



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA

“ESTUDIO PILOTO COMPARATIVO A NIVEL
PSICOLOGICO EN DOS POBLACIONES CON
DAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL”



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N:

BECERRA TORRES LYDIA PATRICIA
MENDOZA HERNANDEZ MARIA TERESA
RODRIGUEZ GONZALEZ VERONICA



Los Fieyes Iztacala, Tlalnepantla. Septiembre, 1991



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

D
E
D
I
C
A
T
O
R
I
A
S

A NUESTROS ASESORES
LIC. I. NORA LICEAGA G.
LIC. FERNANDO QUINTANAR O.

Por su paciencia, experiencia
y conocimientos prestados para
el desarrollo y conclusión de
este trabajo.

A TODOS los profesores que
hemos tenido durante nuestra
vida de estudiantes, por
compartir con nosotras sus
conocimientos, les agradecemos
infinitamente.

VERONICA, TERESA Y LYDIA.

I N D I C E

	Pags.
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1 MEDICINA CONDUCTUAL	3
1.1 Marco Teórico Conceptual	
1.2 Naturaleza de la Medicina Conductual	
1.3 Elementos que contempla la Medicina Conductual.	
CAPITULO 2 LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS	26
2.1 Antecedentes teóricos de las Habilidades de Afrontamiento	
2.2 Elementos que contemplan las Habilidades de Afrontamiento	
CAPITULO 3 GRUPOS DE AUTOAYUDA	39
3.1 Casos prácticos de los Grupos de Autoayuda	

CAPITULO 4 ANATOMIA Y NEUROFISIOLOGIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL 60

- 4.1 Importancia para el Psicólogo
- 4.2 Anatomía de la Columna Vertebral
- 4.3 Etiología
- 4.4 Consecuencias
- 4.5 Tratamientos
- 4.6 Neuroanatomía de la Médula Espinal
- 4.7 Funciones de la Médula Espinal
- 4.8 Tipo y Etiología de las Lesiones Traumáticas
- 4.9 Consecuencias
- 4.10 Tratamientos

CAPITULO 5 ESTUDIO CCOMPARATIVO A NIVEL PSICOLOGICO EN DOS POBLACIONES CON DAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL 82

- 5.1 Reporte de Investigación
- 5.2 Método
- 5.3 Procedimiento
- 5.4 Resultados
- 5.5 Discusión

	Pags.
CONCLUSIONES	98
ANEXOS	102
GLOSARIO	123
BIBLIOGRAFIA	134

I N T R O D U C C I O N

La importancia de este trabajo, surge a partir de que es la primera investigación a nivel médico-psicológico en nuestro país, en pacientes que sufren daño o lesión a nivel columna o médula espinal. El objetivo es proponer un perfil psicológico en ambas poblaciones y poder implementar a futuro estrategias de intervención en la población donde se encuentren limitaciones de Habilidades en Afrontamiento, dirigido a promover la adhesión al tratamiento médico y generar estilos de vida que permitan una mejor rehabilitación a través del entrenamiento de dichas habilidades.

Para esto, nos hemos apoyado en el estudio teórico de la Medicina Conductual, que representa un avance de la Terapia Conductual; su tecnología y sus procedimientos, así como de la Medicina misma. La Medicina Conductual está logrando grandes beneficios en los padecimientos crónico-degenerativos, bajo un enfoque biopsicosocial, y por tal motivo con una intervención interdisciplinaria que probablemente no se obtendría con una intervención

individual de las diferentes áreas de la salud.

Como segundo punto, se aporta información teórica de lo que son las Habilidades de Afrontamiento, cómo se han enfocado y a través de qué técnicas se utiliza, para implementar programas adaptativos a las nuevas condiciones de vida del paciente con padecimientos crónico-degenerativos.

En tercer instancia, se aborda la formación de Grupos de Autoayuda como una opción de intervención psicológica.

En seguida se describe someramente en qué consisten las lesiones a nivel óseo y medular, así como, sus complicaciones y tratamientos que se efectúan, para lograr una adecuada rehabilitación médica y desde el punto de vista psicológico, identificar las reacciones emocionales que surgen en los diferentes períodos del padecimiento.

Por último, se reportan los resultados que se obtuvieron de la investigación, donde se permite asentar las bases para la obtención del perfil psicológico en ambas poblaciones (pacientes con daño en columna y lesión medular traumática) y saber en cuál de ellas, se hace más imprescindible la intervención psicológica.

C A P I T U L O I

I MEDICINA CONDUCTUAL.

La importancia de presentar en este primer capítulo la información referente a todo lo que concierne a la Medicina Conductual es tener una concepción del por qué el surgimiento de la misma, el interés de los profesionales de la salud en el campo de la Psicología y viceversa, así como, las limitaciones en los avances médicos para formular programas integrales de apoyo, prevención, diagnóstico e intervención en las enfermedades crónico-degenerativas.

1.1 MARCO TEORICO CONCEPTUAL DE LA MEDICINA CONDUCTUAL.

Si se toma en cuenta que las enfermedades crónicas son en gran medida el resultado de un estilo de vida conductual inadecuado, por ejemplo la falta de actividad física, el exceso de fumar y beber y en general la adopción de malos hábitos que van en contra de la promoción de la salud, el proceso mismo salud-enfermedad, sería objeto de estudio de un campo interdisciplinario en

donde se contemple a la persona afectada no sólo en el aspecto somático sino también en otras áreas de su desarrollo (afectivas, emocionales, etc.) donde se ve alterado, así la intervención en enfermedades tanto agudas como crónicas se regiría por el mismo principio.

Visto desde este punto de vista, la Psicología no esta meramente justificada, sino obligada a aplicar sus conocimientos y métodos de prevención, diagnóstico e intervención a quienes padecen alguna enfermedad.

El interés del psicólogo en los padecimientos físicos no es nuevo, puesto que éste ha trabajado con médicos sobre problemas de salud durante casi un siglo. Las relaciones informales entre las áreas médica y psicológica se comienza a observar a principios de este siglo, en virtud de que se iniciaban investigaciones de tipo psicológico dentro del campo de atención médica, abordando fenómenos psicológicos relacionados con aspectos fisiológicos.

En la década de los 70's es cuando empieza a darse una relación más formal entre las dos ciencias, derivado esto, de un estudio promovido por la Junta de Asuntos Científicos de la American Psychology Asociation (1973) acerca de las potencialidades que comenzaba a tener la

Psicología en el campo de la salud y las posibles investigaciones derivadas de esto (1). Se inicia una revisión de los reportes de trabajo contenidos en el Psychological Abstract Serach & Retrieval desde 1966 hasta 1973, encontrándose 350 artículos relacionados con el área salud, divididos en tres tópicos principales: investigaciones psicobiológicas; investigaciones de cuidados de la salud (prevención, tratamiento y rehabilitación); e investigaciones de las actitudes relacionadas con la salud y su mantenimiento.

Posterior a la reflexión y análisis de los datos arrojados por la revisión antes citada, se planteó la necesidad de que la Psicología pudiera contribuir de manera más formal y significativa en el sector salud, puesto que hasta ese momento no existía una disciplina dentro de dicho sector que pudiera dar explicación de los efectos de las variables conductuales que en un momento dado estaban involucradas en el proceso salud-enfermedad, asimismo, los psicólogos comienzan a ser vistos como colegas independientes y capaces para ser consultados por los médicos,

(1) CAMPOS, H.A. y Campos, H.H., "La Participación del Psicólogo en el Contexto de la Salud Laboral"; Cap. IV; Tesis ENEPI; 1985; pp.61-65.

ya que en primer lugar lograron demostrar tener una basta y suficiente habilidad en el campo de la educación preventiva, el entrenamiento en bioretroalimentación y terapia familiar, que para el médico estaba fuera de su alcance; en segundo lugar, lograron el reconocimiento por parte de los médicos de que un gran número de padecimientos, vistos en la práctica diaria, no eran causados por agentes infecciosos o decaimientos ordinarios, sino por el estilo de vida pernicioso y malos hábitos de conducta; y en tercer lugar, la incapacidad de sus colegas psiquiatras, al no poder ofrecer alternativas de acción para atender este tipo de situaciones. Así, se empieza a vislumbrar la importancia de establecer un centro de Investigación en Salud dentro de la American Psychology Asociation (APA).

"...El APATask Force en Health Research, contribuye al establecimiento de la sección sobre investigación en salud dentro de la división 18 (Psicólogos en Servicio Público) de las 37 divisiones existentes en la APA. Posteriormente, como consecuencia del creciente trabajo encaminado a la búsqueda de las potencialidades de la Psicología en el sector en 1978 se establece la división 38 de la APA *Psicología de la Salud* ..." (2)

(2) MATARAZZO; en Campos, H.A., Op. Cit.

Una vez abierto el campo de la Medicina a la Psicología, surgen nuevas perspectivas para la valoración e intervención en problemas del proceso salud-enfermedad, es así como se inicia la Medicina Conductual.

Mencionado lo anterior, podemos entonces, entrar de lleno al surgimiento y naturaleza de la Medicina Conductual.

1.2 NATURALEZA DE LA MEDICINA CONDUCTUAL.

La Medicina Conductual surgió en primer instancia, del interés de los profesionales de la salud ante los problemas del proceso de salud-enfermedad que están relacionados con los factores biopsicosociales y en segunda, por la limitación en otras áreas de la salud para cubrir las necesidades de valoración e intervención terapéutica a nivel psicológico, como son: la Medicina Psicosomática y la Psicología Médica, entendiendo éstas como una necesidad del médico para comprender los síntomas fisiológicos a través de los síntomas psicológicos, conocer cómo se interrelaciona la enfermedad física con la enfermedad mental y como actúan a nivel orgánico los procesos psíquicos para acelerar o retardar

en un momento dado el padecimiento físico. El enfoque de la Medicina Psicosomática está principalmente involucrado en la etiología de la enfermedad física, con terapia dirigida a lograr la disminución de causas emocionales que se originan, mantienen o intervienen en el proceso de la enfermedad; mientras que el enfoque de la Psicología Médica es principalmente describir los principios psicológicos por los cuales se origina la enfermedad a través de la valoración y diagnóstico de enfermedades físicas, valiéndose de una amplia gama de técnicas tales como: la valoración psicométrica y pruebas proyectivas basadas en la Teoría de la Personalidad, para de allí proponer un tratamiento a seguir; teniendo ambos enfoques la característica de actuar en forma aislada, sin tomar en cuenta los factores intervinientes (ambiental, social, familiar).

Una nueva alternativa dentro del área clínica para abordar problemas de salud-enfermedad, es la Medicina Conductual que considera aspectos biomédicos y psicológicos como factores que determinan el proceso mismo y que se tienen que contemplar, evaluar y analizar apoyado en el terreno del análisis conductual aplicado, donde se incluye la investigación de los factores ambientales que afectan a los aparatos y sistemas

cardiovascular, respiratorio, neurológico, digestivo, etc.

La Medicina Conductual va a tener como objetivo, el análisis funcional y el entendimiento de la conducta asociada a desórdenes médicos de atención a la salud.

El término de Medicina Conductual fué primeramente empleado por Birk (3), para describir los méritos que tenía la bioretroalimentación en el tratamiento de desórdenes médicos, tales como: asma, epilepsia y tensión entre otros.

Posteriormente, Blanchard (4), define a la Medicina Conductual como la aplicación sistemática de los principios y tecnología de la Psicología Conductual al campo de la Medicina y en específico a la salud y enfermedad.

Conforme avanza la investigación en este campo, se va ampliando y redefiniendo el término de Medicina Conductual, destacando más explícitamente el concepto de integración de pensamiento y tecnología, claro ejemplo lo dá la siguiente definición:

(3) Cfr. en GENTRY, W.D.; "Behavioral Medicine; A New Paradigm"; University of Virginia; Medical School; Cap. I; 1982; p. 362.

(4) Cfr. en GENTRY, W.D.; Op. Cit. pag. 365.

"... La Medicina Conductual, considerada ahora, además, como un campo interdisciplinario en donde se desarrollan e integran los conocimientos de las ciencias Conductual y Biomédica, así como, la aplicación de las técnicas conductuales a la salud y enfermedad, interviniendo en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación..." (5).

En el lapso comprendido entre 1977 y 1978, dado el auge que cobra la Medicina Conductual, se comienza a tener grandes avances, según lo menciona Pomerleau (6) que se pueden resumir en:

1. El establecimiento de la rama de la Medicina Conductual en el National Heart Lung Blood Institute.

2. La apertura de la sección de estudios de la Medicina Conductual dentro de los National Institute Health.

3. La organización de varios centros de investigación en las principales escuelas de Medicina.

4. La creación de una publicación periódica especializada, llamada Journal of Behavioral Medicine.

(5) SHWARTZ y Weiss; 1978; en Gentry; ibid.
pag 7.

(6) Cfr. CAMPOS, H.A. y Campos, H.H; Op. Cit.

5. La fundación de la Society of Behavioral Medicine, por parte de un grupo de miembros de la Association for the Advancement of Behavioral Therapy.

6. El establecimiento de sociedades de investigación en Medicina Conductual.

7. La Formación de Convenciones en varias escuelas dedicada a temas de Medicina Conductual.

8. Publicación de numerosos libros y artículos sobre Medicina Conductual.

Así, tenemos que la definición más actual en lo referente a Medicina Conductual, es la ofrecida por Pinkerton y Wenrich, en donde se observa más concretamente la unificación de criterios con respecto a ésta.

"...La aplicación clínica de las principales técnicas y procedimientos de Terapia de la Conducta en la valoración, tratamiento, manejo, rehabilitación y prevención de enfermedades físicas o reacciones conductuales concomitantes a la disfunción física; y la validación y refinamiento de algunas de las técnicas de tratamiento médico y las consecuencias relacionadas a la salud a través de la búsqueda e investigación sistemática..."(7).

(7) PINKERTON, S.S., Hughes, H. y Wenrich, W.W., "Behavioral Medicine"; (Clinical Applications); A Willey Interscience 1982; USA.

Dentro de la definición anterior, se menciona un término clave para la Medicina Conductual, como lo es el de "Terapia de la Conducta" que no es más que la aplicación de principios derivados de procedimientos experimentales sobre la conducta y que son aplicados para la modificación de la misma (8).

Desde el punto de vista conductual, para los desórdenes físicos, se enfatiza la combinación de factores medioambientales, conductuales y fisiológicos en la etiología y el mantenimiento de los desórdenes. Partiendo de esto, se puede decir que no es suficiente la mera identificación de la etiología orgánica para sustentar las bases en el tratamiento de problemas relacionados a la salud. La Medicina Conductual provee pues, la tecnología necesaria para dicho tratamiento.

Las áreas principales para la aplicación de técnicas conductuales dentro de la Medicina son las siguientes:

a) El servicio directo al paciente o la aplicación de programas conductuales al paciente

(8) PINKERTON, S.S., Hughes, H. y Wenrich, W.W.
1982, Op. Cit.

mismo, o más específicamente a su problema de conducta.

b) El uso de técnicas conductuales para lograr que el paciente se adhiera al tratamiento médico y lo acepte.

c) La intervención en la modificación de conducta de los prestadores de servicio de salud (enfermeras, asistentes, médicos, etc.) con respecto al trato hacia los pacientes a fin de mejorar éste.

d) La intervención conductual en la prevención, es decir, la modificación de conductas que constituyan factores de riesgo para la enfermedad.

Vemos entonces, que al ser propuesto un enfoque diferente del ya utilizado en los padecimientos crónico-degenerativos, se abren nuevas puertas para las personas que los padecen y a la vez para los profesionales a los que atañe su intervención.

De esta manera, podemos hablar ahora, de los elementos que contempla la Medicina Conductual.

1.3 ELEMENTOS QUE CONTEMPLA LA MEDICINA CONDUCTUAL

En primera instancia es conveniente delinear

los problemas del paciente en términos de conductas objetivas, determinar exáctamente los problemas de conducta o quejas del paciente, identificar todas las variables que consecuentemente influyen en la conducta problema y formular programas de intervención donde se especifique en términos cuantitativos las metas deseadas y resultados de intervención.

La Medicina Conductual se apoya en diversos instrumentos de evaluación conductual, de los cuales podemos mencionar:

ENTREVISTA. El propósito de la entrevista es obtener información pertinente a la conceptualización y las variables que están influyendo en la conducta problema y de esta manera, dar un punto de vista general sobre posibles procedimientos terapéuticos apropiados. La forma de la entrevista puede variar desde muy estructurada, donde los tópicos discutidos siguen un formato dispuesto de antemano; a flexible y abierta, que no se restringe sobre una secuencia de temas. En muchos de los casos ésta última, se usa como complemento de la entrevista estructurada, para obtener información pertinente adicional.

CUESTIONARIO. Aunque el uso del cuestionario es menos empleado, se ha utilizado sobre todo

para evaluar conductas sociales, dolor crónico, desórdenes psicofisiológicos, depresión y para la detección de reforzadores potenciales y emplearse en programas de tratamiento específico. Es recomendable utilizarlo porque las preguntas pueden ser dirigidas para sondear exáctamente lo que se quiere evaluar.

MEDIDAS PSICOFISIOLOGICAS. Es la medición de respuestas fisiológicas, por medio de instrumentos que detectan, amplifican o manifiestan las respuestas fisiológicas no observables, que se desean prevenir, reducir o incrementar a través de señales eléctricas. Los sistemas de respuestas psicofisiológicas más comunmente usados: el electromiograma (EMG), que sirve para la medición de la actividad eléctrica de los músculos; el electrocardiograma (ECG), que se utiliza para medir la tasa cardíaca y presión sanguínea; el electroencefalograma (EEG), que sirve para registrar gráficamente las corrientes eléctricas producidas por la actividad del encéfalo, entre otras.

AUTOMONITOREO. El automonitoreo, es uno de los procedimientos conductuales más usados. Este involucra la autoobservación del paciente y el registro sistemático de dichas observaciones, las cuales se enfocan sobre la tasa y topografía

de la conducta problema, así como, los antecedentes y consecuentes de la misma; el autoregistro es un apoyo para la evaluación y terapias dirigidas hacia la conducta que se quiere modificar. El automonitoreo, se ha empleado en conductas cubiertas (pensamiento obsesivo, sentimientos de inadecuación o impotencia), así como, en la frecuencia, duración, intensidad de asma, epilepsia o ataques de cefalea, ingestión de medicamentos e interacción familiar y marital.

OBSERVACION CONDUCTUAL. La observación conductual juega un papel prioritario en la valoración de la conducta meta, puesto que, ésta al igual que los procedimientos anteriores, es usada principalmente en la identificación y cuantificación de las conductas problema, los determinantes y componentes de esta conducta, sus reforzadores y para la evaluación de los resultados de la intervención. Para que se realice la observación conductual debemos delimitar qué conductas se van a observar, quién podría observarlas, durante cuánto tiempo, si se realizarán en un ambiente natural o estructurado.

MODELAMIENTO. Consiste en la observación de la conducta de otro (el modelo). Los pasos a seguir en el modelamiento son: a) la conducta deseada es modelada repetidamente, utilizando

varios modelos, los cuales ejecutan conductas cada vez más complejas; b) a los observadores se les proporciona la guía necesaria y las oportunidades para ejecutar la conducta del modelo, a cada paso, en una secuencia graduada de actividades bajo condiciones favorables; y c) se hace un arreglo adecuado de contingencias de reforzamiento de conductas observadas apropiadas del paciente.

MOLDEAMIENTO. El moldeamiento es un procedimiento general, diseñado para inducir la ejecución de nuevas conductas, a través del reforzamiento inicial de conductas del repertorio del individuo, que tienen alguna similitud con la conducta deseada. Posteriormente, se retira en forma gradual el reforzamiento de las conductas menos similares y se concentran en las más similares, que progresivamente se vuelven más parecidas a la conducta deseada, hasta que se traducen en la misma.

REFORZAMIENTO POSITIVO. Es común que los términos reforzamiento y recompensa se utilicen como sinónimos, puesto que en gran medida coinciden en significado. Los reforzadores, siempre incrementan la frecuencia de una conducta. Por definición, hay dos tipos de reforzadores: positivo y negativo. El reforzamiento positivo,

se usa para describir la ocurrencia de algún evento reforzante, después de la ejecución de una conducta deseada. Por su parte, el término reforzamiento negativo describe la terminación de un evento aversivo, después de la ejecución de alguna conducta deseada. Tanto la adición de un evento positivo como la terminación de uno aversivo, tienen el mismo efecto sobre la conducta: incrementan la frecuencia de la conducta sobre cuya ocurrencia son contingentes (10).

CASTIGO. Anteriormente, se explicó en qué consiste el reforzamiento positivo y negativo. Lo opuesto de estos dos procedimientos, lo constituye el castigo, el cual, se puede definir como la retirada de un estímulo positivo o recompensa o la aplicación de un estímulo aversivo o desagradable, después de una respuesta no deseada (11).

El castigo se aplica con el fin de decrementar las conductas problema.

EXTINCIÓN. El término extinción se utiliza para describir la eliminación o reducción, en frecuencia de conductas problema, como función de ocurrencia que no son reforzadas.

(10, 11) RIMM, D.C. y Masters, J.C; Terapia de la Conducta. Técnicas y Hallazgos Empíricos; Ed. Trillas; México, 1980; Cap. IX, pp. 386 y 187,188

CONTROL DEL ESTIMULO. En este procedimiento el precepto básico, es que la conducta está bajo control del estímulo, y cuando el terapeuta establece sus objetivos, los concibe en términos de respuestas específicas que ocurren en presencia de estímulos específicos. El control de estímulos, se refiere a la medida en que el valor de un estímulo antecedente, determina la probabilidad de ocurrencia de una respuesta condicionada, se mide como un cambio de la probabilidad de la respuesta, que es resultado de un cambio del valor del estímulo.

BIOFEEDBACK. Es un método para ejercer control directo voluntario y/o para evaluar procesos fisiológicos considerados fuera de control, con el fin de explorar la naturaleza de sus relaciones con otros procesos fisiológicos y su asociación con determinadas condiciones ambientales y conductuales. Se ha utilizado en el tratamiento de desórdenes clínicos como: arritmias cardíacas, problemas de presión sanguínea, hemiplejía, migraña, etc. El biofeedback, es un sistema de retroalimentación biológica, mediado por instrumentos que detectan, amplifican y ponen de manifiesto respuestas fisiológicas no observables, y que se desean prevenir, reducir o incrementar.

Para la implementación del biofeedback, se sugiere: a) detección y medición de la respuesta; b) la amplificación de la misma, por medio del instrumento pertinente, según las características de la respuesta específica (EMG, ECG, EEG, etc.) con la finalidad de que el paciente logre discriminarla; c) instrucciones al paciente, de alterar la señal (luz, tono, etc.); y d) evaluación continua de posibles cambios de respuesta, registrados por los instrumentos, según las características de la respuesta, así como, evaluación metodológica del procedimiento utilizado. Por ejemplo, el electromiograma (EMG), sirve como índice de actividad del músculo en problemas diferentes como: hemiplejía, dolor de cabeza por tensión muscular, entrenamiento en relajación, para reducir autoreportes de ansiedad, etc.

DESENSIBILIZACION SISTEMATICA (D.S.) Está dirigida específicamente, al alivio de la ansiedad provocada por situaciones, objetos o eventos claramente determinados. La técnica, como es comunmente empleada, implica el igualar la relajación en los músculos con escenas imaginarias, que representan situaciones que el paciente ha indicado le ocasionan ansiedad. Así pues, se necesita al menos dos elementos

en la conducta del paciente para poder emplear la técnica: una respuesta de ansiedad, por lo general de carácter verbal ("miedo, temor, angustia", etc.) acompañada por sus correlatos fisiológicos (sudoración, temblor, taquicardia, respiración entrecortada, etc.) y conductas de evitación y escape, así como, un estímulo específico que evoque dicha respuesta.

Desde el punto de vista del aprendizaje, esta técnica, es un proceso de "contracondicionamiento" en donde se reduce la fuerza de una reacción de manera escalonada, pues el individuo en estado relajado experimenta los estímulos que le provocan miedo. El principio de Wolpe (12) de la Inhibición Recíproca establece que: "Si se logra que una respuesta inhibitoria de ansiedad ocurra ante los estímulos que evocan a dicha ansiedad, se debilitará el vínculo existente entre tales estímulos y la ansiedad".

A grandes rasgos, los pasos a seguir en la D.S., son tres: 1. Determinar si el paciente es buen candidato para la D.S.; 2. Explicar al paciente la lógica de la técnica; y 3. Implementación de la técnica propiamente dicha:

(12) WOLPE, J., The Practice of Behavior Therapy;
Oxford: Pergamon, 1969.

- a) entrenamiento en relajación muscular profunda;
 - b) construcción de jerarquías; y c)
- contracondicionamiento.

ENTRENAMIENTO EN RELAJACION MUSCULAR. Si bien, la relajación muscular es parte importante de la Desensibilización Sistemática, puede utilizarse por sí misma como una técnica terapéutica poderosa. Es frecuente que los terapeutas la emplean por sí misma, en el tratamiento de trastornos fisiológicos (dolores de cabeza, cuello y espalda, dolor menstrual, incluyendo la ansiedad generalizada).

La premisa fundamental de esta técnica es que la tensión muscular, se relaciona de alguna forma con la ansiedad y que un individuo experimentará una confortante y marcada reducción de la ansiedad sentida, si puede lograr que los músculos tensos se aflojen y se pongan flácidos. El entrenamiento en relajación muscular, consiste en enseñar al paciente a tensar y relajar sucesivamente los músculos, en una secuencia ordenada, hasta que todos los principales grupos musculares del cuerpo se relajen.

ENTRENAMIENTO ASERTIVO. Se intenta que el paciente aprenda a realizar conductas apropiadas ante diferentes situaciones, ésto se logra principalmente a través del modelamiento de la

conducta que el sujeto va discriminando como más efectiva, es decir, debe irsele induciendo en la adopción de: primero, el esclarecimiento de porqué, ante cualquier situación debe de responder de cierta forma (racionalmente), para posteriormente, ir adoptando posturas generales de comportamiento, que van desde las conductas no verbales (contacto visual, postura, gesticulaciones), hasta las verbales (tono, inflexiones y volumen de voz).

Como conclusión a este primer capítulo, podemos decir que, el proceso salud-enfermedad tiene una dimensión social que rebasa las aplicaciones de la ciencia médica, por lo que su atención debe permitir la participación de aquellas disciplinas que coadyuven en la construcción sana del ser humano.

Actualmente el psicólogo está preparado para cuestionar el modelo médico, el cual, ha sido de gran utilidad al controlar un gran número de enfermedades, sin embargo, no considera al portador, como un ser biopsicosocial. Esta limitación, aunada al no permitir la participación de otras ciencias en general, y de la Psicología en particular, ha obstruido el planteamiento de alternativas sobre problemas conductuales desarrollados a partir de un padecimiento crónico-

degenerativo.

Hoy en día, las enfermedades crónico-degenerativas, aparecen como uno de los principales problemas de salud pública, puesto que en los últimos años se ha visto que el 66% de la población a nivel mundial, en países subdesarrollados, muere por padecimientos degenerativos y cáncer, en comparación con países en proceso de desarrollo, donde es mínimo el porcentaje (13).

Lo anterior, hace necesaria una intervención integral que contemple factores biológicos, psicológicos y sociales que garantice la adherencia al tratamiento médico. Así tenemos que, la metodología y el interés formal sobre el uso de procedimientos psicológicos, para el entendimiento y la modificación de conductas que afectan la salud física, han sido dadas por la Medicina Conductual, puesto que enfatiza el modelo biopsicosocial, el que considera que puede contribuir a la evaluación, tratamiento, manejo, rehabilitación y prevención de enfermedades

(13) PIÑA, B.M: "Estados Realísticamente Deseables para el año 2000, en Padecimientos Neoplásicos en México"; en La Salud en México y la Investigación Clínica; UNAM; México, 1985.

físicas o reacciones conductuales concomitantes al padecimiento y al mantenimiento de la salud, a través de la transformación de los estilos de vida, pues plantea que las enfermedades o accidentes que se sufren son causados por conductas aprendidas o respuestas fisiológicas que constituyen factores de riesgo para la salud.

La Medicina Conductual representa un aumento en los avances de la Terapia Conductual, de su tecnología y de sus procedimientos, y de la Medicina misma, ya que está logrando grandes beneficios que probablemente no se obtendrían con una intervención individual de las diferentes áreas de la salud.

C A P Í T U L O I I

II LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS.

El presente capítulo tiene como objetivo hacer una descripción histórica del concepto de "Habilidades de Afrontamiento" como una nueva perspectiva de intervención para pacientes con daño crónico-degenerativo, qué elementos contempla, cuáles factores se deben de analizar para de allí derivar categorías de tareas especiales que le permitan al hombre adaptarse a su nueva condición de vida.

2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

El hecho de que un individuo presente o desarrolle un tipo de enfermedad, lleva en sí, aparte de los cambios fisiológicos inherentes a cada enfermedad, los cambios repentinos en el "estilo de vida" cotidiano (hábitos y forma

de vida), ya que en la mayoría de los casos de pacientes con padecimientos crónicos, se dá una pérdida potencial o real (de funciones o partes del cuerpo), trayendo una serie de desequilibrios en la rutina tanto del individuo afectado como de las personas que comúnmente le rodean (familiares, amigos, etc.) estos cambios van a desencadenar diferentes reacciones desembocando en un desequilibrio biopsicosocial que altera todas o casi todas las formas de intervención del paciente con su medio.

Esta nueva situación de vida va a generar una serie de procesos psicológicos (desencadenamiento de ideas, actitudes, pensamientos) inducidos por la enfermedad en cuestión. La forma en la cual la persona va a hacer frente a la misma, va a depender de las Habilidades con que cuente.

En las Habilidades de Afrontamiento idealmente se pretende que el sujeto afectado logre ajustarse a la pérdida o a la nueva situación de vida. Para conseguir lo anterior, lo primero que tiene que hacer es "aceptarla" para poder después, adaptarse a las nuevas circunstancias.

"...los estilos de personalidad
caracterizan las maneras ade-

cuadas o inadecuadas en las que las personas se aproximan a los eventos de sus vidas. Estas son las formas típicas de Afrontamiento que el psicólogo clínico entiende como tales, especialmente estas actitudes y conductas son las que pueden contribuir a la enfermedad y la manera en la cual los individuos tratan con ella..." (1)

Las formas típicas de Afrontamiento de las cuales se va a valer la persona afectada, van a traer como consecuencia respuestas adaptativas dentro de las cuales el individuo va a determinar cómo y de qué forma va a actuar ante un padecimiento. Este es el sustento del cual parte el Modelo de Afrontamiento, ya que en él se comienza a evaluar la adaptación del individuo a los cambios dentro de sí mismo y su medio ambiente, así como la interacción entre ambos.

Moss (2) fué uno de los primeros autores en analizar las formas adaptativas de las que puede valerse el individuo para afrontar la enfermedad, sin dar una definición referente a Afrontamiento.

(1) KAHANA y Lipowski; en Millon

(2) En BURISH, T.G. y Bradley, L.A., "Coping With Chronic Disease: Definition and Issues;" Academic Press 1983 Int. p. 5.

Posteriormente Haan (3) retoma lo planteado por Moss y trata de dar una definición: Son respuestas flexibles y adaptativas a las enfermedades u otros estresores (orientadas siempre a la realidad).

Lazarus, retoma los conceptos antes planteados y proporciona una primer definición del término Afrontamiento, donde menciona que es una serie de esfuerzos de los cuales se vale el individuo de acuerdo a los recursos que tiene para manejar diferentes acciones para tolerar, reducir, sobreponerse o minimizar las demandas internas y externas que esté ejerciendo la enfermedad (4).

Posteriormente en 1980, Lazarus y Folkman (5) redefinen el término como sigue:

"...Todas aquellas estrategias de que se vale el individuo para hacer frente a la enfermedad, con el fin de lograr una aceptación y manejo de ésta. Es un proceso

- (3) En BURISH, T.G. y Bradley, L.A., Op. Cit. p. 5
- (4) Cfr. BAROFSKY, I; "Issues and Approaches to the Psychosocial Assessment of Cancer"; en Medical Psychosocial Academic Press Inc; 1981; Cap. 5.
- (5) LAZARUS, R.S. y Folkman, S. "Coping and Adptation"; en Handbook of Behavioral Medicine; Cap. 8; 1980; p. 283.

a través del cual el individuo va a dirigir sus esfuerzos al manejo de las demandas, tanto externas como internas y que exigen o exceden a los recursos de la persona; lo cual la lleva a que tenga que redefinir, tolerar, sobrellevar y aceptar su padecimiento y de esta forma controlar el estrés..."

White, 1974; Perling y Schooler, 1978; así como Cohen y Lazarus, 1979 han coincidido en señalar el proceso de Afrontamiento como una serie de actividades requeridas para el manejo de la enfermedad que se resume en: a) reducción de las condiciones medioambientales nocivas a la rehabilitación a fin de incrementar las posibilidades de recuperación; b) tolerancia o ajuste a eventos negativos a su realidad actual c) mantenimiento de una autoimagen positiva; d) mantenimiento de un equilibrio emocional; y e) continuar manteniendo satisfactoriamente su relación con los demás.

El hecho de que un individuo presente o desarrolle un tipo de enfermedad, lleva en sí, aparte de los cambios fisiológicos inherentes a cada una, los cambios repentinos en el "estilo de vida" cotidiana (hábitos y formas de vida), ya que en la mayoría de los casos de pacientes con padecimientos crónicos, se da una pérdida orgánica potencial o real trayendo una serie

de desequilibrios en la rutina, tanto del individuo afectado como de las personas que comunmente le rodean (familiares y amigos). Estos cambios van a generar una serie de procesos psicológicos (desencadenamiento de ideas, actitudes, temores, ansiedad, etc.) desembocando en una crisis que alterará todas o casi todas las formas de interacción con el medio ambiente.

Las actuales aproximaciones de Afrontamiento para enfermedades crónicas se desprende de situar y entender al proceso salud-enfermedad como una consecuencia de factores biopsicosociales, observando las formas adecuadas o inadecuadas con las que la persona maneja los eventos estresantes de su vida.

Partiendo de lo anterior, tenemos que la formulación e integración del Modelo de Afrontamiento comparte de alguna manera los fundamentos teóricos de la orientación biopsicosocial respecto de la atención de la salud con el enfoque de la Medicina Conductual, ya que ésta, va a contemplar dentro de su marco conceptual los aspectos del medio ambiente, tanto físicos como sociales, involucrados en el proceso de evaluación de la enfermedad, tales como situaciones de estrés constante en la vida cotidiana del individuo.

Ante las posibles Habilidades de Afrontamiento que la persona adquiriera, incrementando y ejerza sobre sí misma, se establece la posibilidad de que se reduzcan las condiciones medioambientales nocivas, se ajusten los eventos negativos, se mantenga una autoimagen positiva, y además una interrelación efectiva, generando situaciones de vida menos estresantes con posibilidades de llevar una sanidad desde el punto de vista integral.

2.2 ELEMENTOS QUE CONTEMPLAN LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

Si se considera a la enfermedad crónico-degenerativa como un factor estresante que provoca crisis en la vida del sujeto que la padece, se hace necesario señalar los elementos que involucran una serie de Habilidades para Afrontar efectivamente el problema. Respecto a esto, Moss (6) señala que la selección de las Habilidades de Afrontamiento va a estar determinada por tres factores: 1) las características demográficas y personales del paciente; 2) los aspectos específicos de la enfermedad que padece; y 3) los rasgos del medio ambiente físico y social.

(6) MOOS, H.R; "Coping with Acute Health Crisis"; en Handbook of Clinical Health Psychology; Cap. 7; Plenum Press; N.Y. 1983.

Estos tres factores van a afectar de alguna manera y en diferentes grados la relación individuo-enfermedad para que así el paciente pueda o no, salir de sus crisis mediante la adaptación y regulación de su nueva situación de vida.

Para que el individuo pueda afrontar la crisis de la enfermedad, deben realizarse tareas adaptativas específicas que se deriven del análisis de los tres factores antes mencionados, y al mismo tiempo seleccionar algunos tipos de Habilidades de Afrontamiento específicas a cada problema.

Moss y Schaefer (7) señalan siete conjuntos de tareas de adaptación especiales, tres de las cuales están directamente relacionadas con la enfermedad y las otras cuatro son más generales y se aplican a todo tipo de crisis en la vida.

El primer conjunto de tareas involucra la identificación de las molestias, incapacidades u otros síntomas que la misma enfermedad provoca. En este conjunto se van a contemplar síntomas como: dolor, debilidad, vértigo, parálisis, pérdida del control motor (por ejemplo en las convulsiones), sentimientos de sofocación pérdida

(7) MOOS, H.R; "Coping with Acute Health Crisis";
Op. Cit.

del deseo, etc. La tarea del paciente consiste en aprender a reconocer en primer lugar las señales de su inminente crisis y enseñarse a controlar los síntomas, siempre que sea posible.

El segundo conjunto, consiste en tareas vinculadas al manejo del estrés desencadenado por algún tratamiento en especial (por ejemplo en la quimioterapia) o bien, por el medio ambiente hospitalario. En este conjunto, se hace referencia a que, como consecuencia del incremento en la sofisticación de la tecnología médica, se ha creado un patrón de nuevos problemas para los pacientes, como se observa en los procedimientos quirúrgicos como la mastectomía e histerectomía, el tratamiento de personas quemadas, la radioterapia, la quimioterapia (con sus efectos colaterales) y la necesidad de utilizar algún tipo de prótesis después de una intervención quirúrgica, por hemodiálisis o trasplante de órganos, todas son medidas terapéuticas que crean la necesidad de que los pacientes realicen tareas adaptativas, las cuales se seleccionarán de acuerdo a las necesidades específicas del paciente.

El tercero consiste en desarrollar y mantener relaciones adecuadas con el equipo médico, con el fin de que se establezca una relación con

la suficiente calidad como para que el paciente pueda lograr una mejor adherencia al tratamiento, además se debe promover el establecimiento de las habilidades necesarias para poder comunicar sus expectativas acerca de su padecimiento.

La cuarta tarea se refiere a realizar un balance emocional razonable, manejando sentimientos trastornantes y todas aquellas ideas negativas e irracionales provocadas por la misma enfermedad o en torno a ella y asociadas con la crisis por la pérdida de la salud (sentimientos de fracaso, culpabilidad, ansiedad, aprehensión al no conocer el resultado de la enfermedad, sentimiento de alienación y aislamiento, sentimientos de desadaptación y agresividad).

Las tareas englobadas en el quinto grupo, buscan preservar una autoimagen satisfactoria del individuo y mantener un sentido de competencia y dominio. Al existir cambios en el funcionamiento o apariencia física del individuo puede adoptar patrones de introversión y/o timidez, estos a su vez, pueden ser manejados dentro de la modificación de su autoimagen; esta crisis de identidad requerirá que se hagan cambios en los valores personales y estilos de vida del individuo que se encuentra afectado por alguna enfermedad o daño. Otras categorías que se incluyen son:

a) la definición de los límites de independencia; y b) el reajuste de las metas y expectativas, basándose en los cambios provocados por la enfermedad; aquí es necesario encontrar un balance satisfactorio entre la aceptación de ayuda y el tomar una participación responsable y activa para dirigir las actividades de su vida.

El sexto conjunto de tareas especiales de adaptación incluye el mantener una buena relación del paciente con sus familiares y amigos. Al existir la presencia de una enfermedad, por lo regular se da una separación física (al ser hospitalizado el paciente) y por ello el sentido de alienación ocasionado por la misma hospitalización, además de la etiquetación del paciente (llamándole, por ejemplo, "desahuciado") comenzando a descompensarse la relación normal con los amigos y la familia. Por ejemplo, casos en los que se trata de enfermedades graves, se hace difícil el mantener las líneas de comunicación abiertas y aceptar el consuelo y la ayuda por parte de los familiares, haciendo más lenta la reincorporación a la vida familiar. La buena relación con los demás puede ayudar al paciente a obtener información necesaria para poder tomar decisiones prudentes acerca de la atención médica, encontrando en las buenas

relaciones que se establezcan con los demás, un apoyo emocional.

Por último, en el séptimo conjunto de tareas se trata de preservar al individuo a un futuro incierto; esto se podría llevar a cabo en situaciones que involucren algún tipo de pérdida, ya sea funcional (audición, visión, etc.); física (pérdida de alguna extremidad, mastectomía, etc.); o bien ante la pérdida de la vida misma (a causa del padecimiento de alguna enfermedad crónico-degenerativa, tales como diabetes, cáncer, etc.).

Estos siete grupos de tareas enunciadas, son comunes a todas las enfermedades, aunque el orden de importancia varia de padecimiento a padecimiento y están encaminadas básicamente a crear habilidades para reconocer y manejar las consecuencias que dejará la enfermedad, evitando que se presenten una serie de conductas inadaptadas.

Debe recordarse la importancia que cobra el hecho de que en la realización de las tareas, debe existir una participación activa del paciente y de su familia, ayudando ésta, a que el paciente controle su alteración emocional y así evite una recaída.

Al respecto, se sugiere la formación de grupos, donde la familia, amigos y personal médico

deben trabajar en forma integral para apoyar el proceso rehabilitador del paciente.

C A P I T U L O I I I



III GRUPOS DE AUTOAYUDA

U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

Retomando los capítulos anteriores, vemos que el proceso salud-enfermedad se presenta como una consecuencia de la interrelación de factores Biopsicosociales, donde cada una de estas áreas está jugando un papel importante que condiciona la aparición de cuadros de salud o enfermedad, según sean los estilos de vida que venga manteniendo cada individuo.

El escaso conocimiento psicológico acerca de lo que sucede a una persona con intereses, deseos, actividades, relaciones y con un cuerpo capaz de desarrollar las acciones que desea y que repentinamente a raíz de algún accidente se encuentra en una nueva y abrumadora situación con daños (en diferentes grados) físicos que le impiden de alguna u otra forma continuar con lo planeado, va a provocar que existan en él problemas emocionales, interpersonales, funcionales y vocacionales que no sólo le afectarán, sino también a las personas que le

rodean y principalmente a su familia.

Una de las intensiones del equipo médico en el proceso de rehabilitación de estos pacientes es poder adoptar las actitudes más favorecedoras para lograr su reintegración social, es decir, que se vaya preparando para "vivir en la mejor forma posible", que sepa "afrontar" esto y seguir adelante. Derivado de lo anterior, tenemos que en una parte del tratamiento para los pacientes con daño óseo o medular en columna, va a sugerir una parte integradora que se ocupe de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de cada persona. Esto implica la necesidad de un equipo interdisciplinario formado por médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, etc., y sobre todo necesita de la colaboración del paciente, (con su deseo de superar los obstáculos) así como de su familia y amigos; realizando cada uno su parte, podríamos considerar que ellos lograrán la meta final que es conformar habilidades de afrontamiento para poder adaptarse a su nueva situación de vida, por un lado, o bien conseguir habilidades que les permitan atender de la mejor manera a pacientes con este tipo de daños.

Así, el interés de este capítulo se referirá a los Grupos de Autoayuda que pueden formarse

para facilitar la adherencia al tratamiento por parte del paciente, inhibir o eliminar los temores tanto de familiares como paciente y facilitar la tarea del staff médico en cuanto al manejo apropiado de sus propias emociones y sentimientos que se generan al tratar con este tipo de pacientes.

Cuando la gente se topa con algunas cosas que trastornan sus patrones característicos de vida, emplean habitualmente habilidades que les lleven a solucionar esto y conseguir lo más pronto posible una estabilización de la situación. Generalmente las respuestas ante la enfermedad son inadecuadas ya que se desprenden por lo regular de un período de desorganización y asombro, acompañado de temores, culpas y otros sentimientos poco placenteros.

Durante las enfermedades físicas, se presenta un estresor potente que puede durar un período amplio y provocar cambios permanentes entre el paciente y los miembros de la familia. El paciente en fase de hospitalización y separación de la familia va a experimentar sentimientos de dolor e impotencia, cambios permanentes en su apariencia física o en la función corporal, presentando temores hacia un futuro impredecible vinculado a la posibilidad de muerte, proceso hospitalario

o tratamiento quirúrgico.

El problema de este tipo de pacientes va a afectar su proyección social, en cualquiera de los ámbitos en que se desenvuelva su vida; el ámbito individual, por pasar (brusca o gradualmente) de una situación "normal de vida" a una limitación (grave o crónica) de la motricidad; a nivel familiar, por cambiar su situación misma y la forma en que debe participar ahora con ellos y por último; a nivel social y laboral, ya que en algunos casos, inclusive las secuelas físicas de la lesión, impedirán el retorno al anterior puesto de trabajo, hecho que implicará un nuevo aprendizaje laboral, o en ciertos casos, la imposibilidad de reintegrarse a la vida laboral, todo ello probablemente provocará modificaciones en el contexto social del lesionado.

En el ámbito familiar en concreto, cualquiera que sea el papel que el lesionado haya desempeñado con anterioridad en su familia, a la situación posterior al trauma, requerirá de una adaptación por parte de toda la estructura familiar, de tal modo que todos sus miembros deben asumir en parte las dificultades y limitaciones derivadas del cambio en las posibilidades motoras y las necesidades creadas por la nueva situación.

Uno de los mayores problemas que requiere preparación considerable y cambio por parte de la familia es el incremento de la dependencia entre paciente-familia, originado a raíz de las enfermedades crónicas, ya que ahora el paciente dependerá de otros para la asistencia económica, higiene personal, dieta y asumir quehaceres y responsabilidades cuando se trata de una persona adulta principalmente, causando todo ello, perturbaciones en la relación con la familia, por lo que en estos casos debe estar preparado para dichos cambios y evitar crear mayores obstáculos, consiguiendo así un afrontamiento efectivo.

Mechanic (1977) se refiere a esta situación, diciendo lo siguiente:

" Los familiares a menudo tienen sus propios problemas de afrontamiento al no contar con suficientes recursos para enfrentar la nueva realidad ante los enfermos o miembros incapacitados y pueden requerir información y asistencia por parte del equipo clínico para enseñar a estos, de qué forma deben colaborar en el proceso rehabilitador de su paciente, ayudándoles a generar habilidades necesarias, destacando la realidad y estimulándola a ayudar al enfermo mediante medidas reales, que ayuden al paciente en forma alentadora y facilitando su participación conjunta, mostrando patrones de conducta más persistentes para

así lograr minimizar las inhabilidades que presenten sus pacientes"(1).

Por ejemplo, en la unidad de cáncer que sirve a pacientes que no tienen muchas esperanzas de vida o cura, los médicos a menudo tienen sentimientos de fracaso o frustración, retirándose del paciente, limitando sus visitas y enfocándose tan sólo a su investigación de interés, actividad donde pueden encontrar la recompensa intelectual y algo de inmunidad emocional, usando el distanciamiento como su propia estrategia de afrontamiento y delegando la responsabilidad de la salud emocional del paciente, por lo regular en las enfermeras.

Con la presencia de las enfermeras, se intensifica el vínculo emocional que solicita repetidamente el paciente, ya que éstas para él, actúan como un canal donde pueden primordialmente desplegar sus emociones, exigiendo de ellas un acrecentado interés sobre el proceso y cuidados que va adquiriendo su enfermedad. Cuando se desarrolla una relación cercana entre

(1) Cfr; BURISH, T.G., y Bradley, L.A., "Coping with Chronic Disease: Definitions and Issues"; Academic Press; 1983.

la familia del paciente y el staff en forma inadecuada, puede llegar a afectar la relación de forma inconsciente, ya que se ha visto que la intimidad que se mantenga en dicha relación, puede reflejar mayores o menores resultados en el proceso rehabilitador.

Por ejemplo, cuando ingresan nuevos miembros al staff, se llegan a involucrar tanto que a veces les es imposible el continuar trabajando o disminuye su habilidad para atender a otros pacientes, afectándose emocionalmente si no avanza "su paciente", pero por otra, también la baja involucración imposibilitaría dar un buen cuidado y atención al paciente y su familia respectivamente. Estas reacciones (alejamiento o acercamiento extremo) pueden explicar porqué la mayoría de las enfermeras, tienden a evitar o intensificar su contacto con pacientes que consideran "difíciles", es decir, utilizan estrategias poco adecuadas para atender a su enfermo más que afrontar el problema.

Este rol del staff, como se ve, afecta además de su trabajo, su vida personal y social, actuando como una cadena de emociones sin término y que va eslabonándose de paciente-familia-médico.

El anterior planteamiento de las diversas manifestaciones que se generan a partir de un

padeamiento crónico-degenerativo, se contempla bajo las influencias Biopsicosociales que cotidianamente se presentan en la adaptación del ciclo de vida del desarrollo humano. Y que desde este punto de vista, es necesario que se dé un aporte psicológico de tipo interdisciplinario en la formulación de estrategias de afrontamiento a los grupos que van a servir de autoayuda, entendiéndose a estos, como el apoyo que se otorga al paciente, a sus familiares y amigos, y al staff médico mismo para facilitar la resolución de una fase inicial de crisis.

La afectación emocional de los grupos en cuestión y su pobre afrontamiento, nos hace atender otro problema que se presenta en el ámbito terapéutico, que es el escaso conocimiento del trabajo psicológico que se puede realizar al trabajar con este tipo de pacientes para que puedan generar habilidades que les permitan adecuarse a su situación de vida.

Lo que más se ha encontrado en trabajos con grupos y de forma multidisciplinaria, son los programas implementados a la atención de problemas oncológicos, fibrosis cística y nefrología, los cuales mencionaremos en el siguiente apartado.

Es esencial el papel que desempeña la familia para una persona que súbitamente adquiere una invalidez, necesitando ella, no una serie de sentimientos de lástima, sino relaciones significativas y provechosas en la que se valore lo que hace, piensa y sea, por esta razón, se debe valorar el rol que juega la familia y amigos bajo estas condiciones, pues el factor estrés puede ir en aumento en la misma medida que la enfermedad (tanto en el paciente, como en los familiares) causando un impacto perturbador sobre los patrones establecidos de identidad social y personal, además de importantes implicaciones de adaptación a largo plazo con consecuencias de crisis futuras.

Para tratar de rehabilitar a los pacientes con este tipo de daño, es importante contar con todo un equipo médico, el cual enfoque sus esfuerzos hacia el apoyo y habilitación de estrategias que permitan reincorporar al paciente a sus actividades de vida diaria, pero ¿el equipo médico cuenta con los recursos suficientes (emocionalmente) para enfrentar estas situaciones? por lo regular, no, ya que generan emociones que en muchos de los casos son difíciles de manejar, provocando conductas de alejamiento, superficialidad, despotismo, etc., todas ellas

encaminadas al alejamiento de la situación amenazante.

"La misma ansiedad que tienen los pacientes al saber la verdad, la tienen los profesionales frente al hecho de * cómo decírselo * y a veces también nos evadimos" (2).

Estableciéndose de esta manera el rol del equipo médico, tal parecería que en ningún momento el diario y continuo trato con enfermos crónicos va a afectar absolutamente en nada a éste, pero se cae en un error al aseverarlo, pues bajo su condición de humano también existe la posibilidad de encontrar un déficit en sus propias Habilidades de Afrontamiento, lo que va a dar como resultado un deterioro emocional. Desde este punto de vista el staff médico está, entonces obligado a mantener una preparación continua, no ya de aspecto médico únicamente, sino psicológico para llevar a bien el buen manejo físico y emocional tanto del paciente como de él mismo.

Los problemas encarados por los cuidados

- (2) AGUERA, Ma. Blanca, " El lesionado medular traumático: Problemas psicológicos y tratamiento; Ed. Trillas; México ; 1980.

de la salud en el staff médico, tienen su raíz en la naturaleza de las tareas que ejecutan y la forma en la cual los hospitales están organizados. Los problemas de carga de trabajo y el poco personal técnico reinan especialmente en los cuidados intensivos y otras unidades de tratamiento especializado, en el que el staff está sujeto a estimulación continua, habiendo poca oportunidad para la reflexión y el autocontrol sobre la organización de sus actividades diarias, derivado muchas veces de la rutina repetitiva de la observación constante (ejem. tomar signos vitales cada 15 mins.), la atención requerida en el manejo de maquinaria compleja y sus procedimientos y las frecuentes emergencias, así como la constante amenaza de muerte y la necesidad de continuar absorto en los cuidados e involucrarse con pacientes con ninguna esperanza de sobrevivir o quien está en un limbo inconsciente, donde la vida se mantiene solamente por máquinas, confrontando sus sentimientos sobre la muerte que se presenta a diario.

3.1 APLICACIONES PRACTICAS DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Los trabajos encaminados a la formación de grupos de autoayuda se han realizado en mayor medida con pacientes oncológicos, pues es uno de los padecimientos que necesita más soporte y causa mayor impacto en la vida de los que lo padecen, seguidos por los cardiológicos y nefrológicos.

En un estudio que realizaron Lehmann y Cols. (1978) encontraron que frecuentemente los enfermos reportaban depresión, incremento en el estrés marital, dificultades financieras y vocacionales, además de fatiga, dolor y decremento en la actividad (3).

La mayoría de los reportes publicados sobre intervenciones psicológicas, se han enfocado en los efectos del apoyo de la terapia grupal.

- (3) Cfrt. TELCH, C.F. y Telch, J.M.,
Psychological Approaches for
Enhancing Coping Among Cancer
Patient a Review"; en:
Clinical Psychology
Review; Vol.5 1985; pp. 325-344

Yalow y Greaves (1977; y Spiegel (1979), mantienen que el apoyo ofrecido y la oportunidad de expresar necesidades, intereses y temores, son los ingredientes terapéuticos más importantes en la experiencia de terapia grupal. El contenido específico de los grupos puede variar considerablemente, una estrategia terapéutica común es agrupar a los pacientes para convertir activo el proceso. Los miembros del grupo expresan problemas, intereses y sentimientos, compartiendo métodos de afrontamiento personal. En este sentido se espera que los miembros sirvan como modelos para otros (4).

Telch, afirma que los problemas de afrontamiento son el resultado de un déficit en la información y sugiere una aproximación educacional para los pacientes oncológicos, dirigida a la ayuda para aprender sobre: 1) curso, progreso y tratamiento de la enfermedad; 2) nutrición y autocuración; y 3) facilidad médica, personal y recursos financieros, enfatizando la información sobre aspectos médicos de la enfermedad del paciente como una forma de

(4) Cfr. TELCH, C.F, y Telch, J.M; "Psychological Approaches for Enhancing Coping Among Cancer Patients"; A Review Op. Cit.

afrentamiento con las consecuencias psicosociales, donde se supone que decrementa el miedo, la ansiedad y el estrés automáticamente al incremento del conocimiento médico y acceso a la información (5).

Pero Thompson, sugiere que la intervención terapéutica puede tomar la forma de material escrito, films, audiotapes o grupos de lectura, donde los tópicos incluyen: a) el sistema del hospital; b) la terminología médica; c) descripción de la enfermedad; d) el tratamiento y parte de los efectos; e) teorías de la etiología; y f) relación paciente-médico (6).

Roskies, lleva a cabo un programa de terapia conductual con pacientes en un proceso de enfermedad cubierta no confirmada y con pacientes que habían experimentado ataques cardíacos. Estuvo dirigido sobre aspectos intelectuales, sociales, emocionales y físicos, donde se les daba la oportunidad de elegir el área con mayor problema personal; las metas fueron: desarrollar un conjunto de técnicas apropiadas para usarlas tanto en el lugar de trabajo como en el hogar. Utilizó la auto-observación; la relajación; el pensamiento racional emotivo; habilidades de

(5,6) TELCH, C.F. y Telch, J.H., Op. Cit.

comunicación; solución de problemas en la toma de decisión personal; y la inoculación de estrés (7).

Hasta aquí, se han mencionado algunos de los trabajos realizados para ser implementados en pacientes, pero también se ha trabajado con la familia, algunas veces por la necesidad de disminuir los costos tan elevados que generan las enfermedades crónicas y otras por la necesidad de asistencia emocional. Asimismo se han implementado programas para el profesional de la salud en apoyo al paciente y a ellos mismos, los que se mencionan a continuación:

Palmer, S.E., Canzona, L. y Wai, L., llevaron a cabo un programa basado en las experiencias de trabajadores sociales sobre la aplicación de diálisis en el hogar por parte del cónyuge. Lo que se pretendía, era que los familiares aprendieran cómo realizar una diálisis, complementándolo con tareas de comunicación afectiva y control, esperando que a través de esto, se tuviera más accesibilidad sobre los

(7) ROBERT, B., Meagher, Jr., "Cognitive Behavior Therapy in Health Psychology"; en Handbook of Clinical Health Psychology (N.Y. Plenum Press. 1983); pp.505-507

modelos de interacción. Se trabajó con un grupo pequeño de 20 familias durante dos años aproximadamente (8).

Otro estudio fué realizado por Hoffman, I., y Futterman, E., donde describen experiencias de las familias en la sala de espera de una clínica oncológica pediátrica y discuten el impacto de la intervención psiquiátrica sobre la habilidad de los pacientes y sus familias para afrontarse con el medio ambiente estresante, y se advierten manifestaciones como: sentimientos de aflicción, enojo, miedo, incapacidad y culpa, además de tener que aceptar la amenaza de pérdida e iniciar un proceso de duelo y separación, lo que provoca un fuerte vínculo emocional hacia el niño, Antes de ser establecido el programa, los niños (pacientes y hermanos) tenían la oportunidad de expresar sentimientos no verbalizados y resolver sus pensamientos ansiosos, y los padres podían hablar con otros padres distribuyendo información y verbalizando sentimientos, reduciendo su sentido de aislamiento y retroalimentándose social y emocionalmente.

(8) PALMER, S.E., Canzona, L. y Wai, L; "Helping Families Respond Effectively to Chronic Illness: Home Dialysis as a case example"; Cap. 20 Parte VIII; pp. 283-294.

El programa capacitó a los pacientes y sus familiares para un mayor afrontamiento, no sólo ante el estrés de la visita clínica, sino también con las tareas adaptativas generales a las que tenían que encararse (9).

Por lo que respecta al staff médico, Klagsbrun, S., describe un proyecto diseñado para modificar las expectativas del personal médico en un hospital con pacientes oncológicos. El empieza por organizar semanalmente grupos de discusión con enfermeras, donde exploraron sus sentimientos hacia médicos y pacientes, gradualmente tuvieron una percepción más clara y aceptación de su propio rol en la compleja interrelación. Lo que propició el entendimiento de dar soporte emocional e información al paciente y ser capaces de reconocer el significado fundamental de su conducta. En este mismo proyecto se trabajó con pacientes por medio de terapia ocupacional y actividad grupal (10).

(9) PALMER, S.F., Canzona, L. y Wai, L; "Helping Families Respond Effectively to Chronic Illness: Home Dialysis as a case example"; Op. Cit.

(10) Cfr. PALMER, S.F., "The Crisis of Treatment: Unusual Hospital Environment"; Parte VII; pp. 233-236.

Beardslee, W.R. y DeMaso, D.R., reportan sus experiencias en un trabajo realizado con grupos del staff médico, donde se propusieron explorar el estrés engendrado por el trabajo y presentar observaciones sobre cómo los miembros de éste, afrontan el estrés. Lo realizaron en un centro pediátrico de cuidados terciarios en las áreas de cardiología, cirugía y oncología, así como, cuidados intensivos neonatal y cuidados intensivos médico-quirúrgico. Los grupos estaban integrados multidisciplinariamente, con enfermeras, médicos, psiquiatras y trabajadores sociales. Semanalmente, se reunían y expresaban lo más importante de lo que había ocurrido, relacionado a las demandas de trabajo, no a la personalidad individual o características personales de los miembros del staff. Los temas se conceptualizaron sobre tres áreas que más se interrelacionaban: 1) valoración relacionada a la enfermedad; 2) necesidades emocionales de los pacientes; e 3) interacción con el sistema social en el que tienen lugar los cuidados al paciente (11).

(11) BEARDSLEE, W.R. y De Maso, D.R; "Staff Groups in a Pediatric Hospital: Content and Coping"; pp. 359-368.

De la misma manera, otros autores han desarrollado trabajos sobre la formación de grupos de autoayuda: Cassem y Hackett (1978), usaron un ejemplo clínico; presentaron evidencia de que los grupos de autoayuda pueden facilitar reducción aguda de la ansiedad del staff; Simon y Whiteley (179), presentaron una detallada descripción de reuniones de grupos del staff en el área de cuidados intensivos para adultos; y Eisendrath (1981), describió los problemas de cooperación encontrados en grupos del staff médico (12).

Es importante señalar que el propósito de los investigadores al formar grupos de autoayuda se caracterizan en gran medida, por la necesidad de todos y cada uno de los que intervienen cuando se presenta una enfermedad crónico-degenerativa, para eliminar la ansiedad, el miedo, la culpa y el déficit de habilidades de afrontamiento de tales padecimientos crónicos, y además de alcanzar una máxima capacidad de realizar una vida normal, desde el punto de vista físico, psicológico y social.

(12) Cfr. PALMER, S.E., "The Crisis of Treatment: Unusual Hospital Environments; Op. Cit.

Podemos decir entonces, que la actitud emocional tiene efectos decisivos en el resultado de la rehabilitación, sin menoscabar el hecho de que la personalidad y características sociales del paciente, sus relaciones emocionales, la actitud y filosofía del personal que lo atiende y su habilidad para hacer frente al problema de forma adecuada, también puede influir.

Así, vemos que la finalidad de los grupos es acrecentar los sentimientos de auto-estima del paciente con la colaboración y ayuda de la familia, para desarrollar una auto-imagen basada en los valores personales, más que en la deficiencia y el auto-desprecio. En la familia, acrecentar las posibilidades de trato con la nueva situación de vida y canalizar adecuadamente los efectos colaterales que de aquí se desprenden. Y la del staff médico, manejar con precisión las respuestas y variables que se mantienen en el proceso de la enfermedad del paciente y la repercusión en la familia, para establecer una fuerte motivación y no encontrar rechazo para llevar a buen fin el tratamiento terapéutico.

Entonces, la formación de Grupos de Autoayuda estaría brindando atención y apoyo en forma integral a quienes necesitan de tiempo y energía

para superar la realidad y adaptarse psíquicamente a ella.

Este capítulo nos ha referido a los procedimientos efectuados con los tres grupos (pacientes, familia y staff médico) que requieren atención en los momentos críticos del padecimiento. Enfocándolo hacia la formación grupal de todos y cada uno, para saber cómo manejar y adaptar sus necesidades biopsicosociales a través de generar Habilidades de Afrontamiento, logrando resultados favorables ante su situación real.

Por otra parte y como se ha observado, los trabajos realizados son de origen extranjero que han tenido poca repercusión en nuestro país, lo que hace más importante nuestra investigación, además de que la proporción de estudios e investigaciones que tratan de acercarnos al conocimiento psicológico del sujeto de nuestro trabajo -el lumbálgico y el lesionado medular traumático- es mínima. Por esta razón creemos necesario hacer una exposición anatómica y las consecuencias de dicha lesión, para entender las repercusiones a nivel físico y psicológico que se presentan en este tipo de pacientes y comprender porqué la intervención del Psicólogo en esta área.

C A P I T U L O I V

IV ANATOMIA Y NEUROFISIOLOGIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

El objetivo principal de este capítulo es presentar información con respecto a la anatomía y fisiología de la columna vertebral, tanto a nivel óseo como neurológico, así como su función, el tipo y etiología de las lesiones traumáticas y las consecuencias y tratamientos que se han realizado en este sentido. Es importante mencionar la estructura anatomofisiológica de la columna vertebral para entender su funcionalidad y apreciar de esta manera las limitaciones físicas y psicológicas que en un momento dado puedan surgir al lesionarse cierta parte de ésta.

4.1 IMPORTANCIA PARA EL PSICOLOGO.

Porqué un capítulo de Anatomía y Neurofisiología en una tesis de Psicología?

Partiendo de que la Medicina Conductual es un área interdisciplinaria, no podemos dejar

de lado el tener el conocimiento de las funciones que se afectan físicamente en la población de nuestro estudio y caer en el error de otras disciplinas cuando se contempla el problema de manera parcial y unilateral, esto es nuestro caso, desde el punto de vista psicológico. A través del conocimiento neuroanatómico, podremos ser más objetivos en cuanto al tipo de intervención y rehabilitación psicológica ya que no se podría dar el mismo tratamiento a una persona con daño a nivel medular que a uno con daño a nivel óseo, así como también, el saber en qué proceso de desarrollo de la lesión se encuentra y qué pronóstico de recuperación presenta cada paciente. Así entonces tendremos una mejor base de la cual partir para poder desarrollar de mejor manera y con mayor pronóstico de efectividad nuestro programa de intervención.

Para tal fin proponemos este capítulo como una forma de adentrar al lector a una revisión rápida de lo que son este tipo de problemas, interés central de este trabajo.

4.2 ANATOMIA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

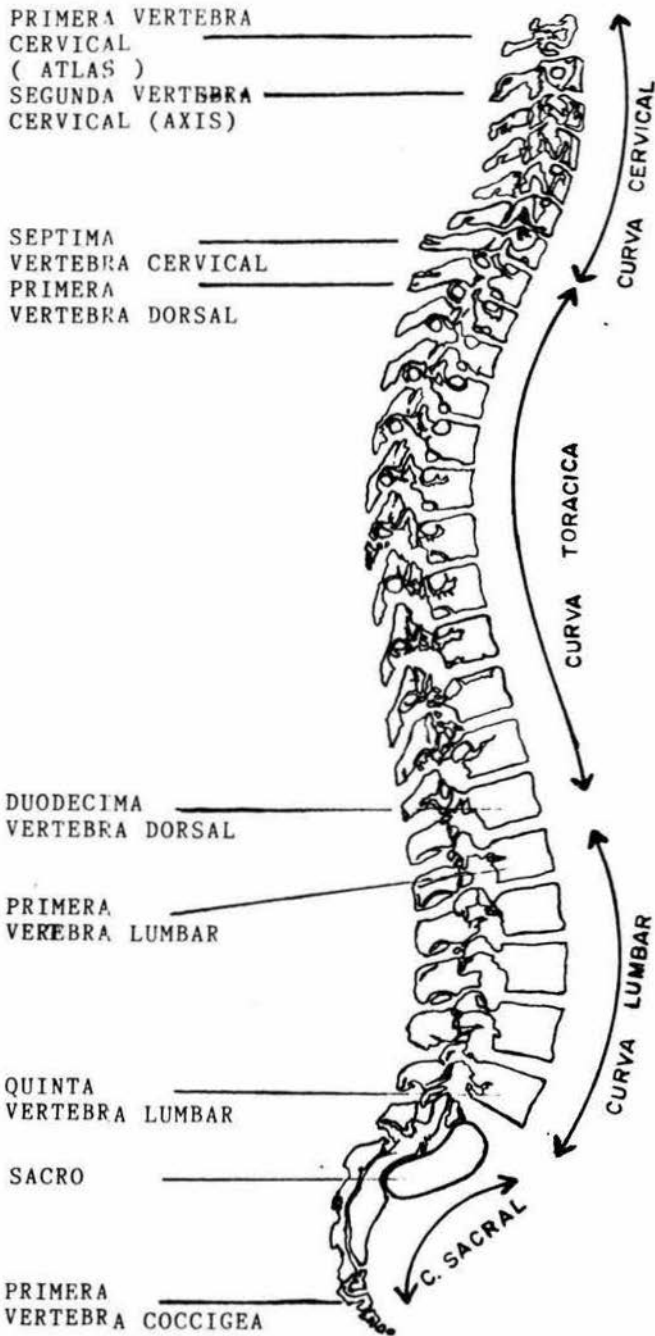
ESTRUCTURA OSEA. La columna vertebral está situada en la línea media y plano posterior del

tronco, formada por la superposición de huesos similares (vértebras). En su extremidad superior, ese eje óseo se ensancha considerablemente para formar el cráneo, mientras en su extremidad inferior se estrecha para terminar en el cóccis. Esta columna ósea llega aproximadamente a medir alrededor de 73 cms. en el hombre adulto y menos en la mujer adulta; a la edad de 25 años alcanza su completo desarrollo, disminuyendo de longitud en la vejez.

La columna vertebral, también llamada "raquis", está formada por la superposición de 33 ó 34 vértebras que forman el estuche de la médula espinal. Del total de éstas, siete son cervicales y se encuentran en la parte alta; doce dorsales en la parte media; localizadas en la parte baja cinco llamadas lumbares; cinco sacras y cinco coccígeas. Las vértebras cervicales, dorsales y lumbares permanecen independientes a otras y las sacras y coccígeas se unen para formar respectivamente el sacro y el cóccis (ver fig. 1).

Las vértebras poseen características comunes y características propias, según la región de que se trate. Las comunes son que en cada vértebra se observan: un cuerpo vertebral, un agujero vertebral, una apófisis espinosa, dos apófisis

Fig. 1

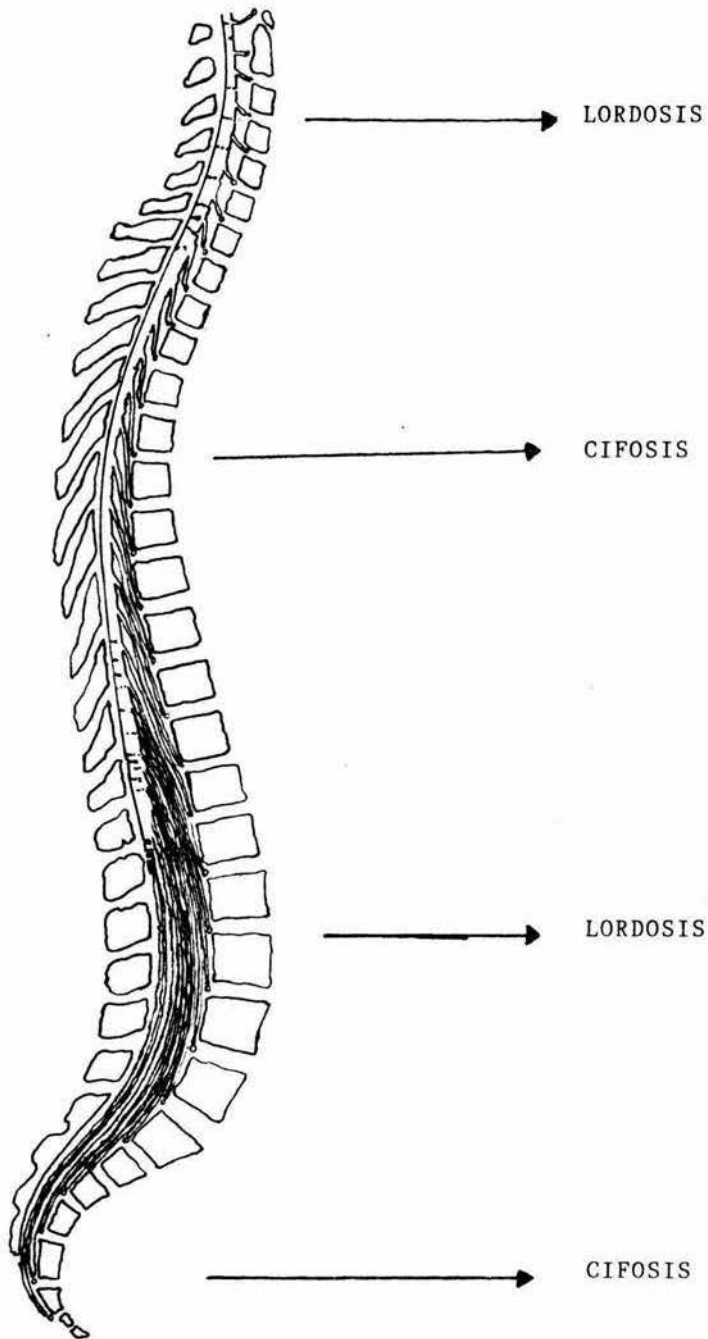


transversas, cuatro apófisis articulares, dos láminas vertebrales y dos pedículos vertebrales. Las vértebras que poseen caracteres propios y que se distinguen de cualquier otra son: 1a. cervical o Atlas; 2a. cervical o Axis; 6a. cervical y 7a. cervical o Prominente; 1a, 10a, 11a, y 12a dorsales; y 5a. lumbar.

Como se había mencionado anteriormente, en la extremidad superior de la columna vertebral se ensancha considerablemente, en tanto que en la extremidad inferior se estrecha, esto, se se observa en una vista dorsal, ya sea por delante o detrás. Vista lateralmente se observan ciertas curvaturas que a nivel de la región cervical y lumbar se forma una convexidad (lordosis) y a nivel dorsal y de la región sacrococígea se forma una concavidad (cifosis) ver fig. 2.

La curvatura de la última región mencionada es inmóvil, mientras que las tres anteriores son flexibles o móviles, por lo que pueden ser más o menos pronunciadas, según la posición del individuo. De tal forma, diremos que la columna no es una estructura rígida sino flexible y que es en esencia una serie de unidades funcionales colocadas una encima de otra que equilibradas sobre el sacro la conservan erecta y en equilibrio con la gravedad.

Fig. 2



Cada unidad funcional realiza un trabajo de manera independiente y colectiva, siendo el armazón básico de la columna que está compuesta por dos cuerpos vertebrales separados por el disco.

Es así como esta armazón sostiene al individuo en pie o al estar sentado y hay acceso a la flexión, extensión y rotación del cuerpo, así como, soportar peso o empujar. La resistencia y flexibilidad de la columna vertebral depende pues, de la integridad de las unidades funcionales.

4.3 ETIOLOGIA DE LAS LESIONES TRAUMATICAS.

Las causas más comunes por las que aparece la lumbalgia son: la postura incorrecta, como la de una persona embarazada que al ponerse de pie exagera la lordosis, ya que la protusión del abdomen produce una curvatura en la región lumbar; también al usar tacones altos, conservar una postura militar, la mala posición al dormir en camas blandas y la actividad del planchado, entre muchas otras. Asimismo, la lumbalgia puede ser ocasionada por flexión y extensión incorrectas; en una persona sin condición física los tejidos del dorso y miembros inferiores no

se alargan a la longitud necesaria para permitir la flexión completa e indolora. Por ejemplo, si se lleva una vida sedentaria de lunes a viernes y el fin de semana se ejecutan ejercicios como jardinería, levantamiento de pesas, etc., que necesitan estiramiento. También cuando se mantiene una posición lordótica durante semanas, meses o años (como la de una secretaria) los tejidos del dorso lordótico tenderán a acortarse en forma permanente por la pérdida de elasticidad.

El estado mental de la persona también influye en la etiología de la lumbalgia, ya que los individuos con problemas emocionales que no logran relajarse por una tensión excesiva de todos los tejidos del cuerpo incluyendo cuello, brazos y torax, restringe la flexibilidad de la región lumbar.

Otras de las causas poco comunes de la lumbalgia, son las acciones tan inofesivas como estornudar, bajar un escalón que no existe, tropezar en un agujero, golpearse la cabeza en forma inesperada con una viga y muchos más ejemplos, sometiendo a la columna a un esfuerzo mecánico que en ese momento se puede encontrar en una posición comprometida como flexión, rotación y actitud lordótica.

Y finalmente, la lumbalgia por causas

especiales como espondilosis y espondilolistesis; el término "espondilo" significa vértebra y "lisis" implica un defecto por falta de unión de los huesos durante su formación temprana; "listosis" que significa deslizamiento.

4.4 CONSECUENCIAS

Las consecuencias se pueden vislumbrar en las actividades de vida diaria, situaciones sociales, deportivas y laborales, al igual que en las relaciones familiares, ya que todas las enfermedades conllevan influencias emocionales, sin dejar de lado, claro está, las mismas situaciones fisiológicas presentes. Aunque algunas veces puede estar presente la enfermedad psicósomática, donde se asume a priori que los pacientes se quejan de un padecimiento imaginario.

Estas consecuencias se agravan por el hecho de que el estado psicológico del individuo no se encuentra en calma, sin autocontrol y/o adecuadas Habilidades de Afrontamiento.

4.5 TRATAMIENTO

Con respecto a los tratamientos se debe

distinguir la lumbalgia que se presenta por episodios recurrentes a la llamada crónica.

Las recomendaciones en las lumbalgias agudas son: a) reposo absoluto en cama o permanecer recostado; b) medicamentos; c) tiempo; d) calor o hielo en la región lumbar; y e) ejercicios (flexión, extensión, relajación).

Los ejercicios deben ser un estilo de vida para evitar la recurrencia de la lumbalgia. Se debe recuperar y mantener la flexibilidad del dorso, tanto hacia adelante como hacia los lados y la fuerza de los músculos.

La intervención quirúrgica se recomienda cuando en un paciente hay evidencia de lesión nerviosa, que no mejora después de un período razonable de tratamiento conservador adecuado, considerándose urgente cuando el sujeto tiene pérdida de la función vesical o intestinal.

En la lumbalgia crónica el dolor se define de forma arbitraria, como el que persiste por más de seis meses, a pesar del tratamiento.

El tratamiento del dolor crónico tiene el propósito de permitir al sujeto, realizar sus actividades diarias sin experimentar molestias intensas, debiendo incluir entrenamiento psicológico, ya que se aminora el dolor pero no es aliviado por completo.

Los diferentes tipos de tratamiento son:

- a) Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (ENET);
- b) Bioretroalimentación;
- c) Formación de imágenes mentales;
- d) Relajación progresiva;
- e) Prescripción de fármacos;
- f) Acupuntura; y
- g) Psicoterapia.

4.6 NEUROANATOMIA DE LA MEDULA ESPINAL

Para desarrollar este apartado creimos pertinente reproducirlo en forma literal (1).

"La médula espinal constituye la parte a nivel más inferior del Sistema Nervioso Central en cuanto a su sitio anatómico y también por tener las funciones más primitivas".

" Es un largo cordón blanquecino, cilíndrico, situado en el conducto raquídeo de la columna vertebral. Su límite superior se localiza a nivel de la articulación del Atlas con el occipital, punto en donde se continúa hacia arriba con el bulbo raquídeo; su límite inferior se encuentra a nivel de la segunda vértebra lumbar, punto

(1) GUTIERREZ, C.G; Anatomía, Fisiología e Higiene Ed. Kapeluz Mexicana; Cap. 5; 1976; pp. 91-100.

en el cual se estrecha para formar el cono terminal; en este sitio se origina una estructura no nerviosa llamada filum terminale, que es un ligamento que se inserta en la primera vértebra coccígea y le sirve como medio de fijación inferior. La médula no llena el conducto raquídeo en toda su extensión. Su diámetro no es igual en las distintas regiones que atraviesa pues, teniendo en general un centímetro de diámetro presenta dos abultamientos localizados: uno superior, a nivel de la última vértebra cervical y otro inferior, a nivel de las últimas vértebras dorsales denominadas braquial y crural, donde nacen los nervios de las extremidades superiores e inferiores respectivamente. La longitud media de la médula es aproximadamente de 45 cm. en el adulto".

ESTRUCTURA DE LA MEDULA. Haciendo un corte transversal encontramos que está formada por sustancia gris y sustancia blanca.

Sustancia gris. "Ocupa la parte central y en conjunto presenta la forma de una H o de dos medias lunas unidas entre sí, a nivel de la parte media de su convexidad por la comisura gris. En las masas laterales de la sustancia gris se distinguen dos extremidades llamadas

astas, una anterior y otra posterior. La primera es voluminosa, en tanto que la segunda es delgada y alargada. El asta anterior contiene los cuerpos celulares en los que se originan las fibras eferentes de los nervios raquídeos (motores); el asta posterior contiene los cuerpos celulares cuyas fibras aferentes van a centros más superiores de la médula espinal o del cerebro (anterior motor, posterior sensitivo)".

Funciones de la Sustancia Gris. "Esta sustancia obra como centro nervioso que transforma la sensibilidad en movimiento, quedando limitada su acción a los actos reflejos del tronco, extremidades superiores e inferiores y vejiga".

Sustancia Blanca. "Se encuentra dispuesta alrededor y entre las astas de la sustancia gris. Cada mitad de la sustancia blanca está constituida por tres cordones: el anterior, el lateral y el posterior. Cada cordón, a su vez está dividido en segmentos más pequeños denominados haces o fascículos de los cuales algunos serán ascendentes o sensitivos, que sirven como vías que conducen al cerebro los impulsos que llegan a la médula por las fibras aferentes de los nervios raquídeos, y otros serán descendentes o motores, que pasan impulsos del cerebro a las neuronas motoras de

los nervios raquídeos. Otros haces, ascendentes o descendentes comienzan y terminan en la misma región de la médula".

Principales vías ascendentes y descendentes:

"Vías ascendentes

- a) sensibilidad vital: tacto, dolor y temperatura;
- b) sensibilidad gnóstica y espino cerebelosa: a la vibración, al peso, a la forma y a la posición de los segmentos del propio cuerpo".

"Vías descendentes

- a) motoras y sinergistas;
- b) fascículo nigro espinal;
- c) vía cerebelo-espinal".

Funciones de la sustancia blanca. "Teniendo presente que la sustancia blanca está constituida por fibras análogas a los nervios que de ésta emanan, podemos concluir que sus funciones son semejantes. Esta sustancia está dividida en cordones, y para estudiar la conducción nerviosa existen los procedimientos de la estimulación, sea mecánica, eléctrica, química o física, y el de la sección, sea anatómica o fisiológica.

La parte anterior de los cordones laterales se suma a la acción de los cordones anteriores, igual que la parte posterior se suma a la sección de los cordones posteriores. Por lo tanto, ésta sustancia tiene como acción fundamental ser conductora de las corrientes nerviosas, tanto de la sensibilidad como del movimiento".

4.7 FUNCIONES DE LA MEDULA ESPINAL

Normalmente las funciones de la médula espinal están fuertemente controladas por señales procedentes del cerebro (2).

"La médula espinal recibe información de la periferia a través de las raíces dorsales de los nervios espinales, que contienen las ramas centrales de las neuronas aferentes cuyo soma se halla en los ganglios espinales. La prolongación periférica de estas neuronas termina en relación con receptores distribuidos en los tegumentos, músculos, articulaciones y vísceras, del cuello hacia abajo. Obviamente, la función de las neuronas aferentes es conducir impulsos

(2) LOPEZ, A., La Médula Espinal; En Anatomía Funcional del Sistema Nervioso; Ed. Limusa; México 1980; pp. 131-140.

de los receptores a los centros, en este caso, la médula espinal".

"Las raíces dorsales, por consiguiente, contienen fibras que transmiten los siguientes tipos de información:

a) **Exteroceptiva.** Que proviene de los receptores cutáneos de dolor, temperatura, tacto y presión;

b) **Propioceptiva.** Que proviene de los receptores musculares, tendinosos y articulares, además, probablemente de dolor muscular y articular

c) **Visceroceptiva.** Que proviene de los receptores viscerales".

"La sustancia gris medular es la zona de integración para reflejos medulares y otras funciones motoras. En el asta anterior de la sustancia gris se encuentran motoneuronas llamadas somáticas que pueden ser de tipo alfa y gama y tienen como función, excitar a la contracción de las fibras musculares esqueléticas y la transmisión de impulsos respectivamente. El nivel más simple del impulso reflejo es el medular y puede ser de tipo somático o vegetativo".

"Las características funcionales del arco reflejo medular son las siguientes: 1) conducción

en un sólo sentido; 2) período de latencia; 3) período refractario; 4) facilitación; 5) sumación; 6) descarga prolongada; 7) irradiación; 8) fatiga; 9) inhibición; y 10) inducción sucesiva".

" En el arco reflejo vegetativo interviene el control de la micción, defecación, erección, eyaculación y sudoración".

En la sección medular total que sigue a traumatismos, tumores, infecciones o accidentes vasculares de la médula, se observa que por debajo del nivel de sección es imposible obtener reflejos medulares, al cuadro se le denomina choque espinal. Al cabo de algunos días o algunas semanas de choque espinal, las neuronas de la médula recobran gradualmente su excitabilidad. Parece tratarse de una característica natural de las neuronas en cualquier lugar del S.N., después de perder su fuente normal de impulsos facilitadores, suelen aumentar su excitabilidad natural propia para compensar la pérdida, en el hombre, esta recuperación puede tardar varios meses y en ocasiones nunca llega a ser completa; por otra parte, puede presentarse tardíamente hiperexcitabilidad de casi todas las funciones medulares" (3).

(3) GUYTON, A.C., Tratado de Fisiología Médica; Ed. Inteamericana; 5a. Ed. p. 692.

4.8 TIPO Y ETIOLOGÍA DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS

El tipo de lesiones a nivel médula espinal pueden ser por sección medular completa, compresión, laceración, contusión o transección medular, sin que haya daño cervical, sino por traumatismo, dando como resultado la pérdida de funciones motoras y vegetativas, y que van a depender del nivel de daño ocurrido en la médula espinal y la cantidad de daño neural residual.

Las causas más comunes de las lesiones son por traumatismo, como se mencionó anteriormente, y que pueden suscitarse por disparo de un arma de fuego, accidente automovilístico, practicando la natación, buceo, atletismo, etc., caída de grandes alturas o accidentes de trabajo en donde la flexión y extensión repentina y violenta de la columna vertebral dañan la médula.

4.9 CONSECUENCIAS

Las consecuencias de estas lesiones dan como resultado una paraplejía o cuadriplejía; según el nivel donde haya ocurrido el daño va a ser la extensión de inhabilidad. Si la lesión se encuentra en la región cervical de la espina (cuello), las cuatro extremidades pueden ser

paralizadas y a ésto se le llama cuadriplejía o cuada parálisis (parálisis total o parcial). La paraplejía o paraparálisis (parálisis total o parcial de las dos extremidades inferiores) se dá a consecuencia del daño a nivel de los segmentos dorsal y lumbar (sobre, en medio y abajo de la espalda).

En ambos tipos de parálisis hay disminución de movimientos voluntarios y sensitivos, asimismo, complicaciones del tronco, a no ser que el daño se encuentre por abajo de la 2a. vértebra sacra que dá pérdida de vientre y vejiga.

En forma general, podemos decir que al lesionarse la médula espinal, las complicaciones que se pudieran presentar son las siguientes: infección por desbridamiento inadecuado, oclusión de la herida, pérdida de función intestinal y control de vejiga, impotencia frecuentemente, infección urinaria y formación de cálculos renales entre otras.

El paciente podrá estar sujeto a todos los deterioros asociados con la inmovilidad completa, como circulación defectuosa y colapso de tejidos por la interrupción del suplemento nutricional.

De la misma manera, las lesiones de médula tienen efectos psicológicos sumamente dramáticos

y que van a diferir, según el tipo de personalidad de cada sujeto, teniendo gran relevancia para el tratamiento. Generalmente se han identificado efectos psicológicos similares, como la ansiedad, la depresión y el negativismo.

4.10 TRATAMIENTO

"Inicialmente se empieza con procedimientos médicos aplicados en la escena del accidente, después se llevan a cabo en la sala de emergencias del hospital y subsecuentemente en la unidad intensiva o unidad de medicina aguda, dependiendo de las condiciones del paciente, la primer fase del tratamiento es mantener la vida, secundariamente, tratar y prevenir las complicaciones y prevenir el daño de médula por descompensación y estabilización de la espina. A través del tratamiento inicial que varía según las condiciones del paciente, poca atención se dá a las reacciones psicológicas de éste. No se les dá acceso a un Psicólogo durante este período en ninguno de los hospitales, dándose como resultado confrontar la incertidumbre de la vida o la muerte y la posibilidad de la inhabilidad permanente sin intervención de este tipo. Una vez que el paciente está estable



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

médicamente, empieza el proceso de rehabilitación para regenerar el total de las funciones".

" La rehabilitación consiste en ayudar al paciente a recuperarse físicamente y llegar a una independencia funcional por medio de: 1) el uso de sustitutos y reforzar el músculo afectado; 2) aprender nuevas habilidades; y 3) utilizando aparatos adaptativos para compensar pérdidas físicas permanentes" (4).

Una de las técnicas de tratamiento conductual más usadas, es el biofeedback, ya que se supone que algunas sendas quedan inmóviles por la transmisión de impulsos neurales y la electromiografía no sólo puede intensificar la actividad, sino también para inhibir espasticidad como se dá en la hemiplejía.

Hasta aquí hemos descrito someramente en qué consisten las lesiones a nivel óseo y medular, así como sus complicaciones y tratamientos que se efectúan para lograr una adecuada rehabilitación. Pero como psicólogas el interés en intentar acercarnos lo máximo posible a la

(4) BRUCKER, B.S., "Spinal Cord Injuries"; en Coping with Chronic Disease: Research an Applications; Academic Press; 1983

comprensión de las diferentes situaciones por las que pasa el paciente lumbálgico y el lesionado medular, tratando de identificar su sentido psicológico, las reacciones emocionales que surgen en los diferentes períodos y qué reacciones favorables en su actitud ayudarían para su rehabilitación.

C A P I T U L O V

V ESTUDIO PILOTO COMPARATIVO A NIVEL PSICOLOGICO EN DOS POBLACIONES CON DAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL.

5.1 REPORTE DE INVESTIGACION

El interés de llevar a cabo la presente investigación, surgió a partir del Proyecto de Educación para la Salud (PES), iniciado en la Escuela Nacional de estudios Profesionales Iztacala (ENEPI), en torno al estudio e intervención de enfermedades crónico-degenerativas en diferentes padecimientos como son: oncológicos, nefrológicos y daño en columna, siendo éste último el enfoque de interés para el presente trabajo.

Como un primer intento de investigación a nivel médico-psicológico que se realiza en nuestro país y por ésto de mayor importancia en el área de atención para la salud, el objetivo es identificar el perfil psicológico en pacientes con daño a nivel óseo y medular; candidatos a ser tratados con las técnicas de Afrontamiento,

llevándolo a cabo en hospitales.

Teniendo como finalidad, que a través del estudio piloto comparativo se asienten las bases para que posteriormente se realice un seguimiento en la implementación de técnicas terapéuticas.

5.2 METODO

SUJETOS:

Tamaño de la muestra.

22 pacientes lumbálgicos (consulta externa) del Hospital "10. de Octubre" ISSSTE (ver anexo 1).

28 pacientes internos de traumatología en el Hospital "Magdalena de las Salinas" IMSS (ver anexo 2)

15 familiares de los pacientes de traumatología (ver anexo 3)

6 médicos ortopedistas (ISSSTE) (ver anexo 4).

Criterios de Selección:

- Que presentaran un tipo de trastorno lumbar o medular.
- Con un rango de edad entre 16 y 65 años.
- Tiempo de evolución de 1 a 10 años (en caso de lumbalgia).
- Con repertorios potenciales de auto-cuidado (en caso de pacientes medulares)
- Que hubiera un familiar responsable.

MATERIALES:

1. Cuestionario con preguntas cerradas para pacientes con problemas de lumbalgia, donde se evaluó la percepción de los pacientes en torno a cuatro áreas de su vida: a) relaciones familiares, sociales y laborales; b) concepción del problema; c) adherencia al tratamiento; y d) auto-estima (ver anexo 5).

2. Cuestionario de opción múltiple sobre dolor, para pacientes con problemas de lumbalgia, donde se evaluaron aspectos específicos del dolor que referían todos los pacientes y observar de qué forma lo identificaban dónde lo sentían y la intensidad del mismo (ver

dónde lo sentían y la intensidad del mismo (ver anexo 6).

3. Mapa sensitivo representado por una figura humana vista de dorso y de frente para la localización del dolor, así como, la especificación del mismo (ver anexo 7).

4. Cuestionario con preguntas cerradas para pacientes con daño medular, donde se especificó tipo y causa del daño, así como, pronóstico del mismo; evaluándose las mismas áreas que en el cuestionario de problemas lumbares (ver anexo 8).

5. Cuestionario con preguntas cerradas para familiares de pacientes, donde se abordaron tres áreas: a) cómo percibían el problema de su familiar; b) de qué manera afectaba el padecimiento a sus relaciones familiares, sociales y laborales; y c) cómo participaban en el tratamiento de sus pacientes (ver anexo 9.)

6. Cuestionario para médicos, con preguntas cerradas y la especificación de dicha respuesta, donde se exploraron opiniones generales acerca de la percepción del médico sobre el trato que se le debe dar al paciente con problemas en columna vertebral y el manejo familiar del mismo (ver anexo 10).

AMBIENTE:

1. Para pacientes con problemas de lumbalgia se asignaron tres cubículos del servicio de Ortopedia en el Hospital "10. de Octubre" para establecer raport.

2. Para pacientes con daño medular se trabajó en el 5o. piso del área de Neurología de la zona de internamiento en el Hospital "Magdalena de las Salinas", por ser éste donde se encontraban encamados.

3. Para los familiares y médicos se encuestó en cubículos correspondientes a cada uno de los servicios (Ortopedia y Neurología).

TIEMPO DE INVESTIGACION:

En el Hospital "10. de Octubre", la duración fué de un año y medio, mientras que en el Hospital "Magdalena de las Salinas", fué de seis meses aproximadamente.

5.3 PROCEDIMIENTO

Para la aplicación de los cuestionarios a pacientes con lumbalgia, se propuso a los médicos del servicio de Ortopedia, los criterios de canalización de los pacientes que asistían a su consulta, posteriormente se iban pasando

a su consulta, posteriormente se iban pasando con alguna de las psicólogas para que se les fuera encuestando de manera individual. Se les entregó el cuestionario para pacientes con lumbalgia, una vez resuelto se entregaba el cuestionario de dolor y finalmente el mapa sensitivo.

La aplicación de los cuestionarios en el Hospital del IMSS, se realizó en forma individual y en la cama de cada uno de los pacientes, después de que el jefe de área de Neurología, nos informara de las condiciones concretas de los pacientes, ya que era un piso donde se encontraban diversos problemas neurológicos.

La aplicación de cuestionarios a familiares de pacientes lumbálgicos no se realizó porque éstos, asistían solos a consulta.

Por lo que se refiere a los familiares de los pacientes con daño a nivel medular, se realizó de una a dos semanas después del traumatismo.

El cuestionario a médicos se aplicó de manera individual y en el consultorio de Ortopedia. Se esperaba que dichos cuestionarios se entregaran inmediatamente, sin embargo y debido a variables ajenas a nuestro control, se accedió a que demoraran la entrega, aclarándose que la resolución del mismo era de carácter voluntario.

Por lo que respecta a la resolución del cuestionario a médicos por parte de Neurología, se les entregó para su contestación y sin embargo no tuvimos respuesta por su parte, o dicho en forma más simple, no hubo colaboración.

5.4 RESULTADOS

En virtud de que se tuvo acceso a dos tipos de poblaciones con padecimiento de columna, como fueron lumbalgia y lesión medular traumática, los cuales alcanzan grandes índices en la población que acude a los hospitales, se planteó la necesidad de realizar un sondeo de las características psicológicas predominantes en cada una de las poblaciones de interés para definir cada uno de los perfiles.

DOLOR. Debido que en pacientes lumbálgico se presenta dolor, se analizaron los datos obtenidos en las encuestas aplicadas y se tuvo que: la causa principal que provoca su presencia son las caídas o golpes, presentándose en la región de la cadera refiriéndolo como piquetes y punzadas, y que por lo regular está presente a diario con una intensidad de "molesto"

agudizándose más al levantar cosas pesadas o bajo cambios bruscos de postura. Por lo regular se presentan síntomas colaterales como dolor de cabeza y depresión, disminuyendo con los cambios de postura o cuando están dormidos. La mayoría coincidieron en que el dolor interfiere con sus actividades en general y con mayor incidencia en los laborales.

FAMILIA. Los datos obtenidos de las encuestas aplicadas a los familiares son los siguientes: sobre las condiciones y consideraciones que tenían respecto al traumatismo del lesionado (ver cuadro 6) el 74.8% tuvieron una opinión favorable y dieron respuestas adecuadas en torno al problema que los aquejaba, mientras que el 26.2% restante dió respuestas inadecuadas o bien se abstuvo de comentar al respecto por el estado anímico en que se encontraban los familiares. Al proceder a evaluar cada una de las áreas (cuadro No. 7), la de relaciones familiares, sociales y laborales, el 73.3% consideró que el padecimiento de sus parientes no interfería con el desarrollo de las mismas. El 76.7% manejaron una buena concepción del problema. Con respecto a la adherencia al tratamiento, el 86.7% señaló que sus familiares afectados sí podrían tener una

buena adaptación a éste y que ellos iban a colaborar para tal propósito, el resto encontró difícil el hacerlo.

MEDICOS. Por parte del grupo de médicos encuestados, coincidieron en que no es la familia sino ellos quienes toman la decisión de informar o no al paciente todo lo relacionado a su daño, aunque no niegan que en la mayoría de los casos, tanto al paciente como a la familia, se le debe informar de su padecimiento y por ende, la información que se proporcione debe incluir el tipo de daño que se padece y los tratamientos médicos y/o quirúrgicos que se vayan a emplear, así como, las implicaciones o riesgos que se tengan para tomar una decisión sobre bases reales. Señalaron también, la importancia que cobraba que la familia del paciente debía conocer el padecimiento que le aquejaba a éste, debido a que, por medio de ella recibiría el mayor apoyo posible (cualitativa y cuantitativamente) en el proceso de rehabilitación. El 67% señalaron que la mayoría de los pacientes les comunican sus expectativas respecto al padecimiento, pues les cuestionan cómo o de qué forma se van a ver

afectados fisiológica o funcionalmente. Asimismo, opinaron que el paciente necesita el apoyo familiar para su rehabilitación y que para ésto, se les debía informar cómo deben manejar a sus pacientes, tanto física como emocionalmente; el 33% restante comentaron que los pacientes no les preguntaban nada sobre su estado de salud, atribuyéndolo posiblemente a la falta de confianza. De la misma forma hicieron notar que no se les daban instrucciones a los familiares, porque éstos no mostraban preocupación o bien no correspondía a la especialidad del médico el darlas, limitándose tan sólo a dar consejos. Por último y en su totalidad, estuvieron de acuerdo en que la participación de la familia es prioritaria en la rehabilitación del paciente, siendo necesario el apoyo, estímulo e interés hacia él, mencionando también, que el desarrollo de programas encaminados al manejo integral del paciente es importante, puesto que, como ser humano está considerado como una totalidad y no en partes aisladas.

FASE DE RESULTADOS

PACIENTES. Al evaluar si había diferencias entre el tipo de respuestas y la dimensión a la que correspondía para los pacientes con daño óseo (ver tabla 1 parte superior), se encontró que de 156 respuestas verdaderas adecuadas, 38 correspondían al área de Concepción del Problema, 44 a la Adherencia al Tratamiento, 22 a Autoestima y 52 al área de Relaciones Sociales, Familiares y Laborales. De 92 respuestas verdaderas inadecuada (RI), 10 correspondían a Concepción del Problema, 45 a Adherencia 3 a Autoestima y 34 a Rel. Fam, Soc. y Lab. Para el caso de las respuestas falsa adecuada (FA), de 133 de ellas, 11 correspondían a Concepción, 38 a Adherencia, 19 para Autoestima y 65 al área de Relaciones. Por último para las respuestas falsa inadecuada (FI) de 69 de ellas, 7 correspondían a Concepcion, 49 a la Adherencia, 0 a la Autoestima y 13 a la de Relaciones.

Con una Chi Cuadrada (χ^2) significativa al .05%, se encontró que en total de las respuestas, predominaron las RA con una frecuencia de 156 seguidas de las FA con una frecuencia de 133, en cuanto a las dimensiones predominaron la Adherencia al Tratamiento con una frecuencia de 176 y la de Relaciones con una frecuencia

de 164.

Considerándolas en forma cruzada, predominaron las RA en la dimensión de Relaciones con una frecuencia de 52, las RI en la Adherencia con una frecuencia de 45, en el caso de las FA, predominaron más en la dimensión de Relaciones con un frecuencia de 65, y la FI en la Adherencia con una frecuencia de 49. En ambos casos de los tipos de respuestas, predominaron las adecuadas en la dimensión de Relaciones, pero de ellas fué más alta la de FA respecto de las RA.

Al evaluar si había diferencias entre el tipo de respuestas y la dimensión a la que correspondía para los pacientes con lesión medular (ver tabla 1 parte inferior), se encontró que de 305 RA, 78 correspondían al área de Concepción del Problema, 92 para Adherencia al Tratamiento, 52 a Autoestima y 83 a Relaciones Sociales, Familiares y Laborales. De 135 RI, 35 correspondían a Conc. 38 a Adh. 26 para Aut. y 36 a Rel. Para el caso de las FA, de 196 de ellas, 49 correspondían a Conc. 46 a Adh, 27 a Aut. y 74 a Rel. Por último, para las FI, de 69 de ellas, 7 correspondían a Conc. 2 a Adh. 7 a Aut. y 30 a Rel.

Con una Chi Cuadrada (χ^2) significativa al .05%, se encontró que en total de las

respuestas predominaron las RA con una frecuencia de 305, seguidas de las FA con una frecuencia de 196. En cuanto a las dimensiones predominaron la Adh. con una frecuencia de 178 y la de Rel. con una frecuencia de 223.

Considerándolas de forma cruzada, predominaron las RA en la dimensión de Adh. con una frecuencia de 92, las RI también en Adh. con una frecuencia de 38, en el caso de las FA predominaron más en la dimensión de Rel. con una frecuencia de 74. y la FI de nuevo en la dimensión de Rel con una frecuencia de 30. En ambos casos de los tipos de respuestas, predominaron las **adecuadas** en la dimensión de Adherencia, pero de ellas fué más alta la de RA respecto de la RI.

Al evaluar si había diferencias en las frecuencias y dimensiones entre las respuestas de los pacientes con daño oseo y lesión medular (ver tabla 2) se encontró que con un análisis de varianza significativo de .05%, 35.795 correspondían a las frecuencias, 42.780 a las dimensiones y 1.613 entre grupos, con error de 55.312 y un total de 135.500.

La gráfica muestra la independencia entre grupos respecto de las áreas, con un total de frecuencias en daño oseo (línea seguida) de 66

en Concepción del Problema, 176 en Adherencia al Tratamiento, 44 en Autoestima y 164 en Relaciones Sociales, Familiares y Laborales. Y en lesión medular (línea punteada), un total en las frecuencias de 169 para Concepción del Problema, 178 en Adherencia al Tratamiento, 112 en Autoestima y 223 en Relaciones Sociales, Familiares y Laborales.

DISCUSION DE RESULTADOS

A través del análisis de resultados de daño óseo, en las dimensiones de Adherencia al Tratamiento y Relaciones Sociales, Familiares y Laborales, se observa mayor significancia de frecuencias, predominando en la Adherencia, por lo que podemos decir que para este tipo de pacientes, no es tan importante tener buenas relaciones interpersonales, como el hecho de llevar más estrechamente el tratamiento médico, y esto se corrobora con los resultados que arrojaron las encuestas sobre dolor, donde se indica que para la gran mayoría es molesto realizar sus actividades y sobretodo laborales, con el dolor constante; siguiendo en orden decreciente de frecuencias, no es muy

significativo tener que estar tan informados acerca del padecimiento para sentirse mejor y por último, en Autoestima donde la frecuencia es menor, nos muestra el valor estimativo que el paciente siente por sí mismo.

Por lo que respecta al análisis de resultados de pacientes con lesión medular, y en caso contrario al anterior, se observa que predomina en primer lugar, la de Relaciones Sociales, Familiares y Laborales, siguiendo la de Adherencia al Tratamiento, esto nos indica que para este tipo de pacientes es más importante tener buenas relaciones que el hecho de seguir tan estrechamente el régimen médico, a lo cual, la familia señala que sería lo ideal para lograr una mejor adherencia al tratamiento; y de la misma manera que en el anterior, no es tan importante estar informados acerca de lo que significa su padecimiento para llevar a cabo su tratamiento y muestra, además, el valor estimativo por sí mismos, en cuanto que es la frecuencia menor en la tabla de resultados.

Los médicos señalaron la importancia que tiene la intervención de la familia en el proceso rehabilitador, tanto en forma teórica como práctica del paciente, concordando con lo que opinaron los grupos referidos (paciente y familia)

estando de acuerdo en la implementación de programas para el manejo integral del paciente.

Al evaluar la relación entre grupos (tabla 2) se observa lo siguiente:

1. Los grupos son independientes respecto de las áreas, según lo muestra la gráfica, lo que significa que ambos, sin importar el padecimiento, tienen inhabilidades para afrontarlo.

2. Se sugiere diferente tipo de intervención terapéutica para cada uno de los padecimientos, sin menoscabar el hecho de que ambos requieran de la ayuda psicológica.

CONCLUSIONES

De acuerdo al trabajo realizado y resultados obtenidos, se concluye que:

- No se alcanzó el primer objetivo, identificar el perfil psicológico de ambas poblaciones, puesto que el tamaño de la muestra no fué representativa.
- Sin embargo, a través de este estudio piloto se asientan las bases para el seguimiento y obtención del perfil psicológico.
- Con esta investigación observamos que es indispensable incorporar el enlace interdisciplinario (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, etc.) para generar medidas coordinadas de tipo médico, educativopráctico, profesional y social en padecimientos crónicodegenerativos.
- Se sugiere que en la formación profesional del médico, se le den las herramientas a nivel psicológico para manejar reacciones emocionales de sí mismo y de sus pacientes que surjan como consecuencia del padecimiento, o permitan la participación del psicólogo, que es el profesional que cuenta con las herramientas necesarias para abordar dichos problemas.
- La formulación de paquetes terapéuticos deberán

estar encaminados a mejorar la calidad de vida del paciente, tomando en cuenta la participación activa de éste y sus potencialidades.

En base a las expectativas iniciales de nuestra investigación, consideramos que no se obtuvieron mayores alcances debido a lo siguiente:

- Errores metodológicos en la formulación del instrumento de evaluación.
- Obstáculos por parte del staff médico (sobre todo del Hospital lo. de Octubre) para el desarrollo de la investigación, en cuanto a que mostraron apatía, desconfianza, devaloración del Psicólogo y no canalización de pacientes.
- No homogeneidad en el tamaño de la muestra.
- Falta de recursos económicos para el seguimiento de nuestra investigación.
- Permanencia temporal de pacientes hospitalizados y de procedencia del interior de la República.

Como conclusión final, se sugiere la continuación en la búsqueda del perfil psicológico de ambas poblaciones, tomando como base esta investigación. así como para elaborar e implementar programas de intervención, donde haya participación interdisciplinaria.

TABLA 1

TABLA DE RELACION DE FRECUENCIAS Y DIMENSIONES DE PACIENTES CON DAÑO OSEO

	CONC	ADH	AUT	REL	TOTAL
RA	38	44	22	52	156
RI	10	45	3	34	92
FA	11	38	19	65	133
FI	7	49	0	13	69
TOTAL	66	176	44	164	450

TABLA DE RELACION DE FRECUENCIAS Y DIMENSIONES DE PACIENTES CON LESION MEDULAR

	CONC	ADH	AUT	REL	TOTAL
RA	78	92	52	83	305
RI	35	38	26	36	135
FA	49	46	27	74	196
FI	7	2	7	30	46
TOTAL	169	178	112	223	682

Error Alfa:	.05
Grado de Libertad:	9
Valor Crítico de Chi Cuadrada:	3.3251
Valor Esperado en Daño Oseo:	72.7216
Valor Esperado en Lesión Medular:	35.1860

DONDE:

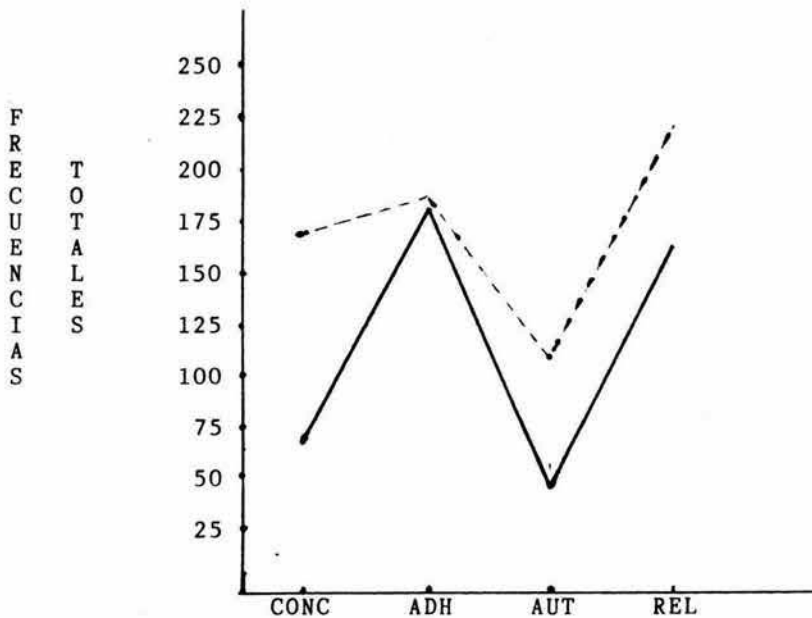
- CONC = Concepción del Problema
- ADH = Adherencia al Tratamiento
- AUT = Autoestima
- REL = Relaciones Sociales, Familiares y Laborales
- RA = Respuestas Verdaderas Adecuadas
- RI = Respuestas Verdaderas Inadecuadas
- FA = Respuestas Falsas Adecuadas
- FI = Respuestas Falsas Inadecuadas

TABLA 2

TABLA Y GRAFICA COMPARATIVA DE RALACION DE FRACUENCIAS Y DIMENSIONES DE AMBAS POBLACIONES

DATOS DE VARIANZA	SUMA DE CUADRADOS	GRADO DE LIBERTAD	SIGNIFICANCIA DE CUADRADOS	VALOR ESPERADO
LINEAS	35.795	1	35.795	124.255
COLUMNAS	42.780	3	14.260	49.500
INTER	1.613	3	0.538	1.866
ERROR	55,312	192	0.288	=====
TOTALES	135.500	199		

VALOR CRITICO (LINEAS): 3.84 SE RECHAZA HIP. NULA
 VALOR CRITICO (INTER): 2.6 SE ACEPTA HIP. NULA
 VALOR CRITICO (COLUM): 2.6 SE RECHAZA HIP. NULA



OSEO _____
 MEDULAR -----

A N E X O I

HOSPITAL "1° DE OCTUBRE" (ISSSTE) / E.N.E.P. IZTACALA.

DATOS GENERALES DE PACIENTES ENCUESTADOS EN EL SERVICIO DE ORTOPEdia.

(N° = 22)

PACIENTE N°	EDAD(AÑOS)	SEXO	EDO. CIVIL	TIEMPO DE PADECIMIENTO	TRATAMIENTOS SOMETIDOS.
01	39	M	CASADO	03 AÑOS	MEDICINA FISICA/REHABILITACION
02	26	M	SOLTERO	03 AÑOS	NINGUNO
03	65	F	VIUDA	01 AÑO	NINGUNO
04	28	M	CASADO	05 MESES	NINGUNO
05	35	F	CASADA	10 AÑOS	FAJA ESPECIAL/EJERCICIOS
06	42	M	CASADO	07 AÑOS	
07	47	F	CASADA	10 AÑOS	ORTOPEDICO/NEUROLOGIA
08	57	F	CASADA	+ 10 AÑOS	REHABILITACION
09	40	F	SOLTERA	07 AÑOS	MEDICINA FISICA
10	31	M	CASADO	03 AÑOS	NINGUNO
11	48	M	CASADO	03 AÑOS	CIRUGIA/REHABILITACION
12	54	M	CASADO	25 AÑOS	MEDICINA FISICA
13	31	M	CASADO	03 MESES	EJERCICIOS REHABILITACION
14	39	F	CASADA	01 AÑO	MASAJE QUIROPRACTICO
15	40	F	CASADA	05 AÑOS	MED. FISICA/ELECTROTERAPIA
16	30	F	CASADA	08 AÑOS	MEDICAMENTOS
17	28	F	SOLTERA	05 AÑOS	FISICO
18	16	M	SOLTERO	03 AÑOS	NINGUNO
19	64	F	VIUDA	20 AÑOS	REHABILITACION/MEDICAMENTOS
20	47	F	SOLTERA	05 AÑOS	NINGUNO
21	28	F	SOLTERA	03 AÑOS	REHABILITACION
22	27	F	SOLTERA	03 MESES	MEDICAMENTOS

A N E X O 2

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
 HOSPITAL TRAUMATOLOGIA "MAGDALENA DE LAS SALINAS" IMSS

DATOS GENERALES DE PACIENTES ENCUESTADOS (LESION MEDULAR)

PAC.	SEXO	EDAD	EDO. CIVIL	CAUSA DE DAÑO	TIPO DE DAÑO
1	M	45	CASADO	ACC. AUTOMOVIL	PARAPLEJIA
2	M	51	CASADO	" "	" "
3	F	30	SOLTERA	CAIDA	PARAP. POSTRAUMA
4	M	37	SOLTERO	CAIDA	PARAPLEJIA
5	F	45	SOLTERA	ACC. AUTOMOVIL	PARAP. POSTRAUMA
6	M	33	SOLTERO	" "	" "
7	M	24	SOLTERO	" "	PARAPLEJIA
8	M	14	SOLTERO	BALAZO	" SEC. MEDIA
9	F	20	SOLTERA	ATROPELLADO	PARAP. PSTRAMA
10	M	33	CASADO	ACC. AUTOMOVIL	PARAPLEJIA
11	M	35	SOLTERO	BALAZO	" "
12	M	44	CASADO	ATRAP. MINA ARENA	" "
13	F	20	SOLTERA	ACC. AUTOMOVIL	" "
14	M	57	CASADO	CAIDA/ARBOL	" "
15	M	18	SOLTERO	ATROPELLADO	PARAP SEC. MEDIA
16	M	46	CASADO	COAG. EN MEDULA	PARAPLEJIA
17	M	66	CASADO	ACC. AUTOMOVIL	CUADRIPLJEJIA
18	M	67	CASADO	ATROPELLADO	PARAPLEJIA
19	M	25	CASADO	ACC. AUTOMOVIL	PARAPLEJIA
20	M	28	CASADO	HERIDA DE BALA	PARAPLEJIA
21	M	63	CASADO	ACC. AUTOMOVIL	PARAPLEJIA
22	M	33	CASADO	HERIDA DE BALA	PARAPLEJIA
23	F	53	VIUDA	ACC. AUTOMOVIL	CUADRIPLJEJIA
24	M	20	SOLTERO	HERIDA DE BALA	PARAPLEJIA
25	M	19	SOLTERO	HERIDA DE BALA	PARAPLEJIA
26	M	26	CASADO	IMPACTO DE BALA	PARAPLEJIA
27	M	20	SOLTERO	HERIDA DE BALA	CUADRIPLJEJIA
28	M	68	CASADO	CAIDA/ARBOL	PARAPLEJIA

A N E X O 3

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
HOSPITAL TRAUMATOLOGIA "MAGDALENA DE LAS SALINAS" IMSS

COMPOSICION DE LA MUESTRA DE FAMILIARES DE PACIENTES CON
DAÑO A NIVEL MEDULAR

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE	6	40.0 %
ESPOSO (A)	4	26.7
HIJO (A)	2	13.3
HERMANO (A)	3	20.0

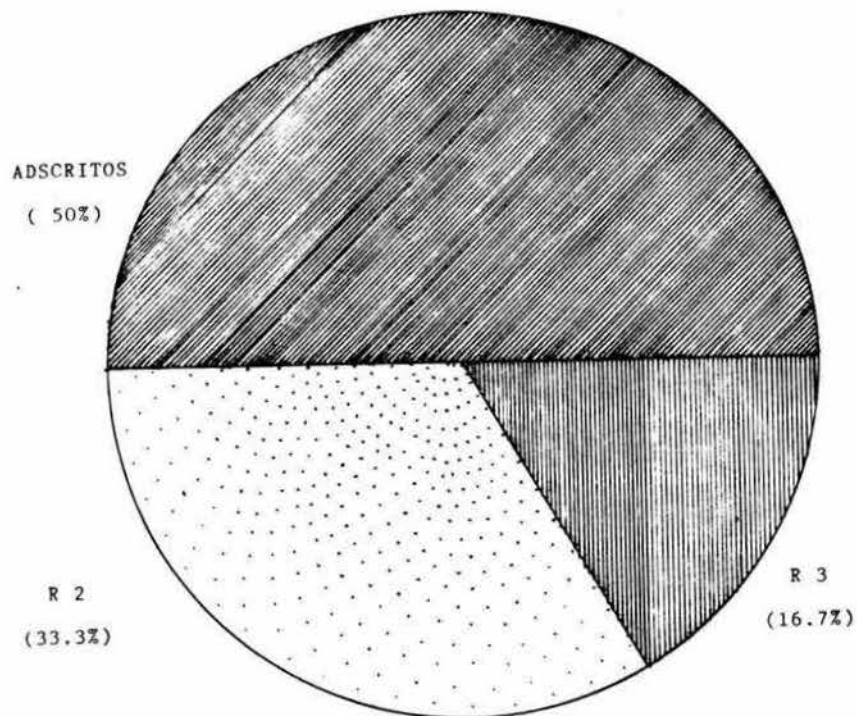
A N E X O 4

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
HOSPITAL 1o. DE OCTUBRE ISSSTE

CONFORMACION DE LA MUESTRA DE MEDICOS SERVICIO DE ORTOPEDIA

ESPECIALIDAD	CATEGORIA	No. DE PARTICIPANTES
ORTOPEDIA	ADSCRITOS	03
ORTOPEDIA	R 2	02
ORTOPEDIA	R 3	01
	POBLACION TOTAL	06

HOSPITAL " 1° DE OCTUBRE " (ISSSTE)/ENEP IZTACALA



COMPOSICION DE LA MUESTRA CATEGORIA

A N E X O 5

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____ EDO.CIVIL _____

DIRECCION _____ TEL. _____

TIEMPO DE PADECIMIENTO _____

TRATAMIENTO A LOS QUE HA SIDO SOMETIDO _____

CANALIZADO POR _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y anote una F (FALSA) cuando no esté de acuerdo y anote una V (VERDADERO) cuando esté de acuerdo con lo que dice. No conteste si no está clara la afirmación y/o instrucción, y en caso de dudas pregúntele a la Psicóloga.

1. Mi padecimiento ha cambiado mi relación social y familiar. ()
2. Ninguna persona está exenta de sufrir alguna enfermedad. ()
3. A pesar de mi padecimiento, siempre que puedo asisto a espectáculos como: cine, teatro, eventos deportivos... ()
4. Desde que inició mi padecimiento, mi eficiencia en el trabajo ha disminuido. ()
5. Desde que supe de mi padecimiento, me he vuelto una persona aislada y retraída. ()
6. A pesar de mi padecimiento continúo realizando algunos ejercicios. ()
7. A partir de mi padecimiento, la gente me trata como un inútil. ()
8. No importa a qué problemas nos enfrentemos, siempre vale la pena seguir adelante. ()
9. Cuando manifiesto mi dolor, mi familia evita estar cerca de mí. ()
10. Al sentir molestias acudí inmediatamente al médico para poder controlarme y sentirme mejor. ()
11. Por el tipo de mi padecimiento, es necesario que me someta a tratamientos que son molestos. ()

12. Por el tipo de padecimiento, pienso que no voy a () recuperarme totalmente.
13. Ningún medicamento ha controlado mi padecimiento ()
14. En la actualidad me sigo esforzando por realizar () mi trabajo como antes.
15. La falta de tiempo ha hecho que no me atiendan () correctamente respecto a mi padecimiento.
16. El hecho de someterme a operación me va a traer () consecuencias negativas.
17. Los disgustos, pleitos, preocupaciones y/o emociones () fuertes afectan para que incremente mi dolor.
18. No necesito que los demás me motiven para seguir () adecuadamente mi tratamiento de rehabilitación.
19. Mi familia debe estar al tanto de todo lo que me () sucede.
20. La persona con padecimiento de columna tiene derecho () a saber por qué sufre, de dónde proviene el dolor, qué lo causa y por qué se le recomienda un tratamiento en especial.

A N E X O 6

CUESTIONARIO SOBRE DOLOR

NOMBRE _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas que a continuación se enlistan, subrayando la opción que crea usted pertinente.

- 1) ¿ Qué originó su Problema de Columna?
 - a) Caída
 - b) Golpe
 - c) Levantar objetos pesados
 - d) Movimientos bruscos
 - e) No séEspecificar _____

- 2) ¿ Hace cuánto tiempo empezó su problema?
 - a) 0-1 año
 - b) 1-5 años
 - c) 5-10 años
 - d) Más de 10 años
 - e) No sé

- 3) ¿ Dónde se localiza su daño ?
 - a) Espalda alta
 - b) Espalda media
 - c) Espalda baja
 - d) No sé

- 4) ¿ Dónde se refleja su Dolor?
 - a) Espalda
 - b) Cadera
 - c) Glúteos
 - d) Piernas y Pies
 - e) No sé

- 5) ¿ Cómo siente su Dolor?
 - a) En forma de Calambres
 - b) En forma de Piquetes
 - c) En forma de Ardor
 - d) En forma de Punzadas
 - e) En forma de Cosquilleo

- 6) ¿ Ante qué circunstancias aparece el Dolor?
 - a) Cuando hago movimientos bruscos Cuáles? _____
 - b) Cuando hago movimientos leves Cuáles? _____
 - c) Ante discusiones, preocupaciones, nerviosismo.
 - d) Cuando levanta cosas pesadas
 - e) Cuando hace cambios en la postura; pie, acostado, sentado

- 7) ¿ Puede recordar si el Dolor inició...
a) Al levantar objetos pesados
b) Ante caída o golpe
c) Por flexión, extensión o rotación en forma brusca
d) Después de la lesión
e) No sé
8. ¿ Su Dolor está presente?
a) Diario
b) Semanalmente
c) Quincenalmente
d) Mensualmente (3-6 meses)
e) Algunas veces a la semana
9. ¿ Su Dolor disminuye cuando está...
a) Tranquilo
b) Cambia de posición
c) Disminución del esfuerzo
d) Realizando alguna actividad
e) Cuando está dormido
10. Cuando está presente su Dolor
a) Suda
b) Aumenta la tasa cardíaca
c) Siente escalofrío
d) Tiene problemas de presión
e) Le duele la cabeza
- 11 ¿ Qué hace para disminuir su Dolor?
a) Ejercicios
b) Tomar medicamentos o remedios caseros
c) Cambiar de postura Especifique _____
d) Quedarse inmóvil
e) Nada
12. El Dolor interfiere con...
a) Mis actividades sociales
b) Mis actividades laborales
c) Mis actividades familiares
d) Mis actividades académicas
e) Con ninguna actividad
13. ¿ Que hace cuando siente Dolor?
a) Llora
b) Grita o se queja
c) Se enoja o irrita
d) Se deprime
e) Agrede física y/o verbalmente

14. Señale en la siguiente escala la Intensidad de su Dolor en este momento:

CLAVE:

0 = NADA
2 = LEVE
4 = MODERADO
6 = MOLESTO
8 = HORRIBLE
10 = INAGUANTEBLE

0 ————— 2 ————— 4 ————— 6 ————— 8 ————— 10

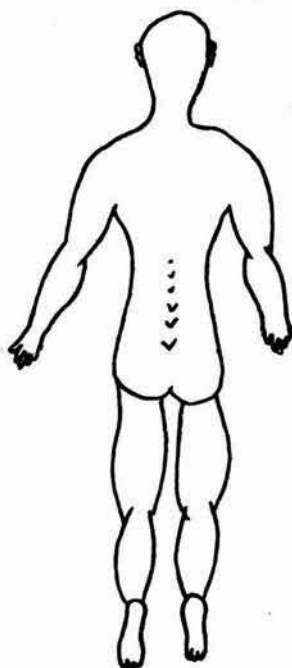
A N E X O 7

MAPA SENSITIVO

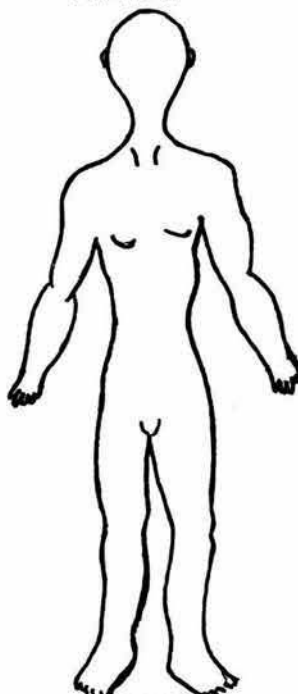
NOMBRE _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una Figura Humana vista de dorso y de frente, en la cual señalará usted dónde se localiza su Dolor y qué tipo de sensación tiene de acuerdo a la siguiente notación...

Calambres	Piquetes	Ardor	Punzadas	Cosquilleo
-----	xxxxxxxx	oooooooo	//////	*****
-----	xxxxxxxx	oooooooo	//////	*****
-----	xxxxxxxx	oooooooo	//////	*****
-----	xxxxxxxx	oooooooo	//////	*****



DORSO



FRENTE

A N E X O 8

PACIENTE

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____ EDO. CIVIL _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

TIPO DE DAÑO _____ CAUSA _____

PRONOSTICO _____

TIPO(S) DE TRATAMIENTO(S) _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y anote una F (FALSO) cuando no esté de acuerdo y una V (VERDADERO) cuando esté de acuerdo con lo que dice. No conteste si no está clara la afirmación y/o instrucciones y en caso de dudas pregunte a la Psicóloga.

1. Todo enfermo debe saber por qué se le dá un () tratamiento en especial (o determinado)
2. No necesito que los demás me ayuden para seguir () adecuadamente mi tratamiento.
3. Para sentirme bien, necesito que los demás piensen () y hablen bien de mí.
4. No necesito saber las posibles complicaciones que se () presenten después de mi accidente, para reintegrarme a mis actividades, después de ser dado de alta.
- 5 El paciente debe seguir todas las indicaciones del () médico sin preguntar para qué sirven.
6. Desde que estoy aquí evite en lo posible hablar con () la gente que me rodea.
7. Cuando hablo de mis dudas, la gente cambia la () conversación.
8. A pesar de que estoy aquí, la gente me sigue tratando () igual que siempre.
9. Siento que a mí no tenía que haberme ocurrido este () accidente.
- 10 Ninguna persona queda libre de sufrir algún accidente()

11. Yo me siento satisfecho de mí mismo, ()
independientemente de lo que la gente digo o piense
de mí.
12. Cuando hablo de mis dudas la gente trata de ()
aclarármelas.
13. Estoy deseoso de ser dado de alta para ()
reincorporarme a todas mis actividades.
14. El hecho de estar aquí y no poder ayudar a resolver ()
problemas que me platican mis familiares me causa
desesperación.
15. El estar internado ha hecho que pierda el deseo de ()
reincorporarme a mis actividades cotidianas.
16. Generalmente me cuesta trabajo resolver los ()
problemas que se me presentan.
17. Consideraré que es necesario que el médico me explique()
si puedo llegar a tener limitaciones o no, después de mi
accidente.
18. Desde que estoy aquí he procurado relacionarme con ()
la gente que me rodea.
19. El hecho de estar internado, no me impide poder ()
ayudar a mi familia a resolver los problemas que se les
presenten.
20. No estoy dispuesto a seguir ningún tratamiento que ()
me cause molestias o dificultades.
21. Si mi problema requiriera someterme a tratamientos ()
molestos, lo haría.
22. Siempre he superado todos los problemas a los que ()
me he enfrentado por difíciles que sean.
23. Siento que todos aquí me tienen lástima ()
24. Para que un paciente pueda lograr mejores resultados()
en su tratamiento, es necesario que cuente con el apoyo
de quienes le rodean.

A N E X O 9

FAMILIA

NOMBRE DEL FAMILIAR _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

PARENTEZCO _____ TIPO DE PADECIMIENTO _____ TIEMPO _____

TRATAMIENTO A LOS QUE HA SIDO SOMETIDO _____

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y anote una F (FALSO) cuando no esté de acuerdo y una V (VERDADERO) cuando esté de acuerdo. No conteste si no está clara la afirmación y/o instrucción, y en caso de dudas pregúntele a la Psicóloga.

1. El paciente necesita ayuda de todos para seguir () adecuadamente el tratamiento.
2. Debe procurar el paciente con daño en columna no () trabajar o trabajar poco.
3. El paciente no debe hacer ningún tipo de ejercicio ()
4. El saber que dentro de la familia hay un paciente con () padecimiento de columna, altera la convivencia familiar.
5. Si el paciente conoce su diagnóstico puede seguir () mejor los tratamientos.
6. Un paciente con padecimiento a nivel de columna () implica que sea una persona inútil.
7. El paciente debe ser informado por parte del médico () en qué consiste el tratamiento y los beneficios que obtenga para su rehabilitación.
8. Es molesto tener un familiar con padecimiento de () columna.
9. Un paciente con dolores constantes de columna debe () procurar continuar con sus actividades de rutina.
10. Se le debe decir al paciente todo lo relacionado a () su padecimiento.
11. Los pacientes con trastornos a nivel columna pueden () realizar actividades físicas que le sean permitidas por el médico.

12. El paciente no necesita ser motivado para seguir ()
su tratamiento adecuadamente y así controlar su
padecimiento.
13. Las actividades cotidianas del paciente no tienen ()
porque cambiar la rutina de cada uno de los miembros de
la familia.
14. La familiar debe procurar apoyar al paciente para ()
hacerlo sentir igual que siempre y que siga haciendo
sus actividades cotidianas.
15. Es conveniente que la familia esté al tanto de la ()
rehabilitación del paciente con daño en columna.
16. Tanto el paciente como el familiar no necesitan ()
conocer las causas del daño que provocan los dolores.
17. El paciente con padecimiento de columna debe ()
hacer movimientos bruscos y levantar cosas pesadas.
18. Los disgustos, pleitos, preocupaciones y/o emociones ()
fuertes, no afectan a las personas con daño en columna.
19. Sentimos rechazo cuando el paciente manifiesta ()
constantes quejas de Dolor.
20. Los medicamentos no son la única alternativa para ()
la rehabilitación de pacientes con padecimiento de
columna.

MEDICOS

NOMBRE DEL MEDICO: _____

EDAD: _____ CATEGORIA: _____ SERVICIO: _____

INSTITUCION: _____

INSTRUCCIONES: La información que usted proporciona es estrictamente confidencial, con fines de investigación, y terapéuticos a nivel psicológico.
Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y marque SI CUANDO ESTÉ DE ACUERDO Y NO cuando esté en desacuerdo.

1. Es la familia la que toma la decisión de si se le informa o no al paciente todo lo inherente a su daño ? SI () NO ()

Porqué ? _____

2. En el caso de que la familia haya decidido que el paciente no sepa de su enfermedad y él (ella) solicite información de su daño, ¿Se le darán índices de éste? SI () NO ()

Porqué ? _____

3. Se le dice al paciente que tipo de daño es el que tiene ? SI () NO ()

Porqué ? _____

4. Se le informa al paciente y/o familiar en qué consiste el tratamiento al que va a ser sometido? SI () NO ()

Porqué ? _____

5. Antes del tratamiento se le explican, al paciente y/o familiar los posibles riesgos y complicaciones que pudieran resultar ?

SI () NO ()

Porqué ? _____

6. Se le aclaran al paciente las posibles limitaciones físicas resultantes del traumatismo y/o de la intervención quirúrgica (en caso de que sea sometido a ella) ? SI () NO ()
Porqué ? _____
7. El paciente le comunica sus expectativas o ansiedad relacionadas a sus cambios físicos y funcionales causadas por el daño sufrido ? SI () NO ()
Porqué ? _____
8. Se le da al paciente alguna instrucción sobre ejercicios que puedan contribuir a su rehabilitación ? SI () NO ()
Porqué ? _____
9. Se le da a los familiares algún tipo de instrucción sobre el manejo físico y emocional del paciente ? SI () NO ()
Porqué ? _____
10. Es importante la participación de la familia en la rehabilitación de los pacientes ? SI () NO ()
Porqué ? _____
11. Considera necesario el desarrollo de programas encaminados al manejo integral del paciente, dirigidos a la rehabilitación misma ? SI () NO ()
Porqué ? _____

OBSERVACIONES: _____

PSICOLOGO: _____

FECHA: _____

G L O S A R I O

ADAPTACION. Biol. Proceso biológico que sufre todo organismo viviente al acomodarse a las condiciones en las cuales existe.

Soc. Proceso individual de internalización de modelos, valores y símbolos del medio social propio, a fin de participar en el tipo de conducta y en los objetivos de dicho medio.

AGRESIVIDAD. Comportamiento tendente a agredir a alguien, a dominar o imponerse. A menudo representa la reacción a un estado de frustración. Carácter agresivo; desequilibrio psicológico que provoca la hostilidad de una persona a las otras que lo rodean.

ALIENACION. Dependencia del individuo respecto a determinados aspectos de la sociedad, de forma que su relación directa con los productos de su trabajo y la posibilidad de control sobre estos, tienden a desaparecer. Falta de reconocimiento de situaciones familiares y personas que aparecen como extrañas y nunca vistas

ANSIEDAD. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Angustia que acompaña a algunas enfermedades.

APREHENSION. Acción y efecto de aprehender (concebir sin hacer juicio de ellas).

ARRITMIA. Irregularidad y desigualdad en las contracciones del corazón.

AUTORIDAD. Derecho o poder de mandar, regir, gobernar, etc. Persona revestida de este derecho o poder: las autoridades locales.

BIOFEEDBACK. Término inglés (literalmente "retroacción biológica"), que designa el proceso mediante el cual un individuo llega a controlar voluntariamente ciertas respuestas del organismo (por ejemplo, el ritmo cardíaco, la tensión sanguínea, las ondas cerebrales), dándole informaciones "de retorno" sobre la situación de sus órganos internos.

BIOPSIICOSOCIAL. Expresión empleada para denominar las relaciones psicológicas y sociales que están determinadas por factores biológicos.

CEFALEA. Síndrome caracterizado por accesos de cefalalgia intensa, muy a menudo unilaterales, que tienen por asiento las regiones temporal y orbitaria, acompañado de malestar general, de náuseas y vómitos.

COGNICION. Conocimiento de sí mismo y del mundo circundante, adquirido mediante los procesos cognitivos.

COGNITIVO. En la Psicología moderna los aspectos cognitivos constituyen uno de los factores de la organización dinámica de la personalidad, dado que el nivel de aspiración para conseguir una cosa va ligada a la actitud intelectual para percatarse de los medios disponibles.

COGNITIVO, PROCESOS. Procesos mentales que intervienen en el curso de la percepción, del aprendizaje y de la actividad del pensamiento.

COGNOSCITIVO. Conocer; dicese de lo que es capaz de conocer.

CONTRACONDICIONAMIENTO. Proceso opuesto al condicionamiento. Condicionamiento Clásico. Forma

de condicionamiento elaborado por I.P. Pavlov, en la que estímulos neutros, repetidamente asociados a estímulos naturales significativos, acaban por sustituir a estos últimos y con ello provocar respuestas análogas.

Condicionamiento Operante. Forma de condicionamiento en la que la persistencia de la respuesta emitida por el organismo guarda relación con el efecto por ella producido sobre el ambiente.

DISFUSION. Consecuencia (de hecho, fenómeno o estructura parcial) que impide la satisfacción de alguna de las necesidades del sistema en que se produce, o la adaptación y ajuste de éste.

ELECTRODERMICA. Actividad eléctrica de la piel.

ELECTROENCEFALOGRAMA. Registro gráfico de las variaciones de potencial eléctrico que se producen de manera continua al nivel de la corteza cerebral, y que constituyen las manifestaciones eléctricas de su actividad y de modificaciones que le hacen sufrir las diversas excitaciones sensoriales, la actividad mental o determinadas afecciones cerebrales (epilepsia, tumores, trastornos circulatorios, traumatismos, etc.).

ESCARAS. Infecciones generalizadas que se dan en la piel.

ESPASTICIDAD. Se refiere a la contracción involuntaria sostenida de un músculo o grupo muscular.

ESTILOS DE VIDA. Experiencias y eventos que forman el patrón diario de vida de un individuo incluyendo: lugar y condiciones del ambiente, de su hogar, el trabajo que realiza, hábitos personales; de actividad física o recreativa y su familia y amigos.

ESTRES. Estado de tensión excesiva del organismo, como resultado de la reacción del individuo ante una agresión física (enfermedad, traumatismo, etc.) o psíquica (emoción, contrariedad, etc.) mediada por catecolaminas (adrenalina o noradrenalina), que obliga a maniobrar todas estas energías para eliminar o afrontar una situación negativa.

ESTRIADA. Que tiene estrías (cada una de las rayas en hueco de algunos cuerpos).

ETIOLOGIA. Estudio de las causas de las enfermedades en un orden determinado de efectos. Estudio de las causas de cualquier fenómeno.

FACTORES DE RIESGO. Todos aquellos factores específicos (conductuales, genéticos, ambientales, etc.) que estén relacionados causalmente con una enfermedad determinada, que satisfacen los criterios particulares a saber: fuerza y constancia de la asociación, adecuada asociación temporal y coherencia con el conocimiento existente y que aumenten la probabilidad de desarrollarla.

FLACCIDEZ. Debilidad muscular (blando, flojo, carente de tersura).

FRACASO. Caída o ruina estrepitosa. Malogro de una empresa. Suceso lastimoso. Mal éxito.

GESTICULACION. Movimiento exterior del cuerpo y particularmente de los miembros superiores, sobre todo de las manos y cabeza, que por lo común tienen un significado o refuerza el lenguaje hablado. Voluntario o involuntario, el gesto siempre tiende a expresar algo.

HEMODIALISIS. Proceso médico realizado en presencia de falla renal, y consiste en eliminar de la sangre sustancias llamadas azoados (creatinina, urea).

HIPERTENSION. Tensión excesivamente alta, referida especialmente a la sangre en las arterias; puede ser debida a una pérdida de la elasticidad de la aorta.

HOMEOSTASIS. Referente a múltiples y delicados mecanismos biológicos autorreguladores que mantienen a un nivel estable las constantes biológicas y las funciones orgánicas.

INCONSCIENTE. Dícese de los procesos psíquicos poderosos que se desarrollan más allá de nuestra conciencia. El inconsciente se forma a partir de los primeros años de la infancia y está constituido por deseos e impulsos instintivos que permanecen fuera del alcance de la voluntad.

INTROVERSION. Término usado para indicar una constante caracterial de propensión a un sujeto replegado sobre sí mismo, con dificultades en el contacto social y en la adaptación a la

réalidad. Abstracción del mundo externo.

INTRUSION. Acción de introducirse sin derecho en una dignidad, jurisdicción, oficio, etc.

LUMBALGIA. Afección de las articulaciones de las vertebrae lumbares, a causa de traumatismo (directo o indirecto) reumatismo (artrítico, artrosis).

MASTECTOMIA. Extirpación quirúrgica de la glándula mamaria.

MIGRAÑA. Jaqueca (dolor de cabeza intensa e intermitente que por lo común sólo ataca en parte de ella).

MORBILIDAD. Proporción de personas enfermas en un lugar y tiempo determinados.

MORTALIDAD. Número proporcional o estadístico de defunciones en población o tiempo determinado; alta o baja mortalidad.

MORTANDAD. Gran número de muerte causada por epidemias, guerras, cataclismos, etc.

NEGACION. Mecanismo de defensa mediante el cual no se consideran aspectos, incluso esenciales de la realidad, vividos por el sujeto como desagradables.

NEUROANATOMICO. Estudio morfológico del sistema nervioso.

ONCOLOGIA. Estudio de los tumores.

ONCOLOGICO. Relativo a la Oncología (parte de la medicina que trata de los tumores). Parte de la medicina que estudia los procesos neoplásticos.

PATOGENESIS. Término relacionado con el inicio de un proceso nosológico (enfermedad).

PROTESIS. Operación que consiste en reparar artificialmente la falta de un órgano o parte de él. Pieza que reemplaza un órgano o parte de él (ejem. prótesis dental).

PSICOFISIOLOGIA. Estudio del funcionamiento del cerebro y de sus actividades mentales.

QUIMIOTERAPIA. Terapéutica basada en el empleo de los procesos derivados de la química. La quimioterapia es capaz de restablecer de forma transitoria o definitiva el equilibrio del humor perturbado patológicamente.

REFORZAMIENTO. En las experiencias de condicionamiento, la presentación del estímulo incondicionado inmediatamente después del condicionado. En el condicionamiento instrumental, la satisfacción de un motivo con fundamento fisiológico inmediatamente después de la respuesta instrumental. En Psicología Clínica, todas las condiciones que refuerzan el aprendizaje, y le confieren algún grado de permanencia favoreciendo el ajustamiento del individuo.

RELAJACION. Acción y efecto de relajar (aflojar, ablandar). Estado de distensión general, física y psíquica que favorece la hipotonía muscular, con la limitación de las actividades del pensamiento a cuestiones de poca monta.

SOMATICO. Dícese de cualquier afección que tenga base orgánica. Que concierne al cuerpo o le pertenece.

TIMIDEZ. Calidad de tímido (temeroso, encogido y corto de ánimo).

B I B L I O G R A F I A

AGUERA, Ma. Blanca; El Lesionado Medular Traumático: Problemas Psicológicos y Tratamiento; Ed. Trillas; México, 1980.

BAROFSKY, I; "Issues an Approaches to the Psychosocial Assessment of the Cancer Patients"; en Medical Psychology; Academic Press Inc; Cap. 5; 1981.

BEARDSIEE, W.R. y DeMazo, D.R; Staff Groups in a Pediatric Hospital: Content and Coping 1980.

BERNARD, S.B; Coping with Physical Illness; Plenum Medical Book Co; N.Y., 1983.

BERNARD, S.B; Spinal Cord Injuries; Plenum Medical Book Co; N.Y., 1983.

- BERNSTEIN, D.A. y Borkovec, T.D., Entrenamiento en Relajación Progresiva: Un Manual para Terapeutas; Biblioteca de Psicología.
- BRUCKER, B.S; "Spinal Cord Injuries"; en Coping With Chronic Disease; Research And Applications; Academic Press; 1983.
- BURISH, T.G. y Bradley, A.L; Coping with Chronic Disease; Research and Applications; Academic Press; N.Y., 1983.
- BURISH, T.G. y Bradley, A.L; Coping with Chronic Disease: Definitions and Issues; Academic Press; N.Y., 1983.
- CAMPOS, H.A. y Campos, H.H; La participación del Psicólogo en el Contexto de la Salud Laboral; Tesis, E.N.E.P.I. 1985.
- CAUTELA, R.I. y Graden, J; Técnicas de Relajación: Manual práctico para adultos, niños y Educación Especial; Ed. Martínez Roca; Traducción al Español; México; 1985.

COYNE, C. y Holroy, K; "Stress, Coping and Illness
A Transactional Perspective"; en Handbook
of Clinical Health Psychology; Plenum
Press; N.Y. and London; 1983.

DAVIS, C; Tratado de Patología Quirúrgica";
Sabiston; Ed. Interamericana; 10a. ed;
Tomo I y II; 1985.

DICCIONARIO de Psicología; Ed. Origen Planeta;
México; 1985.

FARRERAS, V.P; Medicina Interna: Compendio
práctico de patología médica y
terapéutica clínica; Ed. Marín S.A;
7a. Ed. Tomo II.

GENTRY, W.D; Behavioral Medicine: A New Paradigm;
University of Virginia, Medical School;
1982.

GIST, N.P. y Fava, S.F; "Aspectos Psicológicos
y Sociales de la Vida Urbana"; en La
Sociedad Urbana; Ed. Omega; Barcelona;
1968.

- GUTIERREZ, C.G; Anatomía, Fisiología e Higiene;
Ed. Kapeluz Mexicana; 1976.
- GUYTON, A.C; Tratado de Fisiología Médica; Ed.
Inteamericana; 5a. Ed.
- HANDBOOK of Behavioral Medicine; Cap. 8; U.S.A.
1980.
- HANDBOOK of Clinical Health Psychology; Cap.I
N.Y., Plenum Press; 1983.
- LICEAGA, G.N; El Estrés y cómo manejarlo; Inédito;
1985.
- LOPEZ, A; "La Médula Espinal"; en Anatomía
Funcional del Sistema Nervioso; Ed.
Limusa; México; 1980.
- MILLON, T; "On the Nature of Clinical: Health
Psychology"; en Handbook of Clinical
Health Psychology; Plenum Press; N.Y;
USA; 1983.
- MOSS, R.H., "The Crisis of Illness: Severe Burns";
en Coping with Physical Illness; 1982.

MYERS, M.A. y Cols; "Coping with Chronic Disability Psychosocial Observations of Girls with Scoliosis"; en American Journal of Disease of Children; American Medical Association; 1970.

NARENZ, D.R. y Leventhal; "Theory of Auto-Regulation in Chronic Disease" en Coping with Chronic Disease; Research and Applications; Academic Press; 1983.

NAVA, S.J; Neuroanatomía Funcional. Síndromes Neurológicos; Ed. Impresiones Modernas, S.A., Cap. II; México; 1974.

PALMER, S.E; The Crisis of Treatment: Unusual Hospital Enviroment; Parte VII.

PALMER, S.E. Casona, L. y Wai, L; Helping Families Respond Effectively to Chronic Illness: Home Dialysis as a case Example; Cap. 20; Parte VIII.

PINKERTON, S.S., Hughes, H. y Wenrich, W.W.; Behavioral Medicine. Clinical Aplications; A Wiley-Interscience Publications John

PINKERTON, S.S., Hughes, H. y Wenrich, W.W.; Behavioral Medicine. Clinical Applications; A Wiley-Interscience Publications John Wiley and Sons; Cap. I, III, IX e Int., 1982.

PIÑA, B.M., "Estado Realísticamente Deseable para el año 2000, en Padecimientos Neoplásicos en México"; en Salud en México y la Investigación Clínica; UNAM; 1a. Ed; México; 1985.

POMERLEAU y Brady; Behavioral Medicine: Theory and Practice; The Williams and Wilkins Co., Cap. 1,3,4,7 e Int; Baltimore; 1979.

PROKOP, Ch.A., Medical Psychology: Contributios to Medicine Behavioral; Cap. 2,3,6,12,14 y 21.

RIMM, D.C. y Masters, J.C; Terapia de la Conducta. Técnicas y Hallasgos empíricos; Cap. V y IX; Ed. Trillas; México, 1980

TELCH, C.F. y Telch, M.J; "Psychological Approaches for Enhancing Coping Among Cancer Patients: A Review"; en Clinical Psychology Review; Vol. 5; 1985.

WOLPE, J., The Practice of Behavior Therapy; Oxford; Pergamon, 1969.