatric disorders in veterans with spinal cord injury: a controlled comparison. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184(7):431-3.
- Radnitz, C.L. Tirch, D.D. (1995). Substance abuse in individuals with spinal cord injury. *International Journal of the Addictions*, 30(9):1117-40 Jul.
- Risch, S.C. Kalin, N.H. Janowsky, D.S. (1981). Cholinergic challenges in affective illness: behavioral and neuroendocrine correlates. *Journal of clinical Psychopharmacology*, 1(4):186-192
- Ritchie, (1984). Coping by children undergoing limb amputation. En R.H. Moos (comp) *Coping with physical illness. 2:New perspectives*, N.Y., Plenum Medical Book Company, 72-79.
- Rohde, Lewinson, Seeley,. (1990) Are people changed by the experience of having an episode of depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99:264-271
- Sánchez-Barranco, (1976). Dificultades psicológicas y reacciones psicopatológicas más frecuentes en los enfermos en rehabilitación. *Rehabilitación*, 10(3) 351-360.
- Sanz, J.Vazquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): Productos, procesos, proposiciones y estructuras cognitivas. En Belloch Ibañez (Eds). *Manual de Psicopatología*. Injury Data Research Center, Valencia: Promolibro, 2, 785-875.
- Schade V, Semmer N, Main CJ, Hora J, Boos N (1999). The impact of clinical, morphological psychosocial and work-related factors on the outcome of lumbar disectomy. *Pain*, 80(1-2) 239-249.

- Schildkraut, Ketty., (1967) Biogenic amines and emotion. *Science*, 156:21-30
- Segrin, C. Abramson, L.Y.(1994) Negative reactions to depressive behaviors: A communication theories analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 655 - 668.
- Smith, T.W. O'Keeffe, J.L. Christensen, A.J. (1994). Cognitive distortion and depression in chronic pain: Association with diagnosed disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1):195-198.
- Snell, D.W. & Papini, R. (1989). The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*, 26, 256-263.
- Soyguet, Savasir, (2001). The relationship between interpersonal schemas and depressive symptomatology. *Journal of counseling psychology*, 48(3):359-364.
- Stenager, E.N. Stenager, E. (1992). Suicide and patients with neurologic diseases. Methodologic problems. *Archives of Neurology*, 49(12):1296-303.
- Stevenson, V.L. Playford, E.D. Langdon, D.W. Thompson, A.J. (1996). Rehabilitation of incomplete spinal cord pathology: factors affecting prognosis and outcome. *Journal of Neurology*, 243(9):644-7
- Tate, D. Forchheimer, M. Maynard, F. Dijkers, M. (1994). Predicting depression and psychological stress in persons with spinal cord injury based on indicators of handicap. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 73(3):175-83.
- Tate, D. Forchheimer, M. Maynard, F. Davidoff, G. Dijkers, M. (1993). Comparing two measures of depression in spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 38(1):53-61.
- Taylor, R. Creed, F. Huges, D. (1997). Relation between psychiatric disorders and abnormal illness behavior in patients undergoing operations for cervical discectomy. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 63(2):169-174.
- Teasdale, Taylor, Cooper, Hayhurst, et al. (1995). Depressive thinking: Shifts in construct accessibility or in schematic mental models?. *Journal of abnormal psychology*, 104(3) 500-507.
- Tomas, C. (1973). Le handicapé physique. Son orientation. Bruselas, Presses Universitaires de Bruxelles ( El minusválido físico. Diagnóstico y orientación, Madrid, Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 2 t 1978).
- Trieschmann, R.B.(1980). Spinal cord injuries: The psychological, sexual, social and vocational adjustment. Elmsford, N.Y Pergamon Press.

- Trieschmann, R.B. (1984). The psychological aspects of spinal cord injury. En C.J. Golden (comp), *Current topics in rehabilitation psychology*. Orlando, Grune and Stratton, 125-137
- Tucker, S.J. (1980); The psychology of spinal cord injury: Patient-staff interaction. *Rehabilitation Literature*, 41. 114-121.
- Vall, Perruelo, Aiello, Kohn, Tebner, (1990) *Ortopedia y traumatología*. El Ateneo
- Wenzlaff, Grozier, (1988). Depression and the magnification of failure. *Journal of abnormal psychology*, 97(1) 90-93.
- Whyte, A. Niven, C.A. (2001). Psychological distress in amputees with phantom limb pain. *Journal of pain and symptom management*, 22(5):938-946.
- Williamson, G.M Schulz, R. Bridges, M. Behan, A. (1994). Social and psychological factors in adjustment to limb amputation. *Journal of social behavior and personality*, 9(5):249-268.
- Wortman, C.B. Cohen Silver, R. (1989); The myths of coping with loss. *Journal of consulting and clinical psychology*, 5. 349-357.
- Young, (1998). Health promotion for older adults: Evaluation of cognitive-behavioral intervention. Fte: *Dissertation Abs. International. The sciences and engineering*, 58(9-b):5149.
- Zung, W.W.K.(1965) A Self Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12:63-70



# ANEXO

# ANEXO I

## INVENTARIO DE AUTOEVALUACION W.W.K. ZUNG

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

A continuación, conteste cada uno de los elementos que aparecen abajo, eligiendo la opción que mejor describa como se ha sentido últimamente. No existen respuestas buenas o malas. Solo tiene que elegir una opción y marcarla con (X). Recuerde marcar aquella que mejor describa como se ha sentido. Lea totalmente cada pregunta y elija, procurando contestar cada una de ellas.

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos	Nunca o Pocas Veces	Algunas veces	Muchas veces	La Mayoría de las veces
1. Me siento abatido, desanimado y triste				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento				
3. Tengo deseos de llanto o deseo llorar				
4. Tengo problemas de sueño durante la noche				
5. Como igual que antes				
6. Disfruto el mirar, conversar y estar con mujeres u hombres atractivos				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado				
10. Me canso sin motivo				
11. Mi mente esta tan despejada como siempre				
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				
13. Me encuentro intranquilo y no puedo estar quieto				
14. Tengo esperanzas en el futuro				
15. Soy más irritable que de costumbre				
16. Tomo las decisiones fácilmente				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Siento que mi vida esta llena				
19. Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto				
20. Sigo disfrutando con lo que hacía				

W.W.K. Zung (1965, 1974, 1989)

P.B	
I. DEP	

**ANEXO II**  
**HOJA DE INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre: \_\_\_\_\_.

Edad: \_\_\_\_\_. Sexo: \_\_\_\_\_. Edo civil: \_\_\_\_\_.

No. Hijos: \_\_\_\_\_. ¿Con quien vive? \_\_\_\_\_ (A) (H) (D)\*

Tipo de Lesión: \_\_\_\_\_.

Tiempo de Evolución: \_\_\_\_\_.

¿Cómo adquirió la discapacidad? \_\_\_\_\_.

Nivel de estudios: \_\_\_\_\_.

¿A que se dedica? \_\_\_\_\_.

¿Consume tabaco, alcohol y/o drogas? ¿qué? \_\_\_\_\_.

¿Ha tenido intentos suicidas? \_\_\_\_\_.

\*(A) Ambulatorio  
(H) Hospitalizado  
(D) Deportista