



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROGRAMA
DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA PACIENTES
CON LESIÓN MEDULAR HOSPITALIZADOS**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PRESENTA:

SANDRA REBECA HERNÁNDEZ SANDOVAL

TUTORA

**MTRA. IRMA ZALDÍVAR MARTÍNEZ†
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**

MIEMBROS DEL COMITÉ

**MTRA. KARINA BEATRIZ TORRES MALDONADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**

**DRA. MAURA JAZMÍN RAMÍREZ FLORES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**

**MTRO. OSCAR ALBERTO CLAVELINA LÓPEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**

**MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Mtra. Irma Zaldívar Martínez†

A mis asesores:

Mtra. Karina B. Torres Maldonado

Dra. Maura J. Ramírez Flores

Mtro. Oscar A. Clavellina López

Mtro. Francisco J. Espinosa Jiménez

Por sus valiosas aportaciones, por compartir sus conocimientos, sobre todo,
por su paciencia y apoyo para el logro de este objetivo.

A las autoridades del Instituto Nacional de Rehabilitación

Luis Guillermo Ibarra Ibarra

A las personas que han sufrido una lesión medular,
principalmente, a quien me permitió escribir su sentir.

A mis Carlos:

A ti querido hijo:

Porque tu cariño y visión de la vida fueron mi motivación para concluir este proyecto.

Nunca dejes de sonreír, de explorar, de aprender, de disfrutar y de vivir plenamente.

Estoy orgullosa de ti.

A ti amado esposo

Por calmar mis temores, apoyar mis anhelos, por tu comprensión y amor.

Por el tiempo juntos, las inolvidables vivencias y esos detalles que me hacen feliz.

Soy una mujer afortunada.

Son mi alegría, mi fortaleza y mi razón de existir.

A mi mamá

Porque me conoces y me entiendes

Porque siempre estas para tus hijos.

Por la ternura y cuidado que das a tus nietos.

Te quiero

Agradezco a Dios cada momento de mi vida.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CONTEXTO LABORAL.....	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Ubicación	3
1.3 Misión, visión y objetivo.....	3
1.4 Población.....	4
1.5 Organización	5
LESIÓN MEDULAR	7
2.1 Definición.....	7
2.2 Incidencia.	8
2.3 Etiología.	10
2.4 Clasificación.....	12
Lesiones cervicales.....	15
Lesiones torácicas	15
Lesiones lumbares	15
Lesiones Abiertas de la Columna.....	15
2.5 Alteraciones Fisiológicas	17
2.6 Programa de Rehabilitación	18
Fases por las que atraviesa la persona con lesión medular	20

Fase Aguda.....	21
Fase de Rehabilitación	22
Fase de Post-rehabilitación	23
ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	25
3.1 Reacción ante el evento.....	25
3.2 Reacción ante las pérdidas	31
1.- Etapa de Shock.....	33
2.- Etapa de Negación	33
3.- Etapa de Protesta.....	34
4.- Etapa Depresiva	34
5.- Etapa de identificación.....	35
3.3 Estilos de Afrontamiento.....	35
3.4 Proceso de Intervención Psicológica.....	40
Equipo interdisciplinario	41
3.5 Ingreso al programa de rehabilitación integral en hospitalización.....	44
Programa de inducción.....	46
Información del incidente que provocó la lesión	48
PRESENTACIÓN DEL CASO.....	52
4.1 Descripción del caso	53
Aspectos médicos.....	54
Intervención.....	56

4.2 Modelo de intervención.....	58
4.3 Protocolo de Evaluación	61
4.4 Mapa Patogénesis.....	62
4.5 Tratamiento y alcance de metas	62
Sesión 1: información y devolución del control	62
Sesión 2: Psicometría y manejo de la ansiedad.....	65
Intervención con la familia.....	68
Sesión 3.- Evaluación de Técnica de Relajación.....	69
Sesión 4.- Solución de Problemas	71
Sesión 5: Manejo de la Silla de Ruedas	74
Sesión 6: Experiencia en casa	76
Sesión 7: Información del Pronóstico	77
Sesión 8: Pérdidas	79
Sesiones 9 y 10: Enfrentando las Pérdidas.....	80
Sesión 11: Proyectos	80
Sesión 12: Regreso a casa.	81
Sesión 13: Reintegración.....	82
RESULTADOS	84
Evaluaciones	84
CONCLUSIONES.....	91
APORTACIONES.....	99

REFERENCIAS.....	101
ANEXO 1	111
Instrumentos	111
Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	111
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	114
Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)	116
Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)	118
Cuestionario de Satisfacción con la Vida (Lista-9).....	121
Criterios para el Trastorno de Estrés Postraumático de acuerdo con el DSM-V (2013).	123
ANEXO 2	125
Guía de autocuidado para cuidadores de personas con lesión medular (Hernández y Sánchez, 2016).....	125

RESUMEN

El Programa de Rehabilitación en hospitalización del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INR LGII), fue implementado para proporcionar tratamiento intensivo e integral a pacientes con padecimientos neurológicos; como es el caso de personas con diagnóstico de lesión medular.

En este programa el tratamiento psicológico es parte fundamental en el proceso de rehabilitación de las personas que han sufrido un daño irreversible. Aquí, el trabajo del psicólogo se enfoca en poner en marcha los recursos con los que cuenta cada persona para contender con los múltiples cambios físicos y emocionales posteriores al incidente donde se produjo la lesión, desarrollando al máximo sus capacidades para enfrentar el sufrimiento que produce el verse a sí mismo como una persona diferente.

La intervención psicológica conjuga estrategias cognitivo-conductuales como la resolución de problemas, técnicas de relajación, la percepción de control, la confrontación y la reevaluación positiva; la suma de todas es de gran relevancia para logra el bienestar y promueve la reintegración social de las personas que sufren una lesión medular traumática.

Este modelo de intervención psicológica muestra la posibilidad de lograr los objetivos psicoterapéuticos en pocas sesiones, lo cual es sumamente importante en esta población, que requiere ser atendida en los primeros momentos del impacto emocional.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se desarrolla en cinco capítulos los aspectos más importantes del quehacer del psicólogo en el área de hospitalización, enfocando el tratamiento, específicamente a los pacientes que han sufrido una lesión medular.

El capítulo uno presenta la historia, la misión, la visión y los objetivos del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, uno de los trece Institutos Nacionales de Salud en México; donde la atención a las personas en condición de discapacidad es la esencia de esta gran institución. En el capítulo dos, se describe la definición, epidemiología, etiología, clasificación y las alteraciones filológicas que definen al padecimiento denominado como lesión medular. En el tercer capítulo, se exponen las aproximaciones psicológicas, identificando así, aquellas variables que derivarán en el plan de intervención. A través de la descripción de las tres fases de rehabilitación por las que atraviesan las personas que sufren una lesión medular. En el capítulo cuatro se desarrolla el proceso de intervención psicológica que se lleva a cabo en el área de hospitalización, encaminado a promover la adaptación del paciente durante su programa de rehabilitación integral. Se abordan tópicos sobre el estrés, la depresión, las estrategias de afrontamiento, la información respecto del diagnóstico y pronóstico del padecimiento. Así como el seguimiento del paciente a su egreso, encaminado a conocer cómo se desenvuelve en casa. Por último, se expone la relevancia de la intervención psicológica en el ámbito hospitalario, en los primeros momentos en que la persona adquiere una lesión en la médula espinal.

CONTEXTO LABORAL

1.1 Antecedentes

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado a la Secretaría de Salud a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. El 22 de junio de 2005 el Diario Oficial de la Federación publicó su transformación de lo que en su inicio fue el Centro Nacional de Rehabilitación, convirtiéndolo en el décimo segundo Instituto Nacional de Salud. Adquiriendo en enero de 2015, el nombre de Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INR LGII) como reconocimiento a su fundador.

1.2 Ubicación

El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra se encuentra al sur de la Ciudad de México, en la Calzada México Xochimilco No. 289 Col. Arenal de Guadalupe en la alcaldía de Tlalpan.

1.3 Misión, visión y objetivo

Su misión establece que es una institución de salud dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad, mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y atención médica especializada de excelencia con un enfoque humanístico. (<http://www.inr.gob.mx/g21.html>).

En su visión el instituto busca consolidarse como la institución de mayor prestigio en su campo para desarrollar investigación de vanguardia en materia de discapacidad, con formación

de recursos humanos líderes en este ámbito, asimismo busca ser un modelo de atención médica y convertirse en el centro de referencia a nivel nacional e internacional, alcanzando el más alto grado de humanismo, calidad y eficiencia (<http://www.inr.gob.mx/g22.html>).

El objetivo del Instituto Nacional de Rehabilitación (LGII) fue integrar a tres instituciones dedicadas a la atención médica y rehabilitación de pacientes con alguna discapacidad: Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana. (ahora Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje). En el 2017 se suma el Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados (CENIAQ) y, posteriormente Medicina del Deporte.

Figura 1

Panorámica del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra



1.4 Población

Anualmente se atienden 23 mil nuevos pacientes, se otorgan 180 mil consultas, 800 mil terapias y se realizan más de 12 mil cirugías.

1.5 Organización

El Instituto se compone de 12 edificios con una construcción total de 128,000 m². Cuenta con 104 consultorios, 18 quirófanos, atención especializada en urgencias, cuidados intensivos, medicina nuclear, electrodiagnóstico, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, ultrasonido musculoesquelético, banco de sangre, análisis clínicos y densitometría ósea. Opera con áreas de medicina de rehabilitación (con 14 subespecialidades), ortopedia, psicología, psiquiatría y terapia familiar, audiología, foniatría y patología del lenguaje, otorrinolaringología, genética, reumatología, atención a quemados y medicina del deporte (Ibarra y Pineda, 2011).

Recibe anualmente 192 médicos residentes para especialización, 67 para cursos de alta especialidad y 300 alumnos para la licenciatura de terapia física, ocupacional y de lenguaje.

Es sede de programas de maestría y doctorado de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y del Instituto Politécnico Nacional (IPN).

El Instituto Nacional de Rehabilitación, Luis Guillermo Ibarra Ibarra tiene el compromiso con la mejora continua, para otorgar atención médica de calidad, eficiencia y seguridad a los pacientes, a través de los modelos de prevención, diagnóstico y tratamiento especializado.

De acuerdo Estatuto Orgánico, el Instituto tiene la alta responsabilidad de realizar investigación científica de punta en materia de discapacidad, la formación y capacitación de recursos humanos calificados; proyectando al Instituto a nivel nacional e internacional.

En cuanto a la investigación, esta labor se consolida mediante diversas líneas, tales como:

- Osteoporosis.
- Osteoartritis y fracturas.
- Ingeniería de tejidos.
- Lesiones medulares.

- Enfermedad vascular cerebral.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Columna vertebral.
- Genética.
- Amputados.
- Tecnología Médica.
- Epidemiología y economía en salud.
- Discapacidad visual y auditiva.
- Discapacidad por quemadura.

En el cumplimiento de la normatividad vigente, se han integrado diferentes comités, entre los que se encuentran: el comité de investigación, el comité de ética en investigación, el comité de bioética y el comité de bioseguridad.

La plantilla del Instituto se compone de 2,500 personas, entre personal administrativo y profesionales en materia de salud. Éstos últimos, trabajan en forma armónica, conformando equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios.

El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra conceptualmente, es una institución única en su género en México y América Latina.

LESIÓN MEDULAR

2.1 Definición.

El término lesión medular hace referencia a la interrupción de las vías nerviosas que comunican el cerebro con el resto del cuerpo, condicionando deficiencias de las funciones motoras, sensitivas y vegetativas (Alcobendas, 2009). La afectación puede ser consecuencia de un traumatismo o enfermedad; dejando como secuelas lesión neurológica, parálisis, analgesia y anestesia por debajo del sitio de la lesión. También afecta a los sistemas que regulan el intestino, la vejiga, la respiración, el ritmo cardíaco, la presión arterial, los diferentes componentes de la sexualidad y fertilidad (Núñez y Mulet, 2010).

El daño a la médula espinal varía desde afectación transitoria, de la cual la persona se recupera rápidamente, a la contusión, a la erosión y a la compresión completa de la médula.

Los cambios que experimentan las personas con lesión medular abarcan las esferas física, psicológica y social. La persona afectada, requiere hacer un gran cambio de actitud y atención a las actividades de autocuidado. Tiene que aprender y mantener en buenas condiciones la piel, tener en mente los cambios de posición a través de la técnica de liberar la presión, la vigilancia de las infecciones del tracto urinario, las enfermedades respiratorias, el ejercicio, las modificaciones en la dieta y el manejo continuo del estrés. La atención a estas acciones es mucho más difícil y complicada de lo que uno podría suponer; y está influenciada por múltiples variables conductuales y psicosociales (International Spinal Cord Association, ISCoS, 2013).

Es de esperar que las necesidades psicológicas de la persona y la familia sean tan disruptivas que obstaculicen el proceso de rehabilitación. De acuerdo con la American Spinal Injury Association (ASIA, 2013), aún existen países donde se pasa por alto estas necesidades, incluso durante la rehabilitación o después del egreso del servicio. Circunstancias que llevan a problemas

como apatía, depresión, suicidio, falta de cuidado propio y sentimientos de desesperanza; afectando, indiscutiblemente, la calidad de vida.

2.2 Incidencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) estima que entre 250 000 y 500 000 personas sufren cada año en todo el mundo lesiones medulares, las de origen traumático (LMT) ocupan el 90%, mientras las lesiones medulares no traumáticas (LMNT) van en aumento. La incidencia global de LM se estima de 40 a 80 nuevos casos por millón de habitantes al año.

En las lesiones medulares de origen traumático (LMT) las tasas de incidencia varían ampliamente en todo el mundo de 13 a 53 casos por millón de habitantes; por lo que es difícil proporcionar estadísticas específicas World Health Organization (WHO, 2013). Sin embargo, hay estudios que permiten tener una perspectiva de la incidencia a nivel mundial, por ejemplo, Singh, Tetreault, Kalsi-Ryan, Nouri y Fehlings (2014) realizaron un metaanálisis para identificar aquellos artículos que exploraron la incidencia y prevalencia de lesión medular. Encontraron que la prevalencia de la lesión medular es más alta en los Estados Unidos de América (906 por millón) y más baja en la región de Ródano-Alpes, Francia (250 por millón) y Helsinki, Finlandia (280 por millón). Las incidencias anuales fueron superiores a 50 por millón en el condado de Hualien en Taiwán (561 por millón) y la región central de Portugal (58 por millón). Identificaron que la mayoría de los estudios muestra una alta prevalencia de hombres, con una mayor prevalencia alrededor de los 30 años.

Un estudio similar realizado por Devivo (2012), identificó que en Estados Unidos las LMT, en 2012, fueron de 40 por millón de habitantes y en Canadá, en población de 15 a 64 años, fue de 42,4 por millón de habitantes en el periodo de 1997 a 2001. Además, reportan que los accidentes de tráfico fueron la causa más común de LMT, seguidos por las caídas en adultos mayores.

En España Van Den Berg, Castellote, Fernández y Cuesta (2011), estudiaron la incidencia de LMT en Aragón, durante un periodo de 36 años, de 1972 a 2008; reportan un total de 540 casos, de los cuales casi el 80% fueron hombres. La tasa de incidencia fue de 15,5 por millón de habitantes, con dos picos de los 20 a 29 años y de 60 a 69 años. Las causas de daño más frecuentes fueron los accidentes de tráfico y las caídas, esta última principalmente en adultos mayores de 60 años.

En México, un estudio realizado por Pérez, Martín del Campo, Renán y Durán (2006) encontraron que la prevalencia de lesión medular en el sexo masculino es de 3 a 1, siendo la tercera década de la vida la más afectada. Entre las causas predominantes se encuentran el accidente automovilístico, caída de altura y herida por arma de fuego. La vía pública fue el sitio donde con mayor frecuencia se presentó el incidente que causó la lesión, seguida por el área laboral y el hogar

Más recientemente, Dávila (2016) llevó a cabo una revisión en el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII de 1106 expedientes, encontrando que la LMT ocupó el 67.3% (744) y la LMNT el 32.7% (362) de los casos estudiados. Donde las principales causas de la lesión fueron las caídas en un 29.8%, seguido de accidente automovilístico en un 27.8% y en tercer lugar las heridas por arma de fuego 23.2%. El rango de edad para LMT fue de 16 a 30 años, mientras que para la LMNT fue de 46 a 60 años.

Las investigaciones que se han dado a la tarea de establecer la incidencia y prevalencia de la lesión medular, principalmente traumática, muestran claramente que este padecimiento, se ha convertido en un problema de salud pública que afecta profundamente la calidad de vida de quien la padece, ya que, en la mayoría de los casos produce incapacidad permanente.

Es evidente que las consecuencias de la lesión medular afectan en todos los ámbitos de la vida de la persona, tanto física como psicológica y social. Esto conlleva a cambios en el estilo de vida y en la dinámica familiar; situaciones que exigen a la persona grandes esfuerzos de afrontamiento y de adaptación a su nueva realidad.

2.3 Etiología.

En la lesión medular se dañan las estructuras y funciones de la médula espinal debido a múltiples factores, mismos que determinan la clasificación de Lesión Medular Traumática (LMT) y Lesión Medular No traumática (LMNT).

Los accidentes de tráfico incluyen tanto a los ocupantes del vehículo (coche o moto) como los atropellados en la vía pública, en el caso de las caídas desde altura son principalmente de árboles, escaleras, tejados o balcones (Alcaraz y Álvarez, 2009). Véase el cuadro 1.

Cuadro 1

Principales causas de lesiones medulares traumáticas.

Causas	Eventos
Tránsito	Automóvil: conductor, copiloto o pasajero
	Motocicleta: conductor o pasajero.
	Atropellamiento: peatón, ciclista o motociclista
Caídas	Laborales
	Domésticas
	Arma de fuego
Agresiones	Arma blanca
	Traumatismo directo
Otros	Deportes: de contacto, natación y ciclismo
	Recreativos: clavados y manejo de cuatrimotos

Cuadro modificado de ASPAYM Madrid (pendiente de publicación): “Lesión Medular: Guía para el manejo integral del paciente con lesión medular crónica”. Madrid.

En el caso de las Lesión Medular No Traumática, se asocia a inflamaciones, tumores neoplásicos, condiciones degenerativas de la columna vertebral, problemas infecciosos, inflamatorios o autoinmunes y finalmente vasculares, ocasionando disfunciones en la movilidad, la sensibilidad, el control de los esfínteres y el sistema nerviosos autónomo por debajo del plano de la lesión. La lesión medular es muy incapacitante y se asocia con una gran morbimortalidad, como se observa en el cuadro 2.

Cuadro 2

Principales causas de lesiones medulares no traumáticas.

Causas	Eventos
Infeciosas	Viral o Bacteriana
Inflamatorias	Mielitis transversa
Neoplásicas	Tumores primarios o metastásico (intramedular o extramedular)
Degenerativas	Patología discal, osteoporosis, estenosis
Iatrogénicas	Punciones medulares, colocación de catéter epidural
Vasculares	Disección aórtica, aterosclerosis, trombosis, malformación arterio-venosa

Cuadro modificado de ASPAYM Madrid (pendiente de publicación): “Lesión Medular: Guía para el manejo integral del paciente con lesión medular crónica”. Madrid.

2.4 Clasificación.

De acuerdo con la Asociación American Spinal Injury Association (ASIA, 2000): la lesión medular es la disminución o pérdida de la función motora y/o sensitiva y/o anatómica, con base en la gravedad puede ser una lesión completa o incompleta, ocasionada por el compromiso de los elementos neuronales dentro del canal vertebral.

Dependiendo del sitio en que se ubica la lesión y las capacidades que se detectan en la persona, se le puede ubicar en dos categorías:

- Paraplejia. - Es la pérdida total de movimientos y de la sensibilidad del tronco y de las extremidades inferiores, como consecuencia de un daño en la columna torácica, lumbar y sacra.

- Tetraplejia. - Es la pérdida total de los movimientos y de la sensibilidad del tronco, de las extremidades superiores e inferiores, resultado de un daño a la columna cervical.

Alcobendas (2010) propone que para realizar el análisis clínico de las personas que presentan lesión medular deben tenerse presentes dos factores fundamentales: el nivel funcional de la pérdida sensoriomotora y la ubicación anatómica de la afección. Así, la asociación americana para el estudio de la lesión medular (ASIA) establece las directrices a nivel mundial para la exploración y diagnóstico de la lesión medular, con el objetivo de unificar la nomenclatura de los profesionales que se dedican a esta patología. Esta clasificación se enfoca en la exploración sistematizada de las funciones motoras y sensitivas, tomando en cuenta el nivel neurológico y la extensión de la lesión, como se puede consultar en el cuadro 3.

Cuadro 3
Clasificación de la Asociación Americana de Lesión Medular (ASIA).

ASIA		Nivel neurológico y extensión
A	Lesión Medular Completa	Pérdida total de los aspectos sensoriomotores por debajo del nivel de la lesión, incluidos los niveles sacros.
B	Lesión Medular Incompleta	Sensibilidad preservada por debajo del nivel de la lesión, hasta los segmentos sacros y parálisis motora total.
C	Lesión Medular Incompleta	Preservación de la sensibilidad y fuerza muscular por debajo del nivel de la lesión, pero sin utilidad para la persona.
D	Lesión Medular Incompleta	Carencia de síntomas neurológicos.
E	Lesión Medular Incompleta	Las funciones sensoriomotoras son prácticamente normales.

Modificado de Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica (2010). Claudia Patricia Henao-Lema y Julio Ernesto Pérez-Parra

De acuerdo con Núñez y Mulet (2010) la sección completa de la médula espinal provoca la parálisis de todos los músculos inervados por neuronas motoras y pérdida de la sensibilidad cutánea en las áreas inervadas por neuronas sensitivas. Debido a que no se produce una

regeneración nerviosa en el Sistema Nervioso Central, tanto la parálisis motora como la alteración de la sensibilidad son irreversibles.

Los autores (Núñez y Mulet, 2010) describen 4 tipos de lesiones, tomando en cuenta el nivel neurológico: Lesiones Cervicales, Lesiones Torácicas, Lesiones Lumbares y Lesiones Abiertas de la Columna.

Lesiones cervicales

Las fracturas frecuentemente son causadas por compresión, extensión y rotación. Éstas son inestables, pues cualquier movimiento excesivo de esta región podrá provocar seccionamiento total de la médula y puede comprometer la respiración por la posibilidad de estar asociada a las lesiones de órganos dependientes.

Lesiones torácicas

Son fracturas consideradas estables, por la protección de la caja torácica. Las fracturas entre las T-11 y L-1 comprometen la sensibilidad y motricidad de las extremidades. Puede aparecer el síndrome de cola de caballo.

Lesiones lumbares

Estas provocan lesiones similares a las fracturas de columna toraco-lumbar, apareciendo hernias con síndrome de la cola de caballo, afectando incluso a la inervación de la vejiga. La persona con lesiones a este nivel puede tener movilidad en silla de ruedas.

Lesiones Abiertas de la Columna

Frecuentemente son causadas por heridas por arma de fuego y arma blanca, vienen asociadas con las lesiones toraco-abdominales.

Lesiones Medulares

Lesión C4

Cuadriplejia/Tetraplejia
Parálisis completa por debajo del cuello

Lesión C6

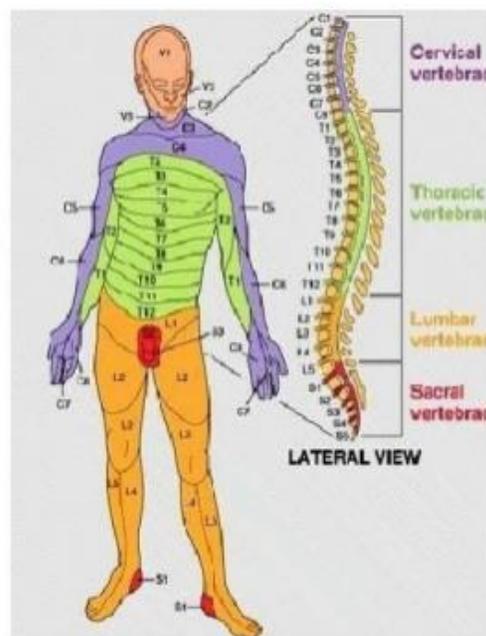
Parálisis parcial de brazos y piernas
Parálisis parte baja del cuerpo

Lesión T6

Paraplejia
Parálisis por debajo del tórax

Lesión L1

Paraplejia
Parálisis por debajo de la cintura



<https://segundoenfoque.com/surge-una-alternativa-de-tratamiento-para-lesiones-medulares-2018-11-01>

Determinar el nivel de la lesión es importante para establecer el tratamiento, cuanto más bajo sea dicho nivel, mayor será el grado de fuerza muscular disponible para su rehabilitación. Dado que ciertos grupos musculares se activan en niveles particulares de la médula, es posible categorizar el rendimiento de cada paciente. El conocimiento de los niveles críticos posibilita la predicción de la función final en ausencia de complicaciones en la persona con un adecuado programa y alta motivación.

2.5 Alteraciones Fisiológicas

Los síntomas que se presentan en los pacientes con lesiones medulares dependen de la gravedad de la lesión y su localización en la médula espinal, pueden incluir la pérdida parcial o completa de la sensibilidad o del control motor en brazos o piernas e incluso en todo el cuerpo. Las lesiones medulares más graves afectan a los sistemas de regulación del intestino, la vejiga, la respiración, el ritmo cardíaco y la tensión arterial. La mayoría de las personas con lesiones medulares sufren dolor crónico. Pueden asociarse otras alteraciones (Núñez y Mulet, 2010), tales como:

- Complicaciones respiratorias
- Alteraciones electrolíticas
- Espasticidad (los músculos están rígidos)
- Dolor muscular, de las articulaciones o de hombro
- Úlceras por presión
- Infecciones urinarias
- Presión sanguínea alta o baja
- Edema
- Miositis
- Espasmos
- Disreflexia autonómica (dolor de cabeza, presión sanguínea alta, sudoración, taquicardia)
- Dolor neuropático
- Trombosis venosa profunda (un coágulo sanguíneo en una vena, principalmente en la parte inferior de la pierna y el muslo).
- Osteoporosis y fracturas óseas

➤ Alteraciones en la sexualidad

En la actualidad existe una relevante disminución de las lesiones completas a formas incompletas (Núñez y Mulet, 2010), esto ha sido posible, en parte, a la mejora en las medidas de primeros auxilios. La recuperación neurológica completa es prácticamente excepcional hoy en día. Por lo que el tratamiento de los pacientes con programas de rehabilitación sigue siendo esencial.

2.6 Programa de Rehabilitación

La primera documentación disponible sobre la lesión medular se atribuye a los egipcios, la cual se haya inscrita en el papiro quirúrgico de Edwin Smith, que se calcula fue escrito entre los años 3000 y 2500 A.C.

Se ha especulado sobre que su autor fue el gran Imhotep, el médico conocido más antiguo. Sin embargo, el papiro es más objetivo y menos mágico, lo cual no corresponde con la investidura religiosa de Imhotep. En el papiro se describe a un hombre con el cuello roto que presentaba parálisis en las cuatro extremidades, abolición de la sensibilidad, priapismo, vejiga con retención, con goteo continuo y musculatura atrófica. El médico consideró que no existía tratamiento para esta dolencia. Esta premisa fue aplicada durante milenios (González y Flores, 2005).

Los mayores avances en la atención a lesión medular llegaron después de la Segunda Guerra Mundial, por el trabajo del Dr. Munro en Estados Unidos y por Sir Ludwig Guttmann en Gran Bretaña.

Ambos fueron los pioneros en el manejo científico de la lesión medular y en la disminución de las complicaciones. Hasta antes de sus aportaciones las expectativas de vida de las personas

con lesión medular estaban reducidas, condición que se modificó cuando empezaron a funcionar a nivel mundial los centros médicos especializados.

Ludwig Guttmann, neurólogo nacido en Toskez (Polonia), es considerado el padre de la “paraplegiología moderna”. En 1944, a propuesta del gobierno inglés, crea en Stoke Mandeville, cerca de Londres, el primer centro del mundo para la rehabilitación de personas con lesión medular. Su aportación científica fue tan decisiva para cambiar el pronóstico de estas personas, que la medicina distingue entre lesión medular antes y después de su intervención (www.medulardigital.com/?act=static&s=32).

El avance logrado se extendió a otras partes del mundo, destacando como los mejores centros o unidades especializadas en lesión medular las siguientes: en Europa, el ya citado de Stoke Mandeville, Notwill (Suiza) y Karolinska (Suecia). En Estados Unidos, la Clínica Mayo, en Rochester; el Rancho los Amigos National Rehabilitation, en Downy y Palo Alto, en California. En España, destacan la Fundación Instituto Guttmann en Barcelona y el Hospital Nacional de Parapléjicos en Toledo (www.medulardigital.com/?act=static&s=32).

En las últimas décadas la expectativa de vida de las personas con lesión medular se ha venido incrementando, gracias a los avances tecnológicos y científicos en aspectos de prevención, atención hospitalaria y manejo de complicaciones en el trascurso de la enfermedad que exige proveer a esta población de procesos de atención y rehabilitación interdisciplinaria. De ahí la importancia de ser incluido en un programa de rehabilitación integral para mejorar la calidad de vida.

Un abordaje que involucre aspectos físicos, psicológicos y sociales asociados a esta condición de salud serviría de referencia para fijar programas y terapéutica, a propuestas más integradoras enfocadas a intervenir en el funcionamiento del individuo como ser biopsicosocial, ofreciéndole

a la persona con lesión medular mayores oportunidades de incluirse de nuevo en su contexto sociocultural con el más alto nivel de independencia y autonomía posible (Robles, Saborit, Valiño, Machado y Millán, 2014).

En México, el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII es el lugar donde se atiende de manera integral a las personas que han sufrido una lesión medular, utiliza un modelo de atención similar a los que se llevan a cabo en España y Estados Unidos; cuyo objetivo es la atención integral del paciente por un equipo de profesionales que interactúa para lograr la mayor independencia y adaptación del individuo a la vida cotidiana. La División de Rehabilitación Neurológica, ha atendido a más de 2000 pacientes neurológicos, incluyendo a pacientes con lesión medular.

Para la persona que sufre una lesión medular es un reto recuperar el control sobre sí mismos, lo que le genera un especial interés en facilitar el proceso adecuación a la vida cotidiana. De tal manera que la comunicación y organización para establecer metas con el objeto de mejorar su calidad de vida, así como la exploración cada vez más detallada de los factores que influyen en rehabilitación oportuna, es primordial. Por ello, el equipo interdisciplinario del INR LGII, se reúne semanalmente para analizar los avances cada uno de los pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicio.

A continuación, se describe el proceso por el cual el paciente con lesión medular transita durante su atención integral.

Fases por las que atraviesa la persona con lesión medular

Krueger (1988) distingue tres fases que presenta el paciente con lesión medular a partir de la adquisición de la lesión: Aguda, Rehabilitación y Post-rehabilitación. El autor aborda los aspectos fisiológicos y hace hincapié en las reacciones emocionales.

Fase Aguda

Esta fase suele abarcar el periodo comprendido entre la aparición de la incapacidad (independientemente de la etiología) y la estabilización de las funciones fisiológicas. El periodo puede durar desde unas cuantas horas hasta varios meses en función de la gravedad. Con frecuencia, la mayor parte de esta fase la atraviesa el paciente en un estado de dependencia física total, en las unidades de cuidado intensivo.

Reacciones Psicológicas. - Se dice que en esta fase los pacientes son visualizados como niños, ya que requieren ayuda para la realización de todas las actividades de cuidado. Pierden el control, observándose un proceso de regresión. Además, tienden a reaccionar de manera especial y única ante un ambiente que nadie les ha enseñado a enfrentar. Como todas las personas en conflicto, el lesionado medular experimenta labilidad emocional y confusión ante el evento traumático.

Factores de Ajuste. - El tratamiento básico es la adaptación a cambios repentinos y masivos tanto fisiológicos como psicológicos. En el momento en el que el individuo sea reintegrado a su trabajo, familia, actividades interpersonales y a todas sus labores cotidianas, estará motivado a vivir y poder tolerar su dolor, la hospitalización y comprender su parálisis.

El periodo de depresión es importante para el ajuste de los pacientes con lesión medular, aquel que no muestra depresión, está evitando lidiar con aspectos importantes de la realidad y así no se adaptará a su nueva condición. Nawoczeinski (1987) ha caracterizado a la depresión como coraje interno, tristeza sobre la pérdida de reforzadores, desamparo aprendido y como resultado de cambios bioquímicos.

Fase de Rehabilitación

Esta fase se centra en el tratamiento funcional y recuperación de la fortaleza y resistencia tanto física como emocional. Dependiendo de la gravedad de la incapacidad y el número de cuidados que se exijan, el paciente será trasladado a una clínica de rehabilitación o recibirá terapia ambulatoria en su casa o en alguna instalación hospitalaria. Esta fase puede prolongarse durante semanas o meses implicando, en ocasiones, una serie de hospitalizaciones por periodos más o menos largos antes de alcanzar el funcionamiento óptimo.

Reacciones Psicológicas. - Cuando uno enfrenta en la vida eventos de carácter devastados o negativos, la mayoría de las personas se benefician teniendo la oportunidad de hablar acerca de lo que les está pasando. Permitir que el paciente hable de sus intereses e inquietudes es uno de los aspectos más importantes que el psicólogo desempeña en el trabajo de rehabilitación.

Es así, que el apoyo psicoterapéutico puede proporcionar un ambiente positivo que facilita cambios en la propia identidad e incrementa la autoconfianza, a través de proporcionar reforzamiento para las tareas diarias.

Durante esta fase, se espera establecer una fuerte relación con el paciente. Las personas aprenden que, hablando generalmente, su nivel de displacer es normal, no anormal, y que ningún pensamiento o sentimiento es juzgado negativamente u olvidado. La empatía da la posibilidad de abordar los diferentes rubros de la vida del paciente con lesión medular que permitan promover sin grandes obstáculos la rehabilitación, se incluye:

- Asesoramiento ante una situación problema
- Identificación de medios para solucionar problemas
- Persistencia en una conducta positiva y determinada para lograr el objetivo planeado

- Estrategias que permitan realizar actividades diarias para proporcionar experiencias agradables y significativas
- Fomentar los sentimientos de autovalor
- Detectar el sistema de apoyo familiar y social
- Permitir la expresión abierta de aspectos relacionados con la sexualidad
- Explorar y redefinir su sentido de sexualidad personal

Todos ellos, son elementos necesarios para la readaptación a su vida y ambiente nuevos (Krueger,1988)

Fase de Post-rehabilitación

Esta fase es muy variada en sus modalidades y en la frecuencia del seguimiento, ya que depende del nivel de la lesión. Generalmente, la terapia ambulatoria y la que se lleva a cabo en el hogar del paciente, la realizan profesionales o miembros de la familia capacitados para apoyar en las necesidades básicas.

Reacciones Psicológicas. - El paciente con lesión medular al ser dado de alta necesita aprender cómo manejarse dentro de casa: meterse y salirse de la cama, vestirse, manejar su silla de ruedas, tal vez, preparar su comida o realizar algunas otras actividades domésticas. Todo ello debe ser resuelto lo más pronto posible, y el grado de dificultad que posee la persona para solucionarlo no debe ser subestimado. Las casas (a diferencia de los Centros de Rehabilitación), no cuentan con las modificaciones necesarias para la movilidad de los pacientes. Si esto no se resuelve, al lesionado medular se le dificultará interactuar con el resto del mundo de manera regular y efectiva.

Durante esta fase, conforme la persona va cobrando mayor consciencia de sus capacidades funcionales y del impacto que éstas tendrán en sus interacciones sociales, se produce la

redefinición de las relaciones. Pueden desarrollarse papeles intercambiables y también es posible intentar volver a modelos previos a la incapacidad. Por ejemplo, si la relación marital no se hallara en condiciones de tolerar el cambio o ajuste, habrá que encontrar la forma constructiva de romperla a modo de no destruir el sentido de la propia valía de ninguno de los cónyuges. Cada persona debe alcanzar cierto grado de tolerancia a su cuerpo alterado, para así integrar los aspectos emocionales, cognoscitivos y físicos, al tiempo que espera que los demás respondan de igual manera. Ello implica, una reevaluación del atractivo de las personas discapacitadas, que una vez más, pueden considerarse así mismas encantadoras, deseables y sexualmente valiosas. Si los individuos discapacitados no consiguen forjarse estos sentimientos sobre sí mismos, resultará prácticamente imposible que crean que los demás los encontraran atractivos y deseables (Krueger,1988).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

3.1 Reacción ante el evento

Para Smith y Sparkes (citados en Tron e Ito, 2010) la lesión medular es considerada como la afección más catastrófica e incapacitante que le puede suceder a una persona, tanto por el déficit neurológico y funcional como por las alteraciones psicológicas que se presentan. El padecimiento trae consigo secuelas devastadoras, donde se observan sentimientos de victimización, culpa y responsabilidad compartida. (Tron e Ito, 2010).

Si bien es cierto que todas las personas que sufren un evento traumático se enfrentan a una situación devastadora, es evidente que dos personas no presentan las mismas reacciones emocionales después de sobrevivir una lesión de la médula espinal, pero casi todas ellas se sentirán asustadas o confundidas acerca de lo que ha pasado. Es común que tengan sentimientos encontrados: alivio por estar vivos, pero incredulidad por la naturaleza de su discapacidad (Robles et al., 2014).

Desde el inicio del padecimiento aparecen las emociones de angustia y depresión, así como pensamientos dirigidos a tratar de resolver las diferentes interrogantes del *cómo* y por *qué* les ocurrió específicamente a ellos. Según el grado de alcance, la lesión puede causar marcados cambios en la percepción de sí mismo, como del mundo que le rodea. La inmovilidad, promueve que las personas precisen de recurrir a comportamientos totalmente nuevos y a solicitar la ayuda de terceros para realizar tareas cotidianas; hasta el punto de tener que renunciar a su intimidad y pudor, para asumir la incomodidad y la vergüenza, ante la necesidad que familiares, asuman sus actividades de aseo e higiene (Bernal, 2010).

Los cambios en las funciones corporales como son las alteraciones en la sensibilidad, vejiga neurogénica, espasticidad, modificación del patrón de sueño y dolor, se asocia con la depresión y

condiciona la dependencia para el autocuidado (Burbano, Mendoza, Montes, y Aristizábal, 2016). Es probable que en un primer momento promueva la motivación esforzándose para recobrar la autonomía, reconocer nuevamente su cuerpo y establecer una diferente manera de relacionarse con los otros (Moreno y Amaya, 2012). Desgraciadamente, no siempre sucede esto. Existe un grupo de persona con lesión medular que presenta lo que se denomina “síndrome ectodérmico” (Craig, Tran y Middleton, 2009). Este síndrome es descrito como la negación, la incapacidad para la comprensión del padecimiento y sensación de culpa, misma que es satisfecha a través de la enfermedad y, donde no se “quiere renunciar” al castigo del sufrimiento; promoviendo una conducta de negligencia en el autocuidado de la piel, que genera cronicidad de las úlceras por presión y, conduce irremediamente a la amputación. Este síndrome se presenta en el 1% de las personas con lesión medular, cuyas características son estado de ánimo depresivo, personalidad neurótica-ansiosa o narcisista y baja satisfacción en su vida cotidiana (Correa, Calderón, Guzmán, Burnier y Danilla, 2008).

Se ha documentado que, independientemente de los rasgos de personalidad, aproximadamente el 30% de las personas con lesión medular corren el riesgo de deprimirse durante la fase de rehabilitación; aumentando el riesgo de malos resultados, como pueden ser una hospitalización más prolongada, aumento de complicaciones médicas, disminución en la independencia y dificultades en el autocuidado. Aunado a que las personas pasan por un período temprano e intenso de angustia psicológica después de la lesión que, en algunos casos, puede perdurar en el tiempo (Jiménez, Serrano y Enríquez, 2004). Es relevante señalar que no experimentar angustia psicológica no es sinónimo de un problema o mala adaptación.

Krause (2007) encontró que las personas con lesión medular presentaban cuatro principales problemas:

- Problemas psicológicos incluyendo soledad, depresión y estrés,
- Problemas de dependencia y control,
- Problemas de salud, como el dolor y
- Problemas ambientales, tales como accesibilidad.

La enfermedad requiere inevitablemente hospitalización por la gravedad o por el tipo de tratamiento que debe aplicarse; el enfermo suele carecer de recursos físicos propios, encontrándose en una situación de dependencia e incertidumbre, que son elementos que contribuyen notablemente al estrés. A esta condición se suman la severidad de la lesión, la presencia de dolor, a estar alejado de los seres queridos, a la incomodidad y la falta de información.

Las características más importantes de la condición estresante son la pérdida de control y el desconocimiento de lo que ocurrirá, debido a que la enfermedad suele ser inesperada e incontrolable, la persona ha de confiar en el médico y trasladarle el control.

Lo sorprendente resulta especialmente estresante, no permite al individuo prepararse para la situación ante la imposibilidad de conocer su duración, el cómo será su curso o desarrollo, si habrá periodos de mejoría o de empeoramiento y en qué consistirán, si dispondrá de ayuda o todo dependerá de sí mismo o de otros.

Con motivo de lo anterior, las personas con lesión medular deben recibir tratamiento psicológico para el manejo del trastorno depresivo o estados psicológicos negativos, se ha observado que la morbilidad psicológica se mantiene elevada hasta por 2 años o más después de la lesión (Craig, et al. 2009). También se ha considerado que el control percibido, los sentimientos de impotencia, la autoestima y los estilos de afrontamiento, son factores que pueden influenciar para desarrollar morbilidad psicológica. En cuanto a la calidad de vida, ésta se

encuentra asociada al impacto negativo del funcionamiento físico, el funcionamiento social, la salud mental, la vitalidad, el funcionamiento emocional, el dolor y la percepción de poco control sobre la vida.

Diversos estudios enfatizan la importancia del carácter integral de la rehabilitación para mejorar la calidad de vida; definiéndola como un concepto multidimensional. Después de una lesión medular, las personas muestran especial interés en que se les pueda facilitar el proceso de paso del centro rehabilitador a la vida cotidiana, preparándolos para el "mundo real" (Robles, et al. 2014).

En los pacientes con lesión medular, existen además cifras importantes de trastorno por estrés postraumático, debido a que es un evento traumático y potencialmente mortal, es frecuente que las personas presenten recuerdos perturbadores y angustiantes relacionados con su lesión.

Con relación a este rubro Otis, Marchand y Courtois (2012) resaltaron la importancia del historial del evento traumático asociado a la lesión. Encontraron que un gran número de personas con lesión medular en la fase de rehabilitación tuvo dificultades con la ansiedad y la somatización, presencia de reacciones de intolerancia e incertidumbre. Sugieren que los pacientes con riesgo de presentar trastorno por estrés postraumático deben identificarse al principio del proceso de rehabilitación y recibir intervenciones psicológicas con el objetivo de prevenirlo. De acuerdo con este estudio Moodley y Pillay (2013) destacan la necesidad de una intervención psicológica después de lesiones traumáticas de la médula espinal.

Otras reacciones que presentan las personas con lesión medular es el impacto que tiene la distorsión de imagen corporal sobre la apariencia física, las capacidades en la movilidad, la experiencia de dolor, los papeles sociales y el autoconcepto (Robles, et.al.2014). Llegando a presentar conductas ofensivas, de protesta, molestia e inconformidad (Bernal, 2010).

Al respecto, la depresión, la ansiedad y la percepción de la imagen corporal son factores que se exacerban dentro de su fase de rehabilitación, esto inicia con el manejo de la silla de ruedas, generando en el paciente un pensamiento acerca de la discapacidad y el temor a considerar la inmovilidad como permanente.

Es así, que el uso de la silla de ruedas puede ser percibida por las personas con lesión medular de cinco formas:

- a) Un equipamiento indispensable: El visualizar el futuro con la pérdida de las funciones motoras, sensoriales y autonómicas, puede conducir a la reacción de negación frente a la necesidad de utilización de la silla de ruedas; que puede ser concebida como posibilidad o como “obligación”. Esta última conceptualización puede generar la ocurrencia de un estado de depresión. También podrá representar, a partir de algún momento del proceso de rehabilitación, la transición para una vida más independiente, por la convivencia cotidiana con ese equipamiento.
- b) Símbolo de deficiencia: “La condición de deficiencia, en que la presentación corporal evidencia la diferencia entre lo entero y lo fragmentado, entre lo perfecto y lo imperfecto y la asociación con un equipamiento como la silla de ruedas, aumenta excesivamente la diferencia a los ojos de la sociedad de la eficiencia”.
- c) La relación con la silla de ruedas desencadena sentimientos que se relacionan con entender y aceptar lo que sucedió: choque, impacto, miedo, falta de valor, vergüenza, dolor emocional profundo, negación de la situación, alteración de la imagen corporal, baja autoestima pérdida de la libertad y creencia en una divinidad hasta pasar por algunas declaraciones de esperanza y cura.

- d) Medio de locomoción y transporte: La experiencia inicial puede llevar a la sensación de miedo, debido a la inestabilidad asociada a una silla de ruedas en movimiento.
- e) La silla de ruedas se convierte en una nueva forma de volver a andar sobre “cuatro ruedas” delante de la pérdida motora permanente causada por la lesión medular, la posibilidad de permitir la libertad de movimiento, tomando a la silla de ruedas como un facilitador de la reorganización de las actividades funcionales básicas, inclusive las más complejas. Permitiendo la reintegración a las oportunidades sociales, educacionales, vocacionales y recreativas, conduciendo a la persona a un estilo de vida productivo.
- f) El proceso de rehabilitación y la práctica diaria generan características positivas de bienestar con mejoría visible de autoestima y también la percepción de que la silla de ruedas no representa más un estigma o generador de prejuicio sino un beneficio para lograr la independencia.
- g) Extensión de los miembros inferiores: Existe una asociación con la silla de ruedas como extensión de sus miembros inferiores paralizados por la lesión medular, con la posibilidad de volver a moverse y de locomoción; y lo que parece ser una ayuda tecnológica solamente útil y necesaria, pasa a ser indispensable y esencial, en su vida, es una parte de su cuerpo.
- h) Expresión de la autonomía: La silla de ruedas es ahora la facilitadora de la movilidad corporal, principalmente, la capacidad de poder ir y venir, para cualquier lugar. Proporciona un nuevo significado a su existencia, la expresión realista de autonomía promueve plantearse metas y crear su propio futuro, teniendo por consecuencia, la mejoría de la calidad de vida (Pinho, Costa, Garanhani y Shizuko, 2010).

3.2 Reacción ante las pérdidas

Las personas con una limitación física vivencian su nueva condición con una gran carga emocional por la pérdida de lo conocido, la amenaza de lo desconocido y las resistencias al cambio. En el nivel cognitivo sufre cierta desorganización, el conocimiento y las experiencias previas se tornan inútiles para dar respuesta a las nuevas situaciones que se presentan. Se pierden los esquemas referenciales de actuación, los hábitos y patrones de comportamiento utilizados cotidianamente (Rivas y Alvarado, 2012).

En esta nueva situación las demandas estresantes pueden provenir de diferentes fuentes como son: su propio organismo y los cambios experimentados ante la aparición de la lesión; la situación hospitalaria y los tratamientos médicos a los que se ven sometidos, el entorno social en el que se encuentran inmersos, siendo de especial relevancia la familia y las actitudes sociales. Todos estos factores deben considerarse desde la perspectiva temporal que se inicia en la etapa aguda y continua a lo largo de la vida (Rueda, Aguado y Alcedo, 2008). En algunos casos, las personas con lesión medular pueden llegar a tener ganancias como resultado de la lesión: unión de la familia, extinción de conflictos con familiares, el crecimiento personal, oportunidades educativas o vocacionales.

Uno de los cambios más profundos después de la lesión medular es la pérdida de independencia en la vida diaria. La persona necesita confiar en otra persona para proporcionarle la atención más básica y personal incluyendo ir al baño, bañarse, vestirse y alimentarse. Las tensiones psicológicas son diferentes cuando el cuidador es un ser querido (un padre o cónyuge) en comparación con un extraño, pero ambas situaciones son desafiantes. La lesión medular afecta para los traslados, por lo que las personas deben estar continuamente alerta a la accesibilidad. Muchos lugares solo cumplen parcialmente y las estructuras privadas como los

hogares a menudo son inaccesibles. Cada nueva experiencia implica incertidumbre (International Spinal Cord Society, ISCoS)

Los cuerpos de las personas con lesión medular son otra fuente de inseguridad debido a la pérdida del control voluntario de funciones. Un accidente del intestino, la vejiga o incluso un ataque de espasticidad pueden atraer atención no deseada y vergüenza. Algunas personas optan por quedarse en casa en lugar de arriesgarse a tales ocurrencias. Es una discapacidad visible, por lo que el individuo está sujeto a las barreras actitudinales y a la incomodidad de los prejuicios. Aunque el estigma de la discapacidad física aparentemente no es tan profundo como el de otras condiciones, aún puede comprometer la interacción social y oportunidades de trabajo (Moreno y Amaya 2009).

Es frecuente que los amigos se alejan y se deben hacer nuevas amistades para evitar el aislamiento. Aunque la incidencia del matrimonio es menor y la del divorcio es algo mayor, muchos sostienen relaciones íntimas satisfactorias (Brodwin, Siu, Howar, & Brodwin, 2009). Es así, como para las personas con una lesión medular, la inmovilidad y la sensibilidad no son las únicas pérdidas que experimentan, ven afectada de manera importante su calidad de vida:

a) En el plano individual: la experiencia de pasar bruscamente de una situación física “normal” a una limitación grave de la motricidad.

b) En el plano familiar: el rol que el lesionado medular que desempeñaba con anterioridad, requerirá de una reorganización dentro de la dinámica familiar. Todos sus miembros deben asumir en parte las dificultades y modificar su estilo de vida, llegando incluso a abandonar sus empleos para acompañar a la persona que ha sufrido una lesión medular.

c) En el plano laboral: en la mayoría de los casos las secuelas físicas de la lesión impedirán el retorno al anterior puesto de trabajo. Ello implicará un nuevo aprendizaje laboral o, en ciertos

casos, la imposibilidad de reintegrarse a la vida laboral, situación que repercutirá inevitablemente en la economía del paciente y su familia, más aún, si el afectado es el proveedor.

d) En el plano socio-recreativo: dificultad para salir de casa por las barreras arquitectónicas.

e) Por último, los proyectos previos a la adquisición de la lesión quedan totalmente fuera del tiempo programado o, en el peor de los escenarios, suprimidos.

Por todas estas pérdidas y modificaciones en su vida, el objetivo de la rehabilitación es ayudar a estas personas a superar sus sentimientos de indignación, depresión y ansiedad ante la pérdida; requiriendo de apoyo para superar la ira y la culpabilidad.

Quintanas y Jara (2007) explican, a través de su experiencia en el Hospital de Paraplégicos en Toledo, cinco etapas que se tienen que considerar para la intervención psicológica de las personas con lesión medular desde el inicio de su padecimiento hasta su adaptación: Shock, Negación, Protesta, Depresión e Identificación.

1.- Etapa de Shock

La persona se muestra centrada en la pérdida de la movilidad y de la sensibilidad de las zonas de su cuerpo.

En esta etapa la persona no tiene consciencia de la gravedad de la lesión y su respuesta emocional es de ansiedad intensa. Predomina la preocupación por su estado físico, demanda afectiva y necesidad de estar acompañado por la familia.

2.- Etapa de Negación

Es entendida como una defensa frente a la realidad. Es una reacción muy común ante noticias desagradables. Este mecanismo permite a la persona tomarse el tiempo necesario para asimilar y reconocer paulatinamente la limitación. Puede disminuir el funcionamiento eficaz y colocar a la persona en un estado de “indefensión emocional”.

Permanecer por un tiempo prolongado en esta etapa interfiere con la realidad y la adaptación de la persona. Por ello, es importante preguntar a la persona sobre la condición física y el pronóstico de su padecimiento, así se obtendrán datos respecto al grado de realismo con el que afronta su incapacidad. Siendo probable que haya una discrepancia entre lo que la persona dice saber y lo que sabemos que se le ha informado.

3.- Etapa de Protesta

La persona presenta una captación parcial de la realidad, poca tolerancia, pensamientos de injusticia e incertidumbre en el futuro, por lo que desplaza su problemática hacia el ambiente o el personal de salud. En esta etapa, la emoción predominante es la ira, como una respuesta ante la situación desafortunada, aunque es entendible, hay que ponerle límites.

El riesgo en esta etapa es que la persona no evolucione en su proceso y quede permanentemente con una actitud agresiva, hostil y no cooperativa, que repercute en su conducta y motivación para llevar a cabo su programa de rehabilitación, en su posterior integración socio-familiar y en su calidad de vida.

4.- Etapa Depresiva

Se describe esta etapa, como de realidad subjetiva y con tendencia al pesimismo, sin posibilidad de salida. Se observa poca valoración de sí mismo e inseguridad. La persona requiere de mayor apoyo por parte de la pareja, familia y del personal que lo atiende. En esta fase del proceso se debe permitir la expresión de sus sentimientos, facilitando la superación de esta etapa.

Se considera que la depresión manifestada es reactiva, resultante de la limitación física, puesto que la persona ha sufrido una pérdida real y permanente (en la mayor parte de los casos). Los sentimientos de depresión abarcan diferentes grados, pudiendo presentar ideas de muerte, sin embargo, se espera que desaparezca con el tiempo.

5.- Etapa de identificación

En este momento la persona asume la limitación física, está centrado en la búsqueda de soluciones a problemas concretos y cotidianos. Debe de tomarse en cuenta que no todas las personas con lesión medular consiguen llegar a esta etapa durante el periodo de hospitalización.

Aquí se tiene que proporcionar apoyo para que se mantenga una actitud positiva, se busquen alternativas y haya desarrollo de sus potencialidades.

La teoría de estas cinco etapas se ha mantenido vigente a través del tiempo, ya que permite explicar con claridad el proceso de pérdida de la movilidad en las personas que han sufrido una lesión medular. Es de suma utilidad para el personal de la salud, porque funciona como un marco de referencia y modelo fácil de entender. Esto por encima de los señalamientos poco favorables que han mencionado los teóricos del afrontamiento, quienes consideran que la depresión y la negación son más un indicador de la eficacia del afrontamiento (Rueda y Aguado, 2003) que elementos clave del proceso de adaptación, respuestas esperadas e incluso necesarias en el proceso natural de duelo por la pérdida. Independientemente de la controversia, ambas teorías, proponen que los individuos finalmente alcanzan, a través de los mencionados procesos, algún nivel de aceptación de la lesión (Krueger 1988, Quintanas y Jaras, 2007, Rueda y Aguado, 2003 y Spinal Cord Injury, 2012).

3.3 Estilos de Afrontamiento

El proceso de adaptación del paciente a la lesión medular ha dado lugar al abordaje de diferentes corrientes de la psicología. Desde las teorías del estrés y del estudio del afrontamiento hasta los modelos de las etapas y las diferencias individuales. Rueda et al. (2008) consideran que la adaptación no es un proceso que se pueda estandarizar, es variable y está relacionado con la

personalidad y las formas de reaccionar únicas del lesionado medular. Por lo tanto, la eficacia para afrontar una situación concreta no es generalizable, y estará en función de las diferencias individuales, la situación y el momento.

Destacan que se ha abandonado el conceptualizar a la adaptación, la depresión, la negación y la personalidad como procesos patológicos. De tal manera que la adaptación se puede explicar en términos de adecuación entre las demandas de la situación y las capacidades de la persona en su interacción con el ambiente. Así, que la adaptación no se determina como la ausencia de la depresión, sino que puede incluir mediciones de ansiedad, de emociones positivas, de funcionamiento social, de calidad de vida, de percepción de bienestar y de las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Los estilos de afrontamiento son considerados como factores mediadores influyentes y pueden ser descritos como esfuerzos conductuales y cognitivos que la persona pone en marcha para tratar con estresores internos y externos.

Uno de los modelos teóricos sobre afrontamiento más citados, es el de Lazarus y Folkman (1984), en el que se conceptualiza el afrontamiento como "los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Los autores diferenciaron dos estilos de afrontamiento: el focalizado en el problema o dirigido a su resolución y el focalizado en las emociones u orientado a restablecer el equilibrio emocional.

El estilo de afrontamiento basado en la emoción aparece cuando la persona evalúa que no se puede hacer nada para modificar las situaciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Este tiene a su vez dos enfoques:

- a) Procesos cognoscitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, las comparaciones positivas, la extracción del valor positivo a los acontecimientos negativos.
- b) Procesos dirigidos a aumentar el grado de trastorno emocional, donde las personas necesitan experimentar un evento intenso para pasar luego al autorreproche o cualquier otra forma de autocastigo.

El tipo de afrontamiento dirigido a la emoción se utiliza para mantener el optimismo y la esperanza y negar el hecho y su implicación.

Con respecto a la esperanza Babamohamadi, Negarandeh y Dehghan (2011) la consideran una estrategia que conduce al movimiento y la motivación.

El haber conservado la vida después del accidente que causó la lesión y esperar los nuevos avances en la ciencia médica con la posibilidad de reanudar la actividad normal, son fuertes factores para enfocarse en la curación, la aceptación de la realidad, la mejora de la confianza en sí mismo, la independencia y la adaptación a la enfermedad. Es entonces que la esperanza de curación resulta en un mecanismo adaptativo para enfrentar lo que las personas experimentan, y podría considerarse una respuesta normal en las primeras etapas de la crisis.

El estilo de afrontamiento dirigido a la resolución del problema aparece cuando las condiciones lesivas resultan evaluadas con posibilidades de cambio o cuando se observa que se requiere más información. De hecho, buscar información y obtener conocimiento son medios para adquirir y mantener la independencia, conduciendo a la eliminación de la dependencia y la necesidad de los demás. Esto es, mantener la autonomía, prevenir más complicaciones y encontrar soluciones para los problemas actuales

La persona intenta reanudar su autosuficiencia porque el estado dependiente es angustioso para él. El considerarse una carga y ser condescendiente con los demás lo conduce a buscar su independencia. Este cambio requiere una redefinición y una reevaluación de los objetivos sociales y ocupacionales del individuo. Uno de esos objetivos es trasladarse, acción que lleva a cabo utilizando auxiliares como la andadera, aparatos largos o silla de ruedas (de acuerdo con el nivel de la lesión). Aceptar los auxiliares para desplazarse, representa un esfuerzo para liberar la carga de los demás y una oportunidad de recuperar el control (Babamohamadi, et al, 2011).

Otros objetivos que suele plantearse la persona que ha sufrido una lesión medular es realzar actividades cotidianas y volver al trabajo porque mejora la autoestima y la identidad. Consideran que esta es la mejor forma de demostrar sus capacidades.

Estas estrategias se dirigen a la búsqueda de soluciones alternativas con base a su costo y beneficio, a su elección y aplicación, hacen referencia al interior del individuo.

Frydenberg, & Lewis (citado por Viñas, González, García, Malo, y Casas, 2015) distinguen tres estilos de afrontamiento:

- a) Productivo (que incluye acciones dirigidas a resolver el problema),
- b) No productivo o de no afrontamiento (incluye aspectos como el sentimiento de culpa, el aislamiento social o acciones que no están focalizadas en la resolución del problema) y
- c) Orientado a otros (incluye aquellas estrategias que van dirigidas a otras personas como buscar apoyo social, profesional o espiritual).

Existe diferencia entre los “estilos de afrontamiento” y las “estrategias de afrontamiento”. Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposición personal para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otro tipo de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Bajo esta definición las

estrategias de afrontamiento serían entonces los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de la situación desencadenante. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación (Fernández-Abascal,1997).

En el caso de las personas con lesión medular es clave las estrategias que utilice para para el manejo del padecimiento y la participación en la rehabilitación. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en término de bienestar psicológico y en el estado de salud (Rueda & Aguado 2016).

Para entender la incorporación del afrontamiento en los estudios de la lesión medular hay que observar la evolución que han seguido los enfoques del estudio de la adaptación como resultado de la aplicación de las diferentes teorías psicológicas al contexto rehabilitador. El desarrollo teórico de la psicología de la rehabilitación requiere de la evaluación de las variables que contribuyen a explicar de forma satisfactoria las diferencias individuales encontradas en las personas con lesión medular.

Algunas de las variables que se tendrían que considerar para la intervención psicológica de las personas con lesión medular son: la negación, la expectativa de recuperación, la negociación con la realidad, la adaptación, la ilusión, la esperanza y las creencias irreales. Además, tener presente que la depresión es más un indicador de la eficacia del afrontamiento que el resultado de la lesión (Rueda & Aguado, 2003).

El trabajo con personas que sufren una lesión en la médula espinal se enmarca en la Psicología de la Rehabilitación, que es definida por Scherer (citado por Arroyo y Carracedo, 2010) como:

“Un área de especialización de la Psicología cuyo objetivo es el estudio, tratamiento y prevención de personas con discapacidad y enfermedades crónicas, maximizando la salud y bienestar de los individuos, manteniendo el máximo de sus capacidades e independencia funcional y fomentando la participación social para conseguir una vida útil (p.36)”

3.4 Proceso de Intervención Psicológica

El paciente con lesión medular desde la adquisición de la lesión hasta su reintegración a la vida comunitaria atraviesa por una serie de etapas que van desde la confusión e incredulidad hasta la adaptación, de la dependencia de las tareas más simples como rascarse la nariz o darse vuelta en la cama hasta la reintegración a la sociedad.

En cada momento del proceso de adaptación la persona hace su mayor esfuerzo para enfrentarse a la adversidad en la que ha sido colocada, cuyo fruto se observará en la decisión de retomar el control sobre su vida y retornar a ser un elemento activo dentro de su familia y comunidad.

Para ayudar al paciente con lesión medular en el proceso adaptación se necesitará de la educación, clarificación, repetición de la información y del aprendizaje de estrategias útiles para el manejo de sus emociones y solución de problemas; será indispensable conocer su historia personal previa y la que se ha escrito a partir de la lesión.

Teniendo presente que los problemas que afectan el bienestar de los pacientes no dependen de la gravedad de la lesión o de las complicaciones secundarias, sino de factores psicológicos, de la percepción de la lesión y de la forma de evaluación de sus vidas; donde dichas evaluaciones

pueden ser cognitivas en términos de juicios de satisfacción o afectivas en términos de estados de ánimo y emociones como reacción a lo que está sucediendo. Es necesario contrarrestar el desarrollo de las percepciones de impotencia e inutilidad fomentando un sentido de control personal durante la rehabilitación.

En el caso de la depresión, la ansiedad y del trastorno de estrés postraumático, los principales objetivos de la intervención psicológica están encaminados a alentar la expresión de los sentimientos negativos relacionados con el sufrimiento y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas (González, Price y Muñoz, 2011).

González, González y Estrada (2015) consideran que la terapia cognitivo conductual ayuda a disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva. Compararon sus resultados otros investigadores Narváez (2008) y Cruess (2000).

Alentar al paciente hospitalizado a pasar de ser un receptor pasivo de atención a un miembro del equipo fomentará la independencia y autosuficiencia, fortalecerá los recursos internos y los estilos adaptativos de afrontamiento, conducirán a un proceso exitoso de adaptación.

Equipo interdisciplinario

La rehabilitación integral de las personas con lesión de la médula espinal requiere de un equipo de profesionales que realicen y compartan evaluaciones de cada disciplina con el objetivo de establecer un plan unificado en el manejo del paciente. Por lo tanto, el trabajo en equipo es uno de los factores fundamentales en la rehabilitación y una parte esencial de la atención del paciente desde el inicio agudo hasta la rehabilitación y transición, hasta la vida comunitaria.

La Sociedad Internacional de la Médula Espinal (ISCoS) propone el plan de tratamiento definido como SMART (por sus siglas en inglés), que está orientado a los siguientes objetivos y metas:

S = Específico

M = Medible

A = Alcanzable

R = Realista

T = Dependiente del tiempo

Para lograr una adecuada comunicación e intercambio de información entre los integrantes del equipo interdisciplinario, se ha recomendado establecer reuniones regulares, donde el médico coordina el progreso del paciente en cada una de las áreas de intervención.

Tomando como base las recomendaciones internacionales para el manejo de las personas con lesión medular, el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra realiza la descripción del procedimiento de participación del equipo de trabajo del área de hospitalización en rehabilitación.

Antes de ser establecido este proceso, el área de Psicología era considerada como un servicio de interconsulta. Actualmente el psicólogo es un integrante del equipo interdisciplinario que otorga atención a los pacientes en el área de hospitalización. El proceso está documentado en un apartado denominado “Sesión de Integración de Lesión Medular”, en dicho documento se anota de manera general las actividades de cada uno de los integrantes del equipo, como se puede consultar en el cuadro 4.

Cuadro 4
Sesión de Integración.

Profesional de salud	Responsabilidades
Jefe de División	Supervisa y verifica las actividades de la sesión
Jefe de Servicio	Supervisa y/o coordina que el personal del equipo interdisciplinario realice en tiempo y forma las sesiones de integración. Evalúa los resultados del manejo multidisciplinario, analiza los factores que promueven o impiden el cumplimiento de metas y plantea objetivos semanales.
Médico Adscrito	Informa a la jefatura de los acuerdos semanales relacionados con cada uno de los pacientes
Enfermera	Aborda los aspectos de funcionalidad, prevención de complicaciones y educación al paciente y al cuidador primario planteados semanalmente.
Terapeuta Físico	Da los resultados obtenidos en arcos de movilidad, fuerza muscular, actividades funcionales, que encaminen al paciente hacia un logro o meta establecida en la semana
Terapeuta Ocupacional	Da los resultados obtenidos en arcos de movilidad, fuerza muscular, actividades funcionales, que encaminen al paciente hacia un logro o meta establecida en la semana.
Psicóloga	Comenta sobre la valoración del paciente, enfocando cuáles son sus pérdidas, físicas, materiales y emocionales tomando en cuenta la etapa del duelo en que se encuentra, así como sus expectativas
Trabajadora Social	Proporciona información acerca de su entorno social y familiar, así como identificar redes de apoyo y nivel socioeconómico

Lo anterior pone de manifiesto la relevancia de la participación del psicólogo en rehabilitación quien, para llevar a cabo la evaluación de las reacciones emocionales, debe considerar que el paciente tiene su particular forma de percibir el entorno y que hace un gran esfuerzo para comprender la situación que está viviendo. Esto hace esencial conocer los pensamientos, sentimientos y la conducta del paciente durante su estancia en hospitalización.

3.5 Ingreso al programa de rehabilitación integral en hospitalización

Es importante señalar que, en el área de hospitalización, se reajustan una serie de conductas necesarias para el tratamiento, dirigidas al apego de nuevas normas, que, si bien son para beneficio de los usuarios, no dejan de ser reglas estipuladas por otro, esperando que la persona que ya ha perdido la salud asuma ahora, la pérdida de su intimidad y hábitos.

El paciente, al ser admitido en el hospital es vulnerable, y trae consigo la historia de su enfermedad, una forma propia de comprender la experiencia vivida. Los pensamientos y sentimientos que orientan su conducta, concibiendo al hospital como un lugar "amenazador" y al mismo tiempo como un espacio de "aprendizaje" (Meneses, Kay y Costa, 2009).

La forma en que se comporta en el manejo de los mecanismos institucionalizados para mantener el control, lo empujan a una persistente búsqueda de la superación, que involucra la combinación de procesos sociales, ambientales y psicológicos. Las alteraciones emocionales, sensación de incertidumbre, desvalimiento, percepción de falta de control sobre la situación y la preocupación por los costos económico, además del desconocimiento de los lineamientos y normas de la institución de salud; suelen ser inquietudes frecuentes en los pacientes que se encuentran hospitalizados. En estas alteraciones intervienen dos factores: por un lado, la personalidad de cada paciente, sus mecanismos de defensa habituales y, sobre todo, su grado de

vulnerabilidad frente a situaciones de estrés. Por otro lado, la forma en que cada uno percibe la situación de hospitalización y las expectativas que tiene frente a ella (Fernández y Edo, 1994).

Benítez, Barceló y Gelves (2016) demuestran que la hospitalización prolongada perturba el equilibrio psicológico de los enfermos, generando síntomas clínicos como ansiedad y depresión que afectan su proceso de recuperación y puede llegar a producir conductas no adaptativas. De acuerdo con Seligman (1987), el individuo hospitalizado se encuentra en una situación de indefensión institucionalizada que se produce a partir de la percepción de una situación incontrolable e impredecible.

Si bien no existe una técnica específica para dar inicio al programa de rehabilitación en la modalidad de hospitalizado, Orueta (2005) consideró como relevantes los siguientes aspectos:

- Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Hacer partícipe al paciente del plan terapéutico.
- Dar información escrita.
- Involucrar a la familia.

Se ha documentado que las personas que son informadas con antelación sobre que esperar de la hospitalización, tienen una sensación mayor de control y son capaces de tomar decisiones correctas, lo que mejorará los resultados (Romero, 1998). De tal manera que, la información se torna en un proceso que mejora la adaptación de las personas a su nueva condición, puede provocar ansiedad como efecto inmediato, pero a largo plazo ayuda a evitar la incertidumbre relacionada con el padecimiento y tratamiento médico (Rodríguez, 2011).

Para dar una alternativa a las reacciones ante el ambiente hospitalario Báñez (2003) consideró que la estrategia más favorable para la intervención psicológica era el mecanismo de la *inducción*, porque le proporciona al paciente la sensación de control sobre diversos aspectos de

la enfermedad y se logra, mediante diversos cambios obtenidos en la relación terapéutica, el aumento de la auto eficiencia y la reducción de la impredecibilidad.

Considerando la importancia de la información dentro del tratamiento que se proporciona en el área de rehabilitación dentro del INR LGII de pacientes con lesión medular hospitalizados, Hernández, Rodríguez y Pérez (2015) establecieron un proceso de inducción. En éste se describe la intervención de cada uno de los profesionales del equipo interdisciplinario y de las áreas físicas en donde se desarrolla el programa de rehabilitación, incluye la relevancia de comprender y seguir las normas establecidas, para el alcance de los objetivos esperados durante su internamiento. Favoreciendo la adaptación, a través del conocimiento de los cuidados y así, contribuir a la disminución del estrés y la incertidumbre del paciente y el familiar respecto a las acciones a seguir como paciente hospitalizado.

Con base en lo anterior el Programa de Rehabilitación de las personas con lesión medular en el área de hospitalización de Rehabilitación dentro del INR LGII, da inicio con la Inducción.

Programa de inducción

Se define a la Inducción como “la presentación de información básica sobre lo que necesita conocer la persona que llega a un lugar para llevar a cabo de manera satisfactoria las actividades que se le solicitan” (Moreno, 2014).

Los objetivos del programa de inducción fueron:

- Que el paciente se sienta atendido y acompañado.
- Mejorar la comprensión del programa de rehabilitación integral, a través del conocimiento de los procedimientos médicos, aplicación de las normas, de aspectos administrativos y socioeconómicos.
- Clarificar qué se espera del paciente y su familiar; en términos de aprendizaje y conducta.

- Disminuir el estrés ante el ambiente nuevo.

Para el implementar el método de inducción se llevó a cabo lo siguiente:

- a) Una vez ingresado al tercer piso de Rehabilitación se reunió al paciente y su familiar para proporcionarle información relacionada al programa que llevará a cabo durante un mes de estancia hospitalaria.
- b) Se les solicitó respondieran un breve cuestionario, que contenía tres preguntas: información o idea respecto al Programa de Rehabilitación Integral en hospitalización, que esperan del Programa y cómo se sienten en ese momento.
- c) Se les proyectó un video donde se muestra las áreas, el personal que participa y las actividades que se llevan a cabo durante el Programa de Rehabilitación Integral en hospitalización.
- d) Se les entregó el reglamento hospitalario y se le informó respecto al costo aproximado de su tratamiento.
- e) Se respondió a todas sus preguntas, se les pidió responder un cuestionario relacionado con el video.

El cuestionario que explora el conocimiento del Programa de Rehabilitación Integral muestra que las personas se enfocan principalmente a la recuperación de las habilidades perdidas, a la reintegración a la vida cotidiana, a lograr la independencia y a realizar su rehabilitación a través de ejercitarse, mejorar la movilidad, obtener mayor habilidad y fortaleza corporal. Con respecto a los sentimientos experimentados, se encuentran la preocupación, la incertidumbre, la tristeza y la esperanza. Siendo interesante como las personas depositan su confianza en el manejo hospitalario proporcionado por el Instituto.

En el cuestionario relacionado con la inducción (vídeo), donde se evalúa la utilidad de la información y sus sentimientos; clarificó los objetivos del paciente y el familiar dentro del Programa de Rehabilitación Integral; tanto en lo relacionado con las terapias como en la organización de los cuidadores, el seguimiento del reglamento y las normas dentro del área de hospitalización. Además, promovió tranquilidad y seguridad a través de percibir atención y comprensión del personal de salud.

Para los familiares y pacientes con lesión medular, sentirse comprendidos y acompañados desde el inicio de su estancia hospitalaria les ayuda a contender con las reacciones emocionales que desencadenan el ambiente desconocido y la nueva condición que enfrentan. Enfatizando la necesidad de la intervención psicológica temprana como un aspecto fundamental para el manejo del estrés, la incertidumbre, la tristeza y la desesperanza; factores que indiscutiblemente impiden una adaptación rápida y eficiente (Hernández, Rodríguez y Pérez, 2015).

Información del incidente que provocó la lesión

Una parte importante del personal médico es comunicar al paciente su diagnóstico y pronóstico, la forma en que esta información se enfoque influirá de manera determinante en la actitud del paciente hacia la rehabilitación física y emocional.

Al ingresar al hospital, el paciente con lesión medular necesita ser informado desde las primeras exploraciones a realizar e implicarlo lo antes posible en su rehabilitación. Siendo indispensable que el paciente tenga claro que estará a cargo de un equipo de profesionales que lo acompañará en su proceso de adaptación (Quintanas, 2007).

Es fundamental que el diagnóstico no sólo se enfoque en las pérdidas, sino que se remarquen las oportunidades de continuar desarrollándose como persona activa y productiva dentro de la sociedad. No debe olvidarse que encontrarse en un hospital genera temor, por lo que, es

necesario que la persona comprenda la situación en la que se encuentra, facilitando el apoyo, confianza y seguridad.

Durante la estancia hospitalaria el paciente, requiere de un familiar que lo apoye de tiempo completo, ya que experimenta una sensación de desvalimiento ante la inmovilidad. Su único pensamiento es recobrar las habilidades perdidas, manteniendo la expectativa de recuperación, inclusive, si el cirujano reveló un pronóstico poco favorable para la movilidad.

El impacto de la información es tan abrumador, que las personas pueden asumir la actitud de autoanulación como estrategia para ayudarse a interpretar y redefinir la percepción de la realidad, haciendo más tolerable su estancia en el hospital (Meneses, et al. 2009).

Al respecto algunos investigadores piensan que mantener la expectativa de recuperación, como fuente de acción para llevar a cabo la rehabilitación, es una forma “poco realista” de asumir la situación adversa, para otros, es un sistema eficaz para hacer frente a una crisis de salud. Mantener la esperanza de recuperación resulta benéfico, siempre y cuando, no interfiera con la participación en el programa de rehabilitación.

Con base a lo anterior, se ha observado mayor depresión en los pacientes con lesiones completas, que aquellos diagnosticados con lesiones incompletas, posiblemente porque tienen mayor esperanza de recuperación con respecto a la rehabilitación (Fullerton et al., 1981). De igual manera, se ha observado que no todos los pacientes con lesión medular presentan depresión. La ausencia de episodios depresivos durante la fase inicial de la rehabilitación se ha relacionado con una mejor adaptación a corto y a largo plazo.

En ese sentido Wittkove (citado en Aguado y Rueda 2008) encontró que la negación es un mecanismo que se presenta posterior a la determinación de la lesión medular, es una reacción normal ante el evento. Subrayó que tener o no consciencia de la inmovilidad influye en la

adaptación. De acuerdo con esta posición, Rueda y Aguado (2008) consideran que la negación se ha transformado de ser una respuesta patológica a un favorable mecanismo de defensa para afrontar la situación catastrófica y tomarse el tiempo de ir procesando la pérdida de “su cuerpo normal”.

Cabe señalar que, si bien la negación es un mecanismo protector para que el paciente no se sienta abrumado por la situación, es necesario que con el tiempo vaya reconociendo la pérdida y asumiendo las consecuencias. Si esto no sucede, la información respecto a la baja probabilidad de recuperar la marcha y las funciones relacionadas con el nivel de la lesión, que otorga el equipo interdisciplinario promoverá la ruptura del mecanismo y la confrontación con la realidad.

Entonces, al encontrarse en una unidad especializada para la atención de personas con el mismo diagnóstico y compartir experiencias, le permite tomar consciencia de la gravedad de la lesión. “Por qué a mí” es la verbalización más frecuentemente expresada, para tratar de encontrar una respuesta a su nueva condición. Ante este panorama de su hospitalización, la reacción de depresión se hace presente.

Al darse cuenta de que la expectativa de recuperación no se cumple, el paciente reacciona con agresión, que generalmente es depositada en el personal de fisioterapia. Suelen expresar abiertamente que “olvidan” dirigir su trabajo al movimiento de sus piernas, que son la parte corporal que requiere mayor atención y objetivo primordial de su rehabilitación.

Como en cascada va descubriendo las habilidades que ha perdido: su cuerpo, su rol familiar, su trabajo, su vida social, sus entrenamientos y deportes, sobre todo, sus proyectos. Se suman estresores derivados del entorno hospitalario, como los cambios en el tratamiento y el manejo de la información. Así como posibles situaciones drásticas de muertes asociadas al accidente o

durante la rehabilitación, la disponibilidad de apoyo o la presencia de dificultades económicas (Aguado, 1990).

Los pacientes expresan culpa y preocupación por las condiciones que atraviesa su familia con respecto a la alimentación, cansancio, esfuerzo físico y emocional que conlleva convertirse en sus cuidadores durante su estancia hospitalaria. Estos sentimientos aumentan al auto atribuirse la responsabilidad del incidente donde se produjo la lesión. Esto provoca el “pensamiento de muerte” como la única solución a su sufrimiento y tranquilidad para él y su familia, ya que al morir se liberan de una “pesada carga y un obstáculo” teniendo la oportunidad de continuar con sus vidas; siendo más notorio cuando el paciente ha sido el proveedor.

Promover en los pacientes la expresión de los pensamientos y sentimientos, principalmente durante el periodo de depresión, es indispensable para lograr la asimilación del padecimiento. La manifestación de depresión promueve el lidiar con aspectos importantes de la realidad y los prepara para la adaptación a su nueva condición. Se ha caracterizado a la depresión como coraje interno, tristeza sobre la pérdida de reforzadores, desamparo aprendido y como resultado de cambios bioquímicos (Juárez, 2005).

Es necesario considerar que el proceso de adaptación a la lesión medular no es único ni homogéneo para todas las personas. Tampoco existe una personalidad única del lesionado medular y, se ha observado que no hay correlación entre la gravedad de la discapacidad y el desajuste psicológico (Aguado, 1990). Por lo que es importante observar las variables psicológicas en el proceso de adaptación y en la individualidad de dicho proceso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Como se mencionó anteriormente, Krueger (1988) describió tres etapas por las que atraviesa una persona que ha sufrido una lesión medular, bajo este modelo se llevará a cabo la intervención psicológica a partir de la fase de rehabilitación. La meta principal es lograr que cada paciente sienta que depende de sí mismo y de las habilidades aprendidas, para alcanzar la solución y ser capaz de hacer frente a los nuevos retos o problemáticas que lo lleven al eficaz manejo de las emociones y el logro de la adaptación.

En el presente trabajo se considera a la depresión como indicador del proceso de adaptación y de la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas (Rueda y Aguado, 2003). De tal manera, que realizar una evaluación cuantitativa de la sintomatología depresiva es una herramienta útil para la intervención psicológica durante la rehabilitación.

El programa de intervención consta de cuatro áreas: evaluación, intervenciones psicoterapéuticas, intervenciones psicoeducativas y acuerdos con el equipo interdisciplinario:

a) La evaluación del paciente y su familia incluye la situación actual de la persona, historia familiar (estado civil, hijos y con quien vive), historia educativa, laboral, entorno social (amigos), espiritualidad, historia psiquiátrica si existiese, uso y abuso de sustancias, estilos de afrontamiento, dolor, sexualidad y adherencia al proceso rehabilitador.

b) Las intervenciones psicoterapéuticas están enfocadas en el manejo de las pérdidas a través del establecimiento de técnicas relacionadas con la ruptura de mecanismos que impiden la rehabilitación, el ajuste emocional, el afrontamiento, las circunstancias asociadas a la lesión y el funcionamiento familiar. Se emplean técnicas de resolución de problemas, manejo de la ansiedad, reducción de la depresión, información, recuperación del control y los proyectos

futuros. Todo ello para preparar la persona con lesión medular a la vida fuera del entorno hospitalario.

c) Las intervenciones psicoeducativas se dirigen principalmente a proporcionar información a la familia respecto a la comprensión de las reacciones que pueda tener la persona y a su aprendizaje como cuidador.

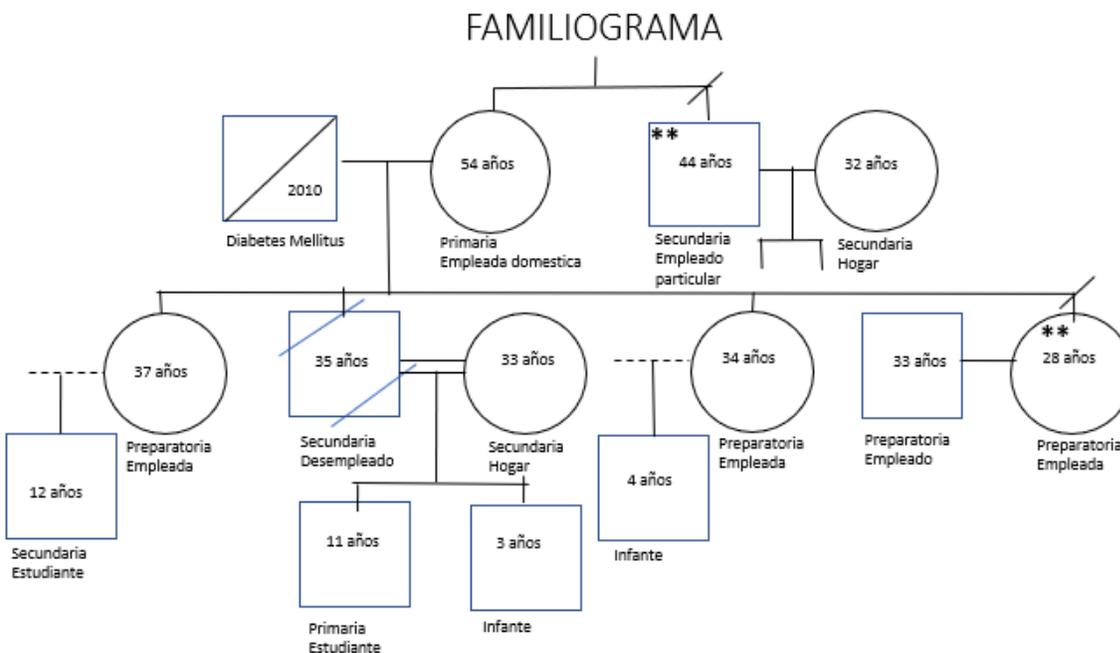
d) Por último, el psicólogo trabaja en conjunto con los miembros del equipo del campo de la salud, orientando respecto al manejo de las reacciones emocionales que presente la persona, durante el proceso de rehabilitación.

4.1 Descripción del caso

Datos sociodemográficos

El paciente O.A.P. tiene 35 años, escolaridad de secundaria, casado actualmente desempleado, religión católica, originario y residente del Estado de México. Se encuentra en el área de hospitalización de Rehabilitación Neurológica para llevar a cabo su programa de rehabilitación integral.

Cohabita con su esposa de 33 años y sus dos hijos de 11 y 4 años, su madre de 54 años, dos de sus hermanas y sus sobrinos de 14 y 3 años. Debido al padecimiento y su ingreso al programa de rehabilitación, él y su esposa se mudaron temporalmente a casa de su hermana menor, dejando a sus hijos a cargo de una tía.



Aspectos médicos

El paciente O.A.P. de 35 años, recibe impacto de bala en tórax izquierdo, presentando caída y pérdida del estado de alerta. Inmediatamente sufre atropellamiento en región anterior de tórax y en ambos brazos, presentando fracturas en hombro derecho y muñeca izquierda. Ignora alteración de la fuerza, sensibilidad y control de esfínteres. Es enviado al hospital de traumatología, recobrando el estado de alerta durante su traslado y expresando pérdida de sensibilidad en miembros pélvicos. En el hospital se coloca sonda Foley a derivación, se le diagnostica fractura de cabeza de húmero, hemoneumotorax, vertebras multifracturadas de T1 y T2 y fisura de carpo izquierdo. Se somete a procedimiento quirúrgico para realizarle toracotomía anterolateral derecha y descompresión de canal cervical. Se documenta lesión pulmonar grado

II en lóbulo superior derecho, requiriendo de colocación de sistema drenovac. Posteriormente es trasladado a la terapia la intensiva con asistencia ventilatoria invasiva durante 6 días. Al séptimo día es trasladado al área de neurología donde permanece con oxígeno suplementario en puntas nasales.

Es dado de alta, pero a los dos días, acude al hospital de especialidades; detectándole hemotórax izquierdo, se coloca drenovac, complicándose con neumonía hospitalaria, por lo que permanece en la unidad de cuidados intensivos durante 8 días con manejo ventilatorio invasivo. Posteriormente pasa a terapia intermedia donde permanece 15 días, con oxígeno suplementario de tienda facial. Es dado de alta con indicación de cabestrillo derecho y férula en muñeca izquierda, retirándose a los 8 días.

Ingresa al Instituto Nacional de Rehabilitación LGII en el mes de marzo del 2017, dos meses posteriores al inicio del padecimiento. Es diagnosticado con lesión medular incompleta, escala A de ASIA, nivel neurológico C7(cervical), secundario a fractura de T1 (torácica), herida por proyectil de arma de fuego, descompresión de pulmón derecho, postoperado de artrodesis, fractura de cabeza de humero derecho, úlcera sacra grado III, sexo, vejiga e intestino neurogénico, dolor quemante en ambos brazos, con irradiación hacia los hombros, diabetes mellitus tipo II e hipoacusia bilateral.

Además de deficiencia grave para la estructura de la médula espinal y para el hombro derecho, condición grave neuromusculoesquelética y moderada para la movilidad de extremidad superior derecha, con restricción completa para la marcha y grave para las actividades de autocuidado (higiene, baño y transferencias). Condiciones que dificultan su desenvolvimiento en la vida familiar, social, laboral y recreativa.

Para ubicar la condición médica el paciente se utiliza la clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad y la Salud (CIF), aprobada por la OMS en el 2001. Esta clasificación permite un abordaje de los déficits de estructuras y funciones corporales, de las limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVDs) y de las restricciones en la participación, así como de los factores contextuales, personales y ambientales que concurren en los pacientes en situación de discapacidad, como se observa en el cuadro 5.

Cuadro 5
Diagnósticos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad y la Salud (CIF).

Categoría	Código	Descripción	Calificador
Función	b760.4	Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	Deficiencia completa
	b760.2	Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	Deficiencia grave
Estructura	s120.2	Médula espinal y estructuras relacionadas	Deficiencia completa
Actividad y Participación	d 450.4	Andar	Limitación completa
Factores Ambientales	e110+3	Familia	Facilitador sustancial

Hernández (2017). Tesis que para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica.

Intervención

El paciente cursó la secundaria, abandonando la instrucción académica por situación económica, pero reconoce que prefirió trabajar. Desde entonces se dedica a la venta de refacciones para automóvil, inició como empleado con familiares y, actualmente tiene su propio negocio. Mismo que durante su estancia en el Instituto (hospitalización) estuvo a cargo de un familiar (primo).

Existen barreras arquitectónicas en su casa y en local donde su ubica su negocio lo que dificulta su desplazamiento.

El aspecto económico, no representa preocupación alguna, ya que su tío materno, quien fue su empleador al inicio de su actividad laboral, absorbe todos los gastos del tratamiento.

Socialmente carece de un grupo de amistades, todas las actividades recreativas y deportivas las comparte con familiares.

En cuanto al aspecto emocional el paciente presenta síntomas depresivo-ansiosos asociados a la inmovilidad y al incidente donde adquirió la lesión. La sintomatología se centra en las alteraciones del sueño, recuerdos recurrentes del evento traumático, pensamientos de inutilidad, preocupación por sus hijos, ser autosuficiente en las actividades de la vida diaria y en el área laboral.

El paciente aseguró no tener conflicto en su rol como esposo y padre, describe su relación matrimonial como “buena”. Sin embargo, durante la recolección de la información fue evidente que la mayor parte de su tiempo lo invertía en el trabajo y con familiares, disponiendo de menor tiempo para compartir con su esposa. La comunicación y vida conyugal se reducía a tareas domésticas, los momentos de convivencia como pareja eran mínimos. Ambos organizaban su tiempo como mejor convenía a sus intereses, generalmente sin interactuar o llegar a acuerdos de actividades que podrían salir del marco de lo cotidiano. El paciente modificaba con frecuencia y sin previo aviso los horarios de aquellas actividades que podían realizar juntos, poniendo por encima compromisos donde ella no participaba.

Esta dinámica estaba tan estructurada, que al inicio de la intervención el paciente no lo consideró un conflicto. Sin embargo, al ser egresado de la Institución fue un factor que influyó en su estado emocional y bienestar.

La cuidadora primaria durante todo el proceso de hospitalización fue su esposa, los fines de semana la suplía una de las hermanas del paciente.

Como expectativa del tratamiento el paciente menciona: “Espero poder mover más mis manos y después volver a caminar”.

Motivo de consulta: La atención que recibe el usuario forma parte del proceso por el cual debe transcurrir en el INR LGII.

Durante esta fase, los motivos de consulta fueron:

1. La preocupación por su hijo “Estoy preocupado por cómo le digo a mi hijo mayor (11 años) qué paso y por qué estoy en el hospital (Instituto); hora cómo hago actividades con él” y,
2. Sentirse mejor “que pueda dormir y que no me sienta tan desesperado”
3. Motivación al tratamiento: Se encuentra dispuesto a seguir todas las indicaciones del equipo interdisciplinario para lograr la movilidad y reintegrarse a sus actividades cotidianas, principalmente a su trabajo. Recuperar la autosuficiencia económica le proporciona satisfacción y le devuelve la percepción de ser una persona productiva y útil, para sí mismo y su familia.

4.2 Modelo de intervención

El programa de intervención estuvo conformado por doce sesiones durante su estancia en el hospital, y una sesión al mes de su egreso, con una duración aproximada de 60 minutos cada una.

Las estrategias utilizadas fueron las siguientes:

- Ejercicios básicos de mindfulness: Esta es una técnica que ayuda a recuperar el equilibrio interno, atendiendo de forma integral a los aspectos de la persona: cuerpo, mente y espíritu.

Promueve el desarrollo de una mayor capacidad de discernimiento. Su práctica abre la puerta hacia nuevas posibilidades, trae a la persona al aquí y al ahora, invita a vivir una vida de manera plena y en el presente (Kabat-Zinn, 2012).

La técnica mindfulness lleva a las personas a responder de forma consciente y constructiva, ante circunstancias adversas que generan sensaciones desagradables y producen estados de estrés o ansiedad.

El objetivo principal de la técnica consiste en reconocer los pensamientos y sensaciones perjudiciales que causan distracciones, llevando la atención a la respiración. La persona aprende a reconocer que son solo pensamientos y enfoca la atención en aquello que realmente importa. Ya que la respiración es un proceso fisiológico vital, produce un efecto benéfico en el organismo.

El ejercicio requiere de seguir las siguientes instrucciones:

1. La persona adopta una posición cómoda.
2. Cierra los ojos y lleva la atención a su respiración.
3. Se concentra en la sensación del aire al entrar y salir por las fosas nasales.
4. Cada vez que surgen pensamientos observa sin evaluarlos y después los deja pasar.
5. Cuando nota que se ha distraído regresa su atención a la respiración.
6. Si vuelven a surgir distracciones, solamente se da cuenta de ello. Intenta no cambiar o juzgar los pensamientos sino observarlos tal y como son.
7. De forma amable y sin forzarse vuelve a concentrarse en la respiración cuantas veces sea necesario. Realiza esto durante algunos minutos.

Se eligió esta técnica porque se ha empleado para modificar la ansiedad y por la aplicación práctica en el contexto hospitalario.

- Respecto a la sintomatología depresiva, se buscó una actividad que incrementara su sentido de control. Este concepto se refiere a la medida en que una persona provoca, de manera intencionada, un resultado deseado y previene o evita resultados no deseados. El control orienta hacia la obtención de un desarrollo favorable ante un hecho traumático, también previene nuevamente su ocurrencia y sus consecuencias emocionales (Skinner, 1996). Es una habilidad personal y esencial para la supervivencia y la salud física, siendo uno de los elementos fundamentales en la intervención psicológica (Shapiro, Schwartz y Astin, 1996).

Se ha observado que la falta de control produce diversos déficits cognitivos, motivacionales y afectivos (Seligman, 1975). Se ha probado que las personas prefieren tener control sobre el entorno, en este sentido Kobasa, 1985, Helgeson, 1992, Eifert, Coburn y Seville, 1992 (citados en Fernández y Edo 1994), han comprobado que las personas que perciben positivamente su capacidad para controlar su entorno afrontan mejor las situaciones de estrés laboral, las enfermedades crónicas e incluso, los trastornos graves de ansiedad.

Así, cuando la persona se enfrenta a una situación traumática, temporalmente se produce una alteración en el funcionamiento psicológico, expresada con ansiedad, depresión y otros estados emocionales negativos. La percepción de control y su puesta en marcha es fundamental para que la persona pueda afrontar la situación, experimentar menos síntomas de depresión o ansiedad y finalmente, restablecer el funcionamiento psicológico normal (Taylor y Armor 1996).

- La solución de problemas. Este se define como un proceso cognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de estos.

Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

En todas las sesiones el paciente participó activamente.

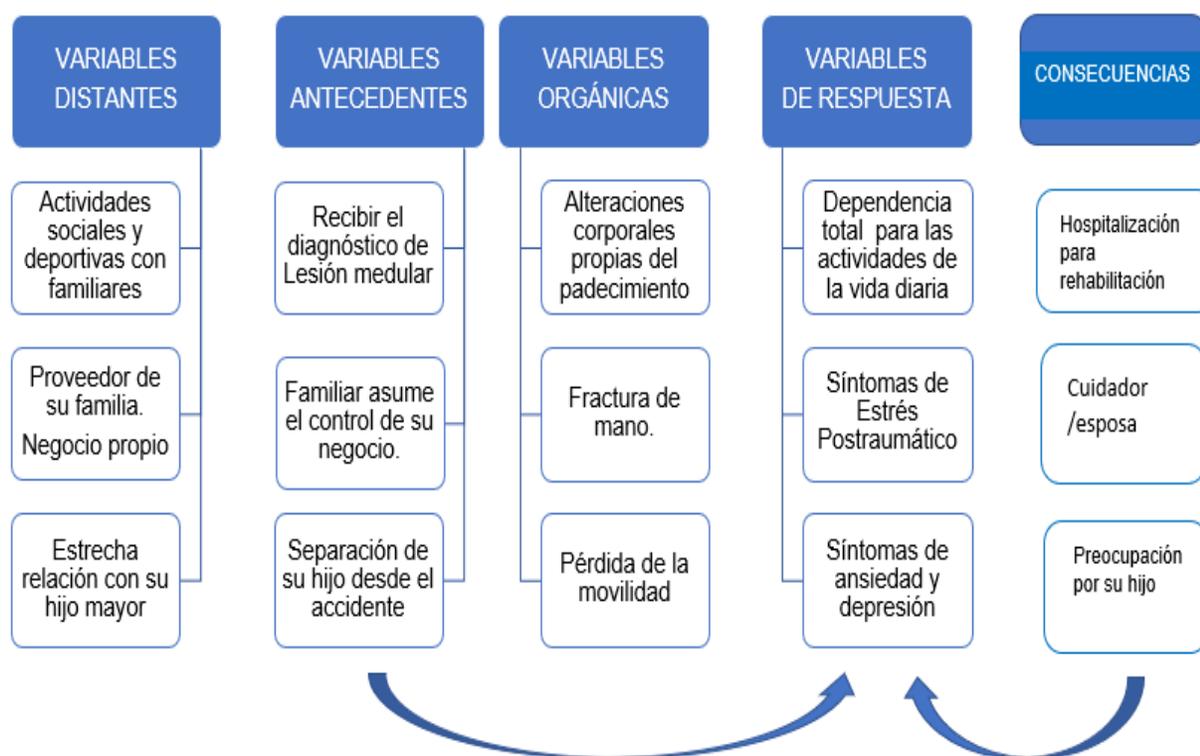
4.3 Protocolo de Evaluación

La intervención psicológica da inicio al ingresar el paciente a hospitalización para su programa de rehabilitación integral, en cada una de las 13 sesiones fue abordado un tópico relacionado con el proceso de adaptación.

- En las dos primeras sesiones se realiza el encuadre, la exploración de datos relevantes asociados al padecimiento, la evaluación psicométrica y la etiología del evento donde se adquiere la lesión. Tomando en cuenta los resultados de las valoraciones y los motivos de consulta que expresó el paciente, se establecen las técnicas que serán aplicadas en cada sesión. La primera es la técnica de relajación, para el manejo de la ansiedad.
- Con la esposa del paciente la intervención se enfocó en proporcionar información como cuidador.
- En la tercera sesión se evalúa la técnica de relajación aplicada y el inicio del contacto con su entorno.
- De la cuarta a la sexta sesión la intervención se dirige a la resolución de problemas específicos que le preocupan al paciente.
- A partir de la séptima sesión se enfocan en la expresión y contención del sufrimiento, de los mecanismos de protección, el reconocimiento de la situación actual y la preparación para el regreso a casa, por ende, a la reintegración a las actividades de la vida diaria.

4.4 Mapa Patogénesis

Para la formulación del presente caso se aplicó el modelo de resolución de problemas el cual traza un mapa clínico de patogénesis, donde se hace una descripción gráfica de las variables que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de la situación del paciente determinado, y especifica las relaciones funcionales entre ellas.



4.5 Tratamiento y alcance de metas

Sesión 1: información y devolución del control

En esta sesión se hace la presentación, explicando al paciente que el tratamiento psicológico es parte del programa integral e indicándole la forma en que se llevará a cabo el aprendizaje de

las técnicas que lo conducen a la máxima independencia: control de tronco, manejo de la silla de ruedas, cuidado de la piel, etc.

Debido a que a nivel institucional los tratamientos se determinan con base a la disponibilidad de horarios. Primero se acordaron los horarios de las sesiones, cuyo objetivo fue devolverle el sentido de control sobre su vida; a través de la decisión de asistir a las citas y de llevar su propia agenda. Se informó al personal de enfermería de dicha programación y se le solicitó permitirle la autonomía al respecto.

a) En esta primera sesión se recaba la siguiente información:

Momento de la vida en que se adquiere la lesión. El paciente se encuentra en la cuarta década de la vida, económicamente productivo, dinámica familiar y relación de pareja con acuerdos sin conflicto, proyectos de tipo laboral, grupo de amistades consolidado desde varios años, con quienes comparte actividades recreativas y deportivas.

Descripción del incidente que provocó la lesión. - Adquiere la lesión al recibir un impacto por proyectil de arma de fuego al ingresar al establecimiento de un cliente para entregar artículos que había solicitado vía telefónica. La agresión es dirigida a ambos; siendo el paciente el más afectado. El diagnóstico es una lesión medular de origen traumático, escala A de ASIA, nivel neurológico C7. Con pronóstico de inmovilidad permanente en miembros inferiores y la probabilidad de recuperar la función de miembros superiores a seis meses posteriores a la intervención quirúrgica.

Percepción de predictibilidad. - De acuerdo con la descripción del incidente, no hay posibilidad de predecirlo ni determinar la intensidad de los agresores. Sin embargo, el paciente consideraba que “si no hubiera olvidado uno de los artículos y hubiera llegado una hora antes,

como tenía programado, no le hubiera sucedido nada”. Así que la percepción de controlar lo sucedido, para él, está en función del tiempo en que se presenta al establecimiento su cliente.

Pérdidas relacionadas con el incidente. - Únicamente las que se asocian al momento en que se adquiere la lesión, se enumeran a continuación:

- La salud.
- La movilidad.
- La separación de sus hijos.
- Cambio de residencia.
- Modificación de la dinámica familiar.
- Modificación de la relación de pareja.
- Situación económica.
- Bajo ingreso de su negocio.
- Necesidad de que otro maneje su negocio.
- La estabilidad emocional.
- Intimidad.
- Independencia.
- Control sobre sí mismo.
- Decisiones.

Redes de apoyo. - Familiares del paciente y su esposa se distribuyen las actividades: su suegra y tía se hicieron cargo de los niños, su tío y hermana solventaron los gastos del tratamiento médico y de las necesidades básicas de la familia, sus primos le ayudaron en el negocio y lo asistieron (cuidadores) por la noche durante su hospitalización.

Barreras arquitectónicas dentro y fuera de casa. – Habita en una casa de dos niveles, para ingresar a la casa y al baño requiere de pasar un escalón, en la parte superior se encuentran las recámaras, la cocina y la sala son estrechas para desplazarse con la silla de ruedas. Fuera de casa están realizando obras públicas.

El conocimiento de su estancia en el área de hospitalización y la información respecto al padecimiento. – El médico cirujano proporcionó la información respecto a la gravedad del padecimiento y el médico rehabilitador le explicó cuál era el procedimiento y el tiempo de duración del tratamiento de rehabilitación integral en el área de hospitalización.

Su expectativa respecto al tratamiento al ingresar al área de rehabilitación promovió la idea de recuperación. Esto significó que aún no lograba asimilar la información que se le proporcionó., utilizando el mecanismo de la negación.

Respecto a los motivos para recibir la atención psicológica que expresó el paciente fueron: la preocupación por su hijo y el temor a que la inmovilidad fuera permanente. Así, el objetivo de la intervención es resolver las situaciones que se presentan durante el periodo de hospitalización ante el procesamiento de las secuelas del padecimiento. Se resuelven los problemas específicos que manifiesta el paciente.

Sesión 2: Psicometría y manejo de la ansiedad

Durante esta sesión se culmina la obtención de la información relevante y se aplican los Inventarios de ansiedad y depresión de Beck, la escala de estilos de afrontamiento y la prueba de calidad de vida. Los resultados de los instrumentos sirvieron de base para decidir que el usuario se vería beneficiado con este tipo de programa integral en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Véase anexo 1.

Los puntajes que obtuvo el paciente en los inventarios fueron de 30 puntos para la ansiedad y de 24 para la depresión, ambos correspondieron a intensidad grave. Los reactivos que se ubicaron en los puntajes más altos fueron: percibirse como un fracaso, descorazonado por el futuro, percibir el incidente como un castigo, dificultad para tomar decisiones, dificultades para dormir, cansancio, preocupación por los problemas físicos y por los cambios en la apariencia física que lo hacen ver poco atractivo. En el caso de la ansiedad se ubicaron como graves: dificultad para relajarse, miedo a que pase lo peor, inseguridad, asustado, opresión en el pecho, terror, miedo perder el control, sensación de ahogo y miedo a morir.

Con base en los resultados respecto a la intensidad de la ansiedad y los síntomas fisiológicos y cognitivos se consideró que se presentaba indicadores del Trastorno de Estrés Postraumático. El diagnóstico se confirmó con El Manual de Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-V véase cuadro 6.

Cuadro 6
Síntomas relacionados con el Trastorno de Estrés Postraumático con base a la intensidad del test de ansiedad de Beck.

Evaluación	Síntomas
Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático. • Sueños angustiosos recurrentes donde el contenido del sueño está relacionado con el suceso traumático. • Estado emocional negativo persistente (miedo, terror y culpa). • Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (satisfacción). • Hipervigilancia. • Respuesta de sobresalto exagerada. • Esfuerzo para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso traumático. • Alteración del sueño (dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

Modificado de la American Psychiatric Association DSM-5. (2013).

Considerando la intensidad de la ansiedad y los síntomas señalados en el cuadro 6, se enseña ejercicio básico de relajación de acuerdo con la técnica de mindfulness, con la finalidad de alcanzar la atención plena, focalizando para que la atención se centre en aquello que está sucediendo en ese momento. La tarea consiste en indicar al paciente que cierre los ojos, dedique cinco minutos a respirar muy lentamente, pensando solo en el mecanismo de cómo entra y sale el aire. Se espera que durante el ejercicio los pensamientos preocupantes traten de apoderarse de la

mente; se indica al paciente que los deje pasar sin detenerse y vuelva a concentrarse en la respiración y con ello, traer a la mente al presente (Kabat-Zinn 2012).

Se enseñó al paciente la técnica para que lograra enfocarse en el aquí y ahora, sin juzgar los pensamientos que se presentan. Una vez que se corroboró que la había aprendido, se le pidió que la realizara por la tarde y noche durante los 3 días siguientes a la enseñanza de esta. Además, se indicó aplicarla en los momentos que sintiera ansiedad.

Intervención con la familia

La participación de la familia es relevante para la evolución emocional y reforzamiento de las técnicas físicas que conducen al paciente a la independencia y considerando que el familiar se encuentra también afectado por la condición del paciente; por tal motivo, se integró a la esposa en una reunión grupal donde podía compartir experiencias con otros cuidadores. Durante esta reunión la esposa verbalizó preocupación por la condición de salud de su esposo, por la necesidad de tener que delegar a familiares el cuidado de sus hijos, miedo ante la no recuperación de la movilidad e incertidumbre de poder regresar a la dinámica familiar previa al incidente.

Al final de la sesión, se entregó a la esposa la “Guía de Autocuidado para Cuidadores de Personas con Lesión Medular” (Hernández y Sanchez, 2016), Anexo 2, que integra los siguientes rubros:

- Estancia en hospitalización.
- ¿Qué es la lesión medular?
- Complicaciones que se presentan en pacientes con lesión medular.
- Temores asociados al rol del cuidador.
- Primeros cuidados.

- Inicio del autocuidado.
- Creencias distorsionadas de lo que implica el rol del cuidador.
- Malestares físicos y emocionales.
- Recomendaciones para los malestares físicos y emocionales.
- Recomendación para poner límites en el cuidado.
- Etapas como cuidador y las estrategias para enfrentarlas.

Sesión 3.- Evaluación de Técnica de Relajación

El objetivo de esta sesión es explorar la eficacia de la técnica de mindfulness en la modificación de la sintomatología ansiosa. Al respecto, el paciente comenta que la sintomatología ha disminuido considerablemente, repercutiendo directamente sobre la calidad del sueño, mejorando el descanso y promoviendo la tranquilidad. Al aplicarle nuevamente el Inventario de ansiedad Beck se observó disminución del puntaje, así como modificación de los síntomas expresados y clasificados en el Trastorno de Estrés Postraumático de acuerdo con el DSM-5, esta información se presenta en el cuadro 7.

Cuadro 7

Síntomas de ansiedad antes y después de la técnica de relajación.

<p align="center">Síntomas de ansiedad</p> <p align="center">Antes</p>	<p align="center">Síntomas de ansiedad</p> <p align="center">Después</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos angustiosos recurrentes e intrusivos del suceso traumático. • Sueños angustiosos recurrentes donde el contenido del sueño está relacionado con el suceso traumático. • Alteración del sueño (dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto). • Respuesta de sobresalto exagerada. • Hipervigilancia. • Esfuerzo para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos asociados al suceso traumático. • Estado emocional negativo (miedo, terror y culpa). 	<ul style="list-style-type: none"> • Extinción de recuerdos angustiosos recurrentes e intrusivos del suceso traumático. • No refiere sueños angustiosos recurrentes donde el contenido del sueño está relacionado con el suceso traumático. • Despierta únicamente para el cambio de posición. • Tolera los ruidos propios del área de hospitalización. • Extinción de hipervigilancia • Puede narrar el evento traumático. • Puede expresar deseo de continuar con su rehabilitación.

Hernández S. (2017). Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica.

Una vez que se reduce la ansiedad, el paciente es capaz de narrar con mayor detalle el momento del incidente que provocó la lesión, al igual que las situaciones antecedentes que condujeron a tratamiento médico, siendo favorable para continuar con su vida cotidiana. Esto le facilita que haga una comparación entre esos eventos y el actual, puntualizando que esta nueva condición es muy difícil de asumir.

Como se observa, el paciente va siendo capaz de exteriorizar el impacto psicológico causado por la lesión, el efecto catártico de las emociones lo va conduciendo a darse cuenta de que se encuentra en un ambiente que le recuerda constantemente que no sólo ha perdido la salud, sino que su situación es complicada. Al observar a los demás pacientes que se encuentran en una condición semejante, ahora prevalecen los síntomas de depresión asociados a la percepción de recuperación de la movilidad.

Sesión 4.- Solución de Problemas

En las evaluaciones iniciales fue incluida la Escala de Afrontamiento con la finalidad de conocer la capacidad del paciente para contender con el evento amenazante. La escala incluye comportamientos personales, creatividad, búsqueda de resultados, reacciones físicas, expectativas, valores, virtudes, metas, aspectos de funcionalidad, salud y estado de enfermedad. También se evaluaron las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de la situación y manejarlas metódicamente, aplicando los recursos, usando la memoria y la imaginación, las cuales se ubicaron en un nivel bajo, esto se puede consultar en el cuadro 8.

Cuadro 8

Puntajes obtenidos en la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento.

Factor	Puntaje	Clasificación
1. Recursivo y Centrado	22	Baja capacidad
2. Reacciones Físicas y Enfocadas	22	Baja Capacidad
3. Proceso de Alerta	13	Baja capacidad
4. Procesamiento Sistemático	10	Baja capacidad
5. Conocer y Relacionar	17	Baja capacidad

Hernández S. (2017). Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica.

Aunque los resultados obtenidos en la evaluación muestran la reducción significativa de la habilidad para planificar, organizar y orientar la conducta hacia la resolución eficaz de los acontecimientos difíciles, evidenciando que su estrategia está orientada a la emoción, la necesidad primordial del paciente, de explicar a su hijo su condición actual de inmovilidad, pone de manifiesto su esfuerzo por dar solución de forma directa a aquello que le ocasiona sufrimiento.

La eficacia en el manejo previo de la ansiedad le permite al paciente, enfocarse en una estrategia activa de solución. La intervención psicológica se dirige a la aplicación de la técnica de solución de problemas, con la finalidad de reactivar las habilidades a través de la exteriorización de diferentes tipos de solución a la situación.

De igual forma, en esta sesión se abordó el segundo motivo de consulta: “Estoy preocupado por cómo le digo a mi hijo mayor (11 años) qué paso y por qué estoy en el hospital (Instituto),

ahora cómo hago actividades con él”. Para tratar esta necesidad se empleó la Técnica de Resolución de Problemas.

Primero se clarifica la condición emocional de incertidumbre respecto al pensamiento y reacción afectiva de su hijo al conocer que su estancia en el hospital se debe a limitaciones en la inmovilidad.

Se implementa la solución de problemas a través de comparación de alternativas y selección de soluciones óptimas. Así, se va conduciendo al paciente a la identificación de las ventajas y desventajas de las opciones, para ello se plantean cinco posibles alternativas y cinco soluciones plausibles al problema.

En este ejercicio, el paciente discrimina que la alternativa 5, donde menciona “En el fin de semana que esté en casa por el permiso terapéutico, hablaré con mi hijo. Seguiremos teniendo una buena relación”, lo conduce a una ventaja a largo plazo, siendo la mejor solución para resolver el problema, porque reduce su incertidumbre y prepara a su hijo para la modificación de las actividades futuras. En el cuadro 9 se presentan los problemas y las soluciones.

Cuadro 9

Solución de Problemas.

Alternativa	¿Dónde?	¿Cómo se sentirá?	Solución
1.- Esperar a verlo para decírselo	En casa	Se sentirá triste porque no puede verme	El reglamento de la institución prohíbe la visita de menores
2.- No decirle nada por su edad. Tal vez no entienda lo que le diga	En el hospital	Cuando regrese a casa puede asustarse o sorprenderse.	No permitir que me visite, así no se dará cuenta de mi limitación
3.- Decirle sólo parte de la información, mientras estoy hospitalizado.	Desde el hospital	Cuando me vea se sentirá engañado	Mientras estoy en el hospital no puede ver cómo estoy.
4. Nada hasta que me pregunte	Esperar hasta regresar a casa		Estará mi esposa para lo que pueda suceder
5. Decirle que estoy en el hospital para mi rehabilitación porque ahora no puedo mover mis piernas.	En cuanto sea posible regresar a casa. Espero al permiso terapéutico	Mi hijo es listo y entenderá lo que le diga. Se irá dando cuenta de mis limitaciones y lo que necesito. Buscaremos la forma de hacer cosas juntos.	En el fin de semana que esté en casa por el permiso terapéutico, hablaré con mi hijo. Seguiremos teniendo una buena relación.

Hernández S. (2017). Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica.

La implementación de esta solución y que la comunicara a su hijo, se planteó que fuera cuando lograra la sedestación, y tuviera permiso terapéutico de fin de semana para ir a casa.

Sesión 5: Manejo de la Silla de Ruedas

El paciente está enfocado a la solución de cuestiones concretas “distracciones” que le da la oportunidad de prepararse para asumir la situación que le causa gran estrés. Su estrategia está

basada en lo emocional, mantiene a distancia la realidad a través de la evitación, ante el temor de traer a la consciencia la posibilidad de que la movilidad no se restablezca.

La preparación para el uso de la silla de ruedas se realiza en forma progresiva, ya que el pensamiento del paciente pasa de la “enfermedad que implica la recuperación a la discapacidad que se asociada a la renuncia de caminar”. Se abre el contacto con sus limitaciones, el paciente manifiesta pensamientos catastróficos de inutilidad e inclinación al fracaso, en el aprendizaje de las técnicas de rehabilitación, dirigidas al manejo de la silla de ruedas.

Ante el aprendizaje de la silla de ruedas el paciente menciona:

“Es muy difícil aprender a hacer las trasferencias, me da miedo caerme de la silla y volverme a lastimar la columna, no quiero hacerlo”.

“Me pongo muy nervioso”.

“No creo que sea necesario aprender a manejarla”

Esto crea ansiedad, así que se retoma la estrategia de relajación. Se normalizan su reacción de evitación por el temor a sufrir una caída e incrementar sus limitaciones, ya que, al manejar la silla, hay sensación de inestabilidad por el constante movimiento y la deficiencia en el control de tronco. Se puntualizan las ventajas del uso de la silla de ruedas en su rehabilitación y experimentar una nueva posición para contactar con las demás personas y de ir a sitios no programados para las terapias. Se le facilita dirigirse a un área abierta.

La percepción inicial del paciente ante el uso de la silla de ruedas es la de cumplir con una de las tareas, que conforman el programa de rehabilitación. Después de la intervención se modifica de ser una ayuda tecnológica para lograr desplazarse a una oportunidad para lograr la independencia.

Sesión 6: Experiencia en casa

En el programa de rehabilitación integral, se contempla otorgar al paciente que ha pasado un periodo prolongado en instancias hospitalarias, salir un fin de semana, con el propósito de estar con su familia, aplicar las técnicas aprendidas hasta el momento y regresar al Instituto para continuar con su rehabilitación.

La decisión del “Permiso terapéutico”, como se denomina a este procedimiento, es tomada por el equipo interdisciplinario. Para ello, fue considerado el incremento en los tiempos en sedestación y el uso de la silla de ruedas como medio para asistir a las diferentes terapias.

Se programó el permiso terapéutico, cuyos objetivos fueron: poner en práctica lo aprendido en el programa de rehabilitación, observar aquello que se le dificulta y, principalmente, atender a la preocupación de hablar con su hijo (sesión 4).

Cuando el paciente regresa al Instituto comenta que el fin de semana lo pasó en casa de su hermana, ya que, ahí cuenta con ayuda de más familiares para su cuidado, su esposa puede asistir a sus hijos y resulta más práctico el regreso al Instituto.

Su esposa facilitó el espacio para hablar con su hijo: “Lo primero que hizo mi hijo fue abrazarme, me hizo sentir que le daba gusto verme. Me dijo que quería visitarme en el hospital, quería saber qué hacía, pero su mamá le dijo que los niños no podían entrar. Le respondí que era verdad. Después le expliqué lo que me estaban enseñando en el hospital, para qué me servía y, que ahora tenía que usar la silla de ruedas. Se quedó mirando un poco y me dijo que, “si no podía ir rápido con la silla, él iba a empujarme para llevarme al fútbol”.

Menciona que al inicio de la conversación se sintió tenso, pero después la comunicación fue fluida, sabía de lo inteligente que es su hijo y está satisfecho de su capacidad para comprender la situación. Resolver el problema le proporcionó tranquilidad.

Lamentablemente en el rubro de “organizarse con los familiares”, contrario a lo que esperaba, ellos consideraron que “por su salud” no era conveniente que participara en actividades sociales fuera de casa y se opusieron a la posibilidad de que regresara a corto plazo a trabajar, condicionando estas actividades hasta que volviera a caminar.

El paciente se sintió minimizado, limitado en sus actividades, indefenso ante la necesidad de depender de otros para las diferentes actividades cotidianas. Reaparecieron pensamientos de inutilidad, frustración y tristeza. Si bien es cierto que es apoyado para continuar con su rehabilitación, dicho apoyo está supeditado a lo que consideran “lo mejor para él”. Esto significó la nulificación de su capacidad de decisión e ignorancia del padecimiento, y por supuesto, de sus logros durante el programa de rehabilitación.

Con el enfrentamiento del paciente a su realidad, por ende, se abre la necesidad de conocer con claridad su situación. El paciente inicia a cuestionar al equipo de salud que lo atiende (incluyéndome) sobre la expectativa de caminar, este cuestionamiento no lo dirige al médico tratante. Esta conducta refleja el temor latente de recibir una “mala noticia”.

Al igual que con la silla de ruedas, se prepara al paciente para recibir la información respecto a su pronóstico. Se plantea pasar de la estrategia emocional a la de resolución de problemas, donde el punto principal es traer al aquí y ahora los conocimientos previos respecto a la gravedad de la lesión y de hacia dónde se ha dirigido el tratamiento de rehabilitación desde su ingreso hasta este momento.

Sesión 7: Información del Pronóstico

Parte del programa integral es realizar una reunión con el paciente y sus familiares, donde se proporciona la información respecto a su diagnóstico, pronóstico y objetivos de su rehabilitación.

Con el trabajo en las sesiones anteriores, sumados a la pregunta directa respecto a la recuperación de la movilidad, se torna necesario llevar a cabo la reunión para la “Confrontación”. Esto le permite al paciente contactar con la realidad y con sus emociones al respecto, así como modificar la estrategia de negación-evitación, como se describe en el proceso de adaptación. Es importante señalar que después de la modificación de la ansiedad, el paciente se enfocó en la solución de situaciones concretas, sin abordar el tema de la limitación física. Se muestra cooperador para las actividades físicas, pero matizadas por el temor a lesionarse.

En esta sesión es fundamental la decisión del paciente para recibir la información. Se preguntó directamente si desea saber más respecto a la información relacionada con su lesión. Para ello, se proporciona una breve explicación acerca de qué tratará la reunión, acompañado por el equipo interdisciplinario (el médico, la trabajadora social y la psicóloga a cargo de su caso) y se señala que él tiene la decisión de avisar a los familiares que desee lo acompañen en la reunión.

El paciente estuvo de acuerdo en recibir la información y ser acompañado únicamente por su esposa.

El médico tratante proporciona la información médica, contestando a todas sus dudas. Específicamente a las preguntas relacionadas con volver a caminar, el paciente formuló las siguientes preguntas:

“¿En cuánto tiempo volveré a caminar?”

“¿Entonces no voy a caminar?”

“Ya entendí que fue grave lo que me pasó, pero...”

¿Existe algún tratamiento para que pueda volver a caminar?”

El médico le informa respecto a las investigaciones médicas y tecnológicas que se están realizando en el mundo, pero que aún no existe alguna que modifique la lesión en la médula y ayude a recuperar la movilidad para caminar.

Consciente de la realidad que tanto temía, donde la estrategia de “evasión” ya no es funcional para mantener la estabilidad emocional, el paciente exterioriza el sufrimiento que le produce que la expectativa de inicio (motivo de consulta) “volver a caminar” no se cumpla.

La psicóloga (yo) le muestra aspectos relacionados con sus recursos personales, los lazos afectivos, el apoyo familiar, la reintegración al trabajo y a la vida social. Se tiene presente los aspectos emocionales, se respetan las creencias religiosas y se tiene cuidado de no romper la esperanza (sin reforzar falsas expectativas). En el caso de la esposa se reconoce su esfuerzo y aprendizaje como cuidadora.

La trabajadora social se enfoca en las redes familiares, apoyos de asociaciones y las modificaciones que requieren hacer en casa.

Al final de la reunión, se proporciona un espacio, respetando la intimidad, donde únicamente comparte con su esposa, y que les permite ir asimilando la información.

Además, se informa al resto del equipo interdisciplinario las reacciones emocionales y conductuales que puede presentar el paciente durante el resto del día, y probablemente los días subsecuentes.

Sesión 8: Pérdidas

Esta sesión tiene como objetivo explorar los pensamientos y sentimientos asociados a la información otorgada en la sesión anterior, respecto al pronóstico del padecimiento. Esta es una fase crítica, la reacción depresiva se hace presente por la pérdida real y permanente de la movilidad, además se reconocen otras pérdidas a consecuencia de la lesión. La intervención

consiste en promover la manifestación abierta de las emociones y dar contención al sufrimiento. Con tal motivo, se abordan estos temas:

- La inmovilidad no se asocia con la pasividad.
- El considerar como meta la rehabilitación es conseguir la máxima independencia.
- La aceptación de apoyos tecnológicos, cómo la silla de ruedas ayuda a la reintegración.
- Reforzar sus capacidades para asumir sus limitaciones y poder enfrentarse a su ambiente.

Sesiones 9 y 10: Enfrentando las Pérdidas

La experiencia fuera del Instituto y considerar la pérdida de la expectativa de caminar, se tradujo en el enfrentamiento a las limitaciones físicas y familiares asociadas a la lesión medular, es decir, tiene que reconocer, identificar y modificar su forma de vida; dejando atrás algunas actividades y sustituir otras que puedan proporcionarle la misma satisfacción.

En esta sesión el paciente se da cuenta de aquellas actividades que le resultará difícil llevarlas a cabo, como el autocuidado, comer, bañarse, vestirse, trasladarse de un lugar a otro, regresar a trabajar y organizar su negocio, y de aquellas que ya no podrá realizar como caminar, manejar, jugar fútbol, correr con su hijo, controlar el orinar y defecar, salir sin ayuda.

Independientemente, de que aún no logra la destreza en el manejo de la silla de ruedas, tenerla consigo le proporciona la seguridad para proyectarse como una persona económicamente activa y capaz de cubrir las necesidades básicas de su familia. Le permite, a su vez, extinguir los pensamientos de inutilidad, asumir la decisión de sus actos y recuperar el control en su entorno.

Sesión 11: Proyectos

La intervención se dirige a la búsqueda de estrategias que le permitan retomar el control de su actividad laboral y, con ello, generalizar hacia las actividades sociales y recreativas. En este caso, primero se abordó la problemática de asumir el cargo de su negocio, que se complica por la

ambivalencia de solicitarle a su familiar cuentas de este. Por un lado, tiene que ser determinante, ante la baja habilidad de su familiar para obtener el beneficio económico esperado y, por otro lado, el familiar que está cargo, lo ha apoyado durante su estancia hospitalaria.

El problema se ubica para su solución en los conceptos de apoyo, beneficio y retorno a la independencia. Se planea una técnica para organizar el tiempo, los traslados y la clasificación de los artículos para su rápida identificación y facilidad de venta, salvando el obstáculo del espacio reducido donde se ubica su negocio.

En cuanto a la situación con su esposa, la relación requirió de adaptaciones para proporcionar al paciente la estabilidad necesaria para la rehabilitación. Dichas adaptaciones fueron en las áreas de comunicación y convivencia. Estas modificaciones han funcionado para concluir el programa integral de rehabilitación en el ambiente hospitalario, pero tendrán hacerse cambios para la convivencia en casa, ya que lo que era parte del programa ahora se tendrá que aplicar como actividades de la vida diaria. La dependencia de ayuda para las actividades implica la reorganización de la nueva rutina.

Sesión 12: Regreso a casa.

Durante la sesión, se plantea la toma de decisiones para iniciar la reintegración a las diferentes áreas de su vida, es necesario reforzar las estrategias aprendidas para la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y el control sobre sí mismo, en el autocuidado y en los proyectos. Hay que considerar que existe el deseo de regresar a casa, pero también el temor de no lograr recobrar su rol dentro de la familia. El paciente manifiesta que tiene el propósito de organizar los tiempos para asistir a rehabilitación, recuperar el manejo de su negocio y solventar las necesidades básicas de su hogar. Si bien requerirán tiempo para llevar a cabo estos proyectos, la

capacidad para contender con los obstáculos que se le van presentando podrá superarlos con la aplicación de las estrategias aprendidas.

Asimismo, menciona que continuará habitando en la casa de su hermana, ya que a la suya le están realizando modificaciones para facilitar los accesos y el desplazamiento.

Esta es la última sesión en hospitalización, por lo que se enfoca en la relación de pareja.

La intervención incluyó la resolución de problemas, organización de la rutina y apoyo de familiares. En este momento es importante validar los esfuerzos y avances, no sólo en su habilidad física sino en su estabilidad emocional. A la esposa se le reconoció y felicitó por su constancia en el aprendizaje de la complicada tarea de ser cuidadora. Ella expresó que se sintió apoyada por el equipo de salud.

Antes de egresar del área de hospitalización se aplicó nuevamente el inventario de depresión Beck, obteniendo una puntuación de 10 lo cual indica sintomatología depresiva leve.

Sesión 13: Reintegración.

La sesión corresponde al seguimiento de los avances del paciente, para conocer cómo aplica las técnicas de rehabilitación integral aprendidas, incluyendo las psicológicas, por lo que se realizó un mes después del egreso del Instituto. Con tal fin, se exploran las diferentes esferas de la vida del paciente para conocer la forma en que está desenvolviéndose fuera de la Institución. A continuación, se reportan los avances en los planos individual, familiar, laboral, redes de apoyo y proyectos.

Plano Individual. - Sigue mejorando sus habilidades para manejar la silla de ruedas, cada nueva acción le representa temor. Sin embargo, logra aplicar la estrategia de relajación y la resolución de problemas en cuanto a las ventajas que representa lograr avances.

Plano Familiar. - El paciente ha regresado a su casa, a la que le realizaron las modificaciones para facilitar el desplazamiento, ha tenido que irse adaptando a estar en la planta baja, donde se adecuó su dormitorio.

Su esposa ha modificado la rutina para cumplir con las tareas del hogar, atender a los niños y ayudarlo en las actividades cotidianas. Continúa fomentando el avance y la autosuficiencia del paciente.

La convivencia con sus hijos es mayor y puede establecer tranquilamente la comunicación con ellos, principalmente con su hijo mayor.

Redes de apoyo. – Sus familiares ayudaron en la modificación de los espacios de la casa para su comodidad y desempeño práctico de sus actividades. Sigue contando con su ayuda, principalmente para los traslados fuera de casa.

Plano laboral. - Ha regresado por periodos cortos a su negocio, está implementando la organización por catálogo, con el objetivo de retomar la cartera de clientes y lograr el nivel de ventas previo al incidente. Aún requiere de la ayuda de su familiar.

Proyectos. - Espera tener mayor autonomía, mejorar su situación económica y solucionar aspectos de pareja que, ahora que pasa más tiempo en casa, los ve con mayor claridad.

RESULTADOS

Se muestra la evolución del paciente con lesión medular traumática desde el momento de su ingreso al área de hospitalización para llevar a cabo su programa de rehabilitación integral, a su egreso y posteriormente al mes de haber regresado a casa; enfocando la intervención psicológica en el proceso de adaptación al padecimiento, al conocer el diagnóstico y la reacción ante el pronóstico de inmovilidad permanente, las pérdidas asociadas a la lesión, observando los niveles de ansiedad y depresión, la capacidad de afrontamiento y la percepción de control que promueve la calidad de vida.

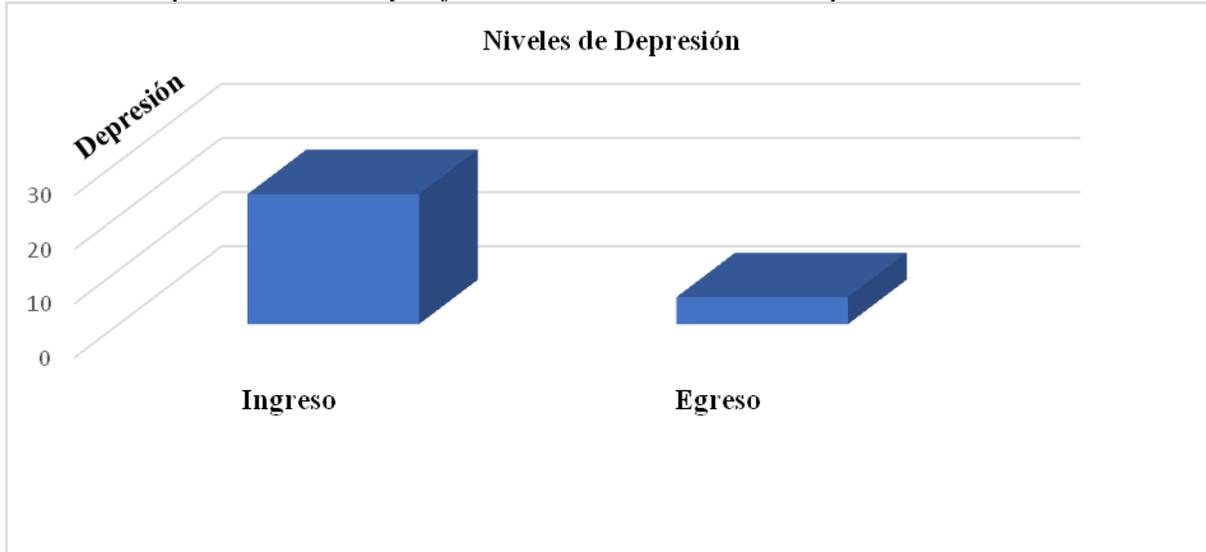
Para la descripción de lo sucedido durante las 13 sesiones de intervención psicológica, se le colocó un título que correspondió al tema que se abordó en cada una de ellas.

Evaluaciones

Para la evaluación del estado emocional depresivo y ansioso fueron utilizados los Inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Los hallazgos muestran que al ingreso al área de hospitalización los niveles emocionales se ubicaban en el rango más alto, clasificado como grave. Posterior a la intervención psicológica, se observó un decremento significativo en ambas evaluaciones. En el caso de la depresión al egreso del paciente del área de hospitalaria se ubicó en el rango de leve. Véase la gráfica 1.

Gráfica 1

Niveles de depresión al inicio y al final de la intervención en hospitalización.

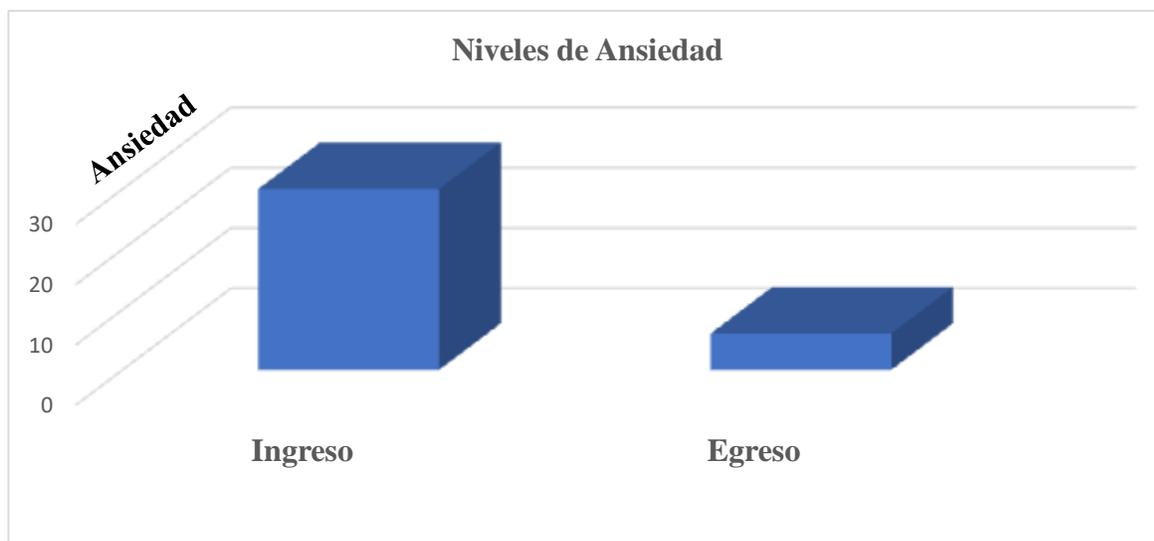


Hernández (2017). Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica.

La medición de ansiedad después de la intervención se ubicó en el nivel mínimo. Los datos se presentan en la gráfica 2.

Gráfica 2

Niveles de ansiedad antes y después de la intervención.



Hernández (2017). Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica.

Con base a la evaluación de la ansiedad que ubicó al paciente con ansiedad severa y las manifestaciones fisiológicas y cognoscitivas ante el evento amenazante que se empatan con los criterios de Trastorno de Estrés Postraumático de acuerdo con la clasificación del DSM-5. La intervención se enfocó a la enseñanza de ejercicios básicos de relajación de la técnica de mindfulness, que demostró ser eficaz para reducir al mínimo el nivel de ansiedad, y, por ende, modificar la reacciones ante el evento catastrófico.

Para el análisis de los datos obtenidos en la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS), se obtuvo el puntaje total de cada uno de los factores que la integran, con el objetivo de observar los cambios al ingreso de su estancia hospitalaria, a su egreso y un mes después. En la valoración inicial el paciente obtuvo en todos los factores que explora la prueba puntajes correspondientes a baja capacidad de afrontamiento y adaptación, esto se modificó al final de la intervención obteniendo puntajes correspondientes a mediana capacidad en los factores 1, 2, y 3, mientras que en los factores 4 y 5 sus puntajes describieron una alta capacidad de afrontamiento y adaptación. Los datos se describen en el cuadro 10 y la gráfica 3.

Cuadro 10

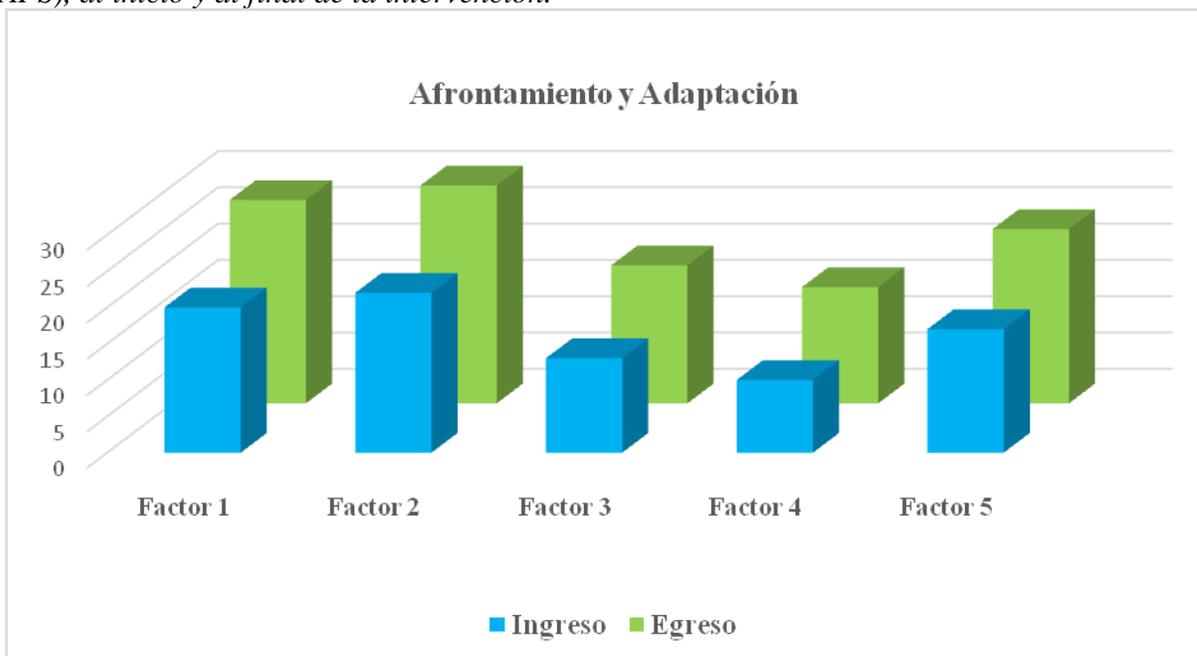
Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS).

FACTOR	EVALUACIÓN INICIAL	FINAL DE LA INTERVENCIÓN
Rekursivo y Centrado	Puntaje = 22 Baja capacidad	Puntaje = 28 Mediana capacidad
Reacciones Físicas y Enfocadas	Puntaje = 22 Baja capacidad	Puntaje = 30 Mediana Capacidad
Proceso de Alerta	Puntaje = 13 Baja capacidad	Puntaje = 19 Mediana capacidad
Procesamiento Sistemático	Puntaje = 10 Baja capacidad	Puntaje = 16 Alta capacidad
Conocer y Relacionar	Puntaje = 17 Baja capacidad	Puntaje = 24 Alta capacidad

Hernández (2017). Tesis para obtener el grado de maestra en Psicología Clínica.

Gráfica 3

Puntajes obtenidos en la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación (CAPS), al inicio y al final de la intervención.



Hernández (2017). Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica.

Con la finalidad de conocer las estrategias de afrontamiento más usadas por el paciente se analizaron los ítems con mayor puntaje de los factores 4 y 5, Procesamiento sistemático y Conociendo y relacionando; en donde se observa que las estrategias utilizadas con mayor frecuencia están dirigidas al análisis detallado y sistemático de la situación, tales como: no actuar hasta tener la comprensión de la situación y aclarar las dudas, así como mantener equilibrio entre la actividad y el descanso. También se observa que recurre a la imaginación y a la memoria para la solución del problema, presentando inclinación por relatar lo que sucede con sus experiencias pasadas y acciones futuras; aplicar la experiencia en problemas actuales, mirar la situación positivamente como una oportunidad/desafío y sentirse bien de saber que está manejando el problema lo mejor que puede.

El bajo puntaje en la escala muestra que al inicio del Programa de Rehabilitación Integral las habilidades del paciente para contender con el evento amenazante, inesperado e impredecible se vieron afectadas. Esto evidenció que su estrategia de afrontamiento estaba orientada a lo emocional; utilizando la evitación para mantener a distancia las consecuencias del suceso. Esto se observa con mayor claridad durante las sesiones 4, 5 y 6; en donde su pensamiento estaba enfocado en dar respuesta a cuestiones concretas, las cuales le permitieron prepararse para enfrentar las consecuencias de la lesión medular. A pesar de esta conducta, la búsqueda de apoyo para solucionar la preocupación de explicar a su hijo su condición de inmovilidad y el manejo de la silla de ruedas corrobora el esfuerzo del paciente a una forma activa de afrontamiento.

A partir de la séptima y hasta la décima sesión, el procesamiento de la pérdida de la expectativa de caminar se tradujo en el enfrentamiento a las limitaciones físicas asociadas a la

lesión medular. Además del reconocimiento de aquellas actividades que ya no podría realizar y aquellas a las que resultaría difícil reintegrarse.

Las últimas dos sesiones en el área de hospitalización el paciente se enfocó en aprender estrategias para reintegrarse, principalmente en las esferas laboral y económica. Enfrentando la disyuntiva entre continuar bajo el cuidado de sus familiares o recuperar el control e independencia.

En la gráfica 4 se muestran las puntuaciones obtenidas en la prueba de percepción en la calidad de vida, a través de las 13 sesiones.

Los puntajes de las mediciones 1 y 9 fueron las más bajas (30 puntos); corresponden al ingreso hospitalario y al enfrentamiento de las pérdidas, las mediciones 3,4,5,6,7 y 8 presentaron distribuciones similares (33 puntos); se asociaron a la fase intermedia de la rehabilitación, cuando el paciente está enfocado en aprender las técnicas para lograr la máxima independencia, los puntajes de mayor frecuencia (35 puntos); fueron la medición 2, cuyo puntaje puede explicarse por la expectativa de recuperación y las mediciones 11 y 12, junto con las más altas 10 (36 puntos) y 13 (37 puntos) reflejan la modificación del pensamiento del paciente respecto a la percepción de la calidad de vida, que se asocia al procesamiento de las pérdidas, la reintegración a las actividades de la vida diaria, incluyendo el ámbito laboral, los proyectos y la vida fuera del ámbito institucional.

Gráfica 4

Puntajes obtenidos en la Prueba de Percepción de Calidad de Vida.



Hernández (2017). Tesis para obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica.

CONCLUSIONES

Las lesiones medulares adquiridas implican siempre alteraciones físicas y psicológicas considerables, requiriendo un tratamiento conjunto para manejar las pérdidas. En este trabajo se presentó el caso de un paciente con lesión medular traumática que asistió al Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra para llevar a cabo su Programa de Rehabilitación Integral en hospitalización.

El programa de intervención del paciente constó de 13 sesiones, que abarcaron desde el momento de su ingreso al área de hospitalización hasta un mes posterior a su egreso, donde se utilizaron técnicas cognitivas, efectivas en el afrontamiento de las pérdidas relacionadas con el padecimiento, principalmente la inmovilidad permanente; dirigidas a lograr su independencia y reintegración a la vida social.

La intervención psicológica se fundamentó en los principios propuestos por Krueger(1988) quien considera que el paciente con lesión medular atraviesa por tres fases para lograr su adaptación: en la fase aguda, aparece la incapacidad física que condiciona la pérdida de control sobre su cuerpo y decisiones, y por ende, la dependencia de terceros, le sigue la fase de rehabilitación, que se caracteriza porque la persona ha recuperado la fortaleza y resistencia tanto física como emocional, que le permite enfrentar los eventos devastadores y expresar sus temores, y finalmente, la fase de post-rehabilitación, ahora la persona ha regresado a casa y cobra conciencia de la apariencia de su cuerpo y de sus nuevas capacidades y funciones, integrando los aspectos cognitivos, emocionales y físicos, esperando que la familia y la sociedad la asuman de igual manera.

Con base en lo anterior, el primer paso consistió en devolverle al paciente el sentido de control de sí mismo, acordando el horario de las sesiones y la asistencia autónoma a las mismas. Esto permitió, como menciona Krause (2007), el mejor desempeño en rehabilitación, reduciendo el impacto de encontrarse en un ambiente desconocido con una rutina establecida por otros.

En las siguientes dos sesiones el trabajo fue dirigido al manejo de la ansiedad, emoción directamente relacionada con el segundo motivo de consulta que refirió el paciente, respecto a sentirse mejor. Las manifestaciones somáticas y cognitivas hicieron sospechar de Trastorno de Estrés Postraumático, fueron identificadas al inicio del programa de rehabilitación como lo propone Otis (2012), y tratadas con ejercicios básicos de Mindfulness. Acción que permitió prevenir mayores alteraciones, continuar con el programa de rehabilitación y con el proceso de adaptación.

Las sesiones 4, 5 y 6 se dirigieron a la resolución de problemas concretos relacionados con el temor esperado al manejo de la silla de ruedas y el cómo explicar a su hijo su condición física actual.

La percepción del manejo de la silla de ruedas fue modificándose conforme el paciente enfrentó las consecuencias del padecimiento. Como lo describe Pinho et al. (2010), la silla pasó de ser un símbolo de inutilidad matizado por el miedo a un facilitador para su movilidad, dirigiendo su autoconcepto para que se considerara como una persona productiva.

En cuanto a la preocupación de cómo explicar a su hijo el padecimiento y el proceso de hospitalización, pudo resolverlo, porque previamente se trabajó con la técnica de resolución de problemas, promoviendo las habilidades necesarias para abordar el tema. Así, durante su permiso terapéutico, el paciente logró hablar con su hijo, quien no consideró su limitación física un

impedimento para realizar actividades y mucho menos para su relación, esto fortaleció al paciente y favoreció el deseo de saber su pronóstico.

Es importante enfatizar que durante el proceso de intervención también se tuvieron circunstancias que no favorecieron el trabajo terapéutico, en este caso fue la actitud de los familiares la que limitó la reintegración temprana; ya que durante el permiso terapéutico mostraron conductas de sobreprotección y restricción para que el paciente se involucrara en actividades sociales y laborales. Esto, puso de manifiesto la necesidad de extender la información relacionada con el diagnóstico y pronóstico del padecimiento a todos los miembros de la familia con quienes vive el paciente; con la finalidad de que comprendan que ya no es un enfermo, que asuman que las limitaciones motoras son permanentes, faciliten la práctica de sus nuevas habilidades en casa, valoren su esfuerzo y promuevan su máxima independencia, objetivo primordial de la rehabilitación.

El regreso a la institución después del permiso terapéutico convirtió a la séptima sesión en un parteaguas para enfrentar el temor al pronóstico. A partir de este momento, para el paciente fue necesario obtener más información respecto a su lesión. Misma que fue proporcionada en la sesión denominada de “confrontación”, que promovió en el paciente, centrarse en su vivencia interna y lograr expresar aquellos pensamientos, sentimientos y actitudes cargadas emocionalmente, dirigiéndolo hacia la reorganización del suceso que causó la lesión. (Vargas, 2003).

En este trabajo, la experiencia demostró que, si bien es cierto que la confrontación produce crisis, también es cierto que mueve los recursos personales, para crear nuevas y mejores respuestas. Como sucedió en este caso, posterior a la información relacionada con el pronóstico permitió al paciente emplear un estilo de afrontamiento activo para lidiar con la “mala noticia”,

asumir que su inmovilidad sería permanente, analizar las pérdidas asociadas y replantear nuevas alternativas para el futuro.

En las sesiones 8, 9 y 10 la intervención se enfocó en las pérdidas. El paciente tiene claro que la lesión física, lo ha llevado a la dependencia hasta para las actividades más básicas de la vida diaria como son: el aseo, el vestido y la alimentación. Necesitando ayuda tanto física como psicológica, porque se percibe como un niño, que no puede hacer casi nada solo, perdiendo su intimidad e independencia, y por supuesto, el control sobre su cuerpo y su vida. Se suma renunciar a su expectativa de recuperación de la movilidad, aceptando que la silla de ruedas es el único medio para lograr trasladarse y que es inevitable asimilar su nueva condición. Bajo este panorama, recuperar el control de sí mismo, su capacidad de decisión, la relación con su hijo, aprender lo necesario para lograr la autonomía y volver a ser una persona económicamente activa, lo mantiene enfocado en lograr su rehabilitación integral.

En este sentido se permitió la expresión emocional libre, con una escucha activa, como lo menciona Quintanas (2000), en este momento del tratamiento el paciente se percató de aquellas actividades que puede realizar y aquellas donde es difícil reintegrarse.

A lo largo de este modelo el paciente transitó por las estrategias de búsqueda de información y apoyo, hacia la aplicación de solución de problemas y la reevaluación positiva de los acontecimientos. Modificó las estrategias de afrontamiento de evitación, orientada en lo emocional, hacia una estrategia activa para enfrentar sus miedos y dar sentido a la lesión medular, con la convicción de que, aunque la situación era grave, podía ser manejable. Los resultados se asemejan a los descritos por Rueda y Aguado (2008), quienes afirman, que cuando la persona con lesión medular considera que la situación es susceptible de cambio tiende a

utilizar estrategias de afrontamiento activo, como la búsqueda de apoyo, la resolución de problemas, la planificación y la reevaluación positiva.

En las sesiones 11 y 12, enfocadas al egreso, se promovió que el paciente hiciera uso de los recursos y alternativas aprendidos para reintegrarse a su vida diaria. Para este caso particular, se plantearon las metas de regresar a dirigir su negocio, recuperar la solvencia económica y su papel familiar; elementos que refuerzan el control sobre sí mismo y su ambiente, capacidad de tomar decisiones y la sensación de productividad. En estas sesiones se proporcionan tácticas prácticas para organizar su negocio, apoyo para regresar a trabajar y establecer contacto social fuera de la familia.

La última sesión en hospitalización se enfocó en la interacción de relación de pareja, la esposa manifiesta el deseo de estar en su casa, por lo cual la intervención se centró en la resolución de problemas, organización de la rutina y apoyo de familiares.

Un aspecto relevante en el proceso del paciente fue el apoyo de su esposa, quien durante todo el tiempo de hospitalización fungió como la cuidadora primaria, desempeñando acciones necesarias para el avance del paciente en área de hospitalización, lo que evidenció la percepción del paciente sobre la buena relación de pareja.

En la sesión de seguimiento, la número 13, se logró observar el avance y reintegración a las diferentes esferas de la vida del paciente, lo cual fue posible gracias a las adecuaciones realizadas en casa y lugar de trabajo. Ante ello, el paciente manifiesta haber logrado retomar el control de su negocio, adaptarse a las limitaciones físicas, compartir actividades escolares y recreativas, así como desplazarse en su silla en los espacios de casa y de su trabajo.

Continuó con su rehabilitación en cuanto al manejo de su silla de ruedas, con los objetivos de mejorar sus transferencias (pasarse de la cama a la silla y viceversa) desplazarse en terrenos irregulares y lograr viajar con mínima ayuda.

Como ya se ha dicho anteriormente, la lesión medular llevó al paciente a un trastocamiento en diversos ámbitos, no sólo el de salud, ya que rompe con el equilibrio y proyectos que las personas tienen, mostrando como primeras respuestas emocionales ansiedad y miedo, reacciones psicológicas que se consideran normales y esperadas frente a cualquier lesión grave que implique secuelas. A ellas se suman la pérdida de control y dependencia de otra persona, todos estos cambios provocaron sufrimiento, inseguridad y pensamientos de inutilidad. De igual forma, se presentó la depresión. (Juárez, 2005). En este caso se retomó la visión de que la depresión no es un fin de estudio en sí misma, sino un indicador del proceso de adaptación y de la eficacia de las estrategias de afrontamiento utilizadas (Rueda y Aguado, 2003).

Cuando una persona adquiere una lesión medular se espera la presencia de ansiedad, ante esta circunstancia por lo general presentan efectos colaterales físicos que requieren ayuda profesional para evaluar su estado y reducirla. El paciente presentó ansiedad severa, así que se otorgó asistencia profesional inmediata para reducir el estrés, evaluar su condición y encontrar soluciones rápidas para reducir su nivel de ansiedad y volver a un estado saludable.

El abordaje realizado con el paciente concuerda con lo referido por Rueda y Aguado (2008), quienes consideran que la adaptación de las personas que sufren una lesión medular no se limita a la ausencia de depresión, sino que requiere de mediciones de ansiedad, calidad de vida y la aplicación de estrategias de afrontamiento. Puntualizando que la persona no es un agente pasivo, sino que se esfuerza por utilizar sus herramientas cognitivo-conductuales, donde los profesionales de la salud facilitan el proceso, y la labor del psicólogo es proporcionarle la ayuda

para desarrollar dichas estrategias. Para estos autores, las principales funciones del afrontamiento son la resolución de problemas y el control emocional.

La negación en este caso fue entendida como una defensa frente a la realidad, como una reacción muy común ante noticias desagradables. Este mecanismo permitió al paciente tomarse el tiempo necesario para asimilar y reconocer paulatinamente sus limitaciones. Disminuyó su funcionamiento eficaz y lo colocó en un estado de “indefensión emocional” (Seligman, 1987). Permanecer por un tiempo prolongado en este estado interfiere con la realidad y la adaptación de la persona. Debido a esto, fue importante preguntarle sobre su condición física y el pronóstico de su padecimiento, para obtener datos respecto al grado de realismo con el que afrontaba su incapacidad. Puede ocurrir que haya una discrepancia entre lo que la persona dice saber y lo que sabemos que se le ha informado.

Es así, que trabajar con los aspectos psicológicos en el área de hospitalización es indispensable, ya que permite intervenir en forma intensiva con las personas que han adquirido una lesión medular, ayudándolos a manejar las reacciones emocionales que matizan la pérdida de la movilidad, a poner en marcha estrategias para resolver los problemas realistas y alcanzables llevándolos a lograr la mayor independencia.

Los resultados obtenidos en presente trabajo han puesto de manifiesto la importancia de establecer en forma temprana, dentro de los programas de rehabilitación, un modelo de intervención psicológica efectivo, enfocado en el manejo y resolución de las múltiples alteraciones que presentan los pacientes que han sufrido una lesión medular.

Cada elemento del modelo: la enseñanza de nuevas técnicas, la potencialización de sus recursos personales, la escucha atenta, la contención en periodos de desesperación y la espera del

momento idóneo para llevarlo a enfrentar su realidad, fue diseñado para preparar al paciente a contender con los retos y las complejas situaciones que implican la adaptación a su nueva vida.

APORTACIONES

Por medio del modelo propuesto en el presente trabajo, para la intervención psicológica en pacientes con lesión medular, es posible lograr los objetivos psicoterapéuticos en pocas sesiones, lo cual es sumamente importante en esta población, debido a variables como: condición física, tratamiento médico, reacciones emocionales y contexto hospitalario.

Aplicar estrategias cognitivo-conductuales para el afrontamiento de las pérdidas, principalmente cuando la inmovilidad es permanente, resultan de gran utilidad para lograr el bienestar de las personas que sufren una lesión medular.

Independientemente de los cuestionamientos que se ha realizado a la técnica de la confrontación, se ha demostrado que bien utilizada resulta eficaz para ayudar a las personas, que han tenido un evento tan devastador como una lesión en la médula espinal, a contactar con la realidad y conducir las al proceso de adaptación.

Lo mismo sucede con la Teoría de las Etapas, que continúa vigente en los Programas de Rehabilitación como una herramienta para informar y guiar al personal de salud, respecto al proceso emocional por el que atraviesa el paciente hospitalizado. Esta, tiene que complementarse con valoraciones cuantitativas de las reacciones esperadas de ansiedad y depresión, así como de las habilidades de afrontamiento y percepción sobre calidad de vida que tiene la persona durante su hospitalización y a su egreso. Constituyendo un parámetro objetivo de las alteraciones que se producen como consecuencia de la lesión medular y de cómo éstas se modifican después de la intervención psicológica.

En el área de Rehabilitación Neurológica, la Psicología ya no se considera un servicio de interconsulta, donde tradicionalmente el médico determinaba si el paciente requería o no la

intervención, se ha convertido ahora en una parte fundamental del tratamiento en el área de hospitalización y, por ende, un elemento que conforma el equipo interdisciplinario que contribuye a la atención temprana de pacientes con diagnóstico de lesión medular.

La explicación de las técnicas utilizadas en la intervención psicológica quedaría incompleta si se dejara del lado la capacidad del psicólogo para acompañar a las personas en el difícil camino que recorren durante su estancia hospitalaria.

Acompañar al paciente con lesión medular representa uno de los elementos que llevan al éxito un tratamiento; la técnica puede ser aplicada pero la forma en que se aplica, ya en sí, puede considerarse parte del tratamiento, porque permite al paciente la posibilidad de darse cuenta paulatinamente de lo que le ha sucedido, de contactar con su sufrimiento, de expresarlo, modificarlo y, esencialmente, redirigirlo hacia la adaptación.

En esta época la sensibilidad del psicólogo ha ido más allá de una empatía afectiva, ha desarrollado al máximo la compasión, entendida como la facultad para comprender el sufrimiento del otro, enfocando sus habilidades profesionales a maximizar la salud y promover una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Aguado, D. A., Alcedo, R. M., García, C. L. & Arias, M. B. (2010). Personas con lesión medular: diferencias en variables psicológicas desde la perspectiva de género, *Psicothema*, 22(4), 659-663.
- Aguado, D. A. (1990). Proceso de adaptación a la discapacidad: modelos e implicaciones terapéuticas. *Anales de Psiquiatría*, 6(2), 26-27.
- Alcaraz, R. M. & Álvarez, M. J. (2009). Epidemiología. En A. Esclarín de Ruz (Ed), *Lesión Medular: Enfoque multidisciplinario* (pp-10-17). Toledo, España: Panamericana.
- Alcobendas, M. M. (2010). Conceptos generales sobre el síndrome de lesión medular. En A. Esclarín de Ruz (Ed), *Lesión Medular: Enfoque multidisciplinario* (pp-3-9), Toledo, España: Panamericana.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fifth edition DSM-5*. Edit. Masson
- American Spinal Cord Injury Association (ASIA, 1992).
- Arroyo, E. M. & Carracedo, B. N. (2012). *Guía de buenas prácticas: Atención al nuevo lesionado medular*. Toledo, España: Federación Nacional ASPAYM, Hospital Nacional de Paraplégicos.
- Babamohamadi H. (2011). Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas con lesión medular: un estudio cualitativo. *Spinal Cord* (49); 832-837. Doi: 10.1038/sc 2011-10. Epub,22 febrero.
- Bárez, M., Blasco, T., & Fernández, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficiencia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer, *Anales de Psicología*, 19(2), 235-246.

- Benítez, G. J., Barceló, M. E. & Gelves, O. M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico *Cirugía Plástica. Ibero-Latinoamericana. vol.42 no.4 Madrid oct./dic. 2016. Versión on-line ISSN 1989-2055.*
- Bickenbach, Jerome, Alana, Shakespeare, Tom, Von, Groote, Per, World Health Organization. et al. (2013). International Perspectives on Spinal Cord Injury. The International Spinal Cord Society (ISCoS). Edited by Jerome Library Cataloguing-in-Publication. Spinal cord injuries – Epidemiology. [https://apps.who.int › iris › handle](https://apps.who.int/iris/handle)
- Boonstra, A., Renemanb, M., Stewartc, R. & Balka, G. (2012). Life satisfaction questionnaire (Lisat-9): reliability and validity for patients with acquired brain injury, *International Journal of Rehabilitation Research* Vol 35 No 2.
- Botero, P. A. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: Una revisión teórica. *Revista de Vanguardia Psicológica, Clínica Teórica y Práctica.* Universidad Católica de Colombia, 3(2). Pp196-214
- Brodwin, M., Siu, F. & Cardoso, E. (2009). Users of assistive technology: The human component. En Marini, I. (Ed), *The Psychological and Social: Impact of illness and disability*, New York: Springer/Publishing Company.
- Burbano, L. C, Mendoza D, Montes M. & Aristizábal J.C. (2016). Factores fisiológicos y psicológicos que influyen en la rehabilitación de las personas con trauma raquímedular, *Psychologia Avances de la Disciplina*, 10 (1), 47-52.
- Craig, A., Hancock, K. & Dickon, H. (1999). Improving the long-term adjustment of spinal cord injured persons. *Spinal Cord, The Journal of the International Medical Society of Paraplegia*, 37(5), 354-360.

- Caig, A., Trand, Y. & Middleton (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 45, 108-114.
- Correa, G. I., Calderon, W. O., Guzman, L.M., Burnier L.A. & Danilla, S.E. (2008). Proximal amputation of inferior extremity secondary to recurrent pressure ulcers in patients with spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 46, 135–139.
- Dávila, A. M. (2016). Epidemiología de la lesión medular en el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII en el periodo 2011-2015, Tesis: que para optar por el título de médico especialista en Medicina de Rehabilitación
- Devivo, J. (2012). Epidemiology of Traumatic Spinal Cord Injury: Trends and future implications, *Spinal Cord*, 50: 365–372.
- Fernández M. A. (2009) Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis Doctoral. Universidad de León. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. España
- Fernández, C. J. & Edo, I. S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología*, 10 (29), 127-133.
- Fernández-Abascal, E., Martín D. M. & Jiménez S. M. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento, *Departamento de Psicología Básica II. Universidad Nacional de Educación a Distancia España*, 3(4).
- García, P. P. (2016) Psicopatología en pacientes con lesión medular, *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, VI (2), sep. 3-11.

- González, E.L., Prince, Y. & Muñoz, L.A. (2011). Vivencia de discapacidad por traumatismo de la médula espinal y el proceso de rehabilitación. *Ciencia y enfermería* Vol. 17 (1): 81-94, Versión On-line ISSN 0717-9553.<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100009>.
- González, F. R. & Flores, S. P. (2005). El papiro quirúrgico de Edwin Smith. *Anales Médicos*. Vol.50:1 43-48.
- González G. G., González, H. A & Estrada, A. B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* Vol. 12, (1), 129-140. DOI: 10.5209/rev psic.48908.
- Hernández S.S. & Rodríguez B. (2015). Programa piloto de inducción para pacientes neurológicos que ingresan a hospitalización para llevar a cabo su programa de rehabilitación integral. Proyecto de mejora. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.
- Hernández S. S. & Sánchez P. G. (2016). Guía de autocuidado para cuidadores de personas con lesión medular. Proyecto de mejora. Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.
- Ibarra, L. & Pineda C. (2011). Instituto Nacional de Rehabilitación. *Revista de Investigación Clínica*, 634: 331-334.
- International Spinal Cord Society (ISCoS). <http://www.elearnsoci.org/>.
- Jiménez, H. B., Serrano, M. A. & Enríquez, S. M. (2004). Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares, *Acta Ortopédica Mexicana*, 18(2), 54-60.
- Juárez M. (2005). Calidad de vida en el paciente con discapacidad secundaria a lesión medular y/o cauda equina, en etapa subaguda. Tesis para obtener el grado de doctora.

- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de la depresión Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, Vol. 21(3), jun, 25-31.
- Kabat-Zinn J. (2012) *Mindfulness para principiantes*. España, Kairós.
- Krause, J. (2007) Self-reported problems after spinal cord injury: Implications for rehabilitation practice, *Topics Spinal Cord Injury Rehabilitation*. Vol. 12, no. 3 pp. 35-44
- Krueger, D. W. (1988) *Psicología de la Rehabilitación*. B. Herder
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: España, Martínez Roca.
- Leblic, G. V. (2009) La rehabilitación integral y su proceso. En A. Esclarín de Ruz (Ed), *Lesión Medular: Enfoque multidisciplinario* (pp. 275-281), Toledo, España: Panamericana.
- Lipowski, Z. (2011) Características psicológicas del enfermo hospitalizado. En MacGraw Hill, (Ed), *Cursos de Bienestar y Salud: Aspectos Psicosociales de la Hospitalización* (cap. 6, 7 y 8)
- Meneses-Gomes, A., Kay, M. & Socorro, C. M. (2009). Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil, *Revista de Salud Pública*, 11 (5): 754-765.
- Moreno F. E. & Amaya R. M. (2012). Paraplejia: Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: significado de los cambios. *Avances en enfermería* vol. 30 (1). pp. 82-94.
- Moreno, I. (2014). Síndrome del lesionado medular tratamiento, rehabilitación y cuidados continuos: Tratamiento de urgencia en el lesionado medular agudo. Hospital Monográfico, Madrid: España. Asepeyo Coslada.

- Nawoczeinski, D. (1987). Spinal cord injury. Willia Nikins Edit. Estados Unidos de Norteamérica.
- Núñez, H. A. & Mulet, S. C. (2010). Diagnóstico de la Lesión Medular. En Z. Figueiredo, J. Tirado, R. Mulet, A. Núñez & C. Mulet. (Eds), *Lesión medular: Manual de cuidados* (pp.27-40), Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Lesiones de la médula espinal: perspectivas internacionales, disponible en [www. Who.int/disabilites/publication/spinal_cord_injury/es/](http://www.who.int/disabilites/publication/spinal_cord_injury/es/)
- Orueta, S. R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema de salud* Vol. 29–N.º 2.
- Osorio, R. & Horta M. (2009) Lineamientos para la elaboración de un protocolo de intervención psicológica para familiares de pacientes con lesión medular, *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 10 (1) 75-88. Cartagena de Indias, Universidad Tecnológica de Bolívar, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Programa de Psicología
- Otis, C., Marchand, A. & Courtois, F. (2012). Risk factors for post-traumatic stress disorder in people with spinal cord injury. *Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 18 (3), 253-263. doi: 10.1310/sci1803-253
- Pérez, R., Martín del Campo, S., Renán, S. & Durán S. (2008) Aspectos epidemiológicos de la lesión medular de la población del Centro Nacional de Rehabilitación, *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, (20), 74-82.

- Pinho, C. V., Costa, M. M, Garanhani, M. L. & Shizuko, F. D. (2010). Representaciones sociales de la silla de ruedas para la persona con lesión de la médula espinal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.18 (4) July/Aug, pp 1-9.
- Pozuelo G. A. (2009) Rehabilitación Psíquica. En A. Esclarín de Ruz (Ed), *Lesión Medular: Enfoque multidisciplinario* (pp. 303-310), Toledo, España: Panamericana.
- Depression following spinal cord injury: Practice guideline for primary care (1998). Clinical practice guidelines, Administrative and financial provided by Paralyzed, veterans of America. Washington:
- Quintana, G. A., Sotomayor, E. R., Martínez, R. M. & Kuroki, G. C. (2011). Lesiones medulares no traumáticas: etiología, demografía y clínica, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 28(4). Pp. 633-638.
- Quintanas L. V. & Jara S. M. (2007). *Rehabilitación Psíquica del Paciente con Lesión Medular*. Toledo, España, Centro de Empleo de la Fundación del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.
- Quintanas L. V. (2009). La psiquiatría en el proceso de rehabilitación. A. En Esclarín de Ruz (Ed), *Lesión Medular: Enfoque multidisciplinario* (pp. 291-303), Toledo, España: Panamericana.
- Rivas, L. Z. & Alvarado, M. H. (2012). Afrontamiento psicosocial del lesionado medular ante las posibilidades de vinculación a la vida cotidiana. Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Ciencias Psicológicas Centro de investigaciones en Psicología “Mayra Gutiérrez”. Tesis de licenciatura psicólogo
- Robles, O. J., Saborit, O. Y, Valiño, G. M., Machado, M. L. & Milán, A. V. (2014) Factores clínicos y psicosociales de la rehabilitación en la lesión medular traumática, *Multimedica*.

Revista Médica. Granma. 18 (4), 1-17. Archivo PDF: 269.13 Kb. Versión on-line: ISSN 1028-4818.

- Rodríguez, R. T. (2011). Manejo y orientación psicológica en el paciente con enfermedad cardiovascular en estado de gravedad, *Psicología de la Salud. Universidad Médica de Cien Fuegos*, 13(1) Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-cardiovascular-orientacion-psicologica>
- Roy C. (2011). Research based on the Roy adaption model: last 25 years. *Nursing Science Quarterly* 24(4): 312-320. DOI: 10.1177/0894318411419218
- Rueda, R. B. & Aguado, D. A. (2003). Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Observatorio de la discapacidad, Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Rueda, R. B. & Aguado, D. A. (2016) Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. *Salud Pública de México*, 49 (6).
- Rueda, R. B., Aguado, D. A. & Alcedo, R. M. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la lesión medular (LM): una revisión de la bibliografía, *Psychosocial Intervención*, 17(2), 1-12.
- Scherer, M., Blair, K., Bost, R., Hanson, S., Hough, S., & Kurylo, M.; et.al. (2010). Rehabilitation psychology. En Weiner, B., & Craighead, W. (Eds.). *The concise Corsiniencyclopedia of psychology and behavioral science* (4^a ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- UNESCO (2011). Report on reorienting the social sciences programme on the management of social transformations (MOST). París.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001921/192100e.pdf>
- Sellignan, M.E. (1987). Indefensión. Madrid, España. Debate.

- Singh, A., Tetreault, L., Kalsi-R. S., Nouri, A. & Fehling, G. M. (2014). Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury. *Clinical Epidemiology* 23(6), 309-331. Doi 10.217/CLEP.568889
- Trapp, S.L. Leibach, G. G., Perrin, B. P., Morlett, A., Olivera, S. L., Perdomo, J. L., Arango, J. A. & Arango, L. J. (2015) Spinal Cord Injury Functional Impairment and Caregiver Mental Health in a colombian sample: An exploratory study, *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, vol. 32 (3), 380-392. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.3.6593>
- Tron, A. R. & Ito, S. M. (2010) Experiencias de vida y en servicios de salud de pacientes con lesión medular traumática, *Psicología y Salud*, 20 (2). pp. 189-195.
- Van Den Berg, M. E. Castellote, J. M. Mahillo, F. I. & Pedro, C. J. (2011). Incidence of traumatic spinal cord injury in Aragón, Spain (1972-2008). *Journal Neurotrauma*, 28(3):469-77.
- Vargas, C. Z. (2003). La confrontación: una oportunidad para el desarrollo personal. *Revista Educación* 27(2): 79-86.
- Viñas, P. F., González, C. M., Malo, C. S., García, M. Y. & Casas, A. F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*. doi.org/andesps.31.1.163681.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la presencia de sintomatología depresiva. Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad. La persona evaluada elige la alternativa que mejor describa su estado de ánimo actual. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 63. Se han establecido diferentes puntuaciones de corte en función de la población de estudio.

Cuadro 5

Baremo del inventario de depresión Beck.

Puntaje	Nivel de depresión
0 - 9	Ausencia de depresión
10 - 18	Depresión leve
19 - 20	Depresión moderada
+ = 30	Depresión grave

INVENTARIO DE BECK BDI*

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Domicilio (Colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | | |
|---|---|
| <p>1 0. Yo no me siento triste</p> <p>1. Me siento triste</p> <p>2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo</p> <p>3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p> | <p>6 0. Yo no me siento que esté siendo castigado</p> <p>1. Siento que podría ser castigado</p> <p>2. Espero ser castigado</p> <p>3. Siento que he sido castigado</p> |
| <p>2 0. En general no me siento descorazonado por el futuro</p> <p>1. Me siento descorazonado por mi futuro</p> <p>2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro</p> <p>3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar</p> | <p>7 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo</p> <p>1. Estoy desilusionado de mí mismo</p> <p>2. Estoy disgustado conmigo mismo</p> <p>3. Me odio</p> |
| <p>3 0. Yo no me siento como un fracasado</p> <p>1. Siento que he fracasado más que las personas en general</p> <p>2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos</p> <p>3. Siento que soy un completo fracaso como persona</p> | <p>8 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas</p> <p>1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores</p> <p>2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede</p> |
| <p>4 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo</p> <p>1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo</p> <p>2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada</p> <p>3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo</p> | <p>9 0. Yo no tengo pensamientos suicidas</p> <p>1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo</p> <p>2. Me gustaría suicidarme</p> <p>3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad</p> |
| <p>5 0. En realidad yo no me siento culpable</p> <p>1. Me siento culpable una gran parte del tiempo</p> <p>2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo</p> | <p>10 0. Yo no lloro más de lo usual</p> <p>1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Actualmente lloro todo el tiempo</p> <p>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo</p> |

Versión estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM.

- 11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irrito todo el tiempo
 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 3. He perdido todo el interés en la gente
- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 14 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
 3. Creo que me veo feo (a)
- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes
1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo
 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
 2. Con cualquier cosa que haga me canso
 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
 2. Mi apetito está muy mal ahora
 3. No tengo apetito de nada
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
1. He perdido más de dos kilogramos
 2. He perdido más de cinco kilogramos
 3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- Si _____ No _____
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 3. He perdido completamente el interés por el sexo

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Es una escala que mide de manera autoadministrada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión.

Consta de 21 reactivos que miden la gravedad de la ansiedad, de acuerdo con tres dimensiones: emocional, fisiológica y cognitiva. Discrimina entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación.

Se pide a la persona que conteste sobre la gravedad con que le afectó la ansiedad durante la última semana, en una escala de 4 puntos desde “Poco o nada” hasta “Severamente”.

La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación va de 0 donde no hay ansiedad hasta la máxima ansiedad de 63 puntos.

Cuadro 6.
Baremo del Inventario de Ansiedad Beck

PUNTAJE	NIVEL DE ANSIEDAD
0 – 13	Nivel mínimo de ansiedad
14 - 19	Ansiedad leve
20 - 28	Ansiedad moderada
29 - 63	Ansiedad grave

Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

Nombre: _____ Edad: _____ Genero: _____ Fecha: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____ Escolaridad: _____

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA, INCUSIVE HOY**, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADO	SEVERO
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida al calor)				

Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)

Fue desarrollada por Callista Roy (2011). Está conformada por 47 ítems elaborados con una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil, están agrupados en cinco dimensiones, con una escala de calificación tipo Likert de cuatro puntos que varían desde 1 nunca, 2 rara vez, 3 casi siempre y 4 siempre.

En cuanto a los factores los tres primeros miden los comportamientos, las relaciones y los recursos de afrontamiento que utilizan las personas, y los dos últimos miden las estrategias para hacer frente a la situación.

Factor 1: Recursivo y centrado, conformado por (10) ítems. Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados.

Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas, conformado por (14 ítems). Resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.

Factor 3: Proceso de alerta, contiene (9 ítems). Representa los comportamientos del yo personal respecto a las características de cada persona como las expectativas, los valores, las virtudes y las metas. Así como los comportamientos del yo físico haciendo referencia a aspectos físicos, de funcionalidad, salud y estado de enfermedad, compuesto por las sensaciones corporales, y la imagen corporal. Este factor se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas.

Factor 4: Procesamiento sistemático, conformado por (6 ítems). Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de la situación y manejarlas metódicamente.

Factor 5: Conocer y relacionar, contiene (8 ítems). Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí mismo y a otros, usando la memoria y la imaginación.

La puntuación total de la Escala de Afrontamiento y Adaptación se obtiene invirtiéndose los valores de las preguntas negativas 5, 8, 11, 13, 15, 20, 23, 24, 33, 35, 39, 42, 43, 45 y 47. El puntaje total puede oscilar entre 47 y 188.

Cuadro 7.

Distribución de los intervalos para evaluar la capacidad de afrontamiento y adaptación por factores y de manera global.

CAyA	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Puntaje Global
Baja capacidad	10-19	14-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37.40	43.56	30-36	21-24	27-32	154-188

Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS)

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de frases cortas acerca de cómo una persona responde cuando experimenta un evento difícil. Lea cada frase y marque con una "X" con qué frecuencia se ha sentido así en los últimos seis meses. No existen respuestas correctas o incorrectas, sino solo su experiencia como paciente. Gracias por su colaboración.

No.	Preguntas	Nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre
1	Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo				
2	Propongo soluciones para problemas nuevos				
3	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo				
4	Obtengo información para aumentar mis opciones				
5	Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas				
6	Trato de recordar soluciones que me han servido antes				
7	Trato de que todo funcione a mi favor				
8	Solo pienso en lo que me preocupa				
9	Me siento bien de saber que estoy manejando el problema				
10	Identifico como quiero que resulte la situación				
11	Soy menos eficaz bajo estrés				
12	No actúo hasta que tengo comprensión de la situación				
13	Encuentro la crisis demasiado complicada				
14	Pienso en el problema paso a paso				

15	Parece que actúo con lentitud sin razón aparente				
16	Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente				
17	Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis				
18	Soy realista con lo que sucede				
19	Estoy atento a la situación				
20	Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
21	Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
22	Miro la situación desde diferentes puntos de vista				
23	Tiendo a quedarme quieto por un momento				
24	Encuentro difícil explicar el verdadero problema				
25	Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
26	Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación				
27	Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
28	Utilizo el humor para manejar la situación				
29	Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida				
30	Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso				
31	Soy más eficaz bajo estrés				
32	Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas				

33	Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo				
34	Trato de ser creativo y propongo soluciones				
35	Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				
36	Aprendo de las soluciones de otros				
37	Miro la situación positivamente como un reto				
38	Planteo soluciones, aunque parezcan difíciles de alcanzar				
39	Experimento cambios en la actividad física				
40	Analizo los detalles tal como sucedieron				
41	Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				
42	Trato de hacer frente a la crisis desde el principio				
43	Me doy cuenta de que me estoy enfermado				
44	Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad				
45	Me rindo fácilmente				
46	Desarrollo un plan para enfrentar la situación				
47	Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas				

Cuestionario de Satisfacción con la Vida (Lista-9)

El Lista -9 DV (Boonstra, Renemanb, Stewartc, Balka, 2012) es un cuestionario autoadministrado de nueve ítems. Consta de una pregunta sobre la satisfacción general y ocho preguntas sobre la satisfacción con la vida. Con 6 categorías con clasificación tipo Likert: 1 muy decepcionante, 2 decepcionante, 3 algo decepcionante, 4 algo satisfactorio, 5 satisfactorio, 6 muy satisfactorio. El puntaje total es de 54.

1. Capacidad de autocuidado
2. Situación de ocio
3. Situación profesional
4. Situación financiera
5. Vida sexual
6. Relación con pareja
7. Familia
8. Vida
9. Contactos con amigos y conocidos

Cuestionario de Satisfacción con la Vida (Lista-9)

Instrucciones: ¿Cuán satisfactorios son estos diferentes aspectos de tu vida? Indique el número que mejor se adapte a su situación

	Muy decepcionante (1)	Decepcionante (2)	Algo decepcionante (3)	Algo satisfactorio (4)	Satisfactorio (5)	Muy satisfactorio (6)
1. ¿La vida en general es ?						
2. ¿Mi situación vocacional es?						
3. ¿Mi situación económica es?						
4. ¿Mi situación de esparcimiento es?						
5. ¿Mi contacto con amigos y conocidos es?						
6. ¿Mi vida sexual es?						
7. ¿Mi capacidad para manejar mi auto-cuidado (vestido, higiene, transferencias, etcétera) es?						
8. ¿Mi vida familiar es?						
9.- ¿Mi relación de pareja es?						

Criterios para el Trastorno de Estrés Postraumático de acuerdo con el DSM-V (2013).

Definición. - Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes (Se describen específicamente los que presentaba el paciente).

A. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

- ✓ Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
- ✓ Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
- ✓ Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- ✓ Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- ✓ Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s)
- ✓ Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

- ✓ Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- ✓ Hipervigilancia.
- ✓ Respuesta de sobresalto exagerada.
- ✓ Problemas de concentración.
- ✓ Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Véase anexo 3.

ANEXO 2

Guía de autocuidado para cuidadores de personas con lesión medular (Hernández y Sánchez, 2016)



Guía de Autocuidado para el
Cuidador de Personas con Lesión
Medular



**División de Rehabilitación Neurológica
Servicio de Lesionados Medulares**

**Psicóloga: Sandra R. Hernández Sandoval
Maestra: Guadalupe Sánchez Pérez**

Junio 2016

ETAPAS COMO CUIDADOR

Tercera Etapa: Reorganización

Sin desearlo siente frustración y angustia. Aparecen molestias físicas, se le dificulta actuar en nuevas situaciones. Si no ha logrado tomarse un tiempo para usted, aparece el agotamiento y siente que ha llegado a su límite.

Qué hacer:

Llevar a cabo las recomendaciones que se han expuesto en este cuadernillo.

Cuarta Etapa: Reflexión

Es una fase culminante, donde la información del pronóstico y las indicaciones del regreso a casa producen temor. A pesar de ello aparecen una nueva energía basada en el deseo de reintegrarse a su vida cotidiana.

Qué hacer:

Durante su estancia en hospitalización tanto usted como su familiar aprenden las técnicas que el programa de rehabilitación les proporciona. A usted que su rol como cuidador, sea eficaz y gratificante, y al paciente, una nueva visión de su persona y las herramientas para lograr su máxima independencia y enfrentar los nuevos retos.



¿COMENCEMOS?

¿QUÉ ES LA LESIÓN MEDULAR?

La médula espinal está rodeada y protegida por las vértebras (huesos de la columna); su función es llevar la información del cerebro a todo el cuerpo. Cuando la médula espinal se daña, se le da el nombre de "lesión medular".

La lesión medular puede provocar que se pierda la sensibilidad y los movimientos, desde el sitio de la lesión hacia abajo.

Las lesiones en la médula espinal, pueden ocurrir de diferentes formas: como consecuencia de un tumor, como resultado de una caída, de un accidente automovilístico o de una herida por arma de fuego.

Un aspecto importante – y algunas veces frustrante – que debe saber es que, *cada persona que ha sufrido una lesión medular, se recupera de forma diferente. Ningún caso es igual a otro.*

Los médicos realizan valoraciones semanales para establecer el pronóstico; basado en la localización, el tipo y la extensión de la lesión.



CONTINUEMOS

"Al comenzar su rol como cuidador, es posible que tenga temor de no aprender correctamente las tareas que el equipo de salud le enseña; usted puede pensar que no puede ni debe equivocarse, estas creencias pueden llevarle a tener ideas como:

- ¿Y si no lo hago bien?
- ¿Y si no me sale bien?
- ¿Y si lo lastimo, en vez de ayudarlo?
- ¿Y si no soy capaz?
- ¿Y si no sirvo para cuidarlo?
- ¿Y si no aprendo bien lo que me enseñan?
- Mejor que lo haga otro.

Cuando estas ideas aparezcan, recuerde que

Ser cuidador no es algo para lo que usted esté automáticamente preparado (a), no es una tarea fácil.



APRENDER LLEVA TIEMPO

Solicite que el especialista en cada área, le explique el cuidado que le están brindando a su familiar y, qué tienen usted que hacer para apoyarlo. Por ejemplo:

- * Cómo tiene que bañarse
- * Cómo tiene que vestirse
- * Qué tiene que hacer o usar para alimentarse
- * Cómo y cada cuando debe moverse
- * Cómo cuidar y verificar las condiciones de la piel.
- * Cuáles son sus horarios de terapia

*No busque la perfección,
a través de la práctica, aprenderá lo que necesita.
Si se involucra cada vez más en el proceso
de su rehabilitación observará
más claramente los avances.*



EMPEZANDO A CUIDARSE

Una vez que hayan pasado los primeros días de su estancia en hospitalización, *deberá darse tiempo para usted*, con el propósito de estar en las mejores condiciones para las semanas que vendrán.

Inicie con lo siguiente:

1.- *Compre un cuaderno para tomar notas.*

Utilícelo para los números telefónicos, para la información y las preguntas del tratamiento médico y asuntos económicos

2.-Escoja un vocero

Familiares y amigos, desearán recibir información acerca del estado del paciente, y es muy desgastante repetir constantemente el estado o progresos del ser querido. Usted puede designar a alguien para que tome notas y transmita los adelantos a los demás.

3.- Organice su tiempo

Ya se ha establecido su nueva rutina, póngase de acuerdo con su paciente, para estar listo y a tiempo para ir a las diferentes terapias.



CUIDÁNDOSE A SÍ MISMO

El compromiso con su familiar puede llevarle a considerar que es una persona egoísta, al querer invertir tiempo en usted. Sin embargo, es indispensable que se encuentre descansado, bien alimentado, alerta y con energía.

Si por un momento ha pensado así...

- Soy la única persona que puede cuidar de mi familiar.
- Soy la persona que mejor lo cuida.
- Es mi obligación cuidarle.
- No necesito pedir ayuda yo puedo con todo.
- Si yo no hago las tareas que hay que hacer, nadie lo hará.
- Cuidar a mi familiar, es lo más importante.

Cambie esos pensamientos por las siguientes acciones

- Acepte los ofrecimientos de ayuda de familiares y amigos; para tareas que se requieren fuera del área de hospitalización, esto les permite sentirse parte del proceso de rehabilitación.
- Pídale a sus amigos y familiares, que escriban notas que pueda leerle a su paciente.
- Mantenga su vida lo más normal posible, especialmente si tiene niños, este en contacto con ellos vía telefónica.
- Póngase de acuerdo para que sus familiares, de no existir alguna aspecto urgente, que llamen por teléfono en momentos que usted considere oportuno para tener momentos de descanso
- Establezca comunicación con otros cuidadores.

OBSERVE LAS SEÑALES

El estrés que genera el impacto de la enfermedad de su familiar, lo que implica su cuidado y el cambio drástico en su rutina, afecta su salud. Este alerta si aparecen ...

MALESTARES FÍSICOS

Palpitaciones rápidas
Opresión en el pecho
Cambios en su presión arterial
Dolor muscular o de cabeza
Dolor de estómago
Dificultad para conciliar el sueño

MALESTARES EMOCIONALES

Angustia y temor
Depresión.
Incertidumbre
Frustración
Desesperación
Momentos de irritabilidad
Cambios repentinos de humor
Sensación de soledad.
Dificultad para para concentrarse y tomar decisiones
Hipersensibilidad en los comentarios de su papel como cuidador



ATIENDA SUS MALESTARES

APLIQUE ESTAS RECOMENDACIONES

Ejercítese unos minutos cada día, mientras su familiar se encuentra en terapia física; camine y estire sus músculos. Trate de tener una noche completa de sueño a la semana. Ahorre energía, trate de tomarse un descanso, al terminar las actividades diarias programadas

Tómese unos momentos a la semana para hacer una actividad que le produzca placer o tranquilidad, como: tejer, leer o escuchar alguna melodía.

Hable de sus sentimientos con su familia o amigos. Recuerde que los profesionales que atienden a su paciente, conocen y comprenden sus preocupaciones, no dude en acercarse a ellos.

Si se encuentra ansiosa, antes de actuar, ponga distancia entre usted y la situación que le esta causando el malestar, tómese su tiempo para enfrentarla. Respire profundo y aplique técnicas de relajación (que la psicóloga

Acuda al médico, no se automedique

EMPEZANDO A CUIDARSE

Muchos cuidadores por amor al familiar, están disponibles en todo momento, en ocasiones, hasta en resolverle aquellas actividades que puede realizar por sí mismo.

Así que, poner límites es una parte esencial del cuidado, porque contribuye; en el cuidador, a mejorar su salud, y en el paciente, a lograr su independencia.

A veces poner límites puede ocasionar que su familiar le haga peticiones excesivas o se enoje.

Conductas difíciles que puede presentar el paciente:

Culpa al cuidador de errores involuntarios

No atiende a las nuevas reglas que incluyen los límites

Rechaza la ayuda de otras personas que faciliten su cuidado

No permite que se ausente el cuidador

En ocasiones maltrata al cuidador física o verbalmente.

Utiliza frases que hacen dudar al cuidador de su decisión de poner límites "Si yo pudiera hacerlo no te lo pediría"

Las situaciones benéficas para el cuidador y el paciente:

Que el cuidador pueda identificar las actividades que el paciente puede hacer por sí mismo, y permitirle realizarlas

Que el paciente participe en sus propios cuidados

Que el paciente se motive por sus logros

Que el cuidador pueda dedicar tiempo para sí mismo, sin tener sentimientos de culpa

Como cuidador ser tratado con respeto,

Que como cuidador pueda equivocarse, aprender y a solicitar información sobre aquello que no comprenda.

ETAPAS COMO CUIDADOR

Así como los pacientes atraviesan por diferentes etapas durante su proceso de rehabilitación, es probable que usted también experimente cambios.

Primera Etapa: Entusiasmo

Usted tiene mucha energía y espera la mayor recuperación de su familiar, ni siquiera siente el cansancio ni temor a las posibles dificultades que se presenten.

Se evita hablar sobre el incidente y sus consecuencias.

Qué hacer:

Invertir toda su energía en el aprendizaje de la dinámica que se lleva en hospitalización.

Hablar de la situación que originó la lesión, hasta donde ambos cuidador y paciente se sienten cómodos.

Segunda Etapa: Búsqueda de Información

Se da cuenta de que el proceso es largo; desea saber más respecto a la lesión. Hay desesperación, impaciencia, y puede

Qué hacer:

Se recomienda no buscar la información en internet, es mejor esperar a la que de su médico. Así recibe mejor orientación y respuestas a sus preguntas. Evitará confusiones.



ETAPAS COMO CUIDADOR

Tercera Etapa: Reorganización

Sin darse cuenta siente frustración y angustia. Aparecen molestias físicas, se le dificulta actuar en nuevas situaciones. Si no ha logrado tomarse un tiempo para usted, aparece el agotamiento y siente que ha llegado a su límite.

Qué hacer:

Llevar a cabo las recomendaciones que se han expuesto en este cuademillo.

Cuarta Etapa: Reflexión

Es una fase culminante, donde la información del pronóstico y las indicaciones del regreso a casa producen temor. A pesar de ello aparecen una nueva energía basada en el deseo de reintegrarse a su vida cotidiana.

Qué hacer:

Durante su estancia en hospitalización tanto usted como su familiar aprenden las técnicas que el programa de rehabilitación les proporciona. A usted que su rol como cuidador, sea eficaz y gratificante, y al paciente, una nueva visión de su persona y las herramientas para lograr su máxima independencia y enfrentar los nuevos retos.



PARA TERMINAR

Esperamos que esta información sea de gran utilidad para que desempeñe su labor como cuidador, y al mismo tiempo, cuidarse a sí mismo.

Sabemos que durante su estancia en hospitalización habrá más situaciones que le generarán inquietud. Sin embargo, ya habrá dado los primeros pasos en el conocimiento de este nuevo rol.

Siéntase con la confianza de comentar, sus experiencias, sus temores, pensamientos y opiniones respecto al cuidado de su familiar, y de aquello que necesita para el cuidado de su salud.

