



ARTÍCULO DE REVISIÓN

REVIEW ARTICLE

Recibido: 28/11/2017. Aceptado: 01/03/2018

## DEPRESIÓN Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA LESIÓN MEDULAR: REALIDAD ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

DEPRESSÃO E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA LESÃO MEDULAR:  
REALIDADE ACTUAL E PERSPECTIVAS DE FUTURO

DEPRESSION AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN SPINAL CORD INJURY:  
CURRENT AND FUTURE PERSPECTIVES

Susana Clara Morais

Psicóloga clínica, Psicoterapeuta cognitivo conductual y Neuropsicóloga. Servicio de Medicina Física y de Rehabilitación y Unidad de Dolor Crónico.  
Centro Hospitalario Tondela-Viseu, E.P.E.

Correspondencia: Dra. Susana Clara Morais, E-mail: susanaclaramorais@gmail.com

Declaración de Conflicto de intereses: La autora declara que no hay conflicto de intereses.

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;4:38-45.



## RESUMEN

La lesión medular está entre las causas más catastróficas e incapacitantes que pueden afectar la vida de un individuo. A pesar de que muchas personas con secuelas de lesión medular lidian de forma adaptativa con su incapacidad, la posibilidad de experimentar ansiedad y depresión y de estar sujetas a mayor riesgo de suicidio es mayor que en la población general. Otros riesgos significativos a considerar en estos pacientes hacen referencia a la posibilidad de abuso de sustancias y de comportamientos de autonegligencia. Este artículo pretende suscitar una reflexión y hacer una breve revisión sobre las posibles repercusiones de la lesión medular en la esfera psicológica del individuo, particularizando la problemática de la depresión y la importancia de la psicoterapia en esta condición, enfocando las potencialidades de la terapia cognitivo-conductual y de sus nuevos desarrollos en el abordaje de la depresión en esta población de pacientes de los servicios de salud.

**Palabras clave:** Depresión; Lesión medular; Terapia cognitivo-conductual.

## RESUMO

A lesão medular está entre as causas mais catastróficas e incapacitantes que podem afectar a vida de um indivíduo. Apesar de muitas pessoas com sequelas de lesão medular lidarem de forma adaptativa com a sua incapacidade, a possibilidade de experienciarem ansiedade e depressão e de estarem sujeitas a maior risco de suicídio é maior que na população geral. Outros riscos significativos a considerar nestes pacientes dizem respeito à possibilidade de abuso de substâncias e de comportamentos de auto-negligência. Este artigo visa suscitar uma reflexão e fazer uma breve revisão sobre as possíveis repercussões da lesão medular na esfera psicológica do indivíduo, particularizando a problemática da depressão e a importância da psicoterapia nesta condição, enfocando as potencialidades da terapia cognitivo-comportamental e dos seus novos desenvolvimentos na abordagem da depressão nesta população de utentes dos serviços de saúde.

**Key words:** Depressão; Lesão medular; Terapia cognitivo-comportamental.

## ABSTRACT

Spinal cord injury is among the most catastrophic and disabling causes that can affect an individual's life. Even though many people with sequelae of spinal cord injury adaptively deal with their disability, the possibility of experiencing depression and of being at risk of suicide is higher than in the general population. Other significant risks to consider in these individuals include substance abuse and self-neglect behaviors. This paper aims at raising a reflection and presenting a brief review on the possible implications of spinal cord injury in the psychological sphere of the individual. Particularly, the paper deals with the problem of depression and the importance of psychotherapy in this condition, focusing on the potentialities of the cognitive-behavioral therapy and its last developments in the approach to depression in this specific group of users of the healthcare services.

**Key words:** Depression; Spinal cord injury; Cognitive-behavioral therapy.



## INTRODUCCIÓN

La lesión medular tiene un profundo impacto en la vida del individuo, en particular la lesión medular traumática, de la cual puede resultar gran incapacidad, de forma súbita, bajo las formas de paraplejía o tetraplejía. En estas circunstancias la persona hasta entonces saludable se encuentra inesperadamente sin posibilidad de marcha (por el déficit muscular a nivel del tronco y miembros inferiores), con pérdida de control de las funciones vesical y anal, y se ve afectada en su esfera sexual y reproductiva. La locomoción de la persona pasa a depender de la utilización de silla de ruedas y el paciente puede necesitar ayuda en las actividades de la vida diaria más básicas. Las repercusiones de estas circunstancias en la esfera emocional del individuo pueden ser marcantes.

Los hombres representan aproximadamente el 81% de los nuevos casos de lesión medular y la edad media en la que ocurre la lesión es de 42 años (National Spinal Cord Injury Statistical Center [NSCISC], 2017). Actualmente, los accidentes de tráfico son la principal causa de estas lesiones, seguidas de las caídas, los actos de violencia y los accidentes en actividades deportivas / recreativas (NSCISC, 2017).

Existen datos de investigación significativos que sugieren que las personas, de una forma general, se adaptan bien tras sufrir lesión medular (Chevalier, Kennedy, & Sherlock, 2009; Craig, Tran, & Middleton, 2009). No obstante, existe variabilidad en términos de adaptación a la incapacidad en esta población y, aunque la mayoría de las personas con lesión medular lidie de forma adaptativa con las secuelas de la lesión traumática, muchos de estos pacientes tienen un riesgo añadido de desarrollar perturbaciones de ansiedad y depresión, siendo la depresión el problema psicológico más común (Chevalier et al., 2009; Craig et al., 2009). Además de eso, hay que destacar que los individuos con lesión medular tienen mayor riesgo de suicidio que la población general (Charlifue & Gerhart, 1991).

Además del sufrimiento emocional experimentado, los problemas de ajuste pueden ocasionar otras dificultades (e.g., pueden estar asociados a la autonegligencia y al abuso de sustancias) lo que puede, a su vez, tener impacto en el bienestar y aumentar la probabilidad de complicaciones secundarias (Chevalier et al., 2009).

La evidencia demuestra la necesidad de intervención psicológica teniendo como finalidad el abordaje de la ansiedad y de la depresión, tras producirse la lesión (Craig, Hancock, Dickson, & Chang, 1997). Manifestándose la depresión en una

proporción significativa de enfermos con lesión medular, su identificación y tratamiento a tiempo son importantes para minimizar el sufrimiento de estos individuos (Khazaeipour, Taheri-Otaghsara, & Naghdi, 2015). En este contexto, la psicoterapia puede facilitar el proceso de ajuste del paciente a las consecuencias de la lesión medular. Modalidades de tratamiento como la terapia cognitivo-conductual fueron correlacionadas con cambios positivos en los niveles de depresión en personas con lesión medular (Arango-Lasprilla, Ketchum, Starkweather, Nicholls, & Wilk, 2011).

Partiendo de la experiencia de la autora como psicóloga clínica que presta apoyo en la consulta de lesión medular del Servicio de Rehabilitación de un hospital central, y de una breve revisión de la literatura referente a la depresión en la lesión medular, irá a abordarse este tema enfocando la potencial contribución de la terapia cognitivo-conductual y de sus nuevos desarrollos en este ámbito de intervención.

## ENCUADRAMIENTO DEL TEMA

La depresión ha sido un aspecto psicológico muy estudiado en personas con lesión medular. Aunque la depresión no sea una consecuencia inevitable de la lesión medular y a pesar de que las estimativas de las tasas de prevalencia de la depresión varíen mucho de estudio para estudio, los síntomas depresivos, así como el trastorno depresivo mayor, son muy prevalentes en estos individuos (Bombardier, Richards, Krause, Tulsy, & Tate, 2004; Williams & Murray, 2015). Por ejemplo, Williams y Murray (2015) realizaron un estudio de metanálisis en el que estimaron un punto de prevalencia de diagnóstico de depresión tras la lesión medular del 22,2%, lo que supera la proporción de la población mundial con depresión en 2015 que fue estimada en un 4,4% (World Health Organization [WHO], 2017).

Hay estudios sobre la fase aguda de la lesión medular que revelan que cerca de un tercio de los pacientes manifiestan síntomas significativos de depresión (e.g., Kishi, Robinson, & Forrester, 1994, como citados en Migliorini, Tonge, & Taleporos, 2008; Kishi, Robinson, & Forrester, 1995, como citados en Migliorini et al., 2008). No obstante, existe menos concordancia en cuanto a la prevalencia de la depresión tras la lesión a más largo plazo (Migliorini et al., 2008). Por ejemplo, en un estudio retrospectivo realizado en los Estados Unidos, orientado por Arango-Lasprilla et al. (2011), cuya muestra



comprendía 2256 participantes adultos con lesión medular, los resultados mostraron que la prevalencia de trastorno depresivo mayor fue del 11,9% un año después de la lesión y del 9,7% cinco años después de la lesión. En contrapunto, en otro estudio, realizado por Dryden et al. (2005), que recurrió a una muestra canadiense constituida por 201 pacientes con lesión medular, la prevalencia de depresión en los primeros seis años desde la lesión fue del 28,9% (6,5% con depresión mayor).

La depresión condiciona desfavorablemente el proceso de rehabilitación en la lesión medular, estando asociada a un conjunto de resultados negativos que incluyen aumento de las infecciones del tracto urinario y ocurrencia de úlceras por presión (Herrick, Elliot, & Crow, 1994). Además de eso, la sintomatología depresiva ha sido asociada a permanencias hospitalarias más prolongadas y a menores resultados en el transcurso de la rehabilitación (Malec & Neimeyer, 1983, como citados en Richards, Kewman, & Pierce, 2002). Los enfermos con lesión medular que tienen sintomatología depresiva acentuada, no hospitalizados, tienen más gastos médicos, salen menos días de casa y pasan más días en la cama (Tate, Forchheimer, Maynard, & Dijkers, 1994, como citados en Richards et al., 2002). La depresión está también asociada a mayor riesgo de suicidio (Charlifue & Gerhart, 1991). En un estudio conducido por Hartkopp, Brønnum-Hansen, Seidenschur, y Biering-Sørensen (1998) se verificó que la tasa de suicidio en individuos con lesión medular traumática era cerca de cinco veces mayor que en la población en general. Las mayores tasas de suicidio ocurren en los primeros cinco años poslesión (e.g., Beedie & Kennedy, 2002, como citados en Kalpakjian et al., 2014).

Por otro lado, la depresión se encuentra también relacionada con el agravamiento de las dificultades de la movilidad y con menor participación del paciente en su comunidad (Elliot, Brodsky, Hynansky, Foley, & Inturrisi, 1995, como citados en Tulsy et al., 2015; Fuhrer, Rintala, & Hart, 1993, como citados en Tulsy et al., 2015). Está además relacionada con mayor desempleo en individuos con lesión medular (Scivoletto, Petrelli, Di Lucente, & Castellano, 1997, como citados en Tulsy et al., 2015).

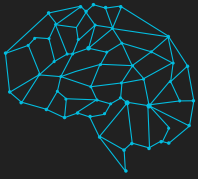
No obstante lo que fue presentado anteriormente, y a pesar de las consecuencias psicológicas negativas que pueden derivar de una lesión medular traumática, muchos de esos individuos lidian bien con sus incapacidades y hacen un ajuste psicológico adecuado (Kalpakjian et al., 2014).

### **AJUSTE A LA LESIÓN MEDULAR Y DEPRESIÓN**

En las primeras investigaciones sobre adaptación a la lesión medular, la asociación entre lesión medular y depresión era poco cuestionada, considerándose la depresión como una reacción inevitable a la lesión medular traumática y hasta un requisito necesario para alcanzarse un ajuste saludable a la lesión (Dryden et al., 2005; Elliot & Frank, 1996; Kennedy & Rogers, 2000). Subyacente a esa idea estaban los modelos de las etapas de ajuste a la lesión medular que proponían que la depresión correspondía a una de un conjunto de fases que ocurrían en una secuencia temporal ordenada y previsible por la cual el paciente debería pasar para que alcanzase un ajuste adecuado a su nueva realidad (Kennedy & Rogers, 2000). La mayoría de las teorías de las etapas comprende una serie de tres a cinco etapas que comienzan con el choque y terminan en alguna forma de adaptación (Rohe, 2002). Sin embargo, existe falta de soporte empírico para los modelos de las etapas en la comprensión de la adaptación psicológica a la lesión medular (Elliott & Frank, 1996). Una implicación de estos estudios es la de que la situación neurológica derivada de la lesión (y de la incapacidad funcional que le corresponde) será el principal factor a influenciar el comportamiento subsecuente del individuo, siendo considerados secundarios aspectos como características de la personalidad premórbida y diferencias situacionales poslesión (Kennedy & Rogers, 2000).

Sin embargo, datos más recientes apuntan hacia una débil asociación, aunque significativa, entre la lesión medular y sus consecuencias de foro psicológico (Shönenberg et al., 2014). En efecto, Elliot y Frank (1996), sugieren que la depresión poslesión medular no es necesariamente parte del proceso de ajuste a la lesión medular y que la depresión, además de estar influenciada por factores asociados a la propia lesión, está también influenciada por otros factores (e.g., recursos personales). En este sentido, esos autores defienden que las teorías actuales sobre el ajuste psicológico a la lesión medular deberán tener en consideración los efectos interactivos de características individuales únicas, de factores ambientales y de parámetros de la incapacidad, lo que permitiría predecir la depresión y otros indicadores de adaptación a la lesión medular, proponiendo así la adopción de una perspectiva biopsicosocial como el modelo más relevante de ajuste a la lesión medular.

Entre los factores personales puede referirse, por ejemplo, que individuos con historia previa a la lesión, de perturbación



mental, abuso de alcohol/substancias e historia de inadap-tación social tienen gran probabilidad de venir a manifestar sintomatología depresiva (Judd, Stone, Webber, Brown, & Burrows, 1989, como citados en Elliot & Frank, 1996; Tate, 1993, como citado en Elliot & Frank, 1996). Por otro lado, la investigación sugiere que variables psicológicas como la personalidad, percepciones y comportamiento pueden tener influencia en la adaptación del paciente a la incapacidad (Dezarnaulds & Ilchef, 2014). En este contexto, se admite que aspectos como el humor, el optimismo, las estrategias de coping basadas en la solución de problemas y la autoeficacia son predictores de mejores resultados (Dezarnaulds & Ilchef, 2014).

En un estudio conducido por Kraft y Dorstyn (2015) se verificó que, entre los factores psicosociales estudiados por estas autoras, las variables personales individuales demostraron la asociación más fuerte con la sintomatología depresiva tras la lesión medular. De esas variables formaban parte la pobre salud mental en general, sentimientos de preocupación, tensión o aprensión y rabia.

En relación a los factores personales, cabe además referir un estudio realizado por Skinner, Robertson, Allison, Dunlop, y Bucks (2010) cuyos resultados mostraron que la depresión en pacientes con lesión medular tiene una correlación negativa con la competencia de mindfulness.

Además de los aspectos indicados anteriormente, hay que considerar que factores demográficos como la edad, el sexo y la educación han sido también estudiados como predictores o modificadores de la sintomatología depresiva (Kraft & Dorstyn, 2015). En un interesante estudio orientado por Arango-Lasprilla et al. (2011), ya citado anteriormente en este artículo, se verificó que además de factores como características del control de la vejiga, también se encontraban asociados con el desarrollo de depresión en individuos con lesión medular factores demográficos. Se constató que, por ejemplo, la edad entre los 35 y los 55 años se encontraba relacionada con la prevalencia del trastorno depresivo mayor, tanto un año después, como a los cinco años después de la lesión. Un estudio conducido por Khazaeipour et al. (2015), permitió concluir que la depresión en individuos con lesión medular, además de estar relacionada con algunos factores patofisiológicos y socioeconómicos, estaba influenciada por factores demográficos. De acuerdo con este último estudio, la probabilidad de depresión en personas con lesión medular era superior en mujeres y en individuos con baja escolaridad. Los resultados de estos dos últimos estudios contrastan con

datos de otros que reportaron falta de asociación entre variables demográficas y la depresión (e.g., Dryden et al., 2005).

Con respecto a los factores ambientales habría que destacar, a título de ejemplo, la evidencia de que el soporte social se constituye como factor protector relativamente a problemas de salud mental (Müller, Peter, Cieza, & Geyh, 2011, como citados en Shönenberg et al., 2014). En efecto, tras la lesión medular, las relaciones que fortalecen el sentido de valor de la persona se encuentran asociadas a menor sintomatología depresiva (Leeuwen et al., 2010, como citados en Kraft & Dorstyn, 2015; Jensen et al., como citados en Kraft & Dorstyn, 2015). Sin embargo, si la persona lesionada tuviera un exceso de confianza en otros significativos y recurriera a un abordaje de coping dependiente, se podrán exacerbar los síntomas depresivos (Kennedy, Lude, Elfström, & Smithson, 2011, como citados en Kraft & Dorstyn, 2015).

En cuanto a los factores asociados a la propia lesión, algunos estudios sugieren una relación inversa entre la gravedad de la lesión y la susceptibilidad hacia la depresión. En este sentido y de acuerdo con un estudio conducido por Richards (1986, como citado en Hartkopp et al., 1998), individuos con paraplejía presentan mayores niveles de depresión justo después del alta que los individuos con tetraplejía. Además de eso, existe evidencia de que personas con tetraplejía dependientes de ventilador luchan frecuentemente por tener una mayor calidad de vida y están satisfechas por estar vivas (e.g., Whiteneck et al., 1992, como citados en Hartkopp et al., 1998). Estos datos contrastan, por ejemplo, con los resultados del estudio de Khazaeipour et al. (2015) según el cual la frecuencia de depresión en enfermos con tetraplejía es significativamente mayor que en pacientes con paraplejía. A su vez y en contraste con los resultados de los estudios referidos anteriormente, Bombardier et al. (2004) verificaron, entre otros aspectos, que el probable Trastorno Depresivo Mayor no se encontraba relacionado con variables asociadas a la lesión medular, como el nivel y la severidad de la lesión.

Por último, cabe hacer una referencia al papel del dolor en el contexto de la lesión medular, pudiendo decirse que las personas con dolor persistente manifiestan más comportamientos depresivos que los pacientes que no refieren dolor (Elliot & Harkins, 1991, como citados en Elliot & Frank, 1996; Summers, Rapoff, Varghese, & Palmer, 1991, como citados en Elliot & Frank, 1996).

En suma, hay un conjunto de factores (e.g, edad, severidad de la lesión, soporte social) que han sido asociados a la





depresión tras la lesión medular. No obstante, hay que tener en consideración algunas limitaciones de las investigaciones, como por ejemplo, el hecho de muchos estudios tener debilidades metodológicas, limitando así la posibilidad de formular conclusiones con respecto a la causalidad de la depresión poslesión medular o de generalizar resultados (e.g., Frank, Elliot, & Corcoran, 1987, como citados en Dryden et al., 2005).

#### **DEPRESIÓN EN LA LESIÓN MEDULAR: EL PAPEL DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

La rehabilitación de los pacientes con lesión medular debe merecer la intervención del psicólogo, atendiendo a los trastornos emocionales que pueden ocurrir, tales como la depresión. Además de los aspectos de la incapacidad motora, las repercusiones de la lesión medular en la función genitourinaria y en la esfera sexual son muy significativas y exigen un gran involucramiento del equipo de rehabilitación. En este sentido, el psicólogo podrá tener también un papel relevante de apoyo en el ajuste sexual del paciente a su nueva condición. Algunos enfermos con dolor crónico pueden de igual modo necesitar de intervención, de modo a potenciar una mejora de las estrategias de coping en estas situaciones. Como las secuelas de lesión medular, en muchos casos, implican grandes incapacidades, el apoyo psicológico a su familia debe también ser considerado.

La psicoterapia puede facilitar el proceso de ajuste a la incapacidad, potenciando la mejora del funcionamiento psicosocial, tras la ocurrencia de la lesión, tanto de los pacientes, como de los familiares más significativos. La terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha revelado una elección de gran utilidad en el ámbito de la intervención psicológica en Servicios de Rehabilitación, concretamente por el hecho de ser de duración limitada, de ser estructurada, de envolver el establecimiento de objetivos, de poder ser aplicada individualmente o en grupo y de poder ser utilizada tanto en contexto de internamiento, como de ambulatorio, presentando así ventajas, comparativamente a otras modalidades de tratamiento, en el abordaje de la ansiedad y de la depresión en personas con lesión medular (Mehta et al. (2011)). Además de eso, el hecho de la TCC poder estar disponible en diferentes formatos (e.g., internet, videoconferencia), se podrá constituir como una ventaja para personas con lesión medular que tienen dificultades de transporte u otros problemas de accesibilidad al local de los tratamientos (Mehta et al. (2011)).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) podrá ser muy útil en el período de rehabilitación hospitalaria, pudiendo potenciar la preparación psicológica de individuos recientemente lesionados para las barreras físicas y sociales que podrán encontrar en la comunidad, previniendo futuros problemas (Craig et al., 1997). Además de eso, existe evidencia que apoya la utilización de protocolos especializados de TCC en pacientes con lesión medular teniendo en vistas la mejora de los resultados relacionados con la depresión, ansiedad, coping y ajuste poslesión medular (Mehta et al. (2011)). En este sentido, hay que destacar un estudio realizado por Craig, Hancock, Chang, y Dickson (1998) que sugiere que la TCC en grupo es un tratamiento eficaz a corto y a largo plazo para personas con lesión medular que tienen sintomatología depresiva marcada y para pacientes con elevados niveles de ansiedad tras la lesión. De acuerdo con Craig et al. (1997), la TCC en grupo aplicada a personas con lesión medular tiene ventajas, tanto en términos de coste-eficacia, como en su potencial de aprendizaje y de apoyo que adviene de los otros elementos del grupo.

También la tercera generación de terapias cognitivo-conductuales (Hayes, 2004) como, por ejemplo, terapias basadas en el mindfulness (e.g., Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)), han revelado utilidad en la ayuda a personas con enfermedades crónicas.

En un estudio conducido por Skinner et al. (2010), ya mencionado anteriormente en este artículo, los resultados sugieren que los pacientes con lesión medular que están más mindful recurren menos a la evitación y tienen menos sintomatología depresiva, habiendo los autores concluido que los resultados de este estudio proporcionan datos iniciales que justifican la evaluación, en investigaciones ulteriores, relativamente a las potencialidades de intervenciones basadas en mindfulness en el ámbito de la lesión medular.

Aún en este contexto, hay que destacar un estudio conducido por Abdi, Kheyrajoo, Javidfar, y Jabari (2016) que mostró que la aplicación, en grupo, de un programa de intervención basado en *mindfulness* a pacientes con lesión medular llevó a la mejora de los scores en todas las componentes del bienestar psicológico evaluados en este estudio (e.g., autoaceptación) y que el score total del bienestar psicológico aumentaba tras la intervención, habiéndose concluido que los resultados alcanzados en este estudio apoyan la eficacia de la práctica de mindfulness en la mejora del bienestar psicológico de estos pacientes.



No obstante, a pesar de existir estudios promisorios en cuanto a las potencialidades de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, su aplicación a pacientes con lesión medular requiere más investigación, siendo importante que en el futuro se encuentren modelos de intervención que se adecuen a las necesidades psicológicas de individuos con situaciones incapacitantes como la paraplejia y la tetraplejia.

### CONCLUSIÓN

La depresión ocurre en una proporción significativa en enfermos con lesión medular. Sin embargo, a pesar de no ser una reacción inevitable en estos casos, el psicólogo debe estar atento a los posibles síntomas para que los pacientes sean a tiempo orientados y tratados. Además de los efectos de la sintomatología depresiva sobre el individuo con lesión medular en sí mismos, la negligencia de este cuadro clínico, cuando está presente, puede afectar negativamente

a su rehabilitación y tener un impacto negativo adicional en su calidad de vida.

Dada la vulnerabilidad de las personas con lesión medular en experimentar problemas de salud mental es necesario asegurar que en Unidades de Rehabilitación esté disponible una atención psicológica especializada. En lo que respecta a formas de intervención psicoterapéutica, la terapia cognitivo-conductual ha revelado ser de gran utilidad relativamente al tratamiento de la depresión en estos pacientes.

En cuanto a la utilidad de la tercera generación de terapias cognitivo-conductuales, entiendo que es necesario tener en consideración los datos promisorios, aunque escasos, sobre las potencialidades de intervenciones basadas en el mindfulness en la mejora del bienestar psicológico de pacientes con lesión medular y, de este modo, defiendo que, en un futuro próximo venga a ser desarrollada más investigación relativamente a estas formas de intervención en el área de la paraplejia/tetraplejia.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Abdi, R., Kheyrijoo, E., Javidfar, S., & Jabari, G. (2017). Effectiveness of Group Training of Mindfulness-Based Techniques on Improvement of Psychological Well-Being of Individuals With Spinal Cord Injury. *Journal of Modern Rehabilitation*, 10(4), 155-162. doi: 10.18869/nirp.jmr.10.4.155.
2. Arango-Lasprilla, J. C., Ketchum, J. M., Starkweather, A., Nicholls, E., & Wilk, A. R. (2011). Factors predicting depression among persons with spinal cord injury 1 to 5 years post injury. *NeuroRehabilitation*, 29(1), 9-21. doi: 10.3233/NRE-2011-0672.
3. Bombardier, C. H., Richards, J. S., Krause, J. S., Tulskey, D., & Tate, D. G. (2004). Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: implications for screening. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(11), 1749-1756. doi: 10.1016/j.apmr.2004.07.348.
4. 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.
5. Chevalier, Z., Kennedy, P., & Sherlock, O. (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord*, 47, 778-782. doi: 10.1038/sc.2009.60
6. Craig, A. R., Hancock, K., Chang, E., & Dickson, H. (1998). Immunizing against depression and anxiety after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(4), 375-377. doi: 10.1016/S0003-9993(98)90136-8.
7. Craig, A. R., 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 and Rehabilitation*, 78(1), 33-38. doi: 10.1016/S0003-9993(97)90006-X.
8. Craig, A., Tran, Y., & Middleton, J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 47, 108-114. doi:10.1038/sc.2008.115.
9. Dezarnaulds, A., & Ilchef, R. (2014). *Psychological adjustment after spinal cord injury. Useful strategies for health professionals (2nd ed.)*. Sydney: ACI State Spinal Cord Injury Service.
10. Dryden, D. M., Saunders, L. D., Rowe, B. H., May, L. A., Yiannakoulis, N., Svenson, L. W., ... & Voaklander, D. C. (2005). Depression following traumatic spinal cord injury. *Neuroepidemiology*, 25(2), 55-61. doi: 10.1159/000086284.
11. Elliott, T. R., & Frank, R. G. (1996). Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(8), 816-823. doi: 10.1016/S0003-9993(96)90263-4.
12. Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
13. Hartkopp, A., Brønnum-Hansen, H., Seidenschnur, A. M., Biering-Sorensen, F. (1998). Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(11), 1356-1361. doi: 10.1016/S0003-9993(98)90227-1.
14. Herrick, S. M., Elliott, T. R., & Crow, F. (1994). Social support and the prediction of health complications among persons with spinal cord injuries. *Rehabilitation Psychology*, 39(4), 231-250. doi: 10.1037/h0080324.
15. Kalpakjian, C.Z., McCullumsmith, C.B., Fann, J.R., Richards, J.S., Stoelb, B.L., Heinemann, A.W., & Bombardier, C.H. (2014). Post-traumatic growth following spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 37(2), 218-225. doi:10.1179/2045772313Y.000000169.



16. Kennedy, P., & Rogers, B. A. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(7), 932-937. doi:10.1053/apmr.2000.5580.
17. Khazaeipour, Z., Taheri-Otaghsara, S. M., & Naghdi, M. (2015). Depression following spinal cord injury: its relationship to demographic and socioeconomic indicators. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 21(2), 149-155. doi: 10.1310/sci2102-149.
18. Kraft, R., & Dorstyn, D. (2015). Psychosocial correlates of depression following spinal injury: a systematic review. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 38(5), 571-583. doi: 10.1179/2045772314y.0000000295
19. Mehta, S., Orenczuk, S., Hansen, K. T., Aubut, J. A. L., Hitzig, S. L., Legassic, M., & Teasell, R. W. (2011). An evidence-based review of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy for psychosocial issues post spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 56(1), 15-25. doi:10.1037/a0022743
20. Migliorini, C., Tonge, B., & Taleporos, G. (2008). Spinal cord injury and mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 309-314. doi: 10.1080/00048670801886080
21. National Spinal Cord Injury Statistical Center (2017). *Spinal Cord Injury, Facts and Figures at a Glance*. Birmingham, AL: University of Alabama at Birmingham.
22. Richards, J. S., Kewman, D. G., & Pierce, C. A. (2002). Spinal cord injury. In R. G. Frank & T. R. Elliot, *Handbook of rehabilitation psychology* (2nd ed., pp. 11-27). Washington, DC: American Psychological Association.
23. Rohe, D. E. (2002). Aspectos Psicológicos da Reabilitação. In J. A. DeLisa & B. M. Gans (Eds.), *Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e Prática* (3ª ed., pp. 199-223). São Paulo: Manole.
24. Schönenberg, M., Reimitz, M., Jusyte, A., Maier, D., Badke, A., & Hautzinger, M. (2014). Depression, posttraumatic stress, and risk factors following spinal cord injury. *International journal of behavioral medicine*, 21(1), 169-176. doi: 10.1007/s12529-012-9284-8.
25. Skinner, T. C., Robertson, T., Allison, G. T., Dunlop, S., & Bucks, R. S. (2010). Experiential avoidance, mindfulness and depression in spinal cord injury: a preliminary study. *Australian journal of rehabilitation counselling*, 16(1), 27-35. doi: 10.1375/jrc.16.1.27.
26. Tulsy, D. S., Kisala, P. A., Kalpakjian, C. Z., Bombardier, C. H., Pohlig, R. T., Heinemann, A. W., ... & Choi, S. W. (2015). Measuring depression after spinal cord injury: Development and psychometric characteristics of the SCI-QOL Depression item bank and linkage with PHQ-9. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 38(3), 335-346. doi: 10.1179/2045772315Y.0000000020.
27. Williams, R., & Murray, A. (2015). Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 133-140. doi: 10.1016/j.apmr.2014.08.016
28. World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Extraído de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>