

Propuesta de Protocolo de Evaluación Psicológica en pacientes con Lesión
Medular

Alcalá, A; Arrieta, L; Deavila, D.

Cartagena de Indias, agosto 16 del 2005
Universidad Tecnológica de Bolívar
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología
2005

Propuesta de Protocolo de Evaluación Psicológica en pacientes con Lesión
Medular

Alcalá, A; Arrieta, L; Deavila, D.

Pereira, F*

Cartagena de Indias, agosto 16 del 2005
Universidad Tecnológica de Bolívar
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología
2005

NOTAS DE ACEPTACIÓN

Jurado 1.

Jurado 2.

Jurado 3.

Jurado 4.

Cartagena, D. T y C. septiembre de 2005

Señores

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLIVAR

Atn. Centro Cultural y Biblioteca “Luis Enrique Borja Barón”

L.C.

Con la presente queremos autorizar a ustedes el uso de nuestra investigación titulada “**Propuesta de Protocolo de Evaluación Psicológica en Pacientes con Lesión Medular**” para fines académicos e investigativos.

Atentamente,

Alicia Alcalá Sanmartín
CC# 22.806.764 de C/gena

Linda Arrieta Elles
CC# 33.103.237 de Cartagena

Dullys Deavila Canchila
CC# 33.336.023 de C/gena

Artículo 105

“La Universidad Tecnológica de Bolívar, se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los trabajos de grado aprobados, y no pueden ser explotados comercialmente sin su autorización”.

AGRADECIMIENTOS

*A ti Señor por darme la oportunidad de ser cada día mejor.
A mi madre "Aminta" por su sacrificio incondicional y su gran apoyo, el
cual siempre será mi fuerza.*

*A mi hermano Cesar Augusto, tíos, primos, y mi abuela que de una u otra
forma contribuyeron a mi crecimiento, el cual hoy día han visto el
resultado de mis logros alcanzados.*

*A Javier por brindarme su apoyo y confianza en los momentos mas difícil
de mi proyecto.*

A Dullys y Linda por haber compartido estos últimos meses conmigo.

*A Francisco Pereira nuestro asesor por su esmero y dedicación, por
orientarnos hacia la realización exitosa de nuestro proyecto.*

ALICIA DEL CARMEN ALCALÁ SANMARTÍN.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por que me ha dado la sabiduría para desarrollar con éxito este proyecto y por que sin el nada es posible...

A mis padres y hermanos por su apoyo constante...

A mi sobrina Nataly por darme la dicha y la felicidad de tenerla a mi lado y la fuerza para seguir adelante...

A nuestro tutor Francisco Pereira por sus grandes aportes, su experiencia y colaboración...

A la facultad de psicología de la Universidad Tecnológica de Bolívar por formarnos como profesionales integrales y altamente competitivos...

Y a todas las personas que de una u otra manera influyeron y estimularon el logro y el alcance de mis metas con éxito...

LINDA ARRIETA ELLES

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al dador de la vida nuestro Padre Celestial Dios, a Ramona mi madre por ser mi apoyo incondicional, a papi por el inmenso amor que demuestra tener por mi, a Daniela y a Esteban quienes son el motor de mi vida y quienes con solo verlos me demuestran lo hermoso que es vivir, a Libardo por su paciencia y apoyo, a mis hermanos por ser parte de mi y regalarme la bendición y el gozo de compartir con mis sobrinos, y especialmente al Mono mi Precio quien desde donde esta todavía me cuida y protege y quien con su partida me enseñó que pese a que tengamos que morir, mientras allá vida hay que vivir.

A nuestro tutor Francisco Pereira por sus grandes aportes, su experiencia y colaboración...

DULLYS CECILIA DEAVILA CANCHILA

RESUMEN

La investigación que se presenta a continuación buscaba ofrecer una Propuesta de Protocolo de Evaluación Psicológica en Pacientes con Lesión Medular (Región L 4 y L 5) con edades comprendidas 15 y 40 años de edad y pertenecientes a ambos sexos, de cualquier nivel socioeconómico y con un nivel educativo equivalente a la enseñanza Media en cualquier centro de rehabilitación en la Ciudad de Cartagena. Para lograr este objetivo se utilizó una investigación de tipo documental con el objeto de recopilar información necesaria para el diseño del protocolo, con el fin de que en próximas investigaciones dicho protocolo pueda ser probado mediante una investigación cuasi-experimental.

De esta manera para el desarrollo de la investigación se recopiló toda la información pertinente a los lesionados medulares, buscando acercarse al conocimiento de la misma, las implicaciones de su aparición, las áreas afectadas, su definición y sus clasificaciones mas frecuentes. Se hicieron revisiones de algunos datos epidemiológicos y se intentó profundizar en las razones que han originado el interés por el estudio de los aspectos psicológicos concomitantes a la aparición de la LM.

En la revisión se encontró el papel cada día mas activo de las personas con discapacidad en su proceso de rehabilitación e integración la cual supone también una demanda creciente de servicios y programas para la mejora de su calidad de vida. De esta manera se considera que un protocolo de evaluación sobre las variables psicológicas aportará información valiosa para guiar los programas de intervención en esa línea, por esto este trabajo esta enfocado de esta manera.

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
MARCO TEORICO	2
Problema	42
Objetivos	42
METODO	43
Diseño	43
Participantes	43
Instrumento	43
Procedimiento	44
RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	48
REFERENCIAS	50
ANEXOS	54
No. 1 Propuesta de Protocolo de Evaluación Psicológica en Pacientes con Lesión Medular	55
No. 2 Cuestionario de Datos Personales	63
No.3 Hoja de Autorregistro para la Identificación de Pensamientos Disfuncionales	66
No. 4 Instrumento de Depresión de Beck	67
No. 5 Formato Semiestructurado de evaluación del Area Sexual (EAS)	72
No. 6 Formato semiestructurado de evaluación del Nivel Socioambiental (ENSA)	75

Propuesta de Protocolo de Evaluación Psicológica en Pacientes con Lesión Medular

Esta revisión teórica comienza acercándose al conocimiento de la lesión medular (LM), las implicaciones de su aparición, las áreas afectadas, su definición y sus clasificaciones más frecuentes. Muestra algunos datos epidemiológicos y se intenta profundizar en las razones que han originado el interés por el estudio de los aspectos psicológicos concomitantes a la aparición de la LM.

La lesión medular es la discapacidad física adquirida que más atención ha recibido, siendo los lesionados medulares el grupo de personas con discapacidad que ha sido objeto de más observación, investigación y de mayor número de publicaciones (Aguado y Alcedo, 1995a). Dada la gravedad y la amplitud de las áreas afectadas, su estudio ha despertado un alto interés en la comunidad científica. Prueba de ello es la presencia de programas médicos asistenciales específicos y el amplio volumen de investigaciones que ha generado en la esfera nacional e internacional.

La rehabilitación de la lesión medular en los servicios sanitarios españoles se realiza en los dos hospitales monográficos de lesionados medulares, al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo y el Instituto Guttmann de Barcelona, así como en las unidades especializadas para su tratamiento en la mayoría de los hospitales generales. El interés despertado por atender a las necesidades de este colectivo se ve reflejado también en la existencia de sociedades científicas (Sociedad Médica Internacional de Paraplejía – IMSOP, sociedad española de paraplejía), de publicaciones especializadas (Paraplejía, denominada Spinal Cord desde 1996, Spine, SCI Nursing Journal y Medula Espinal) y de un amplio movimiento asociativo. (Aguado y Alcedo, 1995a).

El interés por estudiar las variables psicosociales de la LM ha sido también una constante, como lo demuestran el volumen de investigaciones presente en la literatura especializada y la existencia de sociedades profesionales específicas para su estudio, como la Asociación Americana de Psicólogos y Trabajadores Sociales de la LM, la Asociación Americana de Enfermería y LM y, en nuestro entorno mas cercano, AESLEME- Asociación para el Estudio de la Medula Espinal de España. (Aguado y Alcedo, 1995a).

Todos estos ejemplos citados reflejan los esfuerzos realizados por avanzar en el conocimiento de una realidad compleja como es la LM, de grandes implicaciones para la persona y los seres que la rodean. A lo largo de este trabajo se ofrece una información mas detallada de sus características, su tipología y su clasificación. (Aguado y Alcedo, 1995a).

En cuanto a la prevalencia de la LM, son muchas las dificultades para calcular la cifra exacta de personas con LM ante la falta de un censo real que recoja datos actuales. Este hecho no es exclusivo de la LM ni de nuestro país, tal y como señala Aguado y Alcedo (1990) en una revisión critica de las estadísticas españolas de minusválidos físicos, ya que podemos hacerlo exclusivo de todas las discapacidades. De igual manera, la realización de un censo de personas con discapacidad es una necesidad común en el ámbito europeo e internacional.

La incidencia de la LM traumática varía en los distintos países del mundo, desde los 40-55 personas por millón de habitantes al año en EEUU y Japón, 30 en Australia, hasta la cifra 10 -20 aceptada para Europa (García y Herruzo, 1995). Según estos autores, los primeros datos sobre la incidencia de la LM en España recogidos por el CENLEME en el año 1986 señalaban ocho personas por cada millón de habitantes, cifra que se ha mas que duplicado en los primeros años de la década de los años noventa, según revelan sus estudios epidemiológicos que intentan recoger los datos de la población hospitalaria de las diferentes unidades de lesionados medulares, considerando la tasa de incidencia de 20 paraplégicos nuevos al año por millón de habitantes que suele ser aceptada para España.

Al margen de las discrepancias de las distintas fuentes de datos, estos datos revelan un problema de magnitud considerable y de relevancia cuantitativa, sin olvidar su amplia trascendencia social. Si además consideramos que las tendencias apuntan hacia un progresivo aumento de casos, unido al aumento en la expectativa de vida, cabe esperar un incremento cuantitativo tanto de adultos con LM recientemente adquiridas como de jóvenes lesionados que vivirán hasta edades avanzadas (Aguado y Alcedo, 1995a). Es decir, un problema presente que se incrementará en el futuro y que demanda respuestas a sus necesidades.

García y Herruzo (1995) resaltan el enorme coste económico y social de esta lesión en todo el mundo y hablan de la necesidad de iniciar planes globales de prevención adecuados, para lo cual es imprescindible un conocimiento de las características de esta población, y no solo de su número.

Esta necesidad de aumentar el conocimiento de los aspectos cuantitativos y cualitativos de las personas con discapacidad no es una cuestión específica de la LM, sino que se puede hacer extensible a todas las discapacidades físicas y a la discapacidad en general. En este sentido, y partiendo de la premisa del abordaje multidisciplinar de la rehabilitación, la psicología de la rehabilitación puede jugar un papel importante en la comprensión y el manejo de los aspectos psicológicos de la LM y de la discapacidad en general.

Entre la abundante literatura sobre la LM revisada, cabe destacar la diversidad de publicaciones que se interesan por los aspectos psicológicos de la LM: desde monografías (Ardí y Cull, 1997; Trieschman, 1980,1988) y capítulos específicos sobre la LM en manuales de psicología de la rehabilitación (Sword y Roberts, 1974; Roessler y Bolton, 1978b; Donovan, 1981; Lindermann, 1981; Brucker,1983; Evans, 1983;Gilgoff, 1983; Aadalen y Stroebel-Khan, 1984; Trieschmann,1984; Jubalay Brenes, 1988; Jubala, 1990; Martín y Gandy, 1990; Bleiberg, Ciulla y Kata, 1991; Heinemann, 1995b; Richards, Kewman y Pierce, 2002), hasta capítulos sobre psicología

de la LM en manuales médicos de rehabilitación (Gunther, 1969; Lieberman, 1988; Nelson, 1992; UVT y Fitting, 1993). (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Además, todo lo relativo a la discapacidad física incluye inevitablemente amplias y extensas referencias a la LM, como ocurre en los trabajos de Roessler y Bolton (1978a), Vash y Hohmann (1981), Stubbins (1983), Krueger (1988), Bleinberg, Ciulla y Katz (1991), Marinelli y Dell Orto (1991), Henderson y Bryan (1997), Aguado y Alcedo (1995a, b, 199). (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Sin embargo, a pesar de que la importancia de los aspectos sociales y psicológicos de la LM ha sido frecuentemente señalada y ha generado un considerable volumen de investigaciones, poco es lo que se sabe de forma concluyente en comparación con el avanzado estado del conocimiento de los aspectos médicos, las consecuencias físicas y neurológicas de la lesión, su tratamiento y recuperación. Al respecto (Pereira, F y Cuartas, G, 2003) afirman, aunque la lesión medular sea la discapacidad física adquirida mas estudiada, los aspectos psicológicos asociados se han abordado de forma parcial, con frecuentes deficiencias metodológicas, a lo que hay que añadir la ausencia de datos de población.

Por otro lado, el papel cada día mas activo de las personas con discapacidad en su proceso de rehabilitación e integración supone también una demanda creciente de servicios y programas para la mejora de su calidad de vida. Ello plantea nuevos retos a los que la psicología de la rehabilitación y los profesionales que en ella trabajan tienen que responder. Se considera que un protocolo de evaluación sobre las variables psicológicas aportará información valiosa para guiar los programas de intervención en esa línea, por esto este trabajo esta enfocado de esta manera.

Antes de continuar con el desarrollo de éste marco teórico, se dará en primera instancia un recorrido histórico de la LM.

La lesión medular (LM) es una patología estudiada desde la antigüedad, tal como lo demuestran los testimonios encontrados en la cultura egipcia y en los escritos de Hipócrates. Aguado, en su Historia de las

deficiencias (1995, Pág. 43), sitúa la primera definición de la LM, descrita como “una dolencia que no puede ser tratada”, en el Papiro quirúrgico de Edwin Smith, el texto de carácter médico más antiguo conocido, redactado probablemente en el tercer milenio a.C., copiado en torno a 1600 a.C. y encontrado en 1862 por el egiptólogo americano que le da nombre. (Bender, Hernández, Prida, Araujo y Zamora, 2002).

Hipócrates (460-377 a.C.), padre de la Medicina, ofrece también una descripción bastante precisa de la paraplejía, sus complicaciones y algunos de sus remedios, entre ellos los relativos a la ingesta de líquidos y la dieta adecuada. Así mismo, este autor describe métodos como la reducción por tracción y el banco de extensión para el tratamiento de las dislocaciones vertebrales. (Bender, Hernández, Prida, Araujo y Zamora, 2002).

La Segunda Guerra Mundial marcó un avance en la comprensión y el manejo de las lesiones medulares. El advenimiento de los antibióticos permitió la supervivencia de un número indeterminado de soldados con estas lesiones e incidentalmente se tuvo la oportunidad para un largo tiempo de observación. En centros especiales, tales como el Long Beach, Hines, y West Roxbury Veterans Administration Hospitals en los Estados Unidos y el Stoke Mandeville National Spinal Injuries Center en Inglaterra, los cuidados y la rehabilitación de los parapléjicos fueron perfeccionados. Estudios conducidos en estos centros, mejoraron grandemente los conocimientos acerca de la capacidad funcional de la crónicamente aislada médula espinal (Bender, Hernández, Prida, Araujo y Zamora, 2002).

Pero es al finalizar la II Guerra Mundial, con las investigaciones del médico inglés Ludwig Guttmann (1901-1981), una autoridad en lesionados medulares y fundador del Centro de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville, cuando se producen espectaculares avances en el estudio, el tratamiento y la rehabilitación de la LM. Este autor establece las bases para la concepción de la rehabilitación integral de los lesionados medulares, reconociendo de forma explícita la importancia de los factores psicológicos. (Bender, Hernández, Prida, Araujo y Zamora, 2002).

Brucker (1983) define la LM como: “una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión. El daño puede implicar la ausencia del control voluntario de los músculos esqueléticos, la pérdida de sensación y la pérdida de función autonómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad de daño neural residual”. (Rueda y Aguado, 2003).

Según esta definición, las consecuencias de la LM afectan a todos los ámbitos de la vida de la persona, tanto física como psicológica y socialmente. Las secuelas físicas y neurológicas pueden alterar la movilidad voluntaria, el control de esfínteres, la sensibilidad, la respuesta sexual y el funcionamiento del sistema autonómico, según el nivel de la lesión. Cabe destacar, y no en menor medida, las variables psicosociales en juego, los cambios en el estilo de vida y su influencia en la dinámica familiar y social, que exigen a la persona grandes esfuerzos de afrontamiento y de adaptación a la nueva realidad (Rueda y Aguado, 2003).

En lo referente al pronóstico, hasta no hace demasiado tiempo se consideraba muy grave. Actualmente, gracias al progreso de la Medicina y de la rehabilitación, la morbilidad y la mortalidad han descendido drásticamente en la última década (Brown, 1992; Richards, Kewman y Pierce, 2002). En la actualidad, lejos de ser considerada una lesión mortal, el período de hospitalización con cuidados asistenciales intensivos se complementa con un tratamiento rehabilitador para optimizar la funcionalidad y la autonomía en las actividades de la vida diaria. Se intenta que la persona se incorpore cuanto antes a la vida en sociedad, realice un seguimiento médico periódico y tenga un papel activo en su mantenimiento y prevención de posibles complicaciones. Junto al control de los aspectos médicos, las variables psicológicas, sociales y ambientales tienen también un papel fundamental en su calidad de vida (Trieschmann, 1992b).

Consecuencia directa de dichos avances médicos es el aumento considerable de la expectativa de vida de los lesionados medulares, que

Brucker (1983) situaba ya en 30,2 años después del accidente y que publicaciones más recientes aproximan a la de la población general (Richards, Kewman y Pierce, 2002). Este incremento de la expectativa de vida amplía el campo de actuación y los retos que se plantean en la rehabilitación de la LM. En este sentido, cobran importancia los aspectos evolutivos y se introducen nuevos ámbitos, como el envejecimiento de los lesionados medulares y la necesidad de considerar su proceso de adaptación durante los diferentes ciclos de la vida (Trieschmann, 1987; Kemp y Krause, 1999).

Se evidencia entonces como la lesión medular afecta todas las áreas de la vida de la persona y por ello el tratamiento igualmente debe ser integral.

Tradicionalmente la tipología de la LM se suele establecer en función de dos criterios principales, el nivel vertebral de la lesión y su extensión, completa o incompleta. Así, cuando la LM es completa, se habla de paraplejía si la lesión se produce a nivel dorsal, lumbar o sacro y afecta a las extremidades inferiores, y la tetraplejía implica lesiones altas, a nivel cervical, afectando a las cuatro extremidades. El término pentaplejía se utiliza de forma específica para describir una lesión cervical muy alta que afecta no sólo a las cuatro extremidades, sino también a la movilidad del cuello. Cuando la LM es incompleta, se diferencia entre paraparesia, LM de nivel vertebral bajo que afecta a las extremidades inferiores, y tetraparesia, LM de nivel superior que afecta a las cuatro extremidades (Rueda y Aguado, 2003).

La Tabla 1 resume las principales tipologías de la LM realizadas por Aguado y Alcedo (1995a) en función del nivel, la extensión, la etiología y la sintomatología asociada a la lesión.

Tabla Nº 1. Criterios de clasificación y tipologías de la lesión medular.

Criterio de clasificación	Tipologías de la LM:
Por la etiología	<ul style="list-style-type: none"> • Médicas: Por causas congénitas o enfermedades médicas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Traumáticas: Por fracturas, luxaciones o contusiones vertebrales.
Por la extensión	<ul style="list-style-type: none"> • Completa: Tetraplejia o paraplejia, si la lesión transversal en la médula es total. • Incompleta: Tetraparesia o paraparesia si la lesión transversal en la médula es parcial.
Por la naturaleza del tejido afectado	<ul style="list-style-type: none"> • Médula: Suelen ser lesiones irreversibles. • Raíces nerviosas: Aunque lentas, suelen regenerarse. • Vasos sanguíneos: Pueden dar lugar a daños medulares en zonas irrigadas.
Por los síntomas	<p>Espásticas: Musculatura dura, movimientos reflejos desordenados y dificultades de movilidad pasiva.</p> <p>Flácidas: Musculatura blanda, sin dificultades de movilización pasiva ni movimientos reflejos.</p>

Tomado de Aguado y Alcedo (1995a, pág. 164).

Entre los principales problemas físicos asociados a la LM, Lindemann (1981) ha señalado la reducción de la movilidad, el control de vejiga e intestino, las infecciones del tracto urinario y del riñón, el deterioro renal permanente, los cuidados de la piel (las ulceraciones por inmovilidad), las contracturas musculares, la arreflexia, la regulación térmica, la respuesta sexual y las posibles infecciones respiratorias (Rueda y Aguado, 2003).

En algunos casos hay que añadir otras posibles complicaciones circulatorias, digestivas, vegetativas, metabólicas y del sistema músculo-

esquelético, el riesgo de calcificaciones y la presencia de dolor y la espasticidad (Jeffrey,1986; Jubala y Brenes, 1988; Castro y Bravo, 1993) para profundizar en los aspectos de la LM se pueden consultar los manuales de Cull y Ardí (1997) y Guttman (1981) o los de Lee (1991),Zejdlik (1992), Whiteneck, Charlifue, Gerhart, Lanmertse *et al* (1993) y Hammell (1995), que incluyen los últimos avances en su tratamiento.

La tabla No. 2 presenta una descripción de la funcionalidad que puede ir asociada a la LM según el nivel de la lesión.

Tabla No. 2. Funcionalidad Asociada a la LM Según el Nivel de Lesión

Nivel Cervical	funcionalidad
C1-C3	Pentaplejia: Preserva las funciones de masticar, deglutir, hablar y soplar. Dependencia muy alta. Silla eléctrica mando mentón. Respirador.
C4	Tetraplejia: No puede ponerse en pie. Capacidad respiratoria reducida. Silla de ruedas eléctrica. Puede leer y escribir con adaptaciones en la boca. Asistencia continua para las actividades de la vida diaria.
C5	Tetraplejia: No puede ponerse en pie. Capacidad respiratoria reducida. Alta dependencia. Silla de ruedas con adaptaciones en el aro impulsor. Puede comer, beber, escribir y realizar funciones simples de la vida diaria con adaptaciones en las manos.
C6	Tetraplejia: No puede ponerse en pie. Impulsa la silla de ruedas con mas potencia. Puede asearse y afeitarse con la maquinita eléctrica. Tiene posibilidades de mejorar sustancialmente la función de sus manos con una operación.
C7	Tetraplejia: No puede ponerse en pie. Capacidad respiratoria reducida. Dependencia. Silla de ruedas. Puede pasarse de la silla a la cama solo y moverse con independencia. La función de sus manos después de la cirugía es satisfactoria. Puede conducir un automóvil adaptado.

C8-D1	Paraplejia: Capacidad respiratoria reducida: Dependencia parcial. Silla de ruedas. Conducción de coche con control manual.
D1-D5	Paraplejia: Capacidad respiratoria reducida. Totalmente independientes en la silla de ruedas. Conducción de coche con control manual. Puede realizar actividades de la casa(planchar, coser, cocinar, etc.). Trabajo sedentario, de actividad mental y manual. Algunos pueden conseguir caminar de forma pendular en distancias cortas con aparatos y bastones.
D6-D10	Paraplejia: Independencia. Silla de ruedas . Conducción de coche con control manual. Puede caminar de forma pendular con aparatos largos y bastones. Si es musculoso, puede subir y bajar escaleras.
D11-D12	Paraplejia:Puede caminar en todos los terrenos. Las adaptaciones para el coche, en su hogar y en su trabajo serán reducidas.
L1-L4	Paraplejia: Completa independencia. Camina a cuatro puntos con ayuda de aparatos y bastones. Conducción de coche con control manual.

Al hablar de la etiología de la LM existe un acuerdo en señalar la primacía del origen traumático de las lesiones, con un porcentaje entre el 66 y el 75% de los casos, de las cuales las de mayor frecuencia se deben a accidentes de tráfico (García y Herruzo, 1995).

Datos de la población americana señalan un 48,3% de las LM debido a accidentes de tráfico, un 22,1 a caídas, un 14,2 son de origen deportivo, un 12,5 por heridas y un 2,9% atribuibles a otras causas (Brucker, 1983).

Un estudio más reciente realizado por García y Herruzo (1995) confirma también la mayor frecuencia de la LM traumática (66%) frente a otras etiologías. Las causas de traumatismo más frecuentes son los

accidentes de tráfico (45%), las caídas (28%), otros golpes (20%), entre los que destacan los accidentes laborales, seguidos a distancia por los deportivos (3%), las agresiones (2%) y las complicaciones quirúrgicas (2%). (García y Herruzo, 1995)

En la Tabla 3 se presenta un resumen de otros datos epidemiológicos (porcentajes) sobre el tipo de lesión, los niveles más frecuentes, el género y la edad.

Tabla N.º 3. Datos Epidemiológicos de la LM (%)

Topología de la LM	Etiología de la lesión		Tipo		Nivel			Género		Edad
			Completa	Incompleta	Cer	Dor	Lum.	M	F	(años)
LM Traumática 66,6	Tráfico	45								
	Caída	28								
	Golpe y otras (Acc. laborales)	20	63	37	41	46	13	79	21	33
	Deporte	3								
	Compl. quirúrgicas	2								
	Agresión	2								
LM No Traumática 33,3	Tumor primario	21								
	Tumor metástasis	8								
	Infección	16	36	34	24	56,5	19,5	58	42	42
	Vascular	10								
	Mielomeningocele	6								
	Otras (esclerosis, etc.)	39								

Tomado de García y Herruzo (1995)

Según se observa, parece haber algunas diferencias significativas entre las LM traumáticas y las no traumáticas. Las LM traumáticas desembocan más frecuentemente en lesiones completas (63%), son más frecuentes entre los hombres (79%) y la media de edad es algo menor (33 años) que en la LM no traumática. (Aguado y Alcedo, 1990).

Estos datos coinciden con los encontrados en otros países, en los que unánimemente se acepta un 80% de presencia de hombres, y de éstos un 62% tienen entre 15 y 29 años, por lo que podemos hablar de un predominio de varones jóvenes entre los lesionados medulares (Aguado y Alcedo, 1990).

Según Bender et al (2002), las más frecuentes circunstancias de lesiones espinales han sido los accidentes de vehículos de motor, caídas (principalmente durante estados de intoxicación alcohólica), heridas por proyectiles de armas de fuego, accidentes del trabajo y lesiones perinatales. La mayoría de los casos fatales estuvieron asociados a fracturas-luxaciones, o luxaciones de la región cervical. La respiración está comprometida en lesiones de C1, C2 y C3. La verdadera incidencia estimada es variable según los países y las metodologías; su estimación en países desarrollados varía entre un rango de 9 a 53 por millón de habitantes. En los Estados Unidos, la incidencia anual de lesiones de la médula espinal es de 5 a 5.5 casos por 100,000 habitantes. El sexo masculino predomina (4:1). Cada año cerca de 3500 personas mueren en estrecha relación con la lesión espinal y otros 5000 se mantienen con pérdida de las funciones espinales a consecuencia de dicha etiología. La prevalencia en este último es de unos 750 por millón de habitantes. Se aprecia una evolución ascendente y progresiva desde 1975, justificada por la introducción del tratamiento especializado e integral en estos pacientes, que proporciona una mejor calidad y esperanza de vida. (Citado por Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En Colombia, la prevalencia de discapacidad no es conocida con precisión y varía en forma significativa según las distintas fuentes consultadas. En el censo de población de 1993, el Dane calculó en 700 mil las personas, 2,1% de la población con discapacidad en el país. Por su parte, el sistema nacional de información (1996-1997) menciona que el 23,8% de la población presenta alguna discapacidad. El Ministerio de Salud (1999), a su vez, asegura que el 12% de la población, es decir cuatro millones 200 mil personas presentan alguna discapacidad física, mental o sensorial, de los cuales 60% son menores de edad (Ministerio de salud, 1996).

Así, por tal discrepancia en las cifras y su confrontación con los datos con los que se cuenta internacionalmente, considerados con mayor validez y por las diferencias en la caracterización de la discapacidad medida, se estima que la información nacional no es confiable y por tanto, no permite medir adecuadamente el impacto que la discapacidad genera en nuestra sociedad. Aguado y Alcedo, (1995), citado por Pereira, F y Cuartas, G, (2003).

A su vez, debe reconocerse que debido a la violencia generalizada y a las particulares condiciones del desarrollo socioeconómico, técnico y demográfico la discapacidad se ha convertido en un problema de salud pública que va aumentando cada vez mas.

Teniendo en cuenta que el patrón de salud-enfermedad de Bogotá está influenciado por los procesos de transición demográfica y epidemiológica, se observa que mientras se reduce la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas, coexisten e incluso se incrementan las enfermedades crónicas, el complejo trauma-violencia y las condiciones asociadas con la salud materna y perinatal (Secretaria Distrital de Salud, 2001).

En Colombia la constitución política de 1991 protege a las personas con discapacidad. En particular, el artículo 13 define que "... el estado protegerá especialmente a aquellas personas que por situación económica, física o mental se encuentra en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos y maltrato que contra ella se cometan...". Tomado de Constitución Política (1991), citado por Pereira, F y Cuartas, G, (2003)

Por su parte, el artículo 47 define que "se dará protección a las personas con disminución física, sensorial, psíquica. Es obligación del estado y de los empleadores ofrecer información y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho al trabajo corte a sus condiciones de salud...". Tomado de Constitución Política (1991), citado por Pereira, F y Cuartas, G, (2003)

Todo esto ha permitido que los avances médicos garanticen la supervivencia de la persona con LM y ponen de relieve la importancia de las variables psicosociales intervinientes. Cuando la lesión está médicamente estabilizada, es precisamente cuando los aspectos psicológicos y sociales aparecen como más relevantes. Una vez garantizada la supervivencia, la rehabilitación se dirige a minimizar las limitaciones funcionales, a conseguir el mayor grado de autonomía posible en el desempeño de las actividades de la vida diaria y a maximizar la calidad de vida de la persona. Por tanto, el objetivo de la rehabilitación no es únicamente la recuperación médico-funcional, sino una adaptación satisfactoria a una situación radicalmente distinta, proceso en el que las variables psicológicas juegan un papel central (Craig, Hancock, Dickson y Chang, 1997).

La importancia de las variables psicológicas en el proceso de adaptación a la LM ha sido reiterada continuamente por los autores. Si consideramos además que la adaptación a la LM es un proceso que comienza en el momento de aparición de la lesión y continúa durante toda la vida, dicho proceso es un elemento central de la rehabilitación, tanto durante la fase aguda de la rehabilitación como en la adaptación a largo plazo. De ahí la importancia de identificar las variables psicológicas relevantes para definir dicho proceso de adaptación y evaluarlo (Rueda y Aguado, 2003).

Entre las variables psicológicas tradicionalmente estudiadas en las personas con LM la más evaluada con diferencia ha sido la depresión. La mayoría de las investigaciones se han realizado desde el enfoque de la psicopatología y se han centrado en la morbilidad psicológica de las personas con LM (Fullerton et al., 1981; Howell, Fullerton, Harvey y Klein 1981; Judd, Burrows y Brown, 1986; Judd, Stone, Webber, Brown et al., 1989; Cushman y Dijkers, 1991; Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman et al., 1993; Kishi, Robinson y Forrester, 1994; Boekamp, Overholser y Schubert, 1996; Kemp, Krause y Adkins, 1999). También ha sido frecuente su estudio como indicador de adaptación a la LM (Umlauf y Frank, 1983; Frank *et al.*, 1985; Frank, Elliott, Corcoran y Wonderlich, 1987; Overholser, Schubert, Foliart y

Frost, 1993; Craig, Hancock y Dickson, 1994a; Kemp y Krause, 1999). Algunos estudios han relacionado la depresión con el nivel de actividad (MacDonald, Nielson y Cameron, 1987) o con aspectos neuropsicológicos (Davidoff, et al., 1990a) presentes ante la aparición de una LM. (Aguado y Rueda, 2003).

En ocasiones el estudio de la depresión en lesionados medulares se ha visto complementado con mediciones de la reacción emocional como el enfado (Bracken, Shepard y Webb, 1981), la hostilidad (Richards, 1984), la ansiedad (Cook, 1979; Nestoros et al., 1982; Somasundaram, Balakrishnan, Ravindran y Shanmugasundaram., 1992; Hancock, Craig, Dickson, Chang et al., 1993; Craig, Hancock y Dickson, 1994b) y la ansiedad social (Dunn y Herman, 1982). (Aguado y Rueda, 2003).

Una línea reciente de investigación, presente en los trabajos de Duff (1997) y del equipo de Radnitz (Radnitz, Hsu, Willard, Perez-Strumolo et al., 1998; Radnitz, Hsu, Tirch, Willard et al., 1998), se ha centrado en el estudio de los trastornos de ansiedad asociados al estrés postraumático en personas con LM de etiología traumática (asalto, caída, accidente de tráfico, etc). (Aguado y Rueda, 2003).

Otras variables psicológicas a las que se ha prestado atención, aunque mucho menor, en el estudio de las personas con LM son el autoconcepto (Mayer y Eisenberg, 1982; Green, Pratt y Grigsby, 1984; Ortiz, 1990; Sherrill, Hinson Gench y Kennedy, 1990), la autoestima (Coyle, Lesnik-Emas y Kinney, 1994; Kennedy, Gorsuch y Marsh, 1995), la imagen corporal (Sangorrín, 1977; Euchner, 1980; Evans, 1983; Ortiz, López, Martín y Juan, 1990), la apariencia personal (Kaiser, Wingate, Freeman y Chandler, 1987) y el cambio de valores (Wright, 1983; Weir, 1987; Keany y Glueckauf, 1993). (Aguado y Rueda, 2003).

Como variables alternativas para entender las diferencias individuales observadas en el proceso de adaptación a la LM se han sugerido la personalidad previa (Shontz, 1971,1980,1983; English, 1983), los estilos de vida previos y los factores conductuales de riesgo (Fordyce, 1964;

Trieschmann, 1980, 1984; Brucker, 1983; Ditunno, McCauley y Marquette, 1985; Mawson, Jacobs, Winchester y Biundo, 1988; Aguado, 1990; Coyle, Shank, Kinney y Hutchins, 1993; Noreau y Fougeyrollas, 1996). (Aguado y Rueda, 2003).

Un número creciente de autores ha sugerido la importancia del entorno hospitalario (Hanson, 1974; Kahn, 1977; Scofield, Pape, McCracken y Maki, 1980; Kennedy, Fisher y Pearson, 1988; Trieschmann, 1988; Nelson, 1990a, 1990b, 1992; Tate, Maynard y Forchheimer, 1992) y se ha señalado la relevancia de los factores culturales y étnicos (Elliott y Umlauf, 1995) y de variables como la comunicación de la información sobre la LM en el entorno rehabilitador (Anguera, 1980; Trieschmann, 1984; Rintala, Hanover, Alexander, Sanson-Fisher et al., 1986; Aguado, 1990; Dunn, Sommer y Gambina, 1992). (Aguado y Rueda, 2003).

Pero sin duda, algunas de las principales aportaciones a la comprensión de las diferencias individuales en la adaptación a la LM se derivan de la introducción de las teorías del estrés. A la evidente necesidad de atender a un proceso de adaptación que no es único, homogéneo ni común a todos los lesionados medulares, se unen las aportaciones de los estudios sobre las víctimas, la intervención en crisis y los sucesos vitales. Desde esta perspectiva, el modelo cognitivo del estrés introdujo nuevas variables y áreas para el estudio de la LM, como el apoyo social y el afrontamiento, confirmando la importancia del papel que juegan las variables cognitivas y psicosociales en el proceso de adaptación a la discapacidad física adquirida. (Aguado y Rueda, 2003).

Entre las variables psicosociales estudiadas en las personas con LM una de las que más atención está recibiendo es el apoyo social. Los autores están de acuerdo en su papel favorecedor del bienestar y de la adaptación a la LM (Decker, 1982; Schulz y Decker, 1982, 1985; Pollets, 1985; Thoits, 1986; McNett, 1987; Elliott, Herrick et al., 1992a, 1992b; Rintala, Young, Hart, Clearman et al., 1992; Rintala, Young, Hart y Fuhrer, 1994; Chwalisz y Vaux, 2002), así como del estado de salud y de la calidad de vida (Anson,

Stanwyck y Krause, 1993; Herrick, Elliott y Crow, 1994a). En esta línea, McColl y colaboradores (McColl, 1991; McColl, Lei y Skinner, 1995; McColl y Skinner, 1995) han estudiado su relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM. (Aguado y Rueda, 2003).

En numerosas ocasiones se ha señalado también la importancia del papel de la familia en el proceso de rehabilitación y de adaptación a la LM (Bray, 1980; McGowan y Roth, 1987; Oliver et al., 1988; Robertson, 1989; Sullivan, 1994; Elliott y Shewchuk, 1998; Shewchuk y Elliott, 2002). Algunos autores han estudiado el impacto de la aparición de la lesión en la familia (Cleveland, 1989; Neilson, 1990; Steinbauer, 1989; Hoad, Oliver y Silver, 1990) y el afrontamiento familiar de la LM (Danielson, Hamel- Bissell y Winstead-Fry, 1993; Turnbull, Patterson, Behr, Murphy et al., 1993). (Aguado y Rueda, 2003).

Las habilidades sociales también han atraído la atención de los investigadores en de la LM, principalmente la asertividad (Joiner, Lovett y Goodwin, 1989; Elliott, Herrick, Patti, Witty *et al.*, 1991; Glueckauf y Quittner, 1992) y las estrategias de resolución de problemas (Elliott, Godshall, Herrick, Witty *et al.*, 1991; Elliott, Herrick, y Witty, 1992). Los estudios sobre el afrontamiento han puesto de relieve la importancia clínica de dichas estrategias de resolución de problemas para el entorno rehabilitador y el proceso de adaptación. (Aguado y Rueda, 2003).

Entre las variables cognitivas derivadas de los estudios sobre los sucesos vitales traumáticos utilizadas para explicar la adaptación a la LM encontramos la negociación con la realidad (Snyder, 1989; Elliott, Witty, Herrick y Hoffman, 1991), la ilusión (Janoff-Bulman, 1989), la esperanza (Snyder, 1989; Laskowski y Morse, 1993; Mason, 1994), las creencias irreales (Snyder, 1989; Taylor, Collins, Skokan y Aspinwall, 1989) y la búsqueda de significado (Silver, 1982; Taylor, 1983; Dollinger, 1986). (Aguado y Rueda, 2003).

Después de que Bostick (1977) determinara que las áreas que constituyen la calidad de vida de las personas con LM son las mismas que

para la población general, numerosos autores comenzaron a incluir este concepto en el estudio de la LM junto con la satisfacción vital (Carlson, 1979; Weinberg, 1984; Crewe y Krause, 1990; Gagnon, 1990; DeVivo y Richards, 1992; Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman et al., 1992; Krause, 1992; Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman et al., 1993; Clayton y Chubon, 1994; Coyle et al., 1994; Stensman, 1994; Boswell, 1997). (Aguado y Rueda, 2003).

Paralelamente se ha producido también una progresiva inclusión del punto de vista del lesionado medular sobre la rehabilitación y el proceso de adaptación (Lawson, 1978; Pelletier, Rogers y Thurer, 1985; Dew-Cates, 1989; Nelson, 1990a, 1990b). En este sentido Krause (1998) resalta la importancia de la percepción subjetiva de las personas con LM sobre su adaptación, como ya se mostró en el trabajo testimonial de Caywood (1974). (Aguado y Rueda, 2003).

En este contexto, el afrontamiento aparece en la escena científica como una variable prometedora para el estudio de las áreas de salud y, consecuentemente, de la rehabilitación. Esta importancia se refleja en los estudios sobre lesionados medulares con su aportación de teoría, de instrumentos de medición y de una renovadora línea de investigación que comparte el modelo de las diferencias individuales. Aquí se incluyen los trabajos iniciales de Silver y Wortman (1980a), Silver (1982), Felton y Revenson (1984), junto a los trabajos que introducen el afrontamiento como una variable central del proceso de adaptación, como Frank, Elliott, Corcoran y Wonderlich (1987), Frank, Umlauf, Wonderlich, Askanazi et al. (1987), Frank, Van Valin y Elliott (1987), Drew-Cates (1989), Buckelew, Baumstark, Frank y Hewett, (1990), Buckelew, Frank, Elliott, Chaney *et al.* (1991), Barone (1993), Hanson, Buckelew, Hewett y O'Neal (1993), Meyer (1998) y Soltz (1998). (Aguado y Rueda, 2003).

El afrontamiento es una variable interviniente en la adaptación a la LM, aspecto central de la rehabilitación entendida como el proceso de aprender a vivir con la discapacidad en el ambiente en el que se mueve la persona (Trieschmann, 1992). Esta experiencia de aprendizaje es un proceso

dinámico en el que el sujeto, inicialmente receptor pasivo del tratamiento médico, pasa después, una vez estabilizada su situación médica y elaborado un plan de rehabilitación, a ser un agente activo en el proceso de aprender a vivir con la LM. Desde esta perspectiva, uno de los objetivos clave de la rehabilitación será, por tanto, facilitar dicha adaptación . (Rueda y Aguado, 2003).

El estudio de la personalidad es una de las áreas que más se ha visto influenciada por los estudiosos del modelo de las etapas de adaptación a la LM. Así, aunque muchos autores han afirmado la no existencia de una personalidad característica del lesionado medular (Mueller y Thompson, 1950; Berger y Garrett, 1952; Wittkower et al., 1954; Wright, 1960; Gunther, 1969; Siller, 1969; Shontz, 1971; Roberts, 1972; Harris, Patel, Greer y Naughton, 1973; Cook, 1976; Trieschmann, 1980) las ideas preconcebidas sobre la personalidad han perdurado en el estudio de los aspectos psicológicos de la LM. Por otro lado, estas creencias se han visto apoyadas por el inadecuado enfoque de su estudio en las investigaciones. (Rueda y Aguado, 2003).

Tras una revisión de la bibliografía al uso, que resalta el predominio del estudio de los aspectos patológicos de la personalidad, podemos agrupar estos enfoques inadecuados del estudio de la LM en dos grupos diferenciados, que hemos calificado como: Un enfoque etiológico-causal, centrado en investigar el papel que juega la personalidad como factor de predisposición o agente activo en el origen de la lesión. Un enfoque sintomático-consecuencial, centrado en los aspectos patológicos y preocupado por evaluar el impacto de la lesión sobre la personalidad y las alteraciones asociadas a ella. (Rueda y Aguado, 2003).

En el primer grupo cabe mencionar los estudios que han relacionado la personalidad de los lesionados medulares con los factores conductuales de riesgo (Knorr y Bull, 1970; Peter, 1975), entre los que se han señalado un carácter aventurero, mayor audacia y asertividad (Kunce y Worley, 1966), la impulsividad (Fordyce, 1964), la búsqueda de aventura, el amor por el riesgo,

la búsqueda de sensaciones y niveles altos de actividad (Ditunno et al., 1985; Mawson et al., 1988). (Rueda y Aguado, 2003).

En esta línea, otras características que se han atribuido a los lesionados medulares son una mayor independencia (Athelstan y Crewe, 1979), menor autosuficiencia y más orientación social (Weiss y Diamond, 1966) que las personas sin LM. Sin embargo, Trieschmann (1984) sugiere cautela en la interpretación de estos resultados que, obtenidos con muestras de hombres jóvenes, responden más bien a variables como la edad, el género y los estilos de vida previos, no son atribuibles a la propia LM ni generalizables a todas las personas con LM. Como mencionábamos anteriormente, los datos epidemiológicos de la LM muestran un 80% de hombres, de edad joven y con estilos de vida activos, junto a una mayor presencia de LM de etiología traumática. (Rueda y Aguado, 2003).

El segundo grupo de investigaciones se caracteriza por el predominio del estudio de los aspectos patológicos de la personalidad del lesionado medular, evidenciado en la amplia utilización de un instrumento propio de la psicopatología, el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), para su evaluación. En diferentes versiones, el MMPI se ha aplicado en los trabajos de Fordyce (1964), Bourestom y Howard (1965), Taylor (1970), Kendall, Edinger y Eberly (1978), Cook (1979), Thompson y Dexter (1980), Malec y Neimeyer (1983), Richards (1984), Huang, Kim y Charter (1990) y Rodevich y Wanlass (1995). (Rueda y Aguado, 2003).

El presupuesto erróneo de la necesaria patología asociada a la LM hace que los autores se hayan centrado en evaluar los trastornos originados por la aparición de la LM. Desde esta perspectiva no tiene sentido para los autores la evaluación de la personalidad no patológica de los pacientes y su papel en la recuperación y en el proceso de adaptación. Esta última inquietud surgirá después desde el modelo de las diferencias individuales que, desde una perspectiva biopsicosocial, entiende la rehabilitación como un proceso individual de aprendizaje y de adaptación a la LM en el que las variables psicológicas juegan un papel central para explicar las diferencias

encontradas y, entre ellas, especialmente las variables de personalidad. (Rueda y Aguado, 2003).

Así, el modelo de las diferencias individuales defiende la no existencia de una personalidad del lesionado medular y propone el estudio de su influencia en el proceso de adaptación (Shontz, 1971; Wilcox y Stauffer, 1972; Hohman, 1975; Thompson y Dexter, 1980; Dexter, 1981; Lindemann, 1981; Wright, 1983; Richards, 1984; Trieschmann, 1984; Malec, 1985; Aguado, 1990), afirmaciones que encuentran apoyo empírico en los trabajos de Somasundaran et al. (1992), Rohe y Krause (1993), Wheeler, Krauser, Cumming, Jung et al. (1996) y Krause y Rohe (1998). (Rueda y Aguado, 2003).

Algunos estudios han sugerido la influencia de las variables de personalidad para explicar diferencias en la participación en actividades productivas (Kemp y Vash, 1971; Krause, 1997), en la satisfacción personal (Krause y Dawis, 1992), en la duración de la hospitalización (Malec y Neimeyer, 1983) y en la adherencia al tratamiento (Moverman, 1993) en personas con LM. (Rueda y Aguado, 2003).

Sin embargo, este reconocimiento creciente de las diferencias individuales no ha implicado un estudio sistemático de las variables de personalidad en las personas con LM. De hecho, las investigaciones a menudo son meros estudios descriptivos de las características y los rasgos de personalidad encontrados, sin hipótesis de trabajo claras ni planteamientos multivariados que permitan el estudio diferencial de dicha variable y su correlación con variables como la depresión, el locus o el afrontamiento. (Rueda y Aguado, 2003).

En esta línea, Malec (1985) y Wheeler et al. (1996) encontraron una mayor extraversión en personas con LM, mientras que Dias de Carvalho et al. (1998) y Somasundaram et al. (1992), en su estudio de una amplia muestra de personas con LM (n = 328), no encontraron diferencias en las puntuaciones de E y N entre los lesionados medulares y la población general. Por su parte, Rohe y Krause (1993), en su estudio de los cinco grandes en

una población de personas con LM, encontraron puntuaciones más altas en la subescala de fantasía y en el factor de apertura a la experiencia que la población general, así como puntuaciones más bajas en los factores de extraversión y escrupulosidad. (Rueda y Aguado, 2003).

A pesar de las limitaciones metodológicas de estos estudios, todo apunta a que estos rasgos de personalidad no son característicos de los lesionados medulares ni atribuibles a la propia lesión y parece más adecuado, como proponen Krause y Rohe (1998), profundizar en la investigación del papel de las variables de personalidad en el proceso de adaptación a la LM, destacando la relevancia de E y N. (Rueda y Aguado, 2003).

En este sentido, Dias de Carvalho et al. (1998) ofrecen datos de la relación entre neuroticismo y la presencia de psicopatología, y sugieren que la extraversión es una variable predictora de buena adaptación. También en el entorno rehabilitador, Osuji (1985) encontró que E se asocia con una mejor aceptación de la discapacidad física, mientras que N correlaciona con un mayor grado de ansiedad y depresión, así como una mayor tendencia a hacerse preguntas constantemente, a la introspección y al sentimiento de culpa. (Rueda y Aguado, 2003).

No obstante, y a pesar de la inadecuación de su estudio, N y E son las variables de personalidad que tienen mayor interés por su demostrada relación con el afrontamiento y las estrategias utilizadas para manejar el estrés (McCrae y Costa, 1990; Pelechano, 1992, 1997, 1999) y porque su relación con la presencia de depresión y ansiedad, en el constructo afectividad negativa (Watson y Clark, 1984), puede influir en la expresión de malestar psicológico durante el proceso de adaptación a la LM. Hay evidencia de que las personas con elevado neuroticismo tienden a desarrollar mayor grado de sintomatología somática y presentan mayor grado de ansiedad y depresión (Watson y Clark, 1984) y del papel de N en la verbalización de los sucesos estresantes y la forma de afrontarlos (Pelechano, Matud y De Miguel, 1994).

Con la toma de conciencia de la incidencia e importancia de los factores psicológicos y sociales en la rehabilitación y la entrada de nuevos profesionales procedentes de las ciencias sociales y de la conducta, nace la psicología de la rehabilitación, se produce durante la II Guerra Mundial, (Aguado, 1995). Los recursos dedicados a la participación y a la formación de los psicólogos para su intervención en este campo en el entorno norteamericano van configurando una especialidad con entidad propia. Su desarrollo y expansión en los Estados Unidos han dado lugar a la creación de la División 22 (Rehabilitation Psychology) de la American Psychological Association (APA), cuyos principios aparecen proclamados en las Actas de los Congresos de 1972 y 1975, y pueden encontrarse en los clásicos manuales editados por Garrett (1953), Wright (1959), y Bolton (1987).

Es entonces cuando empieza a tomar parte la psicología de la rehabilitación estudiando los aspectos psicológicos intervinientes y concomitantes a la rehabilitación de la discapacidad física adquirida. Se comparte la concepción restringida de rehabilitación de Pelechano (1987) y Aguado (1989), entendida como un estado previo al que retornar y unas capacidades residuales a optimizar, frente a los modelos globalizadores defendidos por otros autores como Rodríguez-Marín (1986). Desde este concepto restringido, su campo propio de actuación son las discapacidades físicas y/o sensoriales y los trastornos asociados, desde una perspectiva multidisciplinar y multidimensional, con el objetivo de optimizar y potenciar al máximo las capacidades de la persona de cara a su pleno funcionamiento y a su reinserción en la sociedad, tal y como defienden los principios de la rehabilitación total (Wright, 1980) y la rehabilitación integral (Moragas, 1974).

Fraser (1984) definió la psicología de la rehabilitación como un área de especialidad que tiene una serie de subáreas, temas, roles y principios compartidos por los psicólogos que trabajan en el campo de la rehabilitación y que son distintivos y característicos de tal especialidad. A esta afirmación se suman todos aquellos autores que defienden la importancia de las variables psicológicas y el papel del psicólogo en la rehabilitación, así como

la necesidad de ampliar su campo de investigación y aplicación (Trieschman, 1984; Aguado, 1987, 1989 y 1995).

Surgida inicialmente para atender a los mutilados y veteranos de guerra, la psicología de la rehabilitación vio extender sus avances y aportaciones a todas las discapacidades físicas, a la vez que se afirmaba la necesidad de considerar no sólo las variables físicas, sino también las psicológicas y sociales. Con el tiempo se amplía la atención a la pluralidad de colectivos y, en la década de los ochenta, se caracteriza por un pluralismo conceptual y técnico, configurando en la actualidad un campo de atención a la discapacidad que podemos calificar como extenso, amplio, variado y disperso, en el que debemos situar los estudios del afrontamiento de la LM de reciente aparición (Rueda y Aguado, 2003).

Los principios de la psicología de la rehabilitación están en estrecha conexión con los planteamientos comunitarios y biopsicosociales imperantes en las ciencias de la salud, conexión que ha dado lugar a influencias recíprocas y enriquecedoras. Por un lado, la evolución de la psicología de la rehabilitación y su atención a las discapacidades ha repercutido en la dinamización de otras especialidades de la psicología, realizando aportaciones directas a la psicología clínica, la Psicología infantil y la evaluación psicológica en general (Aguado, 1995). Por otro lado, la psicología de la rehabilitación, inicialmente muy influenciada por la teoría de campo de Lewin (1935), se ha beneficiado de las aportaciones de otros desarrollos de la psicología, como la modificación de conducta, la evaluación psicológica, la psicología de la salud y la psicología comunitaria. Este contexto de influencia mutua es el que facilita la introducción de las teorías del estrés y el estudio del afrontamiento en el campo de las enfermedades crónicas, y por ende, en la rehabilitación (Rueda y Aguado, 2003).

La tabla No. 4 resume las áreas de interés de la psicología de la rehabilitación y los elementos de la rehabilitación. Tomado de Aguado (1987-1985)

Tabla Nº 4 Áreas de interés en Psicología de la rehabilitación.

Elementos de la rehabilitación	Áreas de estudio de la psicología de la
---------------------------------------	------------------------------------------------

	rehabilitación
Persona en rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Las variables psicológicas intervinientes en rehabilitación. • El proceso de adaptación a la discapacidad. • La personalidad de la persona con discapacidad. • Desarrollo de métodos facilitadores del ajuste personal y el estudio de los procesos de adaptación de diferentes grupos de personas con discapacidad. • Estrategias de intervención y áreas aplicadas (entrenamiento conductual, intervención en grupo, condicionamiento operante, <i>biofeedback</i>, etc). • Desarrollo de nuevas técnicas de rehabilitación y la predicción de resultados.
Profesionales de la rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • El papel del psicólogo, su formación y desarrollo como área de especialidad. • Las actitudes del personal rehabilitador.
Entorno rehabilitador	<ul style="list-style-type: none"> • El estudio del entorno o contexto rehabilitador. • La interacción paciente-personal rehabilitador. • La creación de un ambiente terapéutico. • La satisfacción del cliente.
Entorno social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Las actitudes hacia la discapacidad física. • El impacto de la discapacidad en la familia. • El apoyo social.
Evaluación en Psicología de la rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de instrumentos de evaluación de las personas en proceso de rehabilitación • Evaluación de los resultados de la rehabilitación. • Evaluación de programas (interés despertado en los años setenta y ochenta). • Análisis de los servicios de rehabilitación y el desarrollo de nuevos modelos de servicios.

Tomado de Aguado (1987, 1995).

Elliott y Frank (1996) sugieren la conveniencia de que las teorías actuales sobre la adaptación a la LM adopten una perspectiva biopsicosocial que tenga en cuenta los efectos interactivos entre los parámetros de la discapacidad, los estresores psicosociales y los factores del binomio persona-ambiente. Ello permitiría explicar las diferencias individuales,

predecir la depresión y otros indicadores de dicha adaptación. Vemos así cómo la incorporación de la perspectiva del estrés y el afrontamiento tiene mucho que aportar al desarrollo del modelo de las diferencias individuales. (Rueda y Aguado, 2003).

Richards (1986) define la adaptación a la LM como un concepto multifacético que abarca diferentes dimensiones, entre las que incluye la conducta, los sentimientos y las actitudes. En esta misma línea, Dunn (1975) distingue diferentes áreas de adaptación a la LM: la adaptación física, la social, la sexual y la psicológica. Drew-Cates (1989) introduce el punto de vista del lesionado medular y describe diferentes dimensiones en el proceso de adaptación: enfoque personal, aspectos físicos, emocionales, racionales, productivos y laborales, estrategias de afrontamiento, recursos personales, condiciones del entorno y actitudinales. (Rueda y Aguado, 2003).

Para Trieschmann (1988, 1992) la adaptación es el proceso de restaurar el equilibrio entre los factores psicosociales, orgánico-biológicos y ambientales de la vida de una persona, alterado por la aparición de la discapacidad. Esta autora describe el resultado final de la adaptación a la LM como una ecuación en la que intervienen numerosos factores e interactúan variables personales, orgánicas y ambientales. Siguiendo ese esquema, en la Tabla 5 se han señalado las variables intervinientes en el proceso de adaptación a la LM y la multicausalidad entre lo biológico, lo psicológico y lo social. Desde esta perspectiva interaccionista se reconoce la importancia de las estrategias de afrontamiento para manejar el estrés durante el proceso de adaptación.

Tabla Nº 5. Variables intervinientes en la adaptación a la LM.

Adaptación	Variables intervinientes	Tipo de variables
Nivel Orgánico	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de la lesión y la funcionalidad residual. - La evolución y complicaciones médicas. - La fuerza y la resistencia física. 	Físicas y/o Fisiológicas

Nivel Personal	<ul style="list-style-type: none"> - La edad, el nivel educativo y la capacidad intelectual. - La personalidad, el <i>locus</i> de control y las estrategias de afrontamiento del estrés. - La autoestima, la autoimagen y la creatividad. - Los hábitos o estilo de vida. - La sexualidad. - El estado de ánimo. - Las preferencias y los refuerzos. - El significado personal de la discapacidad. - Las creencias religiosas o la filosofía de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Sociodemográficas Psicológicas Cognitivo-Conductuales Afectividad Motivacionales Espiritualidad
Nivel Socio-Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - El entorno hospitalario. - La interacción con el personal sanitario. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Los tratamientos a los que se ve sometido. - El manejo de la información. - El estigma social y los estereotipos sobre la discapacidad. - El apoyo familiar e interpersonal. - La reacción y el afrontamiento de la familia. - La seguridad económica, la situación laboral. - Las influencias étnicas y culturales. - El acceso a los cuidados médicos y las ayudas técnicas. - Las oportunidades recreativas y educativas. - Las barreras urbanísticas y el transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalarias Actitudes Socio-familiares Económicas Culturales Recursos técnicos Ocio Accesibilidad

Elaborado en base a Trieschmann (1988, 1992a).

A modo de resumen y englobando las aportaciones de los enfoques revisados anteriormente, desde una perspectiva interaccionista podemos describir el proceso de adaptación a la LM como: Individual: No existe una forma estandarizada de adaptación a la LM, sino que es un proceso

individual y diferenciado para cada persona. Multidimensional: Afecta a todas las dimensiones de la vida de la persona y debe contemplarse en la esfera física, psicológica y social. Interactivo: No se produce de forma aislada sino en relación continua con el ambiente. Dinámico: No es un estado final al que se llega sino un proceso evolutivo que comienza en el momento de su aparición y continúa a lo largo de las diferentes etapas de la vida. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Abriéndole un espacio a lo citado por la autora Trietchman quien describe factores en la adaptación a la lesión medular es necesario citar entonces que las lesiones Raquimedulares a nivel orgánico-biológico da a entender que hay un compromiso tanto óseo como neurológico. Generalizando se pueden distinguir los siguientes tipos de lesión medular traumática:

Lesión medular completa o incompleta: Las lesiones completas implican la ausencia total de función motora, sensitiva y autonómica incluyendo esfínteres por debajo del nivel de lesión (cuadriplegia, diplegia, paraplejia). Lesiones "incompletas" son las que preservan alguna función motora o sensitiva bajo el nivel de lesión: movimientos voluntarios de extremidades inferiores o sensación sea sólo postural o en área perineal. Hay 3 tipos de lesión incompleta más conocidos: Síndrome de Brown-Sequard o de hemisección medular, que rara vez se ve puro. Se preserva motilidad y sensibilidad postural en un hemicuerpo y extremidades de ese lado (en que hay anestesia al dolor) y se preserva sensación de dolor en el lado paralizado. Es lesión incompleta de mejor pronóstico, recuperarían marcha y control esfinteriano el 90% de los pacientes; Síndrome medular central, similar a la siringomielia, debilidad motora de extremidades superiores, preservada relativamente en inferiores, con variadas formas de disminución de sensibilidad y retención urinaria. Si se debe a contusión medular va recuperando, si la causa hemorragia intramedular se agrava en horas, a pesar de los cual se recomienda no operarlo. Síndrome medular anterior, atribuido a infarto en territorio medular de la arteria espinal anterior.

Da paraplejia motora con disociación sensitiva, preserva propiocepción con pérdida de sensación de dolor y temperatura. (http://www.neurorehabilitacion.com/trauma_medular.htm)

Shock medular: ausencia de la función medular como consecuencia de la interrupción de las vías de conducción nerviosa. Se presenta inmediatamente después del trauma y su duración es de 6 a 8 semanas. (http://www.neurorehabilitacion.com/trauma_medular.htm)

Automatismo medular: cuando el paciente sale del shock medular, los centros medulares que quedaron indemnes por debajo de la lesión vuelven a funcionar por vías reflejas sin mediación ni control cortical. El reflejo se desencadena espontáneamente. (http://www.neurorehabilitacion.com/trauma_medular.htm)

Lesión medular parcial: preservación parcial o total de función sensitiva, motora, refleja o la conservación de la función vesical por debajo del nivel de la lesión (cuadriparesia, diparesia, paraparesia) (Fonseca, 2002).

En cuanto a los factores psicológicos, como se expuso anteriormente, la teoría sostiene que no parece existir una personalidad y/o formas de reaccionar únicas en el lesionado medular. Es decir, cada individuo reaccionará a su lesión según su personalidad, la cual está en función de su infancia, herencia y medio que le rodea. (Rueda y Aguado, 2003)

La lesión rompe el tipo de vida, equilibrio y proyectos que el individuo había establecido, surgiendo la creencia de que la vida, tal como se conoce, no se puede continuar y esto genera tristeza y pensamientos de que es mejor morir a estar en esta situación. (Rueda y Aguado, 2003)

Las primeras reacciones emocionales son: ansiedad, angustia y miedo, siendo estas reacciones psicológicas normales y esperadas, frente a cualquier lesión grave que implique secuelas. La persona no tiene expectativas de futuro, no sabe que va a hacer de su vida, y tiene miedo a perder a la persona amada, a que no le amen, a la pérdida de aprobación por parte de los demás, a perder el trabajo, etc. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Además se produce una pérdida de la autoestima, sentimientos de no valer para nada, de no poder realizar ninguna de las actividades que antes realizaba, sintiéndose desvalorizado ante él mismo y ante los que le rodean. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Otro problema muy importante es la dependencia de otra persona (Fundamentalmente en el tetrapléjico) para las actividades de la vida diaria: Actividades como el aseo, vestido, trabajos, etc., necesitando a ésta tanto física como psicológicamente, lo cual le hace sentirse como un niño, que no puede hacer casi nada solo, perdiendo su intimidad e independencia. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Todas estas reacciones de los demás provocan en el lesionado sentimientos de inferioridad, injusticia, discriminación, inseguridad, cobardía, miedo, etc. que le llevan a aislarse de la sociedad e incluso de su entorno. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

La depresión aparecerá tarde o temprano, ya que sus pérdidas son reales y permanentes; y su intensidad variará desde la tristeza hasta las formas más graves, que incluyen ideas o intentos de suicidio. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Si bien se ha discutido si el paciente con LM pasa necesariamente o no por un conjunto de etapas más o menos diferenciables en el tiempo, conviene mencionar, sin pretender defender la posición etápica en el paciente con LM, aquellas etapas más frecuentes, citadas por la literatura y comprobadas en la práctica clínica, con el fin útil de enfocar la rehabilitación psicológica como un proceso dentro del contexto de la adaptación a una pérdida; si bien hay que tener muy en cuenta que cada paciente es un caso único por sí mismo, luchando a su manera, para recobrar su perdido equilibrio. Este proceso incluiría las siguientes etapas:

La primera es la Etapa de Shock Psicológico: Después del accidente, pasa un tiempo en el cual el individuo no es consciente de lo que ocurre a su alrededor. El paciente se centra en la pérdida de la movilidad y la sensibilidad en algunas zonas de su cuerpo, y en el temor a que el dolor persista. La falta

de información sobre lo que pasa, también le asustará. Todo esto le producirá ansiedad. Muchas veces se presenta una desconexión con la realidad que puede llevar a una desorientación tanto en el tiempo como en el espacio. Lo más destacado es la pérdida de intereses por parte del paciente, siendo la preocupación del estado orgánico lo que predomina, acompañado de una gran demanda afectiva, con petición reiterada de ver o estar con la familia. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

La segunda es la Etapa de negación: La negación es entendida como una defensa inconsciente de la realidad y constituye una reacción humana muy común ante noticias desagradables ("a mi no") y es positiva ya que concede tiempo al individuo para asimilar su nueva situación, reduciendo el riesgo de una desintegración de la personalidad. La negación da como resultado una distorsión completa o parcial de la realidad de cara a un stress y ansiedad abrumadores. No debe mantenerse mucho tiempo ya que interferiría con la realidad y en consecuencia con la rehabilitación. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

La tercera es la Etapa de protesta: El paciente presenta una captación parcial de la realidad, poca tolerancia, sentimiento de injusticia, y no colaboración con el tratamiento, ya que deja en manos de los médicos su curación. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Existe una crítica de la medicina, de los médicos, del personal, del hospital, etc.

El paciente pasa de la etapa del "yo no" al "por qué yo". Considera su limitación como una injusticia y le parece difícil imaginar un futuro, dada la alteración física de su status. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Un peligro importante durante esta etapa consiste en que la cólera continuada puede alejar al paciente tanto del personal médico como de la familia, en el momento en que más ayuda necesita. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Es necesaria una gran comprensión y sensibilidad en esta etapa.

El problema principal de esta etapa esta en que el paciente quede permanentemente clasificado como colérico, hostil, contrariante y no cooperativo, lo cual puede provocar una disminución en la calidad de los cuidados y la incapacidad por parte del personal médico para reconocer en el paciente una posterior evolución favorable en su carácter, comportamiento y motivación para la rehabilitación. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

La cuarta Etapa es el Intento adaptativo: Pasada la etapa de protesta, el paciente intenta conseguir una adaptación generalmente manifestada por un exceso de interés en la rehabilitación física, dando una valoración casi podríamos decir obsesiva al gimnasio, tomando el resto de la rehabilitación un papel muy secundario. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Dado que generalmente las expectativas de recuperación no son muy ajustadas a la realidad en el tiempo de conseguirlas o en el grado de recuperación, esto lleva a tres posibles evoluciones: Vuelta a la etapa de protesta o agresividad. Paso a la etapa depresiva. Estas dos primeras supondrían un fracaso del intento adaptativo, Etapa adaptativa no pasando por la etapa depresiva. Esta última significaría un éxito del intento. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

La quinta es la Etapa depresiva: Captación subjetiva de la realidad, con una tendencia al polo negativo o pesimista, sin que el paciente vea salida.

En esta etapa el paciente necesita más apoyo por parte del médico y del personal que le atiende, al igual que de su familia y sus amigos. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En cierto momento del proceso de rehabilitación se debe de esperar la presencia de dicha depresión, cuyos síntomas podrían ser algunos de estos: Pérdida del apetito, insomnio, pérdida de interés en actividades de ocio o placer, pérdida de energía y fatiga, sentimientos de no valer para nada, sentimientos de culpa o de reproche, disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, indecisión e incoherencia, pensamientos recurrentes de muerte e ideas o intentos de suicidio. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

La ausencia de algún síntoma de depresión en un individuo cuya limitación es reciente, sugiere que psicológicamente existe un fallo.

Si la depresión es estrictamente reactiva (Resultante de una limitación) se puede esperar que desaparezca con el tiempo y la comprensión. La depresión en este tipo de pacientes cuya limitación es reciente es natural y legítima, puesto que la persona ha sufrido una pérdida muy real y permanente. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En esta etapa el paciente requerirá una intensa ayuda psicológica y de apoyo, comprensión y paciencia del equipo de rehabilitación. Se debe permitir al paciente expresar y expresar sus sentimientos facilitándose así el proceso de la depresión(Pereira, F y Cuartas, G, 2003).

Los sentimientos depresivos abarcan diferentes grados pudiendo llegar a la expresión de ideas de suicidio. Por otra parte, no siempre la expresión de la depresión es verbal, sino que a veces se manifiesta a través de síntomas orgánicos psicósomáticos. La depresión le llevará a: no valorarse a sí mismo, no colaborar con la rehabilitación, no tener expectativa de futuro. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

La sexta es la Etapa de identificación: Se asume la limitación física y se vive de forma positiva su realidad, desarrollando sus propias potencialidades y buscando soluciones a problemas concretos. Lo importante no es lo que queda sino lo que hacemos con lo que nos queda. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Estas etapas se suceden dentro de un proceso, el cual no siempre se concluye, pudiendo quedar el paciente fijado en cualquiera de ellas, o bien regresar a etapas anteriores que ya habían sido superadas. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Hay que señalar también que existe un paralelismo evolutivo de estas etapas en los familiares, aunque suele existir un desfase en el tiempo con la etapa en que se encuentra el paciente. Esto es debido a la mayor rapidez del proceso en la familia, por conocimiento de la lesión y de la perspectiva de la evolución o pronóstico de la misma. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

El conocimiento de estas etapas es imprescindible para todas las personas que traten de alguna manera con este tipo de pacientes, a fin de comprender mejor al paciente y facilitar su relación con él. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

De esta manera hemos terminado con el factor psicológico, nos queda entonces mencionar lo relacionado con los factores sociales y ambientales.

El fin último de la rehabilitación es conseguir integrar a esa persona discapacitada a la sociedad. Sin nuestro trabajo y esfuerzo de dejar a esa persona en las mejores condiciones físicas y psíquicas estaría incompleto.

Partiendo de la definición citada por Pereira, F, y Cuartas, G, (2003) quien al no encontrar una definición de integración que asuma todos los aspectos considera que: " Toda persona tiene derecho a la educación, formación, cultura, trabajo, ocio, etc. con independencia de su discapacidad, así como de lograr que su integración en la sociedad sea lo mas completa posible, permitiéndosele desempeñar en ella un papel constructivo".

Los problemas principales con los que se encuentra una persona para conseguir la integración son: Falta de información por parte de la sociedad, de aquello que puede y no puede hacer. Las barreras arquitectónicas que influyen en su integración a todos los niveles. Los problemas para acceder a la educación. La incorporación al trabajo es difícil. El poder adquisitivo disminuido ya que aumentan los gastos y disminuyen los ingresos. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Existen barreras que impiden una adecuada adaptación para las personas con LM, algunas de estas barreras son arquitectónicas; entendemos por barrera arquitectónica cualquier traba, obstáculo o impedimento que dificulte o impida al minusválido realizar su vida cotidiana, limitando con ello sus posibilidades laborales, culturales, sociales, deportivas etc. Evidentemente las barreras arquitectónicas fomentarán el aislamiento y la dependencia y la persona limitará sus salidas para no tener que estar pidiendo constantemente ayuda. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Otras barreras son en cuanto a la vivienda; el primer problema que se encuentra el lesionado medular cuando le dan el alta es su vivienda por estar ésta llena de obstáculos para su nueva situación. Se encontrará con escaleras, ascensores pequeños o inexistentes, puertas demasiado pequeñas en cuarto de baño, mesas demasiado bajas, armarios demasiado altos. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Todo esto, le obligará a adaptar su casa y en muchos casos a cambiar de domicilio, lo cual no siempre es posible, ya que esto supone un coste económico bastante elevado. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Además hay que considerar que en las tetraplejias altas, aparte de lo que es la vivienda en sí, si esa persona quiere tener un mínimo de independencia, hay que hacer un control de entorno, de tal manera que esa persona pueda por ejemplo, activar órdenes tan sencillas como encender o apagar una luz, la televisión o abrir o cerrar una puerta. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Las barreras existentes fuera de la vivienda, son de más difícil solución, ya que para su supresión están implicados organismos públicos y/o privados; sin embargo, construir rampas a las entradas de los edificios, ascensores con puerta ancha, etc., es completamente factible y sólo se necesita un poco de voluntad al respecto. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Otro problema importante del lesionado medular, es el de los desplazamientos, ya que no es fácil utilizar los medios de transporte públicos (Guaguas, ferrys y aviones) porque estos siguen estando poco adaptados. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Hay varias comunidades autónomas, que han adaptado algunos autobuses de una línea concreta, lo cual no está mal para los minusválidos que usen esa línea y tengan el mismo recorrido a realizar pero no vale para el resto.

En cuanto al metro, se han adaptado algunas estaciones en Barcelona, Valencia y en Madrid; pero solo Bilbao tiene la totalidad de sus estaciones adaptadas. Sin embargo hay que ser positivo y lo importante es

que se haya empezado a suprimir barreras en los transportes públicos aunque ahora no puedan usarlos la mayoría de las personas. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En otros países no ocurre esto, en países como EE.UU. y el norte de Europa los accesos a los metros tienen rampa para acceder a la estación y luego un ascensor para subir al andén y la persona puede viajar completamente sola en metro. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En cuanto a los autobuses, ocurre lo mismo, la mitad de ellos, tienen un distintivo de minusválido, lo cual quiere decir que si el autobús que llega no lo tiene, solo tienes que esperar al siguiente, ese autobús convertirá esas escaleras en una plataforma que sube y baja, y luego arriba dispondrá de unos asientos abatibles para que la persona en silla de ruedas pueda ir con un cinturón de seguridad para ir mas seguro. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En cuanto a los desplazamientos largos, el avión es el idóneo. Los aeropuertos cuentan con personal especializado que se encarga de trasladar al minusválido, hasta el avión que entra el primero y sale el último sin tener que preocuparse por nada. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

El barco sin embargo está vedado a excepción de algunos transatlánticos de lujo, y en cuanto al tren, antes en España era imposible viajar en tren y ahora por lo menos se puede viajar a Sevilla en AVE pues cuenta con un vagón adaptado con capacidad para una silla de ruedas y espacio en un furgón para varias sillas. Eso sí, más vale que vaya solo, por que el acompañante no puede ir a su lado. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Sin embargo, el medio de traslado más cómodo y asequible será conducir su propio coche adaptando el vehículo, si su lesión se lo permite; o si no, adaptar una furgoneta en la que el lesionado pueda ir en su propia silla.

Siempre existe la posibilidad de utilizar los taxis adaptados (Llamados Eurotaxi), en los que se puede viajar en la propia silla de ruedas. El problema es que pocas ciudades disponen de ellos y su número es pequeño, sin embargo, este medio de transporte es fundamental sobre todo para

traslados esporádicos como puede ser ir al cine o al médico. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En cuanto a la educación, el acceso a ella se hace difícil, debido principalmente a las barreras arquitectónicas, que obligan en la mayoría de los casos, a cambiar de colegio o de Universidad (Según su edad) y replantearse su futuro profesional, ya que no sólo tendrá que pensar si podrá ejercer la carrera que había elegido debido a su discapacidad, sino que también deberá pensar si va a poder entrar sólo o necesitará la ayuda de otra persona para subir las escaleras del centro de estudios elegido. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Si tenemos en cuenta la competencia tan grande que hay para acceder a un puesto de trabajo y el handicap que tiene una persona sólo por el hecho de estar minusválido, se hace imprescindible una formación superior para poder competir con el resto. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

El trabajo y la independencia económica son esenciales para que las personas tengan un sentimiento de suficiencia personal, de dignidad, de autoestima y para sentirse uno mismo, como miembro valioso tanto de la familia como de la sociedad. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En algunos casos, las secuelas físicas de la lesión impiden el retorno al anterior puesto de trabajo obligando a la persona a cambiar de profesión e incluso a veces no poder trabajar. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Encontrar un puesto de trabajo en esta situación, se hace poco menos que imposible, ya que las empresas, consideran que estar sentado en una silla de ruedas, es sinónimo de incapacidad, no dándole al lesionado medular, ni siquiera la oportunidad de demostrar su valía. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

El problema fundamental es la desinformación por parte de la sociedad, de cuales son precisamente las limitaciones de este discapacitado, que evidentemente serán distintas, según la lesión pero que en la mayoría de los casos se refieren al entorno físico (Escaleras, ascensores, puertas, baños, etc). (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Además, se desconocen las ventajas de contratar minusválidos: subvenciones de 600.000 Pts. a fondo perdido, disminución del 70% de la cuota patronal de la S. Social y ayudas para adaptar el puesto de trabajo. En la C.E.E. las subvenciones son de 2 millones y la disminución de la cuota patronal es del 100 %. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En un estudio que se realizó en la Paz en 1987, con 765 lesionados medulares, se encontró que el 60% trabajaba antes de la lesión, y sin embargo sólo lograron reincorporarse de manera remunerada al puesto de trabajo el 16 %. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

El desempleo en los discapacitados es del 80% (Personas inscritas en el I.N.E.M. con alguna minusvalía).

Los principales obstáculos a la integración laboral los podemos dividir en cuatro grandes bloques: Personal: que se refiere a las condiciones físicas y a los problemas para seguir su formación. Social: relativo a la opinión que tiene la sociedad. Legal: que se refiere a la insuficiente normativa y el incumplimiento de la existente, (Obligatoriedad en las empresas privadas de más de 50 trabajadores de tener en su plantilla un 2% de minusválidos y en las públicas una reserva del 3% y como uds. sabrán esto no se cumple). Estructural: escasez de puestos laborales en las empresas. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

El ocio es una parte esencial del ser humano, y cualquier persona tiene derecho a ir a un cine, restaurante, hotel, sin tener que preguntar antes por las escaleras que tiene o por el tamaño de sus puertas. Por ejemplo en Estados Unidos (las comparaciones son odiosas, pero siempre acabamos haciéndolo con alguien que está en mejor situación a la nuestra) existe una Ley Federal de accesibilidad y por tanto no hay ningún problema para acceder a cualquier lugar. público o privado. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En cuanto al deporte, es importante desde 3 puntos de vista: Físico, el ejercicio físico ayuda a mejorar su aspecto y a mejorar tanto la fuerza como la destreza. Psíquico, porque es importante como realización personal sobre todo a nivel de competición. Social, porque facilita la socialización, la relación

con otras personas, y la posibilidad de hacer nuevas amistades. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

El problema es que faltan instalaciones, entrenadores preparados e información a los discapacitados sobre los deportes que pueden practicar y donde.

En cuanto a la familia, es fundamental el papel que la familia desempeñe a partir de esta repentina discapacidad de uno de sus miembros. El principal problema que habrá que evitar es la sobreprotección ya que esta dependencia excesiva a la larga, cansa a todos. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Las personas que en el momento del accidente permanecieran solteras, van a tener más dificultades a la hora de encontrar pareja que antes, y si la encuentran y quieren casarse deberán encontrar una iglesia adaptada lo cual no siempre es fácil sobre todo si te gustan las antiguas. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Un aspecto a tener en cuenta es el de las separaciones matrimoniales o de los noviazgos rotos por causa de la lesión medular, por las implicaciones que esto tiene en el estado anímico del paciente y en su posterior desarrollo afectivo. (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

Todo esto irá muy ligado a la relación que tuviera antes la pareja, a la que establezcan después de la lesión y a la situación económica en la que quedara, ya que según dicen "las penas con pan son menos penas". (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

En cuanto a la Maternidad-Paternidad conviene señalar que es posible, aunque tiene sus dificultades. En el caso del hombre es necesaria la inseminación artificial en muchos de los casos si bien no en todos. En cuanto a la mujer, las posibilidades de quedarse embarazada son las mismas, ya que el ciclo menstrual no está alterado, sin embargo son embarazos de riesgo (Sobre todo en lesiones altas) con posibles complicaciones en el embarazo (Respiratorias, circulatorias, infecciones

urinarias, etc.) y en el parto (Disreflexia autonómica) (Pereira, F y Cuartas, G, 2003)

De esta manera se ha hecho entonces un recorrido por las variables intervinientes en la LM, resta entonces darle un espacio a la definición e importancia de los protocolos dada que es la variable independiente en esta investigación.

Aunque desde hace mucho tiempo han existido guías, protocolos, estándares, políticas y recomendaciones para la practica medica, recientemente se ha despertado un interés creciente por las guías de practica clínica (GPC) como mecanismo para reducir la mala calidad de la atención, controlar diferencias geográficas en los patrones de ejercicio profesional y racionalizar costos para un optimo aprovechamiento de los recursos. (Patiño, 1999).

Una guía se define como la conducta o política oficial para el manejo de condiciones clínicas específicas, con las indicaciones y contraindicaciones para la realización de procedimientos o terapias. Su objetivo general es la estandarización de conductas con base en evidencia científica, a fin de minimizar las variaciones en los patrones de ejercicio y maximizar la calidad de la atención. (Patiño, 1.999).

Las GPC son validas solo en la medida que su uso resulte en mejor atención de salud y costos mas racionales, y que su implementación induzca cambios en los patrones del ejercicio medico con resultados superiores en el manejo de la enfermedad. (Patiño, 1.999).

Algunos ejercicios muestran serias deficiencias en la adopción de la GPC en el ejercicio médico. Esto se debe a diversos factores, entre ellos la calidad d las guías, las características y perfiles de los profesionales, el entorno, los incentivos, las normas y regulaciones y los pacientes (David y Taylor-Vaisey 1997; citado por Patiño, 1999).

Hasta éste momento no se dispone de comprobación científica sobre el verdadero impacto de las guías (Wolf, 1993 citado por Patiño, 1999) y se

plantea potenciales riesgos de convertirse en camisa de fuerza que limiten la autonomía individual de los trabajadores en el área de la salud.

Se teme que sean utilizadas por la atención médica gerenciadas como mecanismos para imponer tareas y oficios que reemplacen el ejercicio racional de la profesión en su afán por contener costos, y que incrementen en vez de disminuir las demandas médico legales. (Patiño, 1999).

Formulación del Problema.

¿Cuál es el procedimiento de evaluación psicológica de los pacientes con lesiones medular en la región L-4 y 5 con edades comprendidas entre 15 y 40 años y pertenecientes a ambos sexos, de cualquier nivel socioeconómico y con un nivel educativo equivalente a la enseñanza Media en la Ciudad de Cartagena?

Objetivos

General

Revisión y recopilación de toda la literatura sobre Lesión Medular pertinente para la elaboración de un protocolo de evaluación psicológica en los mismos.

Específicos

1. Identificar y describir toda la literatura pertinente a Lesión Medular
2. Identificar y describir toda la literatura pertinente a la importancia de los protocolos
3. Identificar y describir las variables que influyen en la rehabilitación del lesionado medular
4. Identificar la posible población con este tipo de lesión en la ciudad de Cartagena

Método

Diseño

El diseño que se utilizó en esta investigación es de tipo Documental la cual tiene por objeto recopilar información sobre el tema de estudio que esté referido a pacientes con Lesión Medular.

Participantes

Para esta investigación se debe trabajar con pacientes con lesión medular en la región Lumbar 4 y 5 con edades comprendidas entre los 15 y 40 años de y pertenecientes a ambos sexos de cualquier nivel socioeconómico y con un nivel educativo equivalente a la enseñanza Media en la Ciudad de Cartagena.

Instrumento

Para efectos de esta investigación, se elaboró un protocolo de evaluación psicológica para pacientes con Lesión Medular. (ANEXO No.1).

Procedimiento

En primera instancia se inició con la recopilación de toda la información para realizar el marco teórico, recurriendo a Internet, libros, revistas. Luego se procedió a visitar hospitales, centros de rehabilitación y clínicas para comprobar la existencia o no de protocolos de evaluación psicológica, de igual manera mirar la prevalencia de la LM, se encontró que al igual que en la teoría citado por Aguado y Alcedo (1990) son muchas las dificultades para calcular la cifra exacta de personas con LM ante la falta de un censo real que recoja datos actuales, sin embargo según información del Dr. Rafael Almeida médico cirujano de la Universidad de Cartagena, existe un alto índice de lesionados a nivel lumbar mas exactamente en la región 4 y 5, y calculando un promedio de cinco personas diarias operadas por LM, una presenta la lesión en esta región.

Con toda la información recopilada a través de todos estos medios, y con base al marco teórico se procedió a diseñar el protocolo de evaluación.

Para la elaboración del protocolo, en primera instancia se convirtió la necesidad de información en una pregunta que en el caso de esta investigación, era contestar ¿Cuál es el más adecuado procedimiento de evaluación psicológica de los pacientes con lesión medular en la región L-4 y 5?

Se comienza entonces a hacer la búsqueda de todos las pruebas disponibles en la literatura relevante a la pregunta.

Hasta aquí esta investigación aborda los pasos del protocolo procediendo a elaborarlo determinando sesiones y dentro de estas estableciendo la duración de cada sesión, los materiales a utilizar y llevando una secuencia lógica de los instrumentos que se utilizarán. Queda abierta la inquietud para investigaciones posteriores partiendo en primera instancia en la validación del instrumento.

Resultados

Con la aplicación de este protocolo que va dirigido a pacientes con lesión medular L 4 y 5, con edades comprendidas entre 15 y 40 años de, de ambos sexos de cualquier nivel socioeconómico y con un nivel educativo equivalente a la enseñanza Media en la Ciudad de Cartagena; se espera lograr una evaluación clara y adecuada de todas las variables a nivel orgánico, a nivel personal y a nivel socioambiental. A nivel orgánico, conocer el nivel de la lesión y funcionalidad del paciente, como ha sido la evolución y las complicaciones médicas que se han presentado, la fuerza y resistencia física. Esta información se puede obtener de los médicos, fisioterapeutas, familiares y el mismo paciente. Esta información es muy importante, ya que de esta forma se conoce que es lo que el paciente tiene posibilidad de hacer desde el punto de vista físico y/o fisiológico.

A nivel personal, se espera identificar las variables sociodemográficas, psicológicas, cognoscitivo-conductuales, afectivas, motivacionales y espirituales.

A nivel socioambiental, por medio de entrevistas a los familiares y al propio paciente, se espera conocer las variables hospitalarias (el entorno hospitalario; la interacción con el personal hospitalario; los tratamientos a los que se ve sometido; el manejo de la información). se buscará recopilar información relacionada con el estigma social, estereotipos sobre la discapacidad, apoyo familiar e interpersonal; la reacción y el afrontamiento de la familia; la seguridad económica, la situación laboral; las oportunidades recreativas y educativas; las barreras urbanísticas y el transporte.

Estas variables se evaluarán con los siguientes instrumentos:

Con la aplicación del Cuestionario de Datos Personales se pretende medir aspectos sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, áreas de ajuste, entre otros aspectos, aspectos que hacen parte del nivel personal.

El Autorregistro para la identificación de pensamientos disfuncionales permite llevar un registro de las cogniciones del paciente.

La Escala de Aceptación de la Discapacidad (AD) pretende medir aspectos de afrontamiento y adaptación a la discapacidad, esta variable es importante determinarla ya que en las investigaciones realizadas de esta depende en gran medida el proceso de adaptación a la lesión y la adecuada rehabilitación.

Con el Inventario de depresión de Beck se busca conocer el estado de ánimo del paciente. La depresión es la variable mas estudiada y el indicador de adaptación mas utilizado.

El MMPI en este protocolo se utiliza con el fin de medir aspectos patológicos de la personalidad del lesionado medular, en la literatura encontrada se evidencia la amplia utilización para su evaluación.

Escala del Nivel de Rehabilitación (LORS). Esta escala pretende medir el nivel de rehabilitación en que se encuentre el paciente, además de mostrar una línea de base para la futura intervención.

La Medida de Independencia (FIM) busca dar información al evaluador del nivel de independencia del paciente, y relacionarla con el nivel personal, físico o fisiológico y socioambiental.

El Cuestionario de la Escala Motivacional (MSQ) se requiere en este protocolo para obtener información del significado personal de la discapacidad la cual hace parte del nivel personal, además de dar una visión general de la motivación del paciente en todos los aspectos de su vida.

La Escala de Bienestar Psicológico busca medir la calidad de vida del lesionado medular la cual se ve afectada drásticamente a partir del inicio de la lesión.

La Entrevista es esencial al momento de evaluar, ya que de esta manera se puede obtener información que ningún otro instrumento de medición podría brindar, esta información se puede obtener del paciente y de sus familiares. A través de esta se puede evaluar el nivel socioambiental, con variables hospitalarias como el tratamiento a los que se ve sometido, el manejo de la información; las actitudes, evaluando el estigma social y los estereotipos sobre la discapacidad; así mismo, variables sociofamiliares,

evaluando el apoyo familiar e interpersonal, la reacción y el afrontamiento de la familia; económicas, indagando en la seguridad económica y la situación laboral; Los recursos técnicos, para conocer el acceso a los cuidados médicos y las ayudas técnicas; el ocio, conociendo las oportunidades recreativas y educativas; la accesibilidad, evaluando las barreras urbanísticas y el transporte; el entorno hospitalario, la interacción con el personal sanitario etc. Para evaluar estas variables se utilizará el Formato semiestructurado de Evaluación del Nivel Socioambiental (ENSA).

El Formato semiestructurado de Evaluación del Área Sexual (EAS) servirá como una guía para la evaluación del área sexual.

La aplicación total del protocolo debe durar 10 sesiones con un total de 9 horas 45 minutos.

Discusión

Dado que la Lesión Medular es la discapacidad física adquirida que mas atención ha recibido, siendo los lesionados medulares el grupo de personas con discapacidad que ha sido objeto de mas observación, investigación y de mayor número de publicaciones (Aguado y Alcedo, 1995a). Considerando además la gravedad y la amplitud de las áreas afectadas, su estudio ha despertado un alto interés en la comunidad científica. Prueba de ello es la presencia de programas médicos asistenciales específicos y el amplio volumen de investigaciones que ha generado en la esfera nacional e internacional.

Que de igual manera han dado un papel cada día mas activo a las personas con discapacidad en su proceso de rehabilitación e integración suponiendo también una demanda creciente de servicios y programas para la mejora de su calidad de vida. Ello plantea nuevos retos a los que la psicología de la rehabilitación y los profesionales que en ella trabajan tienen que responder. Por esta razón es de considerar que un protocolo de evaluación sobre las variables psicológicas aportará información valiosa para guiar los programas de intervención en esta línea.

Después de haber recopilado toda la información de las diferentes fuentes, se realizó esta propuesta de protocolo, el cual está sustentado por la teoría expuesta en el marco teórico. El objetivo ahora será aplicarlo a una pequeña muestra y buscar la validez de este protocolo. Punto que puede ser una desventaja para la investigación, dado que se ha invertido mucho tiempo en la elaboración del mismo y al final es posible que investigaciones posteriores logren determinar una baja validez, esto si el tiempo de ejecución de estas investigaciones es muy remoto en relación a esta investigación.

Otra desventaja en la elaboración del protocolo fue el tiempo del cual se dispuso para elaborarlo, lo cual llevó a no establecer esta investigación como un protocolo, sino como una propuesta de protocolo. Aquí es

importante también resaltar además del poco tiempo para la elaboración, la inexistencia de un protocolo específico para esta investigación, el cual sirviera de punto de referencia.

Cabe destacar la poca información que se tiene acerca de los datos estadísticos de la población de pacientes con lesión medular en Colombia y por ende en la ciudad de Cartagena ante la falta de un censo real que recoja datos actuales, que especifiquen por un lado también el predominio de lesionados; se considera entonces para la presente investigación los datos de otros países citados por García y Herruzo (1995) que especifican la prevalencia mayor de varones entre los lesionados medulares que tienen entre 15 y 40 años, sin excluir a las mujeres, por esta razón esta investigación se hace participe a ambos sexos y con la media de edades según la teoría.

Así mismo, como la escasez de centros de rehabilitación, demuestra el poco interés por tratar de mejorar la calidad de vida de estas personas, información que fue recopilada en los diferentes centros.

REFERENCIAS

Aguado, A.L. (1987). Compromiso psicosocial en la rehabilitación de las discapacidades motrices. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13 (38), 587- 621.

Aguado, A.L. (1989). La evaluación psicológica en rehabilitación: de la calificación a la integración en el proceso de intervención psicológica. *Comunicación presentada a la reunión científica de la Sociedad Española de Evaluación Psicológica sobre Problemas actuales en Evaluación Psicológica*. Madrid, 11-III.

Aguado, A.L. (1995): *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE.

Aguado, A.L, Rueda, M.B, (2003) *Estrategias de Afrontamiento y Procesos de Adaptación a la Lesión Medular*. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid.

Bender, Hernández, Prida, Araujo y Zamora, (2002). Caracterización clínica de pacientes con lesión medular traumática. *Revista Mexicana Neurología* 2002; 3(3), 135-142.

Bolton, B. (1987). *Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation (2ª edición)*. Baltimore: Paul H. Brookes.

Brown, D.J. (1992). Spinal cord injuries: The last decade and the next. *Paraplegia*, 30 (1), 77-82.

Brucker, B.S. (1983). *Spinal Cord Injuries. Coping with chronic disease*. Nueva York: Academic Press.

Craig, A.R.; Hancock, K.M.; Dickson, H.G., y Chang, E. (1997). Long-term psychological outcomes in spinal cord injured persons: Result of a controlled trial using cognitive behavior therapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78 (1), 33-38.

Drew-Cates, J. (1989): *Adjustment in spinal cord injury: A partial transcendence*. Tesis doctoral, Universidad de Rochester (Dissertation Abstracts International, vol. 50- 5B, pág. 1851).

Dunn, M. (1975): Psychological intervention in a spinal cord injury center: An introduction. *Rehabilitation Psychology*, 22 (4), 165-178.

Elliott, T.R., y Frank, R.G. (1996): Depression following spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77 (9), 816-823.

Fraser, R.T. (1984). *An introduction to rehabilitation psychology. Current topics in rehabilitation psychology*. Orlando: Grune & Stratton.

Fonseca, G. (2002). *Manual de medicina de rehabilitación*. Bogotá: Editorial Manual Moderno (1ra.Ed).

García, J., y Herruzo, R. (1995). Epidemiología descriptiva de la prevalencia de la lesión medular espinal en España. *Médula Espinal*, 1 (2), 111-115.

Kemp, B.J., y Krause, J.S. (1999). Depression and life satisfaction among people

ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 21 (5-6), 241-249.

Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. Nueva York: McGraw-Hill.

Ministerio de Salud (1996). *Lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía*. Bogotá.

Moragas, R. (1974). *Rehabilitación: Un enfoque integral*. Madrid: SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Patiño, J.F. (Julio de 1999) Medicina Basada en la Evidencia. Revista de Medicina. Vol. 21 No. 2

Pelechano, V. (1987). Psicología y rehabilitación. Un primer acercamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13 (35), 5-43.

Rehabilitación neurológica, Hipólito Trigoyen 737 e/ Humberto Primo y Garibaldi CP (1878), Instituto Caren. En la red <http://neurorehabilitacion.com/trauma-medular.htm>

Richards, J.S. (1986). Psychologic adjustment to spinal cord injury during first postdischarge year. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67 (4), 362-365.

Richards, J.S.; Kewman, D.G., y Pierce, C.A. (2002). *Spinal cord injury: Handbook of Rehabilitation Psychology*. Washington: American Psychological Association.

Rodríguez-Marín, J. (1986): *Algunos aspectos psicosociológicos de la rehabilitación*. Ponencia para las Jornadas de Psicología y Salud, Santander, 17-19-III (pp. 247-268).

Secretaria Distrital de Salud (2001). Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en Bogotá, D.C. Bogotá.

Trieschmann, R.B. (1992a). Psychosocial research in spinal cord injury: The state of the art. *Paraplegia*, 30 (1), 58-60.

Wright, B.A. (1959). *Psychology and Rehabilitation*. Washington: American Psychological Association.

Wright, G.N. (1980): *Total Rehabilitation*. Boston: Little, Brown and Company.

ANEXOS

(ANEXO No. 1)

Propuesta de Protocolo de Evaluación Psicológica en Pacientes con Lesión Medula

Características Generales

FICHA TÉCNICA

Nombre:	Propuesta de Protocolo de Evaluación Psicológica en pacientes con Lesión Medular.
Autor:	A. Alcalá; L. M. Arrieta; D. C. Deavila
Administración:	Individual y colectiva.
Duración:	Diez sesiones, 9 horas 45 minutos en total.
Aplicación:	Adolescentes y adultos con un nivel educativo equivalente al de la Enseñanza Media.
Significación:	Obtener un diagnóstico psicológico de los lesionados medulares, a nivel orgánico, personal y socioambiental.
Materiales:	Manuales, cuadernillos, hojas de respuestas y planillas de corrección de las pruebas a aplicar.

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es diseñar una propuesta de protocolo de evaluación psicológica en pacientes con lesión medular. Tema que ha interesado por la falta de un protocolo específico para la evaluación en pacientes con lesión medular (L-4 y 5) con edades comprendidas entre 15 y 40 años y pertenecientes a ambos sexos, de cualquier nivel socioeconómico y con un nivel educativo equivalente a la enseñanza Media en la Ciudad de Cartagena

Con esta propuesta la psicología de la rehabilitación podrá posteriormente aplicarlo y validarlo con el objeto de tener un protocolo de evaluación psicológica específico para estos pacientes.

Problema

¿Cuál es el procedimiento de evaluación psicológica en los pacientes con lesión medular en L-4 y 5?

Objetivo General

- Diseñar un protocolo de evaluación psicológica en pacientes con lesión medular en L-4 y 5 en la ciudad de Cartagena.

Objetivos Específicos

- Recopilar toda la información referente la lesión medular.
- Realizar entrevistas a especialistas en lesión medular.
- Recoger información acerca de los instrumentos medición adecuados para la evaluación psicológica en pacientes con LM.

Variables a Evaluar:

- A nivel orgánico (variables físicas y/o fisiológicas): El nivel de la lesión y funcionalidad; la evolución y complicaciones medicas; la fuerza y la resistencia física.

- A nivel personal (variables sociodemográficas, psicológicas, cognitivo-conductuales, afectivas, motivacionales y espiritualidad): la edad, el nivel educativo y la capacidad intelectual; la personalidad, el locus de control interno y las habilidades de afrontamiento al estrés; la autoestima, la autoimagen y la creatividad; los hábitos o estilos de vida; la sexualidad; el estado de animo, las preferencias y los refuerzos; el significado personal de la discapacidad; las creencias religiosas o la filosofía de la vida.

- A nivel socio-ambiental (variables hospitalarias, actitudes socio-familiares, económicas, culturales, recursos técnicos, ocio, accesibilidad):el

entorno hospitalario; la interacción con el personal hospitalario; los tratamientos a los que se ve sometido; el manejo de la información; el estigma social y los estereotipos sobre la discapacidad; el apoyo familiar e impersonal; la reacción y el afrontamiento de la familia; la seguridad económica, la situación laboral; las influencias étnicas y culturales; el acceso a los cuidados médicos y la ayuda técnica; las oportunidades recreativas y educativas; las barreras urbanísticas y el transporte.

Instrumentos:

1. Cuestionario de Datos Personales
2. Escala de aceptación de la discapacidad (AD)
3. Inventario de depresión de Beck
4. Autorregistro para la identificación de pensamientos disfuncionales
5. MMPI
6. Escala del nivel de Rehabilitación (LORS)
7. La Medida de Independencia (FIM)
8. Cuestionario de la Escala Motivacional (MSQ)
9. Escala de Bienestar Psicológico (Calidad de Vida)
10. Formato Semiestructurado de evaluación del Área Sexual (EAS)
11. Formato Semiestructurado de Evaluación del Nivel Socioambiental (ENSA)

PROCEDIMIENTO

Para abordar el protocolo el psicólogo en primera instancia debe tener un reporte médico con respecto al nivel orgánico de los pacientes con lesión medular. En este reporte se mira en primera instancia el nivel de la lesión; si el nivel está ubicado en la región L-4 y 5, entonces se procederá a seguir con el proceso de evaluación, de lo contrario se recomienda al psicólogo revisar la bibliografía existente respecto al nivel de la lesión, dado que este protocolo es específico para pacientes con lesión L-4 y 5.

Seguido a esto se dará inicio a la evaluación del nivel personal puesto que en la teoría revisada se encontró que esta es el nivel que en primera instancia se ve mas comprometida por los efectos que causa una perdida.

- **Primera Sesión**

A través de una entrevista se diligenciará por parte del psicólogo un cuestionario semiestructurado de datos personales (ANEXO No.2)

Objetivos: Indagar en los datos sociodemográficos, áreas de ajuste, y demás datos personales.

Duración: 30 minutos

Materiales: Cuestionario de datos personales.

- **Segunda Sesión**

En esta sesión se aplicará primeramente la prueba MMPI (evaluación de las variables psicológicas). Posteriormente se le entrena para que llene un autorregistro cognitivo, debido a que entre las variables cognitivas derivadas de varios estudios realizados sobre sucesos vitales traumáticos se encuentran: la negociación con la realidad, la ilusión, la esperanza, las creencias irreales y la búsqueda de significado. (ANEXO. No.3)

Objetivo: Con la aplicación del MMPI se busca evaluar los aspectos patológicos de la personalidad. De igual manera entrenarlo en el autorregistro para que aprenda a identificar sus pensamientos y nos ayude a evaluar como se están manejando las variables cognitivas a lo largo del proceso de evaluación.

Duración: 1 hora 15 min.

Materiales: Cuadernillo y hoja de respuesta del MMPI, lápiz, y hoja de autorregistro.

Luego se sacan los resultados del MMPI y se realiza un análisis de acuerdo al caso del paciente, para que en la siguiente sesión se indague y se profundice en los factores de personalidad mas comprometidos.

- **Tercera Sesión**

Esta sesión se inicia con la recogida y revisión del autorregistro. Se prosigue con la evaluación del área afectiva dando especial importancia a la variable psicológica “Depresión”, aplicando el Inventario de depresión de Beck para mirar el grado de sentimientos depresivos del paciente. Dado que según la literatura consultada el paciente en proceso de rehabilitación se debe esperar de él la posible presencia de depresión. (ANEXO No.4)

Objetivos: Identificar las variables cognitivas del paciente. Además conocer el estado afectivo de la persona, especialmente la variable depresión.

Duración: 1 hora

Materiales: Inventario de Beck y lápiz.

- **Cuarta Sesión**

Revisión del autorregistro.

Aplicación de la Escala de Bienestar Psicológico, ya que estudios han determinado que las áreas que constituyen la calidad de vida de las personas con LM son las mismas que para la población general.

Objetivo: Conocer la Calidad de vida del paciente

Duración: 30 minutos

Materiales: Escala de Bienestar Psicológico y lápiz.

- **Quinta sesión.**

Revisión del autorregistro.

En esta sesión se evaluará el área sexual a través de una entrevista. Para dicha evaluación se utilizará el formato semiestructurado para la evaluación del área sexual (ANEXO No. 5).

Objetivos: Conocer los aspectos del área sexual del paciente que han sido afectados.

Duración: 1 hora

Materiales: Formato Semiestructurado de Evaluación del Área Sexual (EAS)

- **Sexta Sesión**

Revisión del autorregistro

Se aplicará la escala de aceptación de la discapacidad para mirar el grado de negación del paciente con respecto a su condición física.

Objetivos: Determinar el grado de negación del paciente.

Duración: 1 hora

Materiales: Escala de aceptación de la discapacidad (AD) y lápiz.

- **Séptima Sesión**

Revisión del autorregistro.

En esta sesión se aplicará la Escala del nivel de Rehabilitación (LORS).

Objetivos: Determinar el nivel de rehabilitación en que se encuentra el paciente y mostrar una línea de base para la futura intervención.

Materiales: Escala LORS y lápiz.

Duración: 1 hora.

- **Octava Sesión**

Revisión del autorregistro

En esta sesión se empieza a abordar el nivel socioambiental, por medio de entrevistas a familiares y al propio paciente, para ello se utilizará un formato semiestructurado de evaluación de las variables hospitalarias, el estigma social, estereotipos sobre la discapacidad, apoyo familiar e impersonal; la reacción y el afrontamiento de la familia; la seguridad económica, la situación laboral; las oportunidades recreativas y educativas; las barreras urbanísticas y el transporte. Para ello se utilizará el Formato de Semiestructurado de Evaluación del Nivel Nocioambiental (ENSA). (ANEXO No. 6)

Objetivo: Identificar las variables que integran el Nivel Socioambiental.

Duración: 1 hora y 30 minutos

- **Novena Sesión**

Revisión del autorregistro

Aplicación de la Medida de Independencia (FIM)

Objetivo: Busca dar información al evaluador del nivel de independencia del paciente, y relacionarla con el nivel personal, físico o fisiológico y socioambiental.

Materiales: Medida de Independencia (FIM), lápiz.

Duración: 1 hora.

- **Décima Sesión**

Revisión del autorregistro

Aplicación del Cuestionario de la Escala Motivacional (MSQ).

Objetivo: Obtener información de el significado personal de la discapacidad la cual hace parte del nivel personal.

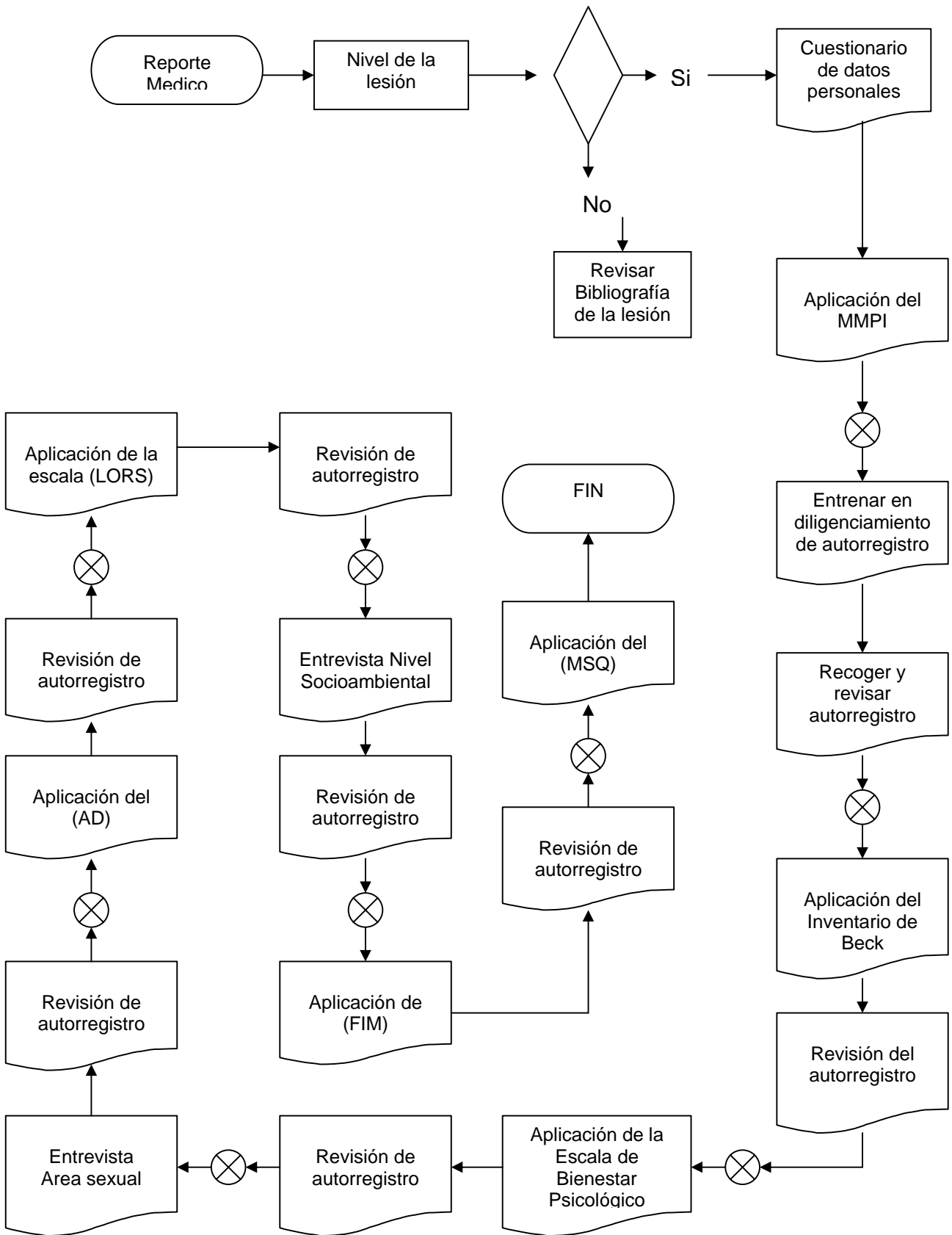
Materiales: Cuestionario MSQ, lápiz.

Duración: 1 hora

Terminado todo el proceso de evaluación, se procede a dar un informe de los resultados obtenidos en el mismo, es decir se dará el diagnóstico del estado psicológico del paciente para posteriormente conseguir su rehabilitación psicológica.

Para obtener un conocimiento común y exacto del funcionamiento del protocolo, a continuación se presenta un diagrama de flujo que refleja el proceso y la forma como realmente opera.

FLUJOGRAMA



INFORMACIÓN FAMILIAR

19. Nombre Del padre _____ Edad _____

20. Ocupación _____ Relación _____

21. Nombre de la madre _____ Edad _____

22. Ocupación _____ Relación _____

23. Hermanos

Nombre	Edad	Relación
--------	------	----------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

24. Donde vive y con quien _____

25. Describa antecedentes de problemas mentales en su familia

INFORMACIÓN RELIGIOSA

26.A que religión pertenece? _____

27. Con que frecuencia practica usted los ritos de su religión? _____

INFORMACIÓN ESCOLAR

28. Primaria Si ___ No ___

Institución _____ Cursos _____

Año en que los terminó _____

29. Bachillerato Si ___ No ___

Institución _____ Cursos _____

Año en que los terminó _____

30.

Estudios	Institución	Titulo o Programa	Ciudad	Año
Secundarios				
Técnicos				
Superiores				

INFORMACIÓN LABORAL

31.

Liste el trabajo empezando por el más reciente.				
Empresa	Cargo	Tiempo lab.	Fecha	Teléfono

(ANEXO No. 3)

**HOJA DE AUTORREGISTRO PARA IDENTIFICACIÓN DE
PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES**

Fecha	Situación	Emoción(es)	Pensamiento(s) Automático	Distorsion (es) Cognitivas

(ANEXO No. 4)

CUESTIONARIO DE BECK

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 19 apartados;

señale con una cruz la frase que mejor refleje su situación actual.

1. – Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.
 - No me encuentro triste.
 - Me siento algo triste y deprimido.
 - Ya no puedo soportar esta pena.
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

2. – Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas.
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.
 - No espero nada bueno de la vida.
 - No espero nada. Esto no tiene remedio.

3. – He fracasado totalmente como persona (padre, marido, madre, hijo, profesional, etc.).
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.
 - No me considero fracasado.
 - Veo mi vida llena de fracasos.

4. – Ya nada me llena.
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía.
 - No estoy especialmente insatisfecho.
 - Estoy harto de todo.

5. – A veces me siento despreciable y mala persona.
- Me siento bastante culpable.
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable.
 - No me siento culpable.
6. – Estoy descontento conmigo mismo.
- No me aprecio.
 - Me odio (me desprecio).
 - Estoy asqueado de mí.
 - Estoy satisfecho de mí mismo.
7. – No creo ser peor que otros.
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal.
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos.
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores.
8. – Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo.
- Siento que estaría mejor muerto.
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.
 - Tengo planes decididos de suicidarme.
 - Me mataría si pudiera.
 - No tengo pensamientos de hacerme daño.
- 9.– No lloro más de lo normal.
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo.
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo.

– Ahora lloro más de lo normal.

10.– No estoy más irritable que normalmente.

– Me irrito con más facilidad que antes.

– Me siento irritado todo el tiempo.

– Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.

11. – He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto.

– Me intereso por la gente menos que antes.

– No he perdido mi interés por los demás.

– He perdido todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.

12. – Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.

– Tomo mis decisiones como siempre.

– Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.

– Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.

13. – Puedo trabajar tan bien como antes.

– Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.

– No puedo trabajar en nada.

– Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.

– No trabajo tan bien como lo hacía antes.

14. – Duermo tan bien como antes.

– Me despierto más cansado por la mañana.

– Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.

– Tardo una o dos horas en dormir por la noche.

- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme.
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas.
- Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas.
- No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas.

15. – Me canso más fácilmente que antes.

- Cualquier cosa que hago me fatiga.
- No me canso más de lo normal.
- Me canso tanto que no puedo hacer nada.

16. – He perdido totalmente el apetito.

- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es ahora mucho menor.
- Tengo el mismo apetito de siempre.

17. – No he perdido peso últimamente.

- He perdido más de dos kilos y medio.
- He perdido más de cinco kilos.
- He perdido más de siete kilos y medio.

18. – Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.

- Estoy preocupado por dolores y trastornos.
- No me preocupa mi salud más de lo normal.
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.

19. – Estoy menos interesado por el sexo que antes.

- He perdido todo mi interés por el sexo.
- Apenas me siento atraído sexualmente.
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

(ANEXO No. 5)

**FORMATO SEMIESTRUCTURADO PARA EVALUAR AREA SEXUAL EN
PACIENTES CON LESION MEDULAR L-4 y 5
(EAS)**

1. ¿Qué diferencia hay en la satisfacción sexual antes y después de adquirir la lesión?

2. ¿Cree que la lesión le ha causado alguna dificultad para obtener satisfacción en las relaciones sexuales?

3. ¿Cómo era su vida sexual antes de sufrir la lesión?

4. ¿Cómo ha sido su vida sexual después de haber sufrido la lesión?

5. ¿Tiene usted pareja actualmente?

Si _____ No _____

6. ¿Desde hace cuanto?

6. ¿Cómo es su relación con el / ella?

Buena _____ Regular _____ Mala _____

7. ¿Con que frecuencia realizaba usted el acto sexual antes de sufrir la lesión?

8. ¿Con que frecuencia realiza usted el acto sexual actualmente?

9. ¿Siente que su deseo sexual ha disminuido despues de sufrir la lesión?

10. ¿Qué cambios se han presentado en su vida de pareja después de sufrir la lesión?

11. ¿Qué cambios ha sentido en sus relaciones sexuales después de sufrir la lesión?

(ANEXO No. 6)

FORMATO SEMIESTRUCTURADO PARA EVALUAR NIVEL SOCIOAMBIENTAL EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR L- 4 Y 5 (ENSA)

I. REACCION, AFRONTAMIENTO Y APOYO FAMILIAR E INTERPERSONAL:

1. ¿cuál ha sido el papel de su familia en su atención y desarrollo personal?

2. ¿Es conciente su familia de la necesidad de prever su futuro en vida independiente?

3. ¿Cuál ha sido el papel que su familia ha desempeñado a partir de su discapacidad?

4. ¿Cuáles son las carencias en su familia como apoyo y soporte para usted, que entorpecen o imposibilitan el disfrute entre ustedes de una vida digna?

5. ¿El resto de hermanos (si los tiene) lo han apoyado en circunstancias en las que los ha necesitado?

6. ¿Además de su familia, que otras personas le han brindado su apoyo?

II. ESTIGMA SOCIAL Y ESTEREOTIPOS SOBRE LA DISCAPACIDAD:

7. ¿Cuáles han sido las principales dificultades que se le han presentado para lograr una adecuada integración social?

8. ¿Cómo es su vida social actualmente?

9. ¿Cuáles podrían ser las causas de la indiferencia social y de la falta de información acerca de lo que se debe y no se debe hacer?

III. SEGURIDAD ECONOMICA, SITUACION LABORAL Y EDUCACION:

10. ¿Cuales son las dificultades que se le han presentado que le impiden la integración laboral?

11. ¿Tiene usted acceso a medios de financiación, prestamos etc.?

12. ¿Cree usted que los centros especiales de empleo tienen un adecuado funcionamiento que posibilite el acceso de personas con discapacidad?

13. ¿Ha tenido usted la posibilidad de incorporarse en una empresa para laborar?

14. ¿Cuáles han sido las dificultades económicas que se le han presentado por aumento de gastos y disminución de ingresos?

15. ¿Ha tenido problemas para acceder a la educación?

IV. DEPORTES, OCIO, RECREACIÓN:

16. ¿Participa usted en actividades como deportes, salidas recreativas o culturales?

17. ¿Cuáles son las dificultades que se le han presentado para acceder al ocio, al deporte y a la recreación?

18. ¿Cree usted que hay carencia de instalaciones deportivas, entrenadores preparados y falta de información a los discapacitados sobre los deportes que pueden practicar y donde?

19. ¿Conoce usted la existencia de programas que aseguren la participación en este tipo de actividades adaptándolas y acercándolas a las características de los discapacitados?

20. ¿Cree usted que en las instituciones publicas existe conciencia de la necesaria presencia de la persona con discapacidad en las actividades publicas que se organizan?

21. ¿Considera usted que su discapacidad limita su participación en actividades de ocio, recreación y deporte?

22. ¿Cuáles son los sitios que usted frecuenta para la diversión, el ocio y la recreación?

V. BARRERAS URBANÍSTICAS, DE VIVIENDA Y TRANSPORTE:

23. ¿En cuanto al transporte publico, cuales son las principales que encuentra para su adecuado desplazamiento?

24. ¿Cuáles han sido las barreras arquitectónicas que han influido en su adecuada integración social?

25. ¿En cuanto a las barreras arquitectónicas en las Instituciones educativas cuales han sido los principales inconvenientes que se le han presentado?

26. ¿Cuáles son los obstáculos que se presentan en su vivienda que le impiden su movilidad, independecia y autonomía?

27. ¿Su vivienda cuenta con las adaptaciones adecuadas para facilitar sus tareas cotidianas y las de su familia?

28. ¿Cuáles son las razones por las cuales esas adaptaciones no se han llevado a cabo?

VI. VARIABLES HOSPITALARIAS

29. ¿Cuáles son los tratamientos médicos a los que usted se ve sometido actualmente?

30. ¿La información acerca de los tratamientos médicos ha sido claramente comprendida por usted?

31. ¿Cómo ha sido la coordinación entre las instituciones de salud a las que usted ha asistido y su familia?

32. ¿Qué deficiencias se han presentado en el ámbito sanitario desde el momento de la lesión, en relación a la formación, orientación hacia servicios, información etc.?

33. ¿Qué deficiencias en el ámbito sanitario se han presentado posteriormente en el seguimiento de su salud, en los tratamientos y en las prácticas de determinadas pruebas o intervenciones, tales como revisiones ginecológicas, problemas buco dentales, falta de especialistas etc.?

34. ¿Cómo ha sido el manejo de la información entre las instituciones de salud y usted y su familia desde el momento de la lesión?

35. ¿Cómo es el entorno hospitalario al que usted se ha visto sometido?

36. ¿Cómo ha sido la interacción entre usted y su familia y el personal hospitalario?

Las pruebas MMPI, LORS, FIM, MSQ, y la Escala de Bienestar Psicológico no están anexadas debido a que estas tienen derecho de autor y no se pueden copiar. Recordemos que las pruebas en general son de uso restrictivo y no pueden copiarse ni divulgarse so pena de violar la Ley y la Ética profesional.

Para acceder a ellas es necesario comprarlas y en el momento no contamos con los recursos económicos para pagar por ellas, además este es una propuesta de protocolo y no es necesario anexar las pruebas.

En el momento en que el protocolo haya sido validado, si es recomendable anexarlas para luego proponer el protocolo y distribuirlo a los interesados.