



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

MÁSTER EN PSICOPEDAGOGÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER:

**INVESTIGACIÓN SOBRE LOS NIVELES DE
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN FAMILIARES DE
PERSONAS CON DISCAPACIDAD MOTORA**

Autora:

Martín Sánchez, Sandra

Director:

Rubia Avi, Mariano

Valladolid, 2016

Resumen

En este Trabajo Fin de Máster se pretende dar a conocer la discapacidad, tanto su evolución como la definición del concepto. Concretamente, se centrará más en la discapacidad motora, en su definición, criterios diagnósticos según el actual DSM-V, su clasificación, así como las discapacidades motoras más comunes. Además, se hablará de la familia de las personas con discapacidad y cómo les afecta tener un familiar que presenta discapacidad motora.

Finalmente, se ha llevado a cabo una investigación sobre las familias de personas con discapacidad motora, con la finalidad de evaluar el nivel de afectación de las mismas en relación con sus niveles de ansiedad y depresión. Se hará hincapié en los instrumentos y mecanismos utilizados y en los resultados obtenidos. Por último, se analizará si los objetivos y las hipótesis realizadas en un principio se verifican o por el contrario se refutan, y se realizarán las conclusiones convenientes.

Palabras clave: Discapacidad, discapacidad motora, familia, investigación, ansiedad, depresión.

Abstract

In this final dissertation of my Master's degree, I hope to raise awareness on disability, through looking at the how an impairment has been viewed by society historically and also the concept of what defines a disability both past and present. In particular, I will focus upon motor disability, in its definition, according to the current diagnostic criteria DSM-V, its classification and the most common motor disabilities. In addition, I will speak about the families of those who have a close relative with motor disability and its affects on them.

Finally, I have carried out an investigation on the families of people living with a motor skills disability, to evaluate how families are affected and their levels of anxiety and depression. I will highlight which resources and mechanics I used and the results obtained. To conclude, I will investigate whether my initial objectives and hypothesis are verified or, the contrary, are refuted and I will undertake the appropriate conclusions.

Key words: Disability, motor disability, family, investigation, anxiety, depression.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. OBJETIVOS	5
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.3. METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.....	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. DISCAPACIDAD	7
2.1.1. Evolución del concepto de discapacidad.....	7
2.1.2. Tipos de discapacidad	11
2.2. DISCAPACIDAD MOTORA.....	13
2.2.1. Concepto de discapacidad motora.....	13
2.2.2. Criterios diagnósticos DSM-V	15
2.2.3. Clasificación de la discapacidad motora	17
2.2.4. Discapacidades motoras más comunes.....	19
2.3. IMPACTO FAMILIAR DE LA DISCAPACIDAD MOTORA	24
2.3.1. La familia	24
2.3.2. Impacto familiar de personas con discapacidad	25
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1. INTRODUCCIÓN	27
3.2. OBJETIVOS	28
3.3. HIPÓTESIS.....	28
3.4. POBLACIÓN Y MÉTODO	29
3.4.1. Sujetos	29
3.4.2. Diseño y procedimiento	29
3.4.3. Instrumentos	29
3.5. RESULTADOS.....	30
3.6. DISCUSIÓN	41
4. CONCLUSIONES.....	43
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
6. ANEXOS	50
ANEXO I. Cuestionarios en relación a la “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión”...	50

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo, se refleja prácticamente el transcurso durante el Máster de Psicopedagogía. Debido a que a lo largo de este año, se ha podido aprender, conocer y adentrarse en el mundo de la discapacidad, más concretamente en el de la discapacidad motora, gracias a la estancia en prácticas en la Residencia y Centro de Día de Aspaym CyL.

Desde hace años, se vienen desarrollando numerosas investigaciones sobre el grado de afectación o el proceso que tienen que pasar los familiares de personas que presentan discapacidad motora.

Está claro, que la familia, es uno de los contextos más importantes y esenciales de la vida de una persona. Puesto que es en este contexto, donde se desarrollan las primeras relaciones, es un lugar para crecer como personas y un ámbito natural de educación, donde se aprende vivir en la sociedad y a formar relaciones con otras instituciones, como son la escuela, el grupo de iguales, la comunidad, etc.

De esta manera, no cabe duda, de que tener un miembro en el seno familiar con una discapacidad motora, afecta a todos y cada uno de los miembros pertenecientes a esa familia. Sin embargo, cada familia y cada persona con discapacidad motora son diferentes, y son afectadas de forma distinta en relación a su duración e intensidad dependiendo tanto de sus propias características personales, como por el entorno económico, social, educativo y político que le rodea.

Por todo ello, es necesario realizar investigaciones científicas para obtener información sobre un tema en concreto, ya que éstas nos permiten establecer un contacto con la realidad que deseamos estudiar con el fin de que la conozcamos mejor.

Este trabajo fin de máster se compone de dos partes;

La primera parte se centra en un estudio bibliográfico sobre la discapacidad. En concreto, se centra en la evolución de la misma a lo largo de los años, en la definición del concepto, en los tipos de discapacidades existentes, etc. Dentro de los tipos de discapacidades, se hablará específicamente sobre la discapacidad motora. Se explicará el concepto, los criterios diagnósticos según el DSM-V, la clasificación de la misma, las

discapacidades motoras más comunes... Además, se hablará sobre la familia y en cómo afecta a éstas, tener un miembro con discapacidad motora en el hogar.

Por otro lado, la segunda parte del trabajo se centra en el diseño y puesta en marcha de una investigación sobre los niveles de ansiedad y depresión de las personas que tienen familiares con discapacidad motora. El fin principal de la investigación es evaluar su grado de afectación en estos trastornos psicológicos y compararlo con el de las personas que no tienen familias con discapacidad motora. Además, se analizarán las variables edad, provincia y sexo, con la finalidad de comprobar si éstas son un factor determinante en su nivel de ansiedad y depresión o por el contrario no. Finalmente, se procederá al análisis de los resultados obtenidos y a las conclusiones del estudio.

1.1. OBJETIVOS

- Ampliar mis conocimientos sobre la discapacidad, más concretamente sobre la discapacidad motora.
- Elaborar y desarrollar una investigación sobre los niveles de ansiedad y depresión en las familias de las personas con discapacidad motora.
- Analizar y valorar los resultados obtenidos de la investigación.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La elección de este tema ha sido sencilla, se escogió este tema porque se sentía especial interés por la discapacidad, en especial por las personas que sufren discapacidad motora.

Nunca se había tenido experiencia alguna con personas con discapacidad motora o física hasta que comenzaron las prácticas del Máster de Psicopedagogía en la Residencia y Centro de Día ASPAYM CyL, la cual, tiene como seña de identidad, trabajar para mejorar las condiciones de vida del colectivo de personas con discapacidad en general, y lesionados medulares en particular.

Desde entonces, se ha podido adentrar en su mundo, formando parte de su día a día, interactuando con ellos, observando su conducta y conociendo desde cerca cuales son las características de estas personas, qué necesidades requieren y cómo podemos satisfacerlas.

Además, un tema que generaba especial interés era el impacto que ocasiona a las familias con personas con discapacidad tener un familiar con discapacidad, así como el proceso de duelo que han tenido, o tienen que vivir. Por otro lado, se sentía curiosidad por saber las diferencias que se encontraban entre las familias con personas con discapacidad motora, y aquellas que no tenían discapacidad en cuanto a sus niveles de ansiedad y depresión.

Por todas y cada una de las razones anteriores, se quiso realizar una investigación sobre el impacto familiar, espacialmente, sobre la ansiedad y depresión, y poder analizar posteriormente los resultados obtenidos en la misma.

1.3. METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

La metodología que se ha utilizado para la elaboración del presente trabajo ha sido la revisión bibliográfica principalmente. La bibliografía utilizada, ha sido obtenida de diferentes medios, como son diversos artículos y capítulos de libros electrónicos, varios de ellos recuperados de bases de datos como “Dialnet”, ScienceDirect y “CSIC” (Consejo Superior de Investigaciones Científicas). También, libros obtenidos de la biblioteca de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, así como de bibliotecas municipales. Igualmente, se ha extraído información de diferentes tipos de páginas web e información recogida en la Residencia y Centro de Día ASPAYM CyL.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DISCAPACIDAD

2.1.1. Evolución del concepto de discapacidad

Para poder abordar el presente estudio, se considera necesario definir, concretar y delimitar el concepto de discapacidad y la evolución que ha tenido a lo largo de los últimos años. Para ello, se hará referencia a las distintas terminologías que ha presentado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En primer lugar, la OMS publicó en el año 1980 un manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad titulado “Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y Minusvalías” (CIDDM).

Según Crespo, Campo y Verdugo (2003: 22) en una publicación en la revista Española sobre Discapacidad Intelectual, el objetivo principal de la CIDDM, fue centrarse más bien en la enfermedad que en sus causas. Donde plantea un modelo lineal y conceptual nuevo y describe los tres niveles que se derivan de la enfermedad. De forma gráfica sería el siguiente esquema:

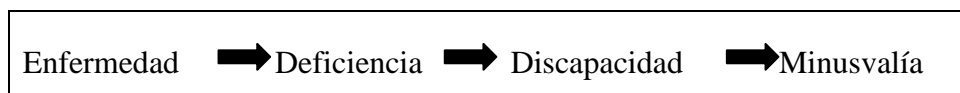


Figura 1. Modelo lineal según la CIDDM. Elaboración propia.

Como explican García, y Sarabia (2001:19), las definiciones de los términos anteriores según la CIDDM son las siguientes:

1. Deficiencia:

Desde el punto de vista de la salud, la CIDDM, la ha definido como:

“Una deficiencia es toda perdida o anormalidad de un órgano o de la función propia de éste” (1980-83).

2. Discapacidad:

Desde el punto de vista de la salud, la CIDDM, la ha definido como:

“Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano”.

3. Minusvalía:

Desde el punto de vista de la salud, la CIDDM, la ha definido como:

“Es una situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales.”

La integración y relación de todos estos conceptos, según Aparicio (2009:131), quedarían reflejados en la CIDMM de la siguiente manera.

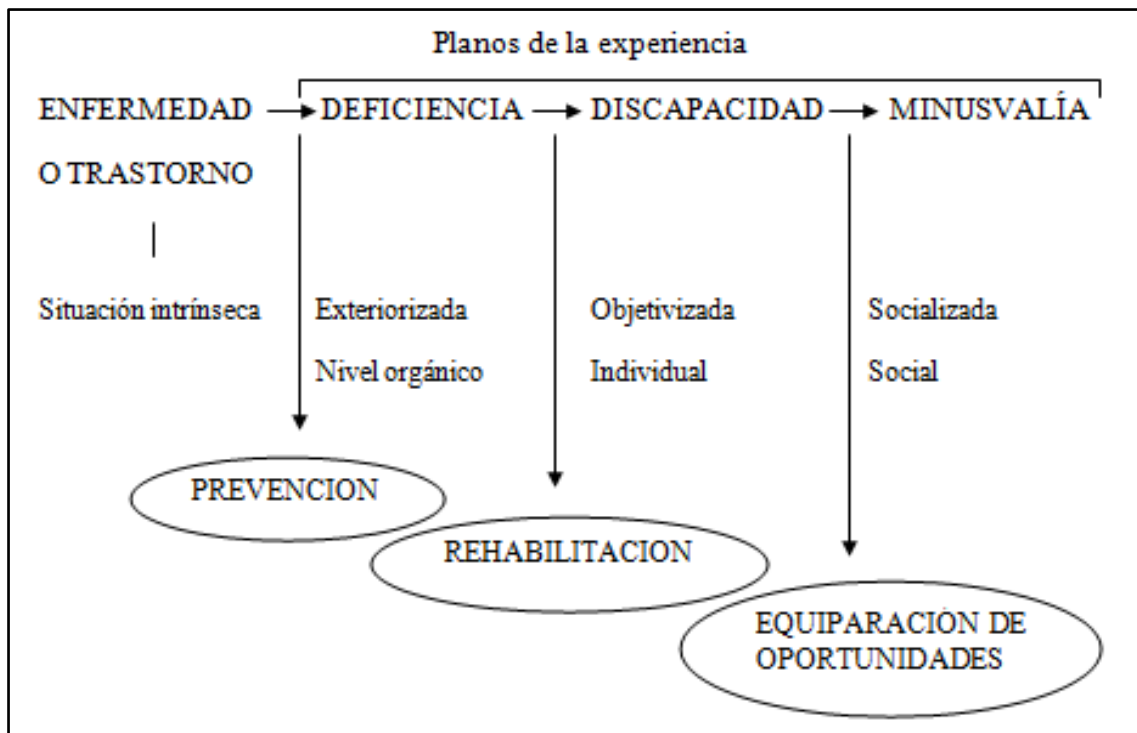


Figura 2. La enfermedad y sus consecuencias: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía.

Siguiendo con el comunicado de Crespo, Campo y Verdugo (2003) en la revista Española de Discapacidad intelectual, la CIDDM tuvo muchas críticas, como no proporcionar la información adecuada sobre la relación que existe entre los conceptos, establece un modelo lineal entre ellas, no refleja el papel del entorno social y físico, solamente clasifica lo negativo del funcionamiento del ser humano, etc. Por todo ello,

fue necesario realizar una revisión de la misma y hacer un cambio de título y de estructura de la clasificación.

En consecuencia, en el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Y como explican Amate y Vásquez (2006) en una publicación de la Organización Panamericana de la Salud, la CIF, en lugar de proponer un modelo lineal, describe todos los componentes funcionales y la interrelación existente entre los distintos factores que se encuentran involucrados en la discapacidad. Además, en la nueva terminología se mantienen los componentes del proceso, pero se enfatiza en los aspectos que están relacionados con el medio.

El objetivo principal de la CIF, según la publicación de la OMS (2001) es *“brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud”*.

Por lo que se entiende que ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” como se entendía en la CIDDM a una clasificación de “componentes de salud”.

La CIF organiza su información y la divide en dos partes:

1. Componentes de Funcionamiento y Discapacidad. Sus componentes son:
 - a) Cuerpo; hace referencia a las funciones de los sistemas corporales y las estructuras del cuerpo.
 - b) Actividades y Participación; indican aspectos del funcionamiento desde una perspectiva individual y social.

2. Componentes de Factores Contextuales

- a) Factores Ambientales; ejercen un impacto en todos los componentes del funcionamiento.
- b) Factores Personales.

A continuación, a modo de representación gráfica, se mostrará la interacción entre los componentes de la CIF:

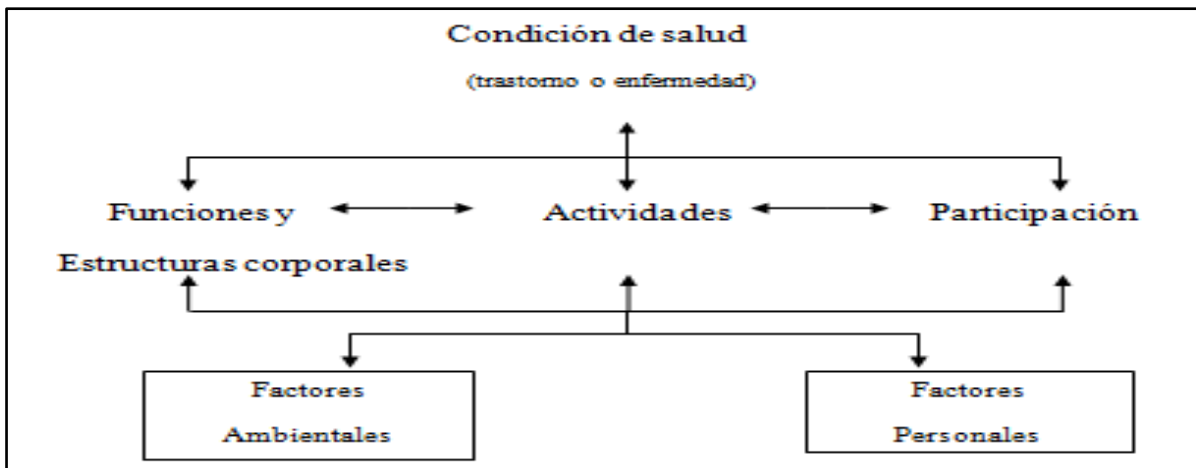


Figura 3. Interacciones entre los componentes de la CIF. (OMS, 2001).

Las definiciones de los principales términos que utiliza la CIF son las siguientes:

- a) Funciones corporales; son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- b) Estructuras corporales; son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- c) Deficiencias; son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.
- d) Actividad; es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
- e) Limitaciones en la Actividad; son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.
- f) Restricciones en la Participación; son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.
- g) Factores Ambientales; constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

La CIF por tanto, es una clasificación de las características de la salud de las personas dentro del contexto tanto individual como social, donde la discapacidad estaría causada por la interacción de las características de la salud de la persona y de los factores contextuales.

2.1.2. Tipos de discapacidad

Según la instrucción de 9 de julio de 2015 de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del profesorado, por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León, en el sistema educativo resulta necesario atender a la diversidad del alumnado y contribuir de manera equitativa a los nuevos retos y dificultades que esa diversidad genera.

Por ello mediante la Orden EDU/571/2005 de 26 de abril, se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado “Datos relativos al alumnado con Necesidades Educativas Específicas” de la Conserjería de educación.

En él se establece el alumnado con necesidad específica de apoyo educativo, donde hace referencia a cuatro grandes grupos:

GRUPO
1.ACNEE: Alumnado con Necesidades Educativas Especiales
2.ANCE: Alumnado con Necesidades de Compensación Educativa
3. ALTAS CAPACIDADES INTELECTUALES
4. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE y/o BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO

Figura 4. Alumnado con Necesidad específica de Apoyo Educativo. (Orden EDU/571/2005 de 26 de abril, 2015).

En nuestro caso, al referirnos en este apartado a los tipos de discapacidad existentes, se tendrá que hacer referencia al grupo 1. ACNEE (Alumnado con Necesidades Educativas Especiales).

Se procederá a una clasificación operativa de este alumnado por “Tipología” y “Categoría”, de acuerdo con la tabla siguiente:

TIPOLOGÍA	CATEGORÍA
DISCAPACIDAD FÍSICA	MOTÓRICOS
	NO MOTÓRICOS
DISCAPACIDAD INTELECTUAL	LEVE
	MODERADO
	GRAVE
	PROFUNDO
DISCAPACIDAD AUDITIVA	HIPOACUSIA MEDIA
	HIPOACUSIA SEVERA
	HIPOACUSIA PROFUNDA
	COFOSIS
DISCAPACIDAD VISUAL	DEFICIENCIA VISUAL
	CEGUERA
TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	TRASTORNO AUTISTA
	TRASTORNO AUTISTA DE ALTO FUNCIONAMIENTO
	TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL
	TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO
OTRAS DISCAPACIDADES	
RETRASO MADURATIVO	
TRASTORNOS DE COMUNICACIÓN Y LENGUAJE MUY SIGNIFICATIVOS	TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE/DISFASIA
	AFASIA
TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD	
TRASTORNOS GRAVES DE LA CONDUCTA	
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	

Figura 5. GRUPO ACNEE (Alumnado con Necesidades Educativas Especiales) (Orden EDU/571/2005 de 26 de abril, 2015).

2.2. DISCAPACIDAD MOTORA

Se procederá a hablar de uno de los tipos de discapacidades anteriormente citados; la discapacidad motora.

Según la COCEMFE (Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica, 2016), la discapacidad física o motora es aquella que presenta limitaciones en la realización de los movimientos. Y que además, pueden verse afectadas otras áreas como el lenguaje o la manipulación de objetos. Algunos ejemplos son: la parálisis cerebral, la espina bífida, las amputaciones, entre otras. En la discapacidad motora los órganos internos están dañados, por lo que muchas veces se puede asociar a enfermedades que no son apreciables. Como por ejemplo, fibrosis quística, trasplantes riñón, pulmón, cardiopatías, etc.

A continuación, se profundizará sobre este tipo de discapacidad.

2.2.1. Concepto de discapacidad motora

Existen varios términos para referirse a este tipo de discapacidad, (discapacidad física, motórica, motora, motriz...) pero en el presente trabajo se denominará al mismo concepto como discapacidad motora.

Muchos autores han sido los que han definido el concepto de discapacidad motora en los últimos años;

Pérez y Garaigordobil, (2007) señalan que la discapacidad motora hace referencia a una alteración de la capacidad del movimiento que implica en diferentes grados, a las funciones de desplazamiento y manipulación, bucofonatorias o de la respiración que limita a la persona en su desarrollo personal y social.

Para Olmedo (2008) las personas con discapacidad motora son aquellas que presentan de manera transitoria o permanente alteraciones en el aparato motor debido a anomalías de funcionamiento en el sistema nervioso, muscular, óseo-articular o en varios de estos sistemas, y que en grados variables limita algunas o muchas de las actividades que pueden realizar con otras personas.

Guerra, (2010) apunta que según la Clasificación Internacional del funcionamiento (CIF) del año 2001, anteriormente expuesta, se puede decir que la discapacidad motora

quedaría inscrita tanto en el ámbito de la *deficiencia*, como una alteración de las funciones o estructuras corporales, ya sean los órganos o los miembros de cada persona. En el ámbito de la *limitación en la actividad*, como una dificultad a la hora de realizar actividades. Y por último, en el ámbito de *restricción en la participación*, como limitaciones debido a las dificultades que presenta una persona con discapacidad motora para desenvolverse en situaciones vitales.

Según Díaz (2010), se entiende por discapacidad motora "aquella que abarca todas las alteraciones o deficiencias orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento que afectan al sistema óseo, articulaciones, nervios y/o músculos". Las personas afectadas por esta discapacidad, presentan una desventaja evidente en su aparato locomotor, la cual, está establecida por limitaciones posturales, de desplazamiento, coordinación y manipulación, y puede integrar dos o más de ésta. En ocasiones pueden ir acompañadas de otras determinadas alteraciones sensoriales, perceptivas y del lenguaje y en un porcentaje alto suelen tener conservada su capacidad intelectual.

Parra y Luque Rojas (2013), apuntan que la discapacidad motora es un estado de limitación en la movilidad o comunicación, debido a la interacción que surge entre los factores individuales (dificultades por un inferior funcionamiento del sistema osteo-articular, muscular y/o nervioso) y aquellos que son derivados de un contexto menos accesible o no adaptado.

A continuación, a modo de síntesis, se recogerán las ideas más relevantes y destacadas sobre la discapacidad motora, según los diversos autores señalados:

- La discapacidad motora es una falta de capacidad como consecuencia de una deficiencia física, debido a una alteración en el aparato motor de la persona. (en las funciones o estructuras corporales).
- Presenta limitaciones a la hora de realizar actividades, debido a la movilidad o comunicación.
- Presenta una restricción en la participación para desenvolverse en situaciones vitales.

2.2.2. Criterios diagnósticos DSM-V

Los criterios diagnósticos de los trastornos motores en el American Psychiatric Association, (2014: 41-43) son los siguientes:

1. Trastorno del desarrollo de la coordinación

A. La adquisición y ejecución de habilidades motoras coordinadas está muy por debajo de lo esperado para la edad cronológica del individuo y la oportunidad de aprendizaje y el uso de las aptitudes. Las dificultades se manifiestan como torpeza (p. ej., dejar caer o chocar con objetos) así como lentitud e imprecisión en la realización de habilidades motoras (p. ej., coger un objeto, utilizar las tijeras o los cubiertos, escribir a mano, montar en bicicleta o participar en deportes).

B. El déficit de actividades motoras del Criterio A interfiere de forma significativa y persistente con las actividades de la vida cotidiana apropiadas para la edad cronológica (p. ej., el cuidado y mantenimiento de uno mismo) y afecta a la productividad académica/ escolar, las actividades prevocacionales y vocacionales, el ocio y el juego.

C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo.

D. Las deficiencias de las habilidades motoras no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o deterioros visuales, y no se pueden atribuir a una afección neurológica que altera el movimiento (p. ej., parálisis cerebral, distrofia muscular, trastorno degenerativo).

2. Trastorno de movimientos estereotipados

A. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo (p. ej., sacudir o agitar las manos, mecer el cuerpo, golpearse la cabeza, morderse, golpearse el propio cuerpo).

B. El comportamiento motor repetitivo interfiere en las actividades sociales, académicas u otras y puede dar lugar a la autolesión.

C. Comienza en las primeras fases del período de desarrollo.

D. El comportamiento motor repetitivo no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o una afección neurológica y no se explica mejor por otro trastorno del

desarrollo neurológico o mental (p. ej., tricotilomanía [trastorno de arrancarse el cabello], trastorno obsesivo-compulsivo).

Especificar si:

Con comportamiento autolesivo. (O comportamiento que derivaría en lesión si no se emplearan medidas preventivas).

Sin comportamiento autolesivo.

Especificar si:

Asociado a una afección médica o genética, un trastorno del desarrollo neurológico o un factor ambiental conocidos (p.ej., síndrome de Lesch-Nyhan, discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], exposición intrauterina al alcohol).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Los síntomas desaparecen fácilmente mediante estímulo sensorial o distracción.

Moderado: Los síntomas requieren medidas de protección explícitas y modificación del comportamiento.

Grave: Se necesita vigilancia continua y medidas de protección para prevenir lesiones graves.

2.2.3. Clasificación de la discapacidad motora

Existen múltiples clasificaciones sobre la discapacidad motora. Sin embargo, se suele atender a 3 criterios:

a) Según el origen de la lesión.

A continuación, Guerra (2010) muestra una clasificación de las alteraciones motoras según su origen, que con mayor frecuencia se presentan:

SIN AFECTACIÓN CEREBRAL	CON AFECTACIÓN CEREBRAL
De origen espinal	De origen cerebral
-Poliomielitis -Espina bífida -Lesiones medulares degenerativas -Traumatismos medulares	- Traumatismos cráneo encefálicos -Tumores -Parálisis cerebral
De origen muscular	
-Distrofia muscular de Duchenne -Distrofia muscular de Becker -Distrofia muscular de Emery-Dreyfus -LimbGirdle -Distrofia facioescapulohumeral -Síndrome escapuloperoneal -Distrofia muscular distal -Distrofia orofaríngea -Distrofia ocular -Distrofia muscular congénita -Distrofia muscular o enfermedad de Steiner	
De origen osteoarticular	
-Malformaciones congénitas Malformaciones distróficas Malformaciones microbianas Reumatismos de la infancia Lesiones osteoarticulares	

Figura 6: Clasificación según su origen (Guerra, 2010).

b) Según la localización topográfica o zona afectada.

Para Olmedo (2008), la clasificación de las discapacidades motoras según su localización topográfica sería la siguiente:

Monoplejias	Alteraciones en las que solo se encuentra afectado un miembro, ya sea brazo o pierna.
Hemiplejias	Afectación de un lado simétrico del cuerpo (ya sea derecho o izquierdo).
Paraplejias	Ambos miembros inferiores están afectados.
Tetraplejias	Cuando la alteración afecta a los cuatro miembros.
Diplejias	Parálisis o alteración que afecta más a los miembros inferiores que a los superiores

Figura 7: Clasificación según su localización topográfica (Olmedo, 2008).

Se puede hablar de igual manera del término paresias, para referirse a una parálisis ligera. De esta forma hablaríamos de: monipareisa, hemipareisa, paraparesia, tetraparesia.

c) Según su etiología.

Siguiendo con Olmedo (2008), establece una clasificación de discapacidades motoras según su etiología, diferenciando los siguientes grupos:

1. Transmisión genética: madre portadora, ambos padres portadores recesivos de una misma alteración genética, etc.
2. Infecciones microbianas: tuberculosis ósea, poliomielitis anterior aguda.
3. Accidentes: parálisis cerebral, coma por traumatismo craneal, amputaciones, etc.
4. Origen desconocido: espina bífida, escoliosis idiopática, tumores.

2.2.4. Discapacidades motoras más comunes

1. Parálisis cerebral

a. Definición y características

Como explican Camacho- Salas et. al., (2007) la historia de la parálisis cerebral comienza a mediados del siglo XIX, cuando a partir de unas conferencias publicadas en el año 1843, el ortopeda inglés William Little, fue el primero en relacionar la asfixia intraparto con la aparición de una lesión permanente en el sistema nervioso central (SNC), la cual, se manifestaba por una deformidad postural.

Pocos años después, concretamente en el año 1889, tal y como explica Guerra (2010), la parálisis cerebral aparece como categoría diagnóstica de la mano de Sir William Osler, aunque el término, fue acuñado definitivamente por Sigmund Freud en uno de sus libros a finales del siglo XIX, donde sugiere que existen causas prenatales responsables de dicha alteración a nivel cerebral.

Para Rossel, Soro- Camats y Basil, (2010: 44): “la parálisis cerebral es un trastorno persistente del movimiento y de la postura, causado por una lesión no progresiva del sistema nervioso central durante el periodo temprano del desarrollo cerebral, limitado en general a los tres primeros años de vida”

b. Clasificación

Según la Confederación ASPACE (Asociación de Paralíticos cerebrales en España, 2012), se puede clasificar la parálisis cerebral en distintos tipos:

- Parálisis Cerebral Espástica

El término espasticidad significa rigidez. Las personas que presentan este tipo de parálisis muestran dificultad para controlar algunos o todos sus músculos, que suelen tender a estirarse y debilitarse y que normalmente son los que sostienen sus brazos, piernas o cabeza.

Se produce cuando las células nerviosas de la capa externa del cerebro o corteza no funcionan correctamente.

La Parálisis cerebral espástica tiene un porcentaje de 60/70% de las personas que presentan parálisis cerebral.

- **Parálisis cerebral disquinética o atetoide**

Este tipo de parálisis cerebral se caracteriza por movimientos lentos, involuntarios (que se suelen agravar por la fatiga y las emociones y se atenúan en reposo, desapareciendo normalmente durante el sueño) y descoordinados, que dificultan la actividad voluntaria.

Es muy frecuente que las personas que tengan parálisis cerebral atetoide, tengan unos músculos que cambian muy rápidamente de estar flojos a tensos. Sus brazos al igual que sus piernas se mueven de una manera descontrolada, y puede llegar a ser muy difícil entenderles ya que presentan dificultad para poder controlar su lengua, la respiración y las cuerdas vocales

La parálisis cerebral atetoide es el resultado de que la parte central del cerebro no funcione correctamente.

- **Parálisis cerebral atáxica**

Las personas que presentan este tipo de parálisis tienen problemas para controlar el equilibrio como consecuencia de una lesión en el cerebelo. Dependiendo del alcance o gravedad de la lesión, estas personas pueden llegar a caminar, aunque si lo hacen, lo harán de una forma inestable.

- **Parálisis cerebral mixta**

La parálisis cerebral mixta se produce cuando el cerebro presenta lesiones en varias de sus estructuras, por lo que, en general, no se manifestarán las características de los diferentes tipos en sus formas puras, sino que existirán combinaciones.

Además, se puede diferenciar la parálisis cerebral en función de la parte del cuerpo que se encuentra afectada, como se ha podido ver anteriormente en la *Figura 5*.

Por último, la parálisis cerebral en función de la severidad con la que se manifiesta se puede clasificar en:

- **Parálisis cerebral leve:** Se da cuando la persona no está limitada en las actividades rutinarias, aunque presenta alguna alteración física.

- **Parálisis cerebral moderada:** Se produce cuando el individuo presenta dificultades para realizar las actividades rutinarias y por lo tanto, necesita medios de asistencia o apoyos.
- **Parálisis cerebral severa:** Se ocasiona cuando la persona necesita de apoyos para prácticamente todas las actividades que realiza en su día a día.

c. Datos y estadística parálisis cerebral

Los CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2015), resumen la prevalencia y características de la parálisis cerebral de la siguiente forma:

- La parálisis cerebral (PC) es la discapacidad motora más común en la infancia.
- Los estudios basados en la población de todo el mundo estiman que la prevalencia de personas con PC van desde 1,5 a más de 4 por cada 1.000 nacidos vivos de un rango de edad definido.
- Aproximadamente 1 de cada 323 niños ha sido identificado con PC según estimaciones de autismo de los CDC y discapacidades del desarrollo.

2. Lesión medular

a. Definición y características

Para Jiménez Herrera, Serrano Miranda, y Enríquez Sandoval (2004) la lesión medular se ha convertido en un problema de salud pública con afectación en la calidad de vida de quien la padece, ya que ocasiona discapacidad de por vida.

De acuerdo con la OMS (2013), la palabra lesión medular hace referencia a los daños que sufre la médula espinal como consecuencia de un traumatismo, como los accidentes de tráfico, o debido a una enfermedad o degeneración, como puede ser el cáncer.

Siguiendo con este comunicado, los síntomas de la lesión medular dependen tanto de la gravedad de la lesión como de su localización en la médula espinal. Éstos, pueden incluir la pérdida parcial o completa de la sensibilidad o del control motor en los brazos o en las piernas, y hasta incluso, en todo el cuerpo.

Las lesiones medulares más graves, suelen afectar a los sistemas de regulación del intestino, la vejiga, la respiración, el ritmo cardíaco y la tensión arterial. Además, la mayoría de las personas que padecen lesión medular sufren dolor crónico.

b. Clasificación

ASIA (American Spinal Injury Association, 2015) establece una clasificación de la lesión medular de cinco grados:

Grado A=Completo. Ausencia de función motora y sensitiva que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5.

Grado B= Sensorial incompleto. Preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión que se extiende hasta los segmentos S4-S5 y con ausencia de la función motora.

Grado C= Motor incompleto. Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico, tienen un balance muscular menor de 3.

Grado D= Motor incompleto. Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular de 3 o más.

Grado E=Normal. Las funciones sensitiva y motora son normales.

ASIA INTERNATIONAL STANDARDS FOR NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY (ISNCSCI) ISNCOS

Patient Name: _____ Date/Time of Exam: _____
 Examiner Name: _____ Signature: _____

RIGHT **MOTOR KEY MUSCLES** **SENSORY KEY SENSORY POINTS** **SENSORY KEY SENSORY POINTS** **MOTOR KEY MUSCLES** **LEFT**

Upper Extremity (Right) C2-C4 Light Touch (LTR) Pin Prick (PPR) C2-C4 Light Touch (LTL) Pin Prick (PPL) **Upper Extremity (Left)**

Lower Extremity (Right) T2-T12, L1-L5, S2-S5 Hip flexors, Knee extensors, Ankle dorsiflexors, Long toe extensors, Ankle plantar flexors T2-T12, L1-L5, S2-S5 Hip flexors, Knee extensors, Ankle dorsiflexors, Long toe extensors, Ankle plantar flexors

(VAC) Voluntary Anal Contraction (Yes/No) **(DAP) Deep Anal Pressure (Yes/No)**

MOTOR SUBSCORES **SENSORY SUBSCORES**

UER [] + UEL [] = UEMS TOTAL [] LER [] + LEL [] = LEMS TOTAL [] LTR [] + LTL [] = LT TOTAL [] PPR [] + PPL [] = PP TOTAL []

MAX (25) (25) (50) MAX (25) (25) (50) MAX (56) (56) (112) MAX (56) (56) (112)

NEUROLOGICAL LEVELS 1. SENSORY [] 2. MOTOR [] 3. NEUROLOGICAL LEVEL OF INJURY (NLI) [] 4. COMPLETE OR INCOMPLETE? [] 5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS) []

This form may be copied freely but should not be altered without permission from the American Spinal Injury Association. REV 11/12

Figura 8: Clasificación de la Lesión Medular según ASIA.

c. Datos y estadísticas

Según la OMS (2013), los datos y cifras de las lesiones medulares son los que a continuación se expresan:

- Entre 250 000 y 500 000 personas sufren cada año en todo el mundo lesiones medulares.
- En su mayoría, esas lesiones se deben a causas prevenibles, como accidentes de tránsito, caídas o actos de violencia.
- Las personas con lesiones medulares son entre dos y cinco veces más propensas a morir prematuramente que las que no los padecen; las tasas de supervivencia más bajas corresponden a los países de ingresos bajos y medios.
- Las lesiones medulares se asocian a menores tasas de escolarización y participación económica y suponen un costo importante tanto para quienes las padecen como para la sociedad en su conjunto.

Quinzaños-Fresnedo y Sahagún-Olmos (2015: 443) afirman que a nivel mundial la lesión medular afecta principalmente a los hombres con un rango de edad de entre 18 a 32 años y:

Con una incidencia estimada de 23 casos por millón, en la lesión medular traumática (179,312 casos al año), con una incidencia pico bimodal en jóvenes adultos (20 a 29 años de edad en hombres y 15 a 19 años en mujeres), y adultos mayores (hombres mayores de 70 años y mujeres mayores de 60 años).

2.3. IMPACTO FAMILIAR DE LA DISCAPACIDAD MOTORA

La familia es el contexto de socialización más importante y esencial de la vida de una persona, pues es en ésta donde se establecen las primeras relaciones y los primeros lazos de apego. Por ello, cuando en una familia nace un miembro con discapacidad motora, o a lo largo de la vida, una persona padece de esta discapacidad, no cabe duda, de que esta situación afecta a todos y cada uno de sus miembros.

2.3.1. La familia

Según Guerra (2010:95): no se podría llegar a una aproximación del concepto de “familia” sin antes considerarla como una estructura social que está en constante evolución, sujeta a los cambios que se producen en la misma. Por tanto, su composición, organización y estructura estarían sometidas a un momento y a una cultura concreta.

Siguiendo con las explicaciones de Guerra (2010), la familia es el contexto por excelencia y es en su seno, donde los niños y niñas aprenden a vivir en la sociedad y establecen y forman relaciones con otras instituciones, como son la escuela, el grupo de iguales, la comunidad, el estado, etc. que conforman la sociedad, configurando de esta manera un todo indisoluble: “Individuo, familia y sociedad, de tal solidez que el intento de definición de cada uno de estos tres elementos por separado exige, sin duda, la ayuda de los otros dos conceptos”.

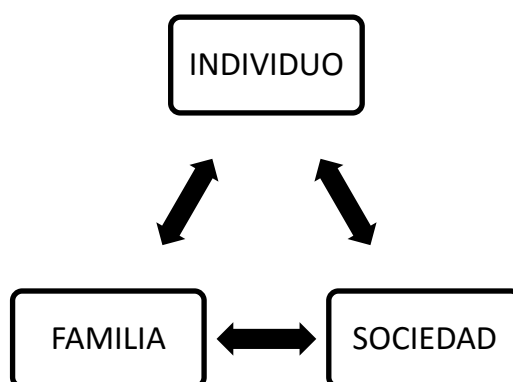


Figura 9: Interacción individuo, familia y sociedad. Guerra (2010).

Para González González y Toledo Celi (2007: 589) la familia proporciona las condiciones óptimas que se necesitan para el desarrollo de la personalidad de los individuos jóvenes. Además, es en la familia donde se consigue que los valores y las

pautas que están impuestas en la sociedad sean aceptados y asimilados por los más jóvenes. Ambos autores apuntan que “la familia es un lugar para crecer como personas y un ámbito natural de educación”.

2.3.2. Impacto familiar de personas con discapacidad

El contexto familiar, por consiguiente, es uno de los agentes más importantes de la vida de una persona y donde tiene lugar gran parte de su vida. Por ello, para Fantova (2002), cuando en el seno de una familia nace un niño con algún tipo de discapacidad, no cabe duda de que de una manera u otra, este acontecimiento afecta a todos y cada uno de sus miembros.

Tal y como explica Verdugo (2004) cada persona con discapacidad es diferente, tanto por sus propias características, como por la interacción que establece con el entorno. Es decir, el ambiente influye directamente en la persona, y es en ese ambiente, donde la familia ocupa el primer lugar, el principal y el más permanente apoyo para la persona con discapacidad.

En resumidas cuentas, la discapacidad (en nuestro caso motora), más que un problema que afecta solamente a la persona, es un problema que afecta, inquieta y conmueve a la toda la familia en su conjunto. Además, cabe recordar, que cada familia, y cada miembro de la familia, son afectados por este problema de forma distinta, y que el impacto ocasionado puede variar tanto en su duración como intensidad, dependiendo de la etapa en la que se encuentren los familiares, el grado de afectación de la persona con discapacidad, los apoyos sociales externos, las características personales y sociales de los familiares, las estrategias que utilicen para aceptarlo, el contexto socio-económico y cultural en el que se desenvuelven, etc.

Rossell, Soro- Camats y Basil (2010: p 197) indican que independientemente de la estructura familiar, la mayoría de las personas sufren una progresión de estados agravio-reacción-adaptación, conocidos como *proceso de duelo*, los cuales, se pueden producir a lo largo de la vida.

En este proceso de duelo existen una serie de fases que experimenta la persona:

- **Negación:** Inicialmente se suelen producir estados de dolor, confusión y desazón donde no se acepta el hecho tal y como es. En este periodo la familia

buscará diversas opiniones con el fin de encontrar la respuesta más favorable, aunque ésta carezca de base científica. Esta situación puede un estado de depresión en el que se experimenta cansancio, insomnio, irritabilidad, tristeza, desespero, etc.

- **Rabia y culpabilización** Después del periodo de negación le suele seguir el de rabia, en el que normalmente se acusa a otros o a uno mismo de la propia discapacidad del familiar, de las limitaciones que presenta y las dificultades que tienen en los aprendizajes. En los momentos de culpabilización se suele expresar malestar y frustración hacia otras personas, ajenas a la discapacidad, como puede ser el mismo profesional que se lo comunica, etc.
- **Negociación irracional:** Seguidamente se suele producir la llamada negociación irracional como una forma o intento de buscar la cura de manera indirecta, mágica o fuera de lo convencional. Como por ejemplo, realizando buenos actos o haciendo pactos basados en creencias religiosas.
- **Adaptación:** Finalmente, la mayoría de las familias con el tiempo consiguen un nivel alto de comprensión y adaptación a la nueva situación a la que se tienen que enfrentar. Consiguen encontrar recursos, reestructurar el entorno familiar, y sobre todo recuperar el equilibrio personal que habían perdido.

Como explica Sarto (2001:4) “El objetivo debe ser conseguir que el periodo de tiempo adaptativo sea lo más corto posible enfrentándose a la realidad a fin de conseguir situar a la familia como la principal educadora de su hijo”.

Finalmente, se quiere un argumento de Verdugo (2004), el cual expone que la familia constituye una pieza fundamental para el bienestar, la salud y la rehabilitación de esas personas al mismo tiempo, que necesita contención y apoyos frente a escenarios que pueden resultar traumáticos y facilitar enfermedades.

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. INTRODUCCIÓN

Como bien se ha podido explicar anteriormente, no cabe duda, de que tener un familiar con discapacidad motora afecta, en distinta medida, duración e intensidad, a cada uno de sus miembros. El impacto causado, puede variar en cada persona en función de diversas variables, como son el contexto en el que viven, los apoyos con los que cuentan, el grado de la discapacidad, las capacidades, actitudes, características y habilidades personales que tenga la propia persona para afrontar la situación, etc.

Por consiguiente, con el presente estudio, se pretende realizar una investigación sobre las familias de personas con discapacidad motora, con la finalidad de evaluar el nivel de afectación de las familias en relación con sus niveles de ansiedad y depresión.

Al mismo tiempo, se considera necesario analizar y establecer una comparación sobre el nivel de ansiedad y depresión, entre las familias de personas con discapacidad motora y las familias que no tienen en su seno familiar, un miembro con este tipo de discapacidad.

Así mismo, se analizarán las variables edad, sexo y provincia, para comprobar si éstas son un factor determinante en su nivel de ansiedad y depresión o por el contrario no.

Para averiguar estas enunciaciones, se formularán una serie de hipótesis, las cuales, se analizarán posteriormente para ver si se confirman o se refutan.

El estudio se trata por lo tanto, de una investigación, constituida por una muestra de 120 participantes, de edades comprendidas entre los 18 y los 81 años. Dicha muestra se ha seleccionado utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Como herramienta de recogida de información se ha empleado la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)*, instrumento de autoaplicación constituido por dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, para analizar los trastornos psicológicos de las personas en relación a estas variables. (Ver ANEXO I).

En primer lugar, se analizarán las puntuaciones generales de la escala HADS, y consiguientemente, se establecerá una comparación de las puntuaciones obtenidas entre

el grupo de personas con familiares con discapacidad motora, y personas que no tienen ningún familiar con discapacidad motora. De esta manera, se obtendrán los resultados en relación con la escala HADS.

Posteriormente, se procederá al análisis de las hipótesis utilizando diversas herramientas estadísticas.

Finalmente, se establecerá una discusión, donde se analizarán los resultados obtenidos en la investigación.

3.2. OBJETIVOS

Se plantean los siguientes objetivos en dicha investigación:

- Conocer si las familias con personas con discapacidad motora tienen niveles altos de ansiedad y depresión.
- Estudiar si existen diferencias en el nivel de ansiedad y depresión entre los familiares de personas con discapacidad motora y las personas que no tienen familiares con ninguna discapacidad motora.
- Identificar si el género influye en su nivel de ansiedad y depresión.
- Identificar si la edad influye en su nivel de ansiedad y depresión.
- Comprobar si la provincia en la que viven, es un factor determinante en su nivel ansiedad y depresión.

3.3. HIPÓTESIS

Se plantean las siguientes hipótesis:

1. Los familiares de personas con discapacidad motora tendrán niveles más elevados de ansiedad y depresión que las personas que no tienen ningún familiar con discapacidad motora.
2. Las mujeres tendrán un nivel de ansiedad y depresión más alto que los hombres.
3. Conforme la edad aumente, el nivel de ansiedad y depresión será mayor.
4. No habrá diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en función de la provincia.

3.4. POBLACIÓN Y MÉTODO

3.4.1. Sujetos

La muestra está constituida por 120 participantes de edades comprendidas entre los 18 y 81 años. Se ha seleccionado utilizando un muestreo probabilístico por conveniencia. 60 de los participantes, son familiares de personas con discapacidad motora, y los otros 60, son personas que no tienen ningún familiar con discapacidad motora.

En relación al sexo, el 48,3 % de los sujetos eran hombres frente al 51,7 % que eran mujeres.

En cuanto a la edad, se han establecido los siguientes rangos; el 20 % tenía una edad comprendida entre los 18 y los 30 años; el 23,3 % entre los 31 y 45 años; el 26,7 % entre 46 y 60 años; y el 30 % restante de la población tenía más de 60 años.

En correspondencia a la provincia, los sujetos fueron repartidos de forma igualitaria. El 33,3 % de los encuestados procedía de la provincia de Valladolid; el 33,3 % de Palencia, y el 33,3 % restante procedían de Burgos.

3.4.2. Diseño y procedimiento

Familiares de personas con discapacidad motora, y personas que no tienen ningún miembro de su familia con discapacidad motora, procedentes de diferentes provincias de la comunidad de Castilla y León (Valladolid, Palencia y Burgos), fueron encuestadas para conocer su nivel de ansiedad y depresión. También se evaluaron las variables sexo, edad y provincia.

Las encuestas se realizaron con consentimiento informado, asegurando la confidencialidad de los datos a través del anonimato. La aplicación del instrumento, se desarrolló a lo largo de una semana.

3.4.3. Instrumentos

El instrumento utilizado ha sido la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión*, (*HADS*), un cuestionario de autoaplicación creada por Zigmond y Snaithe para detectar casos de ansiedad y depresión en población hospitalaria no psiquiátrica. Sin embargo, puede implementarse en diferentes ámbitos de la comunidad.

La escala se compone de 14 ítems, integrada por dos subescalas de 7 ítems cada una, una subescala de ansiedad, y otra de depresión. Cada ítem es valorado según una escala de 4 puntos de frecuencia, que van desde el 0 al 3. Las puntuaciones totales van de un rango de 0 a 21 para cada subescala;

En cuanto a las puntuaciones; < 8 se encuentran sin trastornos psicológicos, 8-10 se identifican como casos con probable trastorno psicológico especializado, > 11 puntos son casos confirmados con trastornos psicológicos.

3.5. RESULTADOS

En primer lugar, ha sido necesario realizar un análisis de fiabilidad para comprobar que la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, (HADS)* es fiable. Para ello, se ha hallado la fiabilidad de la escala como consistencia interna en las dos subescalas, ansiedad y depresión, utilizando el alfa de Cronbach.

En la subescala de ansiedad, la consistencia interna medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,892, mientras que para la subescala de depresión es de 0,891. Como el valor es superior a 0,71, la escala muestra un coeficiente de fiabilidad muy óptimo.

Por otro lado, en relación con las puntuaciones de la escala *HADS* en la que:

- < 8 puntos se encuentran sin trastornos psicológicos.
- Entre 8-10 se identifican como casos con probable trastorno psicológico especializado.
- >11 puntos son casos confirmados con trastornos psicológicos.

Se han hallado los resultados generales, tanto de las personas que tienen algún familiar con discapacidad motora, como de las personas que no los tienen. Han sido los siguientes;

Como puede verse en la tabla 1, en cuanto a la subescala de ansiedad, un 45,8 % de las personas tiene un resultado por debajo de 8 puntos, lo que significa que se encuentran sin trastornos psicológicos; un 25,8 % tiene un resultado entre 8 y 10 puntos, es decir, se identifican como probable trastorno psicológico; y un 28,3%, por encima de 11, identificados como casos confirmados con trastornos psicológicos.

Respecto a la subescala de depresión, un 70% de las personas ha dado una puntuación menor que 8 puntos, por lo que no tendrían trastornos psicológicos; un 19,2% entre 8 y 10 puntos, identificados como posibles trastornos; y por último 10,8% ha obtenido una puntuación mayor que 11, los cuales, confirmados con trastorno psicológico según la HADS.

Se puede comprobar que en los niveles de ansiedad, la mitad de las personas no presenta trastornos psicológicos mientras que la otra mitad presenta posibles trastornos o trastornos confirmados.

Sin embargo, los niveles de depresión son más bajos que los de ansiedad, puesto que la mayoría de las personas no presentan trastornos psicológicos.

<i>Tabla 1. Puntuaciones generales en relación a la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, (HADS).</i>				
	SUBESCALA ANSIEDAD		SUBESCALA DEPRESIÓN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<de 8	55	45,8%	84	70,0%
Entre 8 y 10	31	25,8%	23	19,2%
Más de 11	34	28,3%	13	10,8%
Total	120	100%	120	100%

Respecto a las diferencias de las puntuaciones obtenidas en la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, (HADS)* se ha realizado un Chi-cuadrado, para comparar dos variables categóricas, en este caso, el grupo de familiares de personas con discapacidad motora, y el grupo de personas sin familia con discapacidad motora. Los resultados han sido los siguientes:

- En la *subescala de ansiedad* (Véase tabla 2);

En la puntuación <8; el grupo de personas con familias con discapacidad ha obtenido un 26% respecto a un 71,7% del grupo de personas que no tiene familia con discapacidad.

En la puntuación entre 8 y 10 puntos; el grupo de personas que tienen familiares con discapacidad ha obtenido una puntuación de 33,3%, a diferencia del 18,3% del segundo grupo.

En la puntuación de más de 11 puntos; un 47,7% ha puntuado el primer grupo, respecto al 10% del segundo.

Estos resultados nos sugieren, que las personas que tienen familiares con discapacidad motora, presentan niveles más elevados de ansiedad, que aquellas personas que no tienen ningún familiar con discapacidad.

Con estas puntuaciones se puede comprobar por tanto, que existen diferencias muy significativas en relación a los niveles de ansiedad entre ambos grupos. Donde se observa, que la mayoría de las personas que no tienen familia con discapacidad no presenta trastornos psicológicos. Mientras que en el grupo de familiares de personas con discapacidad motora, tan solo un 20% no los presenta, frente a un 80% que muestra posibles trastornos o trastornos confirmados de ansiedad.

<i>Tabla 2. Puntuaciones en relación a los grupos de familias de personas con discapacidad motora, y personas que no tienen familias con discapacidad motora, según la subescala de ansiedad.</i>				
SUBESCALA ANSIEDAD				
	G. familiares de personas con discapacidad motora		G. personas sin familiares con discapacidad motora	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 8	12	20%	43	71,7%
Entre 8 y 10	20	33,3%	11	18,3%
Más de 11	28	47,7%	6	10%

- En la *subescala de depresión* (Véase la tabla 3);

En la puntuación <8; el grupo de familiares de personas con discapacidad motora ha obtenido una puntuación de 48,3% frente a un 91,7% del grupo de personas que no tiene familiares con discapacidad motora.

En la puntuación entre 8 y 10 puntos; el primer grupo tiene una puntuación de 33,3% respecto al 5% del segundo grupo.

En la puntuación de más de 11 puntos se observa que las personas que tienen familia con discapacidad motora obtienen una puntuación de 18,3%, frente a un 3,3% del segundo grupo.

Con estas puntuaciones se concluye que existen diferencias muy significativas en relación a los niveles de depresión de las personas entre ambos grupos. En las cuales, se puede observar que la gran mayoría de las personas sin familiares con discapacidad motora, no presentan niveles de depresión, mientras que en el otro grupo, la mitad de las personas presentan posibles trastornos o trastornos confirmados.

<i>Tabla 3. Puntuaciones en relación a los grupos de familias de personas con discapacidad motora, y personas que no tienen familias con discapacidad motora, según la subescala de depresión.</i>				
SUBESCALA DEPRESIÓN				
	G. familiares de personas con discapacidad motora		G. personas sin familiares con discapacidad motora	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 8	29	48,3%	55	91,7%
Entre 8 y 10	20	33,3%	3	5%
Más de 11	11	18,3%	2	3,3%

Una vez analizadas las puntuaciones de la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, (HADS)*, a nivel general, y estableciendo una comparación entre el grupo de familiares de personas con discapacidad y el grupo de personas sin familiares con

discapacidad, se procederá a la confirmación o refutación de las hipótesis planteadas en el estudio;

Hipótesis 1: *“Los familiares de personas con discapacidad motora tendrán niveles más elevados de ansiedad y depresión que las personas que no tienen ningún familiar con discapacidad física”.*

Para poder confirmar o refutar la hipótesis 1, se ha llevado a cabo un Análisis T de Student, el cual, compara si existe una diferencia entre una variable (ansiedad o depresión) y dos categorías (grupo familiares de personas con discapacidad motora y grupo de personas sin familiares con discapacidad motora).

Como se puede observar en la tabla 4, en relación con la variable “Ansiedad”, los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los 7 ítems que componen la subescala, puesto que la significatividad (Sig.) o $p < 0.001$.

Se puede apreciar, que la puntuación media en cada ítem, es mucho mayor en el grupo de familiares de personas con discapacidad motora que en el grupo de personas sin familiares con discapacidad.

Por otro lado, en relación a la variable “Depresión”, al igual que en la variable “ansiedad” se puede observar que en los 7 ítems que componen la subescala, (véase la tabla 5), se encuentran diferencias estadísticamente muy significativas puesto que $p < 0.001$, debido a que la puntuación media del grupo de familiares de personas con discapacidad motora es significativamente mayor que el otro grupo.

Después de analizar los resultados, se puede comprobar que la hipótesis “Los familiares de personas con discapacidad motora tendrán niveles más elevados de ansiedad y depresión que las personas que no tienen ningún familiar con discapacidad motora”, se confirma.

Tabla 4. Resultados de Análisis T de Student para la variable ansiedad en relación al grupo de familiares.

	G. familiares de personas con discapacidad motora		G. personas sin familiares con discapacidad motora		Prueba T
	M	D.T	M	D.T	Sig.
Me siento tenso o nervioso	1,4500	,6223	,8833	,6131	,000
Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	1,7667	,9273	,6000	,7635	,000
Tengo la cabeza llena de preocupaciones	1,5833	,6960	,8833	,6131	,000
Soy capaz de permanecer sentado, tranquilo y relajado	1,4333	,7890	,8667	,7471	,000
Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago	1,100	,6297	,8333	,6929	,000
Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme	1,466	,7002	,9167	,6712	,029
Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor	1,616	,7152	,8167	,6507	,000

*p<0.05, **p<0.010, ***p<0.001

Ansiedad: $t_{(118)} = 6,945, p<0.001$

Tabla 5. Resultados de Análisis T de Student para la variable depresión en relación al grupo de familiares.

	G. familiares de personas con discapacidad física		G. personas sin familias con discapacidad		Prueba T
	M	D.T	M	D.T	Sig.
Sigo disfrutando de las cosas como siempre	1,066	,7782	,2833	,5237	,000
Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	1,000	,6638	,2167	,49030	,000
Me siento alegre	,8500	,6331	,283	,5237	,000
Me siento lento y torpe	1,300	,8088	,8000	,7083	,000
He perdido el interés por mi aspecto personal	1,400	,9424	,5667	,7890	,000
Espero las cosas con ilusión	1,150	,7324	,2833	,5848	,000
Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión	,7167	,8455	,3000	,5614	,002

*p<0.05, **p<0.010, ***p<0.001

Depresión: t₍₁₁₈₎ = 7,400, p<0.001

Hipótesis 2: “Las mujeres tendrán un nivel de ansiedad y depresión más alto que los hombres”

Para poder confirmar o refutar la hipótesis 2, se ha llevado a cabo, al igual que en la hipótesis 1, un Análisis T de Student, para comparar una variable (ansiedad o depresión) y dos categorías de una variable (en nuestro caso, hombre y mujer).

Como se puede observar en la tabla 6, el valor de la significatividad o de la p es $>0,05$, y las puntuaciones medias entre hombres y mujeres en ambas subescalas son prácticamente similares, por lo tanto, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en los niveles de ansiedad y depresión.

Por consiguiente, la hipótesis 2 se refuta, ya que las mujeres no tienen un nivel de ansiedad y depresión más elevado que los hombres.

<i>Tabla 6. Resultados de Análisis T de Student para la variable ansiedad y depresión en relación al sexo.</i>				
SEXO		Media	Desviación típ.	p
ANSIEDAD	Hombre	1,0665	,63311	,114
	Mujer	1,2442	,57983	
DEPRESIÓN	Hombre	,6847	,57531	,433
	Mujer	,7719	,64221	

Ansiedad: $t_{(118)} = -1,593$, n.s

Depresión: $t_{(118)} = -,787$, n.s

Hipótesis 3: “Conforme la edad aumente, el nivel de ansiedad y depresión será mayor”.

Para comprobar la hipótesis 3, se ha realizado una correlación, ya que permite establecer la relación entre dos variables dependientes (edad, y ansiedad o depresión).

En relación a la segunda tabla, (Tabla 8) habrá que fijarse en la significatividad (Sig. Bilateral) o p. Si el valor de la significatividad es menor que 0,050, significa que existe una correlación estadísticamente significativa entre las variable. Sin embargo, si es mayor que 0,050, significa que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre las medias. En nuestro caso, la p es <0.001 en la variable ansiedad, como en la variable depresión. Por lo tanto, se encuentra una relación estadísticamente significativa entre las variables.

Por otro lado, el valor de las correlaciones oscila entre 1 y -1. Si el valor es positivo se interpreta de la siguiente manera: A más puntuación en una variable, más puntuación en la otra variable. Si por el contrario el valor es negativo, entonces se interpretaría: A más puntuación en una variable, menor puntuación en la otra.

En nuestro caso, el valor de la correlación entre ambas variables es positivo; ,301 para ansiedad y ,381 para depresión, lo que quiere decir que, a mayor sea la edad de las personas, mayores serán los niveles de ansiedad y depresión en las mismas.

Por lo tanto, se puede concluir que la hipótesis: “Conforme la edad aumente, el nivel de ansiedad y depresión será mayor”, se confirma.

<i>Tabla 7. Estadísticos descriptivos</i>		
	Media	Desviación típ.
Edad	2,6667	1,11018
Ansiedad	1,1583	,61474
Depresión	,7298	,60518

<i>Tabla 8. Correlaciones entre las variables de ansiedad, depresión y edad.</i>			
	Edad	Ansiedad	Depresión
Correlación de Pearson	1	,301	,381**
Sig. (bilateral)		,001	,000
Correlación de Pearson	,301	1	,819**
Sig. (bilateral)	,001		,000
Correlación de Pearson	,381	,819	1
Sig. (bilateral)	,000	,000	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Hipótesis 4: “No habrá diferencias en los niveles de ansiedad y depresión en función de la provincia”.

Para poder confirmar o refutar la hipótesis 4, se ha procedido a realizar un Análisis de la Varianza (ANOVA), para la comparación de medias entre las variables ansiedad y depresión y tres categorías de una variable (Valladolid, Palencia y Burgos).

Como se puede apreciar, tanto en las subescala de ansiedad como en la subescala de depresión, la significatividad o p es $>0,05$, es decir, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función de la provincia en la que viven las personas y sus niveles de ansiedad y depresión. (Ver tabla 9).

Por lo tanto, la hipótesis 4 se confirma.

<i>Tabla 9. Análisis de la Varianza en relación con las variables ansiedad y depresión y las categorías de la variable provincia.</i>				
PROVINCIA		Media	Desviación típ.	p
ANSIEDAD	Valladolid	1,1643	,67593	,836
	Palencia	1,1143	,58697	
	Burgos	1,1964	,59007	
DEPRESIÓN	Valladolid	,7321	,64878	,703
	Palencia	,6714	,57979	
	Burgos	,7857	,59476	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.010$, *** $p < 0.001$

Ansiedad: $F_{(117)} = ,179$, **p:** ,836

Depresión: $F_{(117)} = ,353$, **p:** ,703

3.6. DISCUSIÓN

En primer lugar, los datos de este estudio demuestran que la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)* es un instrumento de fácil aplicación, fiable y útil, para detectar casos de trastornos psicológicos de ansiedad y depresión en población hospitalaria no psiquiátrica. Pero también, como sea podido comprobar, en personas con familiares con discapacidad motora.

También, es una medida con buena aceptación, debido a que es sencilla y fácil de comprender, y el tiempo de respuesta es breve. Al mismo tiempo, asegura el anonimato y la confidencialidad de la persona, lo que proporciona tranquilidad, seguridad y confianza a la persona encuestada.

Además, puede ser de gran utilidad para la prevención o tratamiento de los trastornos psicológicos en personas que desconocen o que no son conscientes de que en realidad, padecen o tienen posibilidades de padecer un trastorno psicológico.

Por otro lado, en referencia a los resultados obtenidos, se ha podido apreciar que los familiares de personas con discapacidad motora si tienen afectados sus niveles de ansiedad y depresión. Que se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de personas con familias con discapacidad motora, y el grupo de personas que no tiene familiares con este tipo de discapacidad. Siendo el primero, el más vulnerado por estos trastornos con una diferencia muy elevada respecto al otro grupo.

Se pudo contrastar además, que las variables “sexo” y “provincia” no influyen en la adquisición de trastornos de ansiedad y depresión, pero sin embargo, la edad sí que lo hace, ya que a medida que aumentan los años, se encuentran más posibles o confirmados trastornos psicológicos.

Con estos resultados se puede comprobar, que los familiares de personas con discapacidad, tienen riesgo de padecer trastornos psicológicos. Por lo tanto, son las personas que más necesitan de intervenciones y programas de prevención y de tratamiento, para poder superar ese proceso de duelo, por el que todas las familias pasan cuando tienen un familiar con discapacidad motora.

Aunque como bien se ha explicado anteriormente en varias ocasiones, depende en gran medida de múltiples variables, tanto de la propia persona, como del contexto social, cultural, económico y político en el que viven.

4. CONCLUSIONES

Se ha podido observar durante el trabajo, cómo el concepto de discapacidad ha ido evolucionando a lo largo de los años. Entendiéndolo primeramente como un modelo lineal y conceptual hasta llegar a un modelo en que se describen todos los componentes funcionales y la interrelación existente entre los distintos factores que se encuentran involucrados en la discapacidad.

También, ha quedado claro, que tener un familiar con discapacidad motora, afecta a todos y cada uno de sus miembros. Sin embargo, lo hace en diferente intensidad y duración dependiendo de las características personales y del entorno educativo, económico, social y político del familiar y de la persona con discapacidad.

Por ello, fue conveniente realizar una investigación para observar en qué medida y grado, los trastornos psicológicos de ansiedad y depresión, afectaban a las personas que tenían un familiar con discapacidad motora. Además, resultó útil comparar los resultados con los de las personas que no tienen familiares con discapacidad, para observar las diferencias que se encontraban y si éstas eran significativas.

Los objetivos que se propusieron al principio del trabajo fin de grado fueron los siguientes:

- Ampliar mis conocimientos sobre la discapacidad, más concretamente sobre la discapacidad motora.
- Elaborar y llevar a cabo una investigación sobre los niveles de ansiedad y depresión en las familias de las personas con discapacidad motora.
- Analizar y valorar los resultados obtenidos de la investigación.

Una vez finalizado el trabajo, se puede decir, que se han cumplido todos y cada uno de los objetivos planteados.

En primer lugar, la búsqueda bibliográfica ha ayudado a ampliar los conocimientos sobre el tema, comprender y adentrarse más en el mundo de la discapacidad, y más específicamente en el de la discapacidad motora.

En segundo lugar, en relación a los demás objetivos, se ha podido elaborar una investigación sobre los niveles de ansiedad y depresión en las familias de personas con

discapacidad motora, llevarla a cabo, y analizar y valorar los resultados obtenidos en ella.

En cuanto a las limitaciones y dificultades encontradas en la investigación se podría añadir que;

- Al tratarse de una investigación con una muestra no representativa de la población, los datos de frecuencia de ansiedad y depresión, no pueden ser generalizados a toda la población. Debido a que, por un lado, no tiene una validez externa porque para ello se debería haber seleccionado un porcentaje de sujetos que representase a la muestra total. Y por otro lado, los sujetos han sido elegidos por conveniencia y no aleatoriamente o al azar.

Las alternativas serían por lo tanto, seleccionar a un porcentaje de sujetos que representase a la muestra total de la población, y escogerlos aleatoriamente, para que de esta manera, los resultados pudiesen ser generalizados a toda la población.

Además, como propuesta de mejora, sería conveniente, realizar una intervención con las familias de personas que tienen discapacidad motora, una vez se conocieran los resultados en relación con sus niveles de ansiedad y depresión. Ya que, es una buena forma de responder y atender a las necesidades que presentan estas personas, y ayudarlas a superar las dificultades.

A pesar de las dificultades encontradas anteriormente explicadas, se puede decir que la elaboración y puesta en marcha de la investigación ha merecido la pena ya que ha resultado útil, eficaz y efectiva. Se ha podido constatar todos los objetivos propuestos en el diseño de la investigación y se puede decir que los resultados son concluyentes, porque gracias a ello se ha podido comprobar que:

- Los familiares de personas con discapacidad motora tienen afectados sus niveles de ansiedad y depresión.
- Existen diferencias significativas entre las familias que tienen personas con discapacidad motora y las que no.
- El género y la provincia donde proceden las personas no influye en sus niveles de ansiedad y depresión, mientras que la edad, sí que lo hace.

Finalmente, como conclusión final, ha sido una satisfacción y orgullo poder realizar una investigación científica de este tipo, con familias de personas con discapacidad motora, ya que es un tema que ha generado especial interés y atención, sobre todo después de haber tenido la oportunidad de trabajar con personas con discapacidad física durante el periodo de prácticas. Además, se ha aprendido mucho de las experiencias y vivencias que han comentado los familiares cuando realizaban las encuestas, respecto de sus familiares con discapacidad, ya que mostraban una realidad, en ocasiones muy difícil, pero realidad en tal caso, que quizá un simple cuestionario cerrado no lo puede contemplar.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amate, A., Vásquez, A. (2006). Discapacidad: lo que todos debemos saber. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 48(3), 146. Recuperado de:

<https://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652006000300015>

American Spinal Injury Association (2016). Asia International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI). Recuperado de:

http://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2016/02/International_Stds_Diagram_Worksheet.pdf

Aparicio, M (2009) Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. (1) (pp. 129-138) Pamplona, España: Universidad Pública de Navarra. Recuperado de:

<file:///C:/Users/Sandra/Downloads/Dialnet-EvolucionDeLaConceptualizacionDeLaDiscapacidadYDeL-2962512.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Bedia, A., Arteaga, R. Parálisis cerebral y discapacidad intelectual. Colección Feaps, Madrid, 2006. Recuperado en:

http://www.feaps.org/biblioteca/sindromes_y_apoyos/capitulo14.pdf

Camacho, A., Pallás, C.R., De la Cruz, J., Simón, R., Mateos, F.(2007)Parálisis cerebral: concepto y registros de base poblacional. *Revista de Neurología* 2007; 45 (8): 503-508. Recuperado de:

<http://www.fundacionobligado.org.ar/wp-content/uploads/2012/08/Concepto-y-registros-de-base-poblaciona.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Recuperado de:

<http://www.cdc.gov/ncbddd/cp/data.html>

COCEMFE (2016). ¿Qué conocemos por discapacidad Física y orgánica? En *COCEMFE*. Recuperado de:

http://www.cocemfe.es/con+otra+mirada/informacion_1-1.html

Confederación ASPACE. (2016). Tipos de Parálisis Cerebral. En *Confederación ASPACE*. Recuperado de:

<http://www.aspace.org/pagina/18/tipos-de-paralisis-cerebral>

Crespo, M., Campo, M. y Verdugo M. A. (2003). Historia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Un largo camino recorrido. *Siglo Cero*, 34 (1), 20-26. Recuperado de:

http://www.feaps.org/archivo/centro-documental/doc_download/7-historia-de-la-clasificacion-internacional-del-funcionamiento-de-la-discapacidad-y-de-la-salud-cif.html

Díaz, A. (2010). Discapacidad Motora. *Revista digital Innovación y experiencias educativas*, 28, 1-8. Recuperado de:

http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_28/ALVARO_DIAZ_2.pdf

Egea, C., Sarabia, A. (2001). *Experiencias de Aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Recuperado de:

<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/CIDDM/EstudioCIDDMversionFinal.pdf>

Fantova, F. Trabajar con las familias de las personas con discapacidades. En: Curso de Experto en Educación Especial. (2002, Bilbao, España). Universidad de Deusto, Bilbao, España, 2002, 1-30. Recuperado de:

fantova.net/?wpfb_dl=58

González E., Toledo, M.E. (2007). Intervención en el Contexto familiar de los sujetos que presentan necesidades educativas especiales. En E. González, *Necesidades Educativas Específicas*. (587-636). Madrid: Editorial CCS.

Guerra, A. (2010) Escuela y diversidad funcional por limitaciones en la movilidad. Alcalá de Guadaíra (Sevilla): Editorial MAD, S.L.

Jiménez, B., Tirzo, a., Enríquez, M. (2004). Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares. *Acta Ortopédica Mexicana* 2004; 18(2): Mar.-Abr: 54-60.

Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2004/or042f.pdf>

Junta de Castilla y León. (2015). Instrucción de 9 de julio de 2015 de la Dirección General de Innovación Educativa y Formación del profesorado. Recuperado de:

<http://madrstra.es/wp-content/uploads/2015/03/Instrucci%C3%B3n-alumnado-necesidad-apoyo-educativo-09072015-2.pdf>

Olmedo, C. (2008). Los alumnos con deficiencia motora. *Revista digital Innovación y experiencias educativas*, 9, 1-8. Recuperado de:

http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_9/CATALINA_OLMEDO_2.pdf

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (2001). *CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Recuperado de:

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2013). Centro de prensa. En *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/es/>

Parra, D. J. L. y Luque-Rojas, M. J. (2013). Necesidades Específicas de Apoyo Educativo del alumnado con discapacidades sensorial y motora. *Summa Psicológica UST*, 10 (2), 57-72. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703039>

Pérez, J. I., & Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357. Recuperado de:

[http://www.sc.ehu.es/ptwpefej/publicaciones/Estudios28\(3\).pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwpefej/publicaciones/Estudios28(3).pdf)

Quinzaños, J., Sahagún, R.C. (2015) Micro ARN y su papel en la fisiopatología de la lesión medular; un paso más hacia la medicina neurorregenerativa. *Cirugía y Cirujanos*. 2015; 83(5):442-447 Recuperado de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741115001231>

Rossel, C., Soro-Camats, E., Basil, C. (2010). Alumnado con discapacidad motriz. Barcelona: Editorial BRAO.

Sarto, M.P. Familia y Discapacidad. En: Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. (3º, 2001, Salamanca, España). Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), 2001, 1-11. Recuperado de:

<http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>

Verdugo, M.A. Calidad de Vida y Calidad de Vida Familiar En: Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual. (2º, 2004, Medellín, Colombia). Enfoques y Realidad: Un Desafío. Medellín, Colombia, 2004, 1-13. Recuperado de:

<http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20BUENA%20PRACTICA/Calidad%20de%20vida%20y%20calidad%20de%20vida%20familiar%20-%20Verdugo%20-%20articulo.pdf>

6. ANEXOS

ANEXO I. Cuestionarios en relación a la “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión”