



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON
LESIÓN MEDULAR EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA

ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

P R E S E N T A

MARIBEL AGUIRRE SÁNCHEZ

TUTOR

DIRECTORA DE TESIS: DRA. SANDRA HERNÁNDEZ CORRAL

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

CD. MEX. ABRIL 2016



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.



MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día 28 de marzo del 2016, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna MARIBEL AGUIRRE SÁNCHEZ con número de cuenta 407115211, con la tesis titulada:

"CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL"

bajo la dirección del(a) Doctora Sandra Hernández Corral

Presidente : Doctora Ana María Lara Barrón
Vocal : Doctora Sandra Hernández Corral
Secretario : Maestra Beatriz Carmona Mejía
Suplente : Doctora Gandhi Ponce Gómez
Suplente : Doctora Martha Lilia Bernal Becerril

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
CD.MEX., a 18 de abril del 2016

DRA. GÁNDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fortaleza en esta nueva experiencia de mi vida.

A las autoridades del Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”, en especial a la Subdirectora de Enfermería la M.A.H y S.P. Leticia González González por otorgarme las facilidades para realizar la maestría.

A los pacientes con lesión medular por su valiosa colaboración para la realización del presente estudio.

A la Dra. Sandra Hernández Corral por todas esas horas de tutoría donde compartió sus conocimientos, por su paciencia y apoyo para el logro de este objetivo.

A los docentes de Programa de Maestría en Enfermería, por compartir sus conocimientos y experiencias.

A mis compañeras de trabajo, Araceli Gutiérrez Reyes, Selene Mendoza Sanabia, Carolina González Peñaloza, Evelyn Aguilar Ruiz, Irene Olvera Baesa, Lourdes Ávila Medina, Isabel Bautista Reyes, Mariana Ponce Ramírez, por ser excelentes compañeras, creer en mí y brindarme su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A mi mamá Susana Sánchez Gómez, por estar conmigo y apoyarme en cada paso que doy, es una madre ejemplar.

A mis Hermanos Juan Manuel y Susana, por acompañarme en los momentos difíciles.

A toda mi familia, por la paciencia y la motivación.

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Importancia del estudio.....	2
1.3 Propósito.....	3
1.4 Objetivos.....	4
1.4.1 Objetivo general.....	4
1.4.2 Objetivos específicos.....	4

II MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual.....	5
2.1.1 Las personas con lesión medular.....	5
2.1.2 Afrontamiento y adaptación.....	7
2.1.3 Modelo del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy	9
2.2 Revisión de la literatura.....	14

III MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio.....	20
3.2 Población y muestra.....	20
3.2.1 Criterios de selección.....	21
Criterios de inclusión.....	21
Criterios de exclusión.....	21
Criterios de eliminación.....	21
3.3 Variables de Estudio	22
3.4 Hipótesis.....	26
3.5 Procedimientos.....	26
3.5.1 Para la recolección de datos.....	26
3.5.2 Para el análisis de datos.....	27
3.6 Instrumento de medición.....	27
3.6.1 Descripción.....	27
3.6.2 Confiabilidad y validez.....	29
3.7 Consideraciones éticas.....	29

IV RESULTADOS

4.1 Descripción.....	31
4.1.1 Caracterización de la muestra.....	31
4.1.2 Capacidad de afrontamiento y adaptación.....	31
4.2 Análisis estadístico.....	43
4.2.1 Capacidad de afrontamiento y adaptación según el nivel, tipo y tiempo de evolución de la lesión.....	43

4.2.2 Capacidad de afrontamiento y adaptación por factor de los pacientes con lesión medular según su ocupación.....	44
4.2.3 Capacidad de afrontamiento y adaptación según el nivel, tiempo de evolución y tipo de lesión medular.....	45
V DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
5.1 Interpretación y discusión de resultados.....	60
5.2 Conclusiones.....	68
5.3 Aportaciones	
5.3.1 Para la disciplina	69
5.3.2 Para la gestión.....	69
5.3.3 Para el profesional de enfermería	70
VI REFERENCIAS	71
ANEXOS	76
Anexo 1 Instrumento de recolección de datos.....	77
Anexo 2 Consentimiento informado.....	80

ÍNDICE CUADROS

Cuadro 1	Variables sociodemográficas de los pacientes con lesión medular.....	36
Cuadro 2	Tipo, tiempo y nivel de lesión medular de los pacientes.....	37
Cuadro 3	Factor 1 recursivo y centrado.....	38
Cuadro 4	Factor 2 reacciones físicas y enfocadas.....	39
Cuadro 5	Factor 3 proceso de alerta.....	40
Cuadro 6	Factor 4 procesamiento sistemático.....	41
Cuadro 7	Factor 5 conocer y relacionar.....	42
Cuadro 8	Capacidad de afrontamiento y adaptación por nivel, tipo y tiempo de evolución de la lesión.....	46
Cuadro 9	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 1 recursivo y centrado por nivel, tipo y tiempo de evolución de la lesión.....	47
Cuadro 10	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 2 reacciones físicas por nivel, tipo y tiempo de evolución de la lesión.....	48
Cuadro 11	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 3 proceso de alerta por nivel, tipo y tiempo de evolución de la lesión.....	49
Cuadro 12	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 4 procesamiento sistemático por nivel, tipo y tiempo de evolución de la lesión.....	50
Cuadro 13	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 5 conocer y relacionar por nivel, tipo y tiempo de evolución de la lesión.....	51
Cuadro 14	Capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular según su ocupación.....	52
Cuadro 15	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 1 recursivo y centrado en pacientes con lesión medular según su ocupación.....	53
Cuadro 16	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 2 reacciones físicas en pacientes con lesión medular según su ocupación.....	54
Cuadro 17	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 3 proceso de alerta por nivel en pacientes con lesión medular según su ocupación.....	55
Cuadro 18	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 4 procesamiento sistemático en pacientes con lesión medular según su ocupación.....	56

Cuadro 19	Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 5 conocer y relacionar en pacientes con lesión medular según su ocupación.....	57
-----------	---	----

ÍNDICE GRÁFICAS

Gráfica 1	Capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con lesión medular.....	32
Gráfica 2	Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores en pacientes con lesión medular.....	58
Gráfica 3	Capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular nivel alto y bajo.....	59

RESUMEN

Introducción. La lesión medular es una condición neurológica que genera distintos grados de discapacidad de tipo sensorial, motor y autónomo, lo que conlleva importantes cambios en el estilo y la calidad de vida de la persona, originando en ella un proceso de afrontamiento y adaptación a esta nueva condición. Considerando lo anterior es imprescindible que la enfermera retome estos aspectos para proporcionar cuidados centrados en el subsistema cognitivo, cuyas intervenciones deberán orientarse a desarrollar habilidades de sentir, pensar y actuar a través de un procesamiento de la información, con el fin de promover la adaptación a la discapacidad y participar activamente en el proceso de rehabilitación.

Objetivo: Analizar la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular en una institución de tercer nivel.

Metodología. Estudio analítico y comparativo con una muestra de 108 pacientes con lesión medular. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) desarrollada por Roy y validado por Gutiérrez en su versión en español, su coeficiente de confiabilidad es de un alfa de Cronbach de 0.88 a 0.92. El análisis de resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS V.22, se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas, para la comprobación de la hipótesis se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados. En cuanto a la capacidad de afrontamiento y adaptación las personas con lesión medular presentaron alta capacidad en el 58%, muy alta en el 40%, y mediana solo el 2%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor dos reacciones físicas y enfocadas y el nivel de lesión ($X^2 = 8.570$, $gl = 3$, $p = .036$), también se encontraron diferencias entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y el nivel de lesión ($z = -2.214$, $p = .027$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la capacidad de afrontamiento y adaptación y el tipo de lesión y el tiempo de evolución.

Conclusiones. Las personas con lesión medular reflejan un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como emocionales, percibiendo la situación como controlable.

Palabras clave. Afrontamiento, adaptación, lesión medular

ABSTRACT

Introduction. Spinal cord injury is a neurological condition that causes varying degrees of disability sensory type, motor and autonomous, leading to major changes in the style and quality of life of the person, resulting in it a process of coping and adapting to this new condition. Considering this it is imperative that the nurse resume these aspects to provide care focused on cognitive subsystem, whose interventions should aim to develop skills to feel, think and act through processing of information, in order to promote adaptation to disability and actively participate in the rehabilitation process.

Objective: To analyze the ability of coping and adaptation in patients with spinal cord injury in a third level institution.

Methodology. Analytical and comparative study with a sample of 108 patients with spinal cord injury. Coping Scale and Adaptation (CAPS) developed by Roy and validated by Gutierrez in the version in Spanish, its coefficient of reliability is Cronbach's alpha of 0.88 to 0.92 was used for data collection. The analysis of results was performed using SPSS V.22, measures of central tendency and dispersion were obtained for quantitative variables and frequencies and percentages for qualitative, for testing the hypothesis variables nonparametric tests were used Mann Whitney and Kruskal-Wallis.

Results. As for coping and adaptation capacity of people with spinal cord injury showed high capacity in 58%, very high at 40%, and only 2% medium. Statistically significant differences and focused two physical reactions and the level of injury ($X^2 = 8.570$, $df = 3$, $p = .036$) were found in the factor, also differences between coping and adaptation capacity and the level of injury found ($z = 2,214$, $p = .027$). No statistically significant difference between coping and adaptation ability and level of injury and the time of evolution found.

Conclusions. People with spinal cord injury reflect active coping strategies focused on both cognitive and emotional problems, perceiving the situation as controllable.

Keywords. Coping, adaptation, spinal cord injury

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La lesión medular es un problema de salud pública por su alta incidencia, de acuerdo con los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que entre 250 000 y 500 000 personas presentan lesión medular a nivel mundial cada año¹. En México se reporta una incidencia de 18.1 por millón de habitantes al año.²

La lesión medular es una condición neurológica que genera repercusiones en la vida del individuo y produce diferentes grados de discapacidad que conduce a deficiencias permanentes, éstas pueden ser de tipo autónomo, sensorial y motor que implican una disminución en la calidad de vida de las personas.³

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto que la lesión medular reduce las capacidades tanto físicas como psicológicas de manera abrupta, originando sentimientos de pérdida en todas las esferas de la vida, así como alteraciones en el cuerpo, el estado emocional y espiritual, tales cambios requieren de una adaptación a esta nueva condición de vida.^{4, 5}

Las alteraciones antes mencionadas actúan como estímulos estresores por lo que la persona con lesión medular utiliza sus procesos de afrontamiento para la búsqueda de la adaptación, primero en aspectos físicos relacionados con las actividades de la vida diaria y posteriormente en los psicológicos que involucran el disfrutar de la vida, el sentido de la vida, la satisfacción personal y los sentimientos. En este sentido diversos estudios realizados en varios países muestran que las estrategias de afrontamiento positivas utilizadas con mayor frecuencia son la planificación, extraversión, motivación, auto-confianza, y aceptación por mencionar algunas,⁶⁻¹⁰ en contra parte las estrategias negativas fueron manifestadas por depresión, fatalismo, protesta, soledad, desesperanza, añoranza por la vida pasada antes de la lesión y consumo de drogas.⁷⁻¹⁰

En México son escasas las investigaciones realizadas que identifican el afrontamiento y adaptación en las personas con lesión medular, lo que genera el interés de realizar un estudio que permita describir estas variables, considerando que la participación activa de la persona con lesión medular influye en los resultados del proceso de rehabilitación. Es importante destacar que los resultados de esta investigación proporcionarán a la enfermera un panorama general del proceso de afrontamiento del paciente con lesión medular, de tal forma que lo anterior repercutirá en el cuidado especializado e individualizado que le proporciona a la persona con lesión medular.

Todo lo anterior orienta a establecer las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento y adaptación que utiliza el paciente con lesión medular?

¿Cuál es la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular relacionada al tiempo de evolución, el nivel de la lesión y el tipo de lesión?

1.2 Importancia del estudio

El número de personas con lesión medular en nuestro país se ha incrementado en los últimos años derivado de los cambios en el estilo de vida, aumento de los accidentes de tráfico, la práctica de los deportes extremos, así como los avances tecnológicos que mejoran la atención extrahospitalaria generando una mayor supervivencia.

Como consecuencia de la lesión medular las personas presentan afecciones de acuerdo al nivel de lesión, entre ellas se pueden mencionar la parálisis en diferentes niveles y grados de extensión, pérdida de la sensibilidad, disfunción de la vejiga, intestino y la sexualidad; además de las consecuencias psicológicas y sociales que conlleva dicha situación de discapacidad permanente.

Es por ello que la lesión medular se puede considerar un suceso estresante por que produce cambios en la vida de la persona que la padece y requiere de grandes esfuerzos de adaptación. En este sentido la adaptación puede explicarse en términos de adecuación entre las demandas de la situación y las capacidades de la persona en interacción con el medio ambiente, haciendo hincapié en la eficacia de los procesos de afrontamiento cognitivos y conductuales para manejar el estrés.

En este sentido es conveniente resaltar que la presente investigación proporciona elementos relacionados con la capacidad de afrontamiento con que cuentan las personas con lesión medular para alcanzar su adaptación a la discapacidad, es importante destacar que en la medida en que la persona se adapte estará en posibilidades de participar activamente en el proceso de rehabilitación, a partir de lo anterior la enfermera retomara estos aspectos para proporcionar el cuidado.

Por otro lado los resultados contribuyen al desarrollo disciplinar de enfermería al fortalecer la teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, así mismo proporciona evidencia empírica del proceso antes mencionado y las estrategias utilizadas por las personas con lesión medular para adaptarse a esta nueva condición de vida.

1.3 Propósito

Aportar evidencia de la capacidad de afrontamiento y adaptación de las personas con lesión medular, así como de las estrategias que utilizan para hacerle frente a esta situación de discapacidad permanente, esta información puede ser utilizada por las enfermeras especialistas en rehabilitación en el desarrollo de estrategias dirigidas a promover la adaptación, a través de innovaciones en el cuidado especializado e individualizado que se le brinda a este grupo de personas.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular en una institución de tercer nivel.

1.4.2 Objetivos específicos

Describir las estrategias de afrontamiento y adaptación que utiliza el paciente con lesión medular.

Comparar la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular según el tiempo de evolución, el nivel de lesión y el tipo de lesión en una institución de tercer nivel.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Las personas con lesión medular

La lesión medular ha sido considerada como una de las discapacidades más trágicas que le puede suceder a una persona, ya que implica una disminución en la calidad de vida, con repercusiones en el ámbito familiar, social, laboral y del rol.^{11,}

¹²

La OMS define a la lesión medular como “los daños sufridos en la medula espinal a consecuencia de un traumatismo (por ejemplo un accidente de automóvil), de una enfermedad o degeneración”; la persona se verá afectada, según el nivel de lesión, con secuelas resultantes tales como parálisis de diferentes niveles y grados de extensión, de los miembros superiores e inferiores, del sistema respiratorio, acompañados de pérdida de la sensibilidad, disfunción de la vejiga, el intestino y la sexualidad, en casos más graves alteraciones en el estado hemodinámico, además de las consecuencias psicológicas, sociales y económicas que conlleva dicha situación de discapacidad física permanente.¹

Representa un verdadero problema de salud pública, por el incremento acelerado de las personas con discapacidad motora adquirida que se suman cada año, muestra de ello son los datos publicados por la OMS, en los que reporta que cada año entre 250 000 y 500 000 personas sufren lesión medular en todo el mundo.¹ Por otro lado en países como Canadá, Estados Unidos y Francia la incidencia es de 19.4 a 44.3 casos por millón de habitante.¹³⁻¹⁵

En México no existen informes exactos de la incidencia y prevalencia de la lesión medular, sin embargo, se estima que hay una incidencia de 18.1 por millón de habitantes cada año². Cabe mencionar que la evidencia es escasa con relación epidemiología de la lesión medular en países subdesarrollados.

Dentro de la etiología de la lesión medular destacan en primer lugar los accidentes automovilísticos representado por 21.7% al 66%, incluye a los conductores, pasajeros, peatones y ciclistas, seguido de las caídas con una proporción de 9.8% a 28% y los deportes extremos con una incidencia de 0.7% a 11.3%. Las de origen no traumático se presentan en un 27%.¹⁶⁻¹⁸ Pero en algunos países como Colombia y Brasil las heridas por arma de fuego son la principal causa con un porcentaje del 50%, los autores lo relacionan a la violencia que prevalece en estos países.^{19, 20} En México los accidentes automovilísticos ocuparon el primer lugar con una frecuencia del 40%, seguido de las caídas de altura con un 31%, pero muy de cerca las heridas por arma de fuego en un 25% probablemente los cambios sociopolíticos y económicos del país se reflejen de alguna manera en esta patología.³

La lesión medular se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, en edad productiva con un promedio de entre 16 y 30 años lo que implica un impacto social y económico,^{17, 18} de nivel socioeconómico bajo y con estudios de nivel secundaria.

La clasificación de la lesión medular se suele establecer en función de dos criterios principales el nivel vertebral de la lesión y su extensión completa e incompleta; se habla de tetraplejía cuando la lesión es alta a nivel cervical y dorsal (por arriba de T 8) afectando las cuatro extremidades. La paraplejía implica lesiones que se producen a nivel dorsal, lumbar o sacro y afectan a las extremidades inferiores. La lesión medular completa comprende la ausencia de función motora y sensitiva por debajo del nivel de lesión, incluidos los segmentos sacros S3 y S5 y en la lesión medular incompleta hay presencia de función motora o sensitiva por debajo del nivel de lesión que incluye a los segmentos sacros S3 y S4.²¹ La condición neurológica que más prevalece en las personas es la paraplejía (63%) seguido de tetraplejía (37%).^{19, 20}

Debido a la complejidad de las alteraciones originadas por la lesión medular, la persona presenta limitaciones a largo plazo, ya sean autónomas, sensoriales y motoras, lo que condiciona cierto grado de vulnerabilidad en la persona para desarrollar complicaciones, entre las que se destacan las infecciones urinarias,

espasticidad, estrés psicológico, dolor crónico, problemas intestinales y depresión, seguido de úlceras por presión, hombro doloroso y contracturas musculares.³

De acuerdo a la etiología antes descrita la lesión medular surge de forma súbita e inesperada, lo que implica una experiencia nueva y de miedo para la persona, originando sentimientos de pérdida en todas las esferas de la vida, así como alteraciones en el esquema corporal, emocional y espiritual. Tales cambios requieren de una adaptación a esta nueva condición de vida la cual depende del tipo de lesión y su pronóstico, otros factores que influyen son el tipo de personalidad, el nivel educativo, social y cultural, igualmente el programa de rehabilitación es una pieza clave, considerando que uno de sus objetivos es fomentar la independencia de la persona a través de diversas estrategias que posibiliten una mejor adaptación a su nueva condición de vida.²²

La adaptación es en dos vertientes, la primera se refiere al ámbito del dominio físico que comprenden, las actividades de la vida diaria, el transporte y el trabajo, por otra parte las psicológicas que involucran el disfrutar de la vida, el sentido de la vida, la satisfacción personal y sentimientos, estas últimas están íntimamente relacionadas con la calidad de vida.^{4, 5}

Como puede apreciarse la lesión de la medula espinal origina secuelas graves, permanentes y de naturaleza multidimensional en las diferentes esferas de la vida de la persona, es una experiencia traumática que la afecta de forma global (física, psicológica y social), ya que aunado a la considerable pérdida de funciones físicas, motoras y sensitivas, puede requerir profundos cambios en el estilo de vida y un gran esfuerzo de adaptación en todos los niveles.

2.1.2 Afrontamiento y adaptación

El interés por el afrontamiento (coping) ante el estrés y la enfermedad, entendida esta como estresor, comenzaron a desarrollarse en la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y por extensión, las actitudes de un enfermo hacia la enfermedad.²³

El proceso del afrontamiento y adaptación ha sido ampliamente estudiado por diferentes disciplinas, entre ellas la sociología, la psicología y la enfermería, las cuales han desarrollado modelos para tratar de explicar cómo responden los individuos ante las situaciones adversas.

Desde la perspectiva de la sociología, Lor Esteban Bartolomé, expresa que el afrontamiento es un proceso en el cual los individuos ponen en marcha estrategias específicas en condiciones de estrés psicológico para minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes e intentar dominar el entorno.²³

Desde la psicología el modelo psicoanalítico presentado por Lazarus y Folkman hace referencia al afrontamiento como “el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas o internas, evaluadas como excedentes, abrumadores de los recursos del individuo”.²⁴

Por otro lado Lipowski lo define como todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física, para recuperar su salud y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría.²³

Para enfrentar el estímulo estresor las personas utilizan estrategias de afrontamiento, que de acuerdo con Lazarus y Folkman, se clasifican de acuerdo a la dirección que la persona le otorgue: el afrontamiento conductual ocurre cuando la persona dirige y orienta la actividad de su respuesta a la situación o enfermedad, estas estrategias permiten la posibilidad de actuar; el afrontamiento emocional se focaliza en regular la respuesta emocional en la enfermedad, se considera un afrontamiento evitativo porque tiene como función primordial cambiar el modo en que se trata o se interpreta lo que está sucediendo y el afrontamiento cognitivo se presenta cuando la persona orienta sus esfuerzos a la solución de una situación o enfermedad.²⁵

Por otro lado Livneh menciona que las estrategias de afrontamiento pueden ser de tres tipos: comportamentales, afectivas y cognitivas.²⁶

Las estrategias comportamentales buscan controlar el estímulo estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible de modificar. Éstas también pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar ante el estímulo y lo rechaza en forma consciente o inconsciente.

Las estrategias afectivas hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera. Se manifiesta con la expresión de sentimientos frente asimismo y frente a otros, aceptando estos sentimientos o resignándose a permanecer en esa condición.

Las estrategias cognitivas pueden ser de dos tipos: unas buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación, negando su gravedad o ignorándola, y otras que, por el contrario, se enfocan en la situación y se ocupan de ella.²⁶

2.1.3 Modelo del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy

El tema del afrontamiento es de gran interés para enfermería, porque de su eficacia depende el mantenimiento y recuperación de la salud, ha sido abordado por diferentes teóricas, entre ellas Callista Roy, quien en su modelo conceptual de adaptación considera a la persona como un sistema adaptativo holístico que se encuentra en continua interacción con su medioambiente cambiante.²⁶

El afrontamiento es definido por Roy como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, que actúa como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad. Según este modelo, el afrontamiento es esencial para la salud y el bienestar, y se constituye en la variable más importante para comprender el efecto del estrés en la salud; desde esta perspectiva es un proceso dinámico y multidimensional, es dinámico porque depende de la interacción entre el individuo y el entorno, la cual está mediada por factores sociales y ambientales, que se modifican en forma permanente. Se

considera multidimensional porque cada persona utiliza diferentes estrategias para afrontar variadas situaciones.²⁶

El ambiente son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella; no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.²⁶

El ambiente está directamente relacionado con los estímulos, toda vez que estos desencadenan respuestas adaptativas, que promueven las metas de adaptación e integridad y/o respuestas inefectivas, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas en el mundo.

El modelo de Roy define a los estímulos como todo aquello que provoca una respuesta, los clasifica como estímulos focal, contextual y residual. El focal es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. Ésta enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación. Los contextuales son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación y los estímulos residuales son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.²⁷

Los estímulos antes descritos son el punto de interacción del sistema humano con el ambiente, al entrar en contacto con la persona, desencadenan respuestas mediadas por los procesos de afrontamiento innatos y adquiridos, los cuales se ven reflejados en cuatro modos de adaptación: el modo fisiológico, de autoconcepto, de función del rol y el de interdependencia.²⁷

Los procesos de afrontamiento están mediados por el subsistema regulador y el cognitivo. El primero es innato responde a través de los canales neuronales,

químicos y endocrinos, funciona de manera automática e inconsciente, es genéticamente determinado, la persona no lo percibe, ni lo controla, no es manipulable, se manifiesta específicamente en el modo fisiológico de adaptación.

Por otro lado el subsistema cognitivo está íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en el proceso de adaptación, este subsistema responde a través de cuatro canales cognitivo-emotivos como son: la percepción y el proceso de información, el aprendizaje, el juicio y la emoción. Gracias a estos procesos, la persona interpreta la situación y otorga un significado a los estímulos ambientales, y con base a ello otorga una respuesta consciente para promover su adaptación.

Este procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están íntimamente relacionadas entre sí. Roy las ha denominado como entradas, procesos centrales y salidas.²⁷

Las entradas involucran los procesos de alerta, atención, sensaciones y percepción. El estado de alerta y la atención procesan la información en una forma automática o controlada, de tal forma que las experiencias sensoriales se transforman en una percepción o representación mental, ésta se relaciona con la experiencia y el conocimiento del mundo que tiene la persona, y dirigen los mecanismos de percepción hacia el estímulo en el campo de la conciencia, la presencia de una sensación no garantiza que la persona pueda utilizar su información, se requiere de un reconocimiento de patrones, es decir de la capacidad de la corteza cerebral de correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones.

En los procesos centrales los estímulos percibidos son procesados mediante la codificación y formación de conceptos, memoria y lenguaje. La principal habilidad del cerebro es almacenar la información, codificando representaciones de la experiencia, lo cual le permite correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones para poder afrontar en forma efectiva el ambiente.

Las salidas se manifiestan a través de la planeación y respuesta motora. Los seres humanos actúan de acuerdo con la interpretación que hacen con el ambiente, y con

base en ella formula metas y etapas para cumplirlas. Los comportamientos se expresan a través de las respuestas motoras en los cuatro modos de adaptación.²⁸

En su modelo Roy relaciona estas etapas con el estímulo focal, el cual adquiere un significado especial a la luz de los estímulos contextuales y residuales relacionados con la experiencia y la educación. Cuando hay problemas el modelo del procesamiento de la información es fundamental; con base en éste la persona construye nuevos conocimientos a través de recuerdos y las experiencias nuevas, lo cual le permite desarrollar nuevas capacidades y destrezas para la solución de los mismos.²⁸

Según Roy el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido.

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas; el nivel compensatorio activa los mecanismos reguladores y cognitivos, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema; y el nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación.²⁹

El nivel de adaptación se describe al identificar si los procesos de vida están integrados, compensados o comprometidos. Como un estímulo, la condición cambiante del nivel de adaptación afecta la capacidad de la persona o del grupo para responder de forma positiva a la situación.

A partir de los conceptos teóricos antes descritos se considera para este estudio, la lesión medular y los distintos grados de discapacidad originada por ella como el estímulo focal, afectando a la persona de forma inmediata y directa desencadenando una respuesta que puede ser adaptativa o inefectiva. Los estímulos contextuales están presentes en la situación contribuyendo al efecto del primero, como la presencia del cuidador y los residuales que en un principio Roy los

define como desconocidos y posteriormente señala que corresponden a las creencias, actitudes, aspectos culturales, estructura familiar y económica así como experiencias pasadas, que al interactuar con la persona con lesión medular van a desencadenar respuesta a través de los procesos de afrontamiento innatos y adquiridos; permitiéndoles a las personas controlar la situación crítica o de riesgo para su integridad.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas regulador y cognitivo, que constituyen los mecanismos de afrontamiento de la persona.

Éstos le permiten a la persona con lesión medular interpretar la situación y afrontar los estímulos ambientales con base en el análisis de la situación, fundamentado en la experiencia y la educación; de acuerdo con estos procesos serán sus respuestas o comportamientos los cuales se pueden modificar, mediante la cognición la cual se relaciona con las habilidades humanas de pensar, sentir y actuar, permitiendo al lesionado medular seleccionar estrategias de afrontamiento que con la ayuda de los profesionales de la salud como enfermería favorecen el logro de la adaptación.³⁰

2.2 Revisión de la literatura

Los diferentes grados de dependencia originada por la lesión medular en la persona, la obliga a enfrentar esta nueva condición de vida para tratar de adaptarse a la discapacidad, es por ello que busca mantener el equilibrio entre los factores psicosociales, biológicos y ambientales; estas variables han sido investigadas desde diferentes perspectivas, los resultados muestran diversas estrategias de afrontamiento tanto positivas como negativas.

Las variables psicológicas como la depresión extraversión-neuroticismo, motivación, locus de control y afrontamiento en personas con lesión medular, las han explorado Aguado y colaboradores en el 2010 desde las diferencias que existen entre mujeres y hombres, los resultados indican que no hay diferencias significativas en las escalas de extraversión-neuroticismo en función del género ($p= 0.517$). Así mismo en el afrontamiento actual, el afrontamiento rememorado para mejorar el estrés de cara a la resolución de problemas y control emocional tanto en el momento de la aparición de la lesión como una vez ya pasada la fase aguda, la motivación, la ansiedad, el locus de control, la satisfacción con las actividades de la vida diaria y la participación de las personas con lesión medular no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.³¹

Las mujeres con lesión medular completa demuestran índices más altos de extraversión (24.38) que las de lesión incompleta (17.57), en cuanto al nivel de lesión los puntajes más bajos corresponden a las de lesión a nivel lumbar (12.44) que aquellas con lesión dorsal (24.15) y cervical (25.72). Por lo tanto, de acuerdo con Alcedo y colaboradores, las personas con lesiones bajas son menos extravertidas que aquellas con lesión más altas. Por otra parte las mujeres mayores de 30 años tienen una tendencia superior a la depresión (18.97) que aquellas que adquieren la lesión antes de los 20 años (11.54).³²

Otro estudio realizado en mujeres con lesión medular en el que abordan las variables psicológicas y su relación con las sociodemográficas, muestra que la edad no guarda relación con las variables, de depresión, ansiedad, motivación,

extraversión-neuroticismo y afrontamiento, sin embargo las mujeres con estudios primarios presentan puntajes mayores de depresión (24.70) frente a aquellas con niveles de estudios medio/superior (16.71), en cuanto al estado civil las mujeres casadas son más propensas a presentar comportamientos depresivos (18.36) que las solteras (11.71), en lo referente a las variables psicológicas y su relación con la ocupación no se reportan diferencias estadísticamente significativas. Los autores concluyen que las mujeres casadas con menor nivel educativo tienen más dificultades para enfrentarse a la situación de discapacidad y sienten mayores niveles de desesperanza y depresión. Por otro lado las mujeres casadas presentan mayor susceptibilidad a la depresión que las solteras.³³

Las estrategias de afrontamiento son consideradas como factores predictivos de la función física y la adaptación social en personas con lesión medular, en este sentido se reporta que las estrategias de afrontamiento más frecuentes que utilizan estas personas son: planificar para resolver problemas, reevaluación positiva y confrontación, en cuanto a las estrategias relacionadas a la adaptación social fueron las estrategias de afrontamiento positivo-reevaluación, aceptando responsabilidad y el distanciamiento.⁶

Las percepciones del paciente con lesión medular se centran en dos problemas, los de naturaleza somática y funcional por ejemplo la parálisis, vaciamiento de la vejiga, sexualidad y el caminar; y los psicosociales entre los que se destaca la dependencia y pérdida de la autonomía. Entre las estrategias de afrontamiento positivas utilizadas con mayor frecuencia y que fueron reportadas por pacientes son: la confianza social, auto-confianza, problema centrado, minimización y aceptación, en contra parte las que se utiliza de manera negativa fueron fatalismo y protesta.⁶

Los pacientes que adquirieron la lesión a los 18 años o menos reportaron que las estrategias de afrontamiento que utilizan frecuentemente es la aceptación, la reformulación positiva, el afrontamiento activo, el apoyo emocional, el humor y la religión, con menor frecuencia utilizan la desconexión conductual y el consumo de sustancias. En cuanto al sexo las mujeres fueron significativamente más propensas ($p= 0.002$) para utilizar el apoyo emocional, mientras que los hombres utilizaron con

más frecuencia ($p= 0.001$) el humor. En relación al tiempo transcurrido desde la lesión las personas con mayor tiempo utilizaron la aceptación como la estrategia más usada.⁸

El nivel de lesión influye en la utilización de las estrategias de afrontamiento, en este sentido las mujeres con lesión cervical obtuvieron los rangos más elevados de afrontamiento (31.44) que las que presentaron lesión dorsal (19.88) y lumbar (17.17). Cabe destacar que las mujeres con menor autonomía y movilidad son las que muestran mayores estrategias de afrontamiento.³²

Desde el enfoque cualitativo el afrontamiento en personas con paraplejía emerge en tres categorías, la primera como la negación o minimización de la seriedad de las secuelas de la lesión medular, en la fase aguda puede ser benéfica dando tiempo a la persona para su reorganización, sin embargo si no se supera refieren sentimientos de tristeza, depresión, soledad, desesperanza, melancolía e ideas de suicidio. La segunda categoría hace referencia a la búsqueda de información de la situación, ante esta nueva condición requieren de la mayor información posible de los siguientes tópicos, qué es una lesión medular, las implicaciones de la misma en su vida, cuál es el mejor tratamiento, dónde le pueden ayudar y los recursos disponibles en la ciudad. Por último la categoría de aprendizaje para poder adaptarse a la paraplejía la persona requiere aprender desde los cuidados relativos a las actividades de la vida diaria hasta la reintegración familiar, social y laboral.³⁴

Continuando en la perspectiva cualitativa el afrontamiento eficaz en personas con discapacidad física es manifestado a través de la auto-confianza en la que destacan la importancia de la capacidad de realizar las cosas por él mismo para hacer frente a los retos causados por la discapacidad, ser independiente y estar orgulloso de los logros; la reducción de problemas representa un compromiso con la discapacidad y esfuerzos activos para reducir o evitar los problemas creados por ella, esto se refleja en el aprendizaje y la utilización de técnicas para reducir los síntomas, buscando tratamientos alternativos, cambios en la organización de la vida cotidiana o hacer planes para el futuro; los cambios de valores implican un cambio existencial, hay una reevaluación de la vida resaltando lo verdaderamente importante como hacer

las cosas que les gusta y relaciones mucho más estrechas con la personas; la confianza social pone de relieve la importancia de contar con el apoyo de familiares y amigos, sentir que alguien se preocupa por ellos y por último la minimización que incluye los esfuerzos que realizan para centrarse en la realidad de los aspectos positivos de su situación y mantener las amenazas a una distancia.³⁵

Otro estudio cualitativo enfatiza las respuestas positivas y negativas de la adaptación en personas con lesión medular, con relación a las primeras se destacan la independencia de realizar las actividades de la vida diaria y las transferencias de la cama a la silla de ruedas por sí mismo; en cuanto a lo emocional manifiestan ser más fuertes y hacer frente a la nueva condición de vida, tener logros como obtener la licencia de manejo, enseñarle a los demás; y en lo social mantiene relaciones mucho más estrechas con los miembros de la familia y amigos, también se siente admirado por los demás.

Por otro lado en las respuestas negativas manifestaron no poder realizar las actividades de la vida diaria, no tener la energía que tenían antes, se sienten aburridos, frustrados, con depresión, añoranza por la vida pasada antes de la lesión; en lo social los amigos se alejan y las parejas los abandonan. Las repuestas de adaptación positiva y negativa fueron utilizadas para calcular las puntuaciones de adaptación de la persona con lesión medular a uno y tres años posteriores de la lesión, los puntajes reportados en el primer año de la lesión medular fueron de 39.5 a 51.4 y a los tres años de 39.3 hasta 58.6.⁹

En otro estudio realizado en personas con paraplejia y tetraplejia en el que exploran la transición del centro de rehabilitación a la vida cotidiana, en este estudio se construyen dos grandes campos: el personal que es “atención al entorno más próximo” el cual engloba todas aquellas acciones, sentimientos que hacen referencia a la persona afectada con lesión medular o personas de su entorno más próximo familiares y amigos, y el de “preparación para el mundo real” constituido por aquellas acciones que deben llevarse a cabo por el centro de rehabilitación para lograr una mejor adaptación de las personas en su vida cotidiana, de los distintos códigos creados se generaron de manera inductiva dos códigos: el “yo” y los

“íntimos” el primero abarca tres familias de códigos, “estrategias de afrontamiento” dentro de éstas destacan conocer los límites, planificar/anticipar, pedir ayuda e incorporar herramientas, el siguiente código está representado por los “sentimiento” en este se manifiestan sentimientos negativos como vergüenza, culpa/ira, soledad, miedo, desprotección, lástima y duelo, por último la “despersonalización/heterogeneidad” representada por cambios en el estilo de vida, reconstrucción de la identidad, autoestima y aceptación. El código titulado los “íntimos “está integrado por los códigos “confusión del rol” relacionado con la familia y la pareja.³⁶

También se han estudiado las diversas variables relacionadas con el afrontamiento, la evaluación de la autoestima y el bienestar subjetivo entre las personas con lesión de la médula espinal. Las variables de afrontamiento positivas incluyen esperanza, estilo de afrontamiento proactivo, y el sentido del humor, mientras que las variables de supervivencia negativas incluyen la percepción de estrés, actitudes disfuncionales y catastróficas. Los resultados del estudio indican que el afrontamiento negativo tiene una asociación negativa con la autoestima positiva y el bienestar subjetivo. El afrontamiento positivo se asocia con una autoestima positiva y parece influir en el bienestar subjetivo positivamente. Los hallazgos indican que las estrategias de afrontamiento juegan un papel importante en el ajuste psicosocial de las personas con discapacidad, y posteriormente, en su calidad de vida.¹⁰

Otro estudio exploró los efectos de las estrategias de afrontamiento en las reacciones psicológicas relacionadas con la discapacidad y el apoyo social en personas con lesión medular, los hallazgos reportados fueron: que ante los niveles más altos de aceptación disminuye la angustia psicológica y aumenta la moral positivamente; por otro lado, la dependencia social aumentó la angustia. Los niveles más altos de apoyo social predijeron los sentimientos más bajos de impotencia. Las variables sociodemográficas relacionadas con la discapacidad fueron predictores débiles de reacciones psicológicas con una excepción en las personas con nivel superior de educación quienes reportaron menor amargura y melancolía.³⁷

Por otro lado se han realizado estudios que buscan establecer relaciones entre el afrontamiento y las variables sociodemográficas y clínicas de la lesión medular, los autores destacan las diferencias en la forma de manejar el estrés asociado a la lesión, especialmente en las conductas de búsqueda de información, negación y el impacto. Estas diferencias también están presentes en el afrontamiento recordado destacando la alta variabilidad en el uso de estrategias como la primacía de idea de la enfermedad, negación del diagnóstico y enfermedad, alejamiento con objetividad de análisis, búsqueda de solución, realismo y rechazo de autoinculpación y mala suerte.³⁸

Otro estudio refiere que a mayor aceptación y espíritu de lucha existe menor dependencia del apoyo social, por otro lado las personas informaron tener menos problemas relacionados con la lesión medular, menos sentimientos depresivos y la disminución de las limitaciones físicas y mejor la percepción de la calidad de vida. Los jóvenes tuvieron mayor apoyo social en términos de la integración social, ésta se relaciona con una mejor calidad de vida; por otro lado el poseer disponibilidad para la integración social tiene baja asociación con sentimientos depresivos.³⁹

Las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con lesión medular antes y después del programa de rehabilitación presentan variaciones, evidencia de ello son los resultados obtenidos en un estudio en Brasil, el cual menciona que las personas con lesión medular en la etapa de pre-rehabilitación, utilizan las estrategias de religiosidad, pensamientos positivos, búsqueda de apoyo social y en la post-rehabilitación destacan la focalización en el problema, pensamientos positivos y búsqueda de apoyo social.⁴⁰

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

Analítico y comparativo

3.2 Población y muestra

Todos los pacientes con lesión medular que acudieron a la consulta externa de rehabilitación neurológica.

La muestra se calculó por medio de la fórmula de proporciones para poblaciones infinitas obteniendo una total de 109 participantes, a continuación se describe.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 (0.39 * 0.61)}{.10^2}$$

$$n = \frac{3.84 (0.2379)}{0.01}$$

$$n = \frac{0.9113}{.01}$$

n= 91 + 20% considerando las pérdidas

Total: 109 participantes

Z²= coeficiente de alfa 95% = 1.96²

p= 39%

q= 61%

d= 20%

3.2.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Pacientes con lesión medular que acudieron a la consulta externa, mayores de edad, ambos sexos, que aceptaron participar de manera libre, voluntaria e informada y que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes con alguna alteración cognitiva

Criterios de eliminación

Pacientes que no contestaron por completo el cuestionario.

3.3 Variables de estudio

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo	Indicador	Medición
Género	Característica biológica que clasifica a los individuos en hombre o mujer.	Cualitativa	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento al momento en que se realizó el cuestionario.	Cuantitativa	Años cumplidos	Intervalar
Escolaridad	Es la educación formal, en donde se considera el total de años de estudio, grado último alcanzado.	Cualitativa	1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Medio superior 5. Licenciatura 6. Posgrado	Ordinal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo	Nominal
Ocupación	Trabajo que desempeña la persona durante el día y fuera de la casa.	Cualitativa	1. Labores del hogar 2. Empleado 3. Desempleado 4. Estudiante 5. Jubilado 6. Otros	Nominal
Cuidador primario	Personas que brindan cuidado a los pacientes incapacitados o enfermos.	Cualitativa	1. Si 2. No Parentesco	Nominal

Variables de estudio

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo	Indicador	Medición
Tipo de lesión medular	Grado de afección a la medula.	Cualitativa	1. Completa 2. Incompleta	Nominal
Nivel de lesión medular	Es aquel nivel en el que las dos funciones sensitiva y motora están preservadas.	Cualitativa	1. Alta 2. Baja	Nominal
Tiempo de evolución de la lesión medular	Tiempo transcurrido desde el inicio de la lesión hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde la lesión	Intervalar

Variables de estudio

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo	Dimensión	Indicadores	Valores	Medición por dimensión	Medición Global
Capacidad de afrontamiento y adaptación	Son los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad, por esto el afrontamiento es esencial para la salud y bienestar.	Ordinal	1 Recursivo y centrado. Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, es creativo y buscar resultados	10 ítems 4, 7, 19, 26, 10, 46, 2, 34, 16, 29.	1= Nunca 2= Rara vez 3 = Casi siempre 4 = Siempre	Baja capacidad 10-19 Mediana capacidad 20-28 Alta capacidad 29-36 Muy alta capacidad 37-40	El puntaje total va de 47 a188 Baja capacidad 47-82 Mediana capacidad 83-118 Alta capacidad 119-153 Muy alta capacidad 154-188
			2 Reacciones físicas y enfocadas Resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de situaciones.	14 ítems 5, 8, 13, 35, 47, 15, 20, 23, 24, 33, 39, 42, 43, 45.	1= Nunca 2= Rara vez 3 = Casi siempre 4 = Siempre	Baja capacidad 14-23 Mediana capacidad 24-33 Alta capacidad 34-42 Muy alta capacidad 43-56	

Variables de estudio

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo	Dimensión	Indicadores	Valores	Medición Por dimensión	Medición Global
Capacidad de afrontamiento y adaptación		Ordinal	3 Proceso de alerta Representa los comportamientos del yo personal respecto a las características de cada persona como las, expectativas, los valores, las virtudes y metas, y los comportamientos del yo físico haciendo referencia a aspectos físicos, funcionalidad, salud y estado de enfermedad.	9 ítems 1, 44, 18, 40, 11, 17, 25, 27, 31	1= Nunca 2= Rara vez 3 = Casi siempre 4 = Siempre	Baja capacidad 9-16 Mediana capacidad 17-23 Alta capacidad 24-29 Muy alta capacidad 30-36	El puntaje total va de 47 a 188 Baja capacidad 47-82 Mediana capacidad 83-118 Alta capacidad 119-153
			4 Procesamiento sistemático Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarla metódicamente	6 ítems 3, 12, 14, 22 41, 30	1= Nunca 2= Rara vez 3 = Casi siempre 4 = Siempre	Baja capacidad 6-11 Mediana capacidad 12-15 Alta capacidad 16-20 Muy alta capacidad 21-24	Muy alta capacidad 154-188
			5 Conocer y relacionar Describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma usando la memoria y la imaginación	8 ítems 36, 6, 21, 32, 37, 9, 28, 38	1= Nunca 2= Rara vez 3 = Casi siempre 4 = Siempre	Baja capacidad 8-14 Mediana capacidad 15-20 Alta capacidad 21-26 Muy alta capacidad 27-32	

3.4 Hipótesis

Los pacientes con mayor tiempo de evolución de la lesión medular presentan mayor capacidad de afrontamiento y adaptación que los de menor tiempo de evolución.

Los pacientes con niveles bajos de lesión medular tienen mayor capacidad de afrontamiento y adaptación que los de nivel alto.

Los pacientes con lesión medular incompleta poseen una mayor capacidad de afrontamiento y adaptación que los de lesión completa.

3.5 Procedimientos

3.5.1 Para la recolección de datos

Una vez autorizada la investigación por la Subdirección de Enfermería de la institución de tercer nivel, se presentó el protocolo de investigación a la Jefe de Departamento de Consulta Externa y al Jefe de Servicio de lesión medular, los cuales otorgaron las facilidades para iniciar con la recolección de datos.

De manera conjunta con la enfermera asignada a la consulta externa de rehabilitación neurológica, se consultaba de manera semanal la agenda para identificar el número de pacientes que acudirían a la consulta de tal manera que los datos fueron recolectados en el periodo comprendido del 23 de junio al 21 de agosto del 2015, en la consulta externa del servicio de rehabilitación neurológica.

En la sala de espera de la consulta se abordaron a los pacientes con lesión medular, se les explicó el objetivo de la investigación y se les invitó a participar en ésta. Se les proporcionó el consentimiento informado que firmaron aquellos pacientes con lesión medular baja, mientras que los de lesión medular alta el cuidador proporcionó el consentimiento.

Posterior a esto se les entregó el instrumento para que ellos lo contestaran en presencia de la investigadora para aclarar las dudas que surgieran durante el llenado. Al término se agradeció su participación.

3.5.2 Procedimiento para el análisis de datos

Para el análisis se realizó una base de datos en el programa SPSS versión 22, se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y proporciones para cualitativas. Para establecer la relación entre variables cualitativas se utilizó la prueba Chi cuadrada y para la comprobación de hipótesis se utilizaron las pruebas estadísticas: Kruskal Wallis y la U de Mann-Whitney, considerándose estadísticamente significativas cuando el valor de p fue menor o igual a 0.05.

3.6 Instrumento de medición

3.6.1 Descripción

Se utilizó la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS), desarrollada por Callista Roy. La escala 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 por ultimo 4 siempre.⁴¹

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, y 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.⁴²

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 188.⁴³

A continuación se muestran la distribución de los intervalos para evaluar la capacidad de afrontamiento y adaptación por factores y de manera global.⁴⁴

Capacidad de afrontamiento y adaptación	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

3.6.2 Confiabilidad y validez

La validez de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Roy, se fundamenta en diversos estudios que han determinado la confiabilidad de la misma en sus versiones en inglés, italiano y español, en este último idioma es validada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana, el instrumento fue evaluado por el panel de expertos, obteniéndose un resultado en la validez facial de aceptabilidad en el escenario de aplicación del 96%. El coeficiente de confiabilidad que reportan algunos otros estudios es de una alfa de Cronbach de 0.88 a 0.92, con los 47 reactivos.⁴⁴ En un estudio realizado en México en una población con diabetes mellitus reportan un alfa de Cronbach de 0.92.

3.7 Consideraciones éticas

Se consideraron los aspectos éticos universales como el de autonomía, respeto a la persona, no maleficencia y justicia. En la presente investigación en la autonomía se le permitió a los pacientes con lesión medular decidir libremente su participación en el estudio, esta decisión es respetada por la investigadora, por otro lado el principio de justicia se asegura ya que el estudio se realizó en todas las personas con lesión medular que desearon participar y el de no maleficencia el estudio no representa ningún riesgo para los participantes.^{45, 46}

Se apegó a los siguientes principios de la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial: La investigación en seres humanos debe conformarse con los principios generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de bibliografía científica y en otras fuentes de información pertinente. El protocolo se envió a la Subdirección de Enfermería para su revisión y aprobación, del cual se obtuvo el registro 04/2015.⁴⁷

También se consideró los aspectos éticos establecidos por la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en el título segundo, capítulo I, artículo 13 el cual menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de

sus derechos y bienestar; también fue tomado en cuenta el artículo 14 apartado V el cual estipula contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.⁴⁸

El presente trabajo de investigación no daña o afecta a los participantes de ninguna manera, dentro de lo que marca el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, estipulado en el artículo 17, apartado I, esta investigación se clasifica con riesgo mínimo, sin embargo se garantiza la confidencialidad en el manejo de la información recabada, así como la identidad de los participantes, los cuales serán informados de los objetivos y características del presente trabajo, y otorgaran su aprobación para la participación en el estudio de manera voluntaria mediante el consentimiento informado.⁴⁹

IV. RESULTADOS

4.1 Descripción

4.1.1 Caracterización de la muestra

La muestra estuvo conformada por 109 pacientes con lesión medular de los cuales 1 no contestó por completo el cuestionario, quedando un total de 108 pacientes, de ellos el 75% corresponden al género masculino y el 25% al femenino, la edad promedio fue de 40 años \pm 15.2 años, la escolaridad estuvo representada por el nivel medio superior en un 34%, secundaria con un 23%, licenciatura 20% y con menor porcentaje sin estudios, primaria y posgrado (Cuadro 1).

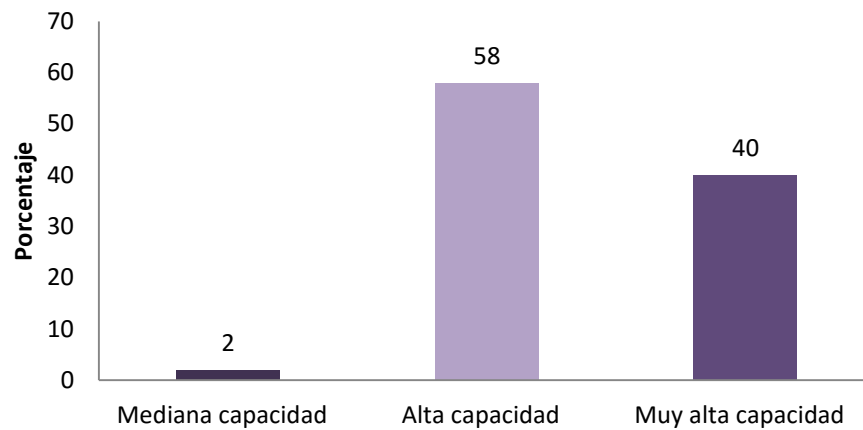
En cuanto a la ocupación se observó un mayor porcentaje en los desempleados 32%, seguido de los empleados 31% y los que se dedican al hogar con un 19%, con menor frecuencia los estudiantes y jubilados. El estado civil correspondió a los solteros el 47%, los casados con un 40%, divorciados el 9% y viudos 3%, dos terceras partes cuentan con el apoyo de un cuidador (67%), en el 20% de los pacientes varios integrantes de la familia proporcionan el cuidado, en el resto el cuidado es brindado por una persona como la madre (18%), la pareja (16%) y en menor proporción el padre, los hijos o amigos (Cuadro 1).

Con relación al tipo de lesión el mayor porcentaje correspondió a los pacientes con una lesión incompleta en el 55% y el resto a la lesión completa, en cuanto al nivel de lesión el alto estuvo representado por el 56% y el bajo por el 43% y respecto al tiempo de la lesión el 51% tenían de 1 a 3 años de evolución, el 27% más de 7 años, el 22% de 4 a 6 años y el 17% menos de 1 año (Cuadro 2).

4.1.2 Capacidad de afrontamiento y adaptación.

Se realizó el cálculo de la capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con lesión medular en los cuales se observó que más de la mitad se ubicaron en una alta capacidad para el proceso de afrontamiento y adaptación representando

por el 58%, por otro lado el 40% presentó muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación y solo el 2% obtuvieron mediana capacidad (gráfica1).



Gráfica 1 Capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con lesión medular

Posteriormente se elaboró un análisis para identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación utilizadas con mayor frecuencia por los pacientes con lesión medular, considerando cada uno de los factores de la escala que a continuación se describen y pueden observarse en la gráfica 2.

Con relación al factor 1 Recursivo y Centrado que refleja los comportamientos personales, los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados, los pacientes con lesión medular presentaron en un 50% muy alta capacidad, el 48% alta y el 2% mediana, lo que significa que usan estrategias de afrontamiento manifestadas por comportamientos enfocados a la modificación de la conducta, relacionadas con la búsqueda y recopilación de información como son: estoy atento a la situación (88%), trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación (85%), trato de ser creativo y proponer soluciones (78%), con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida (77%), trato de organizar mis sentimientos positivamente (75%) y obtengo información para aumentar mis opciones (71%).

Sin embargo un porcentaje minoritario de los pacientes nunca o rara vez desarrollan un plan para enfrentar la situación (6%), proponen soluciones para problemas nuevos (9%), tratan de que todo funcione a su favor (7%) e identifican como quieren que resulte la situación (6%) (Cuadro 3).

De acuerdo con la escala de afrontamiento y adaptación de Roy, el factor 2 Reacciones Físicas y Enfocadas resalta las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de la situación, en los resultados obtenidos se observó que el 60% de los pacientes con lesión medular presentó una alta capacidad, el 25% mediana, el 12% muy alta y 3% baja.

Las estrategias que emplearon de manera positiva fueron: nunca o rara vez rendirse fácilmente (94%), culparse por cualquier dificultad que tienen (81%), por alguna razón no me he beneficiado de mis experiencias pasadas (80%), solo pienso en lo que me preocupa (76%) y encuentro difícil explicar el verdadero problema (77%), parece que actuó con lentitud sin razón aparente (74%), más de la mitad se hacen ilusiones de cómo resultarán las cosas (68%).*

Por otra parte los pacientes casi siempre y siempre manifestaron: experimentar cambios en la actividad física (86%), se dan cuenta que se están enfermando (82%), tratan de hacerle frente a la crisis desde el principio (92%) y la mitad encuentran la crisis demasiado complicada (50%) (Cuadro 4).

Otro de los factores que evalúa la escala de afrontamiento se relaciona con el Proceso de Alerta, éste representa los comportamientos del yo personal y físico enfocándose en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, en los pacientes con lesión medular se apreció una alta capacidad en el 56%, muy alta en un 32%, mediana en el 9% y baja en un 2%.

* Este factor tiene un puntaje inverso porque califica inversamente el comportamiento y la actitud, es decir los pacientes nunca o rara vez tienen estos comportamientos para afrontar las situaciones de estrés.

Las estrategias que utilizan de manera positivas fueron: soy realista con lo que sucede (88%), analizo los detalles tal como sucedieron (72%), adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad (69%) y estoy activo durante el día cuando estoy en crisis (51%). Por otra parte es importante considerar que las personas con lesión medular manejaron rara vez o nunca las siguientes estrategias: soy más eficaz bajo estrés (62%), soy menos eficaz bajo estrés 53%, estoy activo durante el día cuando estoy en crisis (30%) y puedo hacer varias actividades al mismo tiempo (27%) (Cuadro 5).

Con relación al factor 4 Procesamiento Sistemático que describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de la situación y manejarlas metódicamente, en los resultados se observó que el 60% de los pacientes se ubicaron en muy alta capacidad, el 35% en alta, el 4% en mediana y solo el 0.9% en baja.

Las estrategias positivas empleadas por los pacientes siempre y casi siempre fueron: llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo (94%), miro la situación desde diferentes puntos de vista (93%), trato de aclarar cualquier duda antes de actuar (87%), no actúo hasta que tengo comprensión de la situación (82%), pienso en el problema paso a paso (81%) y mantengo el equilibrio entre la actividad y el descanso (79%); en contraste entre el 5% y el 20% de los pacientes nunca o rara vez utilizan las estrategias antes mencionadas (Cuadro 6).

El último factor Conocer y Relacionar se refiere a las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación, la mayoría de los pacientes con lesión medular presentaron una muy alta capacidad en el 71%, el 26% alta y solo el 3% mediana.

Las estrategias que se utilizaron de manera positiva fueron: miro la situación positivamente como un reto (81%), planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar (78%), me siento bien de saber que estoy manejando el problema (76%), recuerdo cosas que me han ayudado en otras situaciones (72%), trato de recordar soluciones que me han servido antes (71%) y más de la mitad usaron el humor para manejar la situación (67%), cabe destacar que los pacientes nunca o rara vez

emplearon las estrategias puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas 31% y aprendo de las soluciones de otros 16% (cuadro 7).

Cuadro 1. Variables sociodemográficas de los pacientes con lesión medular

VARIABLES	Fo.	%
Género		
Femenino	27	25
Masculino	81	75
Ocupación		
Hogar	21	19.4
Empleado	33	30.6
Desempleado	35	32.4
Estudiante	9	8.3
Jubilado	4	3.7
Otros	6	5.6
Escolaridad		
Sin estudios	4	3.7
Primaria	16	14.8
Secundaria	25	23.1
Media Superior	37	34.3
Licenciatura	22	20.4
Posgrado	4	3.7
Estado civil		
Soltero	51	47.2
Casado	44	40.7
Divorciado	10	9.3
Viudo	3	2.8
Cuenta con cuidador		
Si	72	66.7
No	36	33.3
Parentesco de cuidador		
Mama	20	18.5
Esposo (a)	17	15.7
Papa	5	4.6
Hijos	7	6.5
Familia	22	20.4
Amigos	1	.9
Sin cuidador	36	33.3
Edad	Min. 17 Max 83	40± 15.2

Cuadro 2. Tipo, tiempo y nivel de lesión medular de los pacientes

VARIABLES	Fo.	%
Tipo de lesión		
Incompleta	59	54.6
Completa	49	45.4
Tiempo de lesión		
Menos de 1 año	18	16.7
De 1 a 3 años	37	50.9
De 4 a 6 año	24	22.2
Más de 7 años	29	26.9
Nivel de lesión		
Alto	61	56.5
Baja	47	43.5

Cuadro 3 Factor 1 recursivo y centrado.

ITEM	PREGUNTA	NUNCA	RARA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
		%	%	%	%
2	Propongo soluciones para problemas nuevos	9.3	4.6	25	61.1
4	Obtengo información para aumentar mis opciones	8.3	3.7	16.7	71.3
7	Trato de que todo funcione a mi favor	-	7.4	25.9	66.7
10	Identifico cómo quiero que resulte la situación	5.6	1.9	24.1	68.5
19	Estoy atento a la situación	-	1.9	10.2	88
26	Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación	.9	.9	13	85.2
29	Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida	2.8	3.7	16.7	76.9
34	Trato de ser creativo y propongo soluciones	.9	.9	20.4	77.8
16	Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente	1.9	1.9	21.3	75
46	Desarrollo un plan para enfrentar la situación	6.5	2.8	30.6	60.2

Cuadro 4. Factor 2 reacciones físicas y enfocadas.

ITEM	PREGUNTA	NUNCA	RARA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
		%	%	%	%
5	Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas	35	27.8	14.8	22.2
8	Solo pienso en lo que me preocupa	50.9	25	11.1	13
13	Encuentro la crisis demasiado complicada	31.5	28.7	23.1	26.7
35	Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas	54.6	25	3.7	16.7
47	Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas	14.8	16.7	14.8	53.7
15	Parece que actuó con lentitud sin razón aparente	42.6	31.5	8.3	17.6
20	Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo	48.1	23.1	6.5	22.2
23	Tiendo a quedarme quieto por un momento	20.4	30.6	13	36.1
24	Encuentro difícil explicar el verdadero problema	48.1	28.7	4.6	18.5
33	Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo	56.5	25	5.6	13
39	Experimento cambios en la actividad física	4.6	8.3	9.3	77.8
42	Trato de hacer frente la crisis desde el principio	3.7	3.7	26.7	65.7
43	Me doy cuenta de que me estoy enfermando	8.3	9.3	17.6	64.8
45	Me rindo fácilmente	82.4	12	2.8	2.8

Cuadro 5. Factor 3 proceso de alerta.

ITEM	PREGUNTA	NUNCA	RARA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
		%	%	%	%
1	Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo	14.8	12	27.8	45.4
44	Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad	4.6	3.7	22.2	69.4
18	Soy realista con lo que sucede	1.9	.9	9.3	88
40	Analizo los detalles tal como sucedieron	7.4	2.8	17.6	72.2
11	Soy menos eficaz bajo estrés	27.8	25	13	34.3
17	Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis	18.5	12	18.5	50.9
25	Obtengo buenos resultados con problemas complejos	10.2	8.3	38	43.5
27	Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos	13	19.4	27.8	39.8
31	Soy más eficaz bajo estrés	46.3	15.5	4.8	23.1

Cuadro 6. Factor 4 procesamiento sistemático.

ITEM	PREGUNTA	NUNCA	RARA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
		%	%	%	%
3	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo	2.8	2.8	15.7	78.3
12	No actúo hasta que tengo comprensión de la situación	8.3	9.3	28.7	53.7
14	Pienso en el problema paso a paso	8.3	10.2	19.4	62
22	Miro la situación desde diferentes puntos de vista	1.9	5.6	18.5	74.1
41	Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar	4.6	9.3	30.6	55.6
30	Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso	6.5	13.9	21.3	58.3

Cuadro 7. Factor 5 conocer y relacionar.

ITEM	PREGUNTA	NUNCA	RARA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
		%	%	%	%
36	Aprendo de las soluciones de otros	7.4	8.3	20.4	63.9
6	Trato de recordar soluciones que me han servido antes	9.3	.9	18.5	71.3
21	Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones	4.6	1.9	13.9	71.6
32	Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas	25	6.5	19.4	49.1
37	Miro la situación positivamente como un reto	.9	4.6	13	81.5
9	Me siento bien de saber que estoy manejando el problema	3.7	2.8	17.6	75.9
28	Utilizo el humor para manejar la situación	2.8	9.3	21.3	66.7
38	Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar	.9	2.8	18.5	77.8

4.2 Análisis estadístico

4.2.1 Capacidad de afrontamiento y adaptación según el nivel, tipo y tiempo de lesión medular

Se realizó un análisis de la capacidad de afrontamiento y adaptación con las variables tiempo de evolución, el nivel y tipo de lesión por medio de la prueba de Chi cuadrada, los resultados obtenidos se muestran a continuación.

En el cuadro 8 se puede apreciar la comparación de la capacidad de afrontamiento y adaptación con los grupos de pacientes con lesión alta y baja, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 5.135$, $gl = 2$, $p = .077$), tampoco con el tiempo de evolución de la lesión ($X^2 = 3.603$, $gl = 6$, $p = .730$), ni en lo relacionado con el tipo de lesión ($X^2 = .982$, $gl = 2$, $p = .612$).

En el cuadro 9 se relacionó el factor 1 recursivo y centrado con los pacientes con niveles alto y bajo de lesión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = .351$, $gl = 2$, $p = .839$), en lo referente al tipo de lesión tampoco se encontraron diferencias ($X^2 = 1.693$, $gl = 2$, $p = .429$), de igual manera no se encontraron diferencias en el tiempo de evolución de la lesión ($X^2 = 1.693$, $gl = 2$, $p = .429$).

El cuadro 10 hace referencia a la comparación entre el factor 2 reacciones físicas y enfocadas y los pacientes con nivel de lesión alto y bajo donde se observan diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 8.570$, $gl = 3$, $p = .036$), como puede apreciarse en el cuadro los pacientes con nivel alto de lesión presentaron en mayor proporción muy alta y alta capacidad de afrontamiento. Por otra parte no se encontraron diferencias en el tipo de lesión ($X^2 = 2.140$, $gl = 3$, $p = .544$) ni en el tiempo de evolución de la lesión ($X^2 = 3.941$, $gl = 9$, $p = .915$).

Con relación al factor 3 el cual hace referencia al proceso de alerta comparado con los pacientes que tienen nivel alto y bajo de lesión no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 4.320$, $gl = 3$, $p = .229$), de igual manera no se

encontraron diferencias con el tipo de lesión ($X^2 = 5.554$, $gl = 3$, $p = .135$), ni en el tiempo de evolución de la lesión ($X^2 = 4.320$, $gl = 3$, $p = .229$) (Cuadro 11).

Al contrastar el proceso de afrontamiento y adaptación en el procesamiento sistemático y los pacientes con nivel alto y bajo de lesión no encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 4.614$, $gl = 3$, $p = .202$), ni en el tipo de lesión ($X^2 = 1.418$, $gl = 3$, $p = .701$) y tiempo de evolución de la lesión ($X^2 = 7.262$, $gl = 9$, $p = .610$) (Cuadro 12).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor 5 conocer y relacionar según el nivel alto y bajo de lesión ($X^2 = 4.019$, $gl = 2$, $p = .134$), con lesión completa e incompleta ($X^2 = 4.019$, $gl = 2$, $p = .134$) y tiempo de evolución de la lesión ($X^2 = 9.911$, $gl = 6$, $p = .128$) (Cuadro 13).

4.2.2 Capacidad de afrontamiento y adaptación por factor de los pacientes con lesión medular según su ocupación.

Al correr la prueba estadística Chi cuadrada, para identificar la existencia de diferencias entre la capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con lesión medular según su ocupación, se encontró que no existen diferencias significativas entre ellos ($X^2 = 6.723$, $gl = 10$, $p = .751$) (Cuadro 14).

Al comparar la capacidad de afrontamiento y adaptación en cada uno de los factores de la escala y los pacientes con lesión medular según su ocupación, en los resultados se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el factor recursivo y centrado ($X^2 = 20.333$, $gl = 10$, $p = .026$), como puede observarse en el (Cuadro 15) los pacientes que cuentan con un empleo presentan muy alta capacidad de afrontamiento. En los demás factores no se encontraron diferencias significativas.

4.2.3 Capacidad de afrontamiento y adaptación según el nivel, tiempo de evolución y tipo de lesión medular

Con el objetivo de comprobar si el tiempo de evolución, el tipo y el nivel de lesión influye en la capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con lesión medular, se realizó el análisis de la comprobación de las hipótesis, a través de las pruebas no paramétricas, utilizando la prueba U de Mann Whitney y la prueba de Kruscal Wallis para muestras independientes.

Con la finalidad de comprobar si los pacientes con lesión medular incompleta tienen mayor capacidad de afrontamiento y adaptación que los de lesión completa, se corrió la prueba estadística U de Mann Whitney, en los resultados no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($z = -.977$, $p = .329$), es decir el tipo de lesión no influye en la capacidad de afrontamiento y adaptación.

A fin de comprobar la hipótesis en la que se menciona que los pacientes que tienen nivel bajo de lesión presentan mayor capacidad de afrontamiento y adaptación que los de nivel alto, se utilizó la prueba estadística U de Mann Whitney, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas ($z = -2.214$, $p = .027$), como puede observarse en la gráfica 3 los pacientes con lesión medular alta presentaron mayor capacidad de afrontamiento y adaptación que los de nivel baja.

Con el propósito de comprobar si los pacientes con mayor tiempo de evolución de la lesión tienen mayor capacidad de afrontamiento y adaptación que los de menor tiempo de evolución, para tal fin se corrió la prueba de Kruscal Wallis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 1.938$, $gl = 3$, $p = .585$). Por lo cual el afrontamiento y adaptación es igual en los pacientes independientemente del tiempo de evolución de la lesión.

Cuadro 8. Capacidad de afrontamiento y adaptación por nivel, tipo y tiempo de lesión

VARIABLES	CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN			Valor de p
	Mediana capacidad %	Alta capacidad %	Muy alta capacidad %	
Nivel de lesión				
Alto	1.6	49.2	49.2	.077
Bajo	2.1	70.2	27.7	
Tipo de lesión				
Completa	2	63.3	34.7	.612
Incompleta	1.7	54.2	44.1	
Tiempo de lesión				
Menos de 1 año	5.6	66.7	27.8	.730
De 2 a 3 años	2.7	56.8	40.5	
De 4 a 6 años	--	58.3	41.7	
Más de 7 años	--	55.2	44.8	

Chi cuadrada

Cuadro 9. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 1 recursivo y centrado por nivel, tipo y tiempo de lesión.

VARIABLES	FACTOR 1 RECURSIVO Y CENTRADO			Valor de p
	Mediana capacidad %	Alta capacidad %	Muy alta capacidad %	
Nivel de lesión				
Alto	1.6	45.9	52.5	.839
Bajo	2.1	51	46.8	
Tipo de lesión				
Completa	--	49	51	.429
Incompleta	3.4	47.5	49.2	
Tiempo de lesión				
Menos de 1 año	--	38.9	61.1	.881
De 1 a 3 años	2.7	48.6	48.6	
De 4 a 6 años	--	54.2	45.8	
Más de 7 años	3.4	48.3	48.3	

Chi cuadrada

**Cuadro 10. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 2
reacciones físicas por nivel, tipo y tiempo de lesión.**

VARIABLES	Factor 2 Reacciones físicas				Valor de p
	Baja capacidad %	Mediana capacidad %	Alta capacidad %	Muy alta capacidad %	
Nivel de lesión					
Alto	3.3	16.4	62.3	18	.036*
Bajo	2.1	36.2	57.4	4.3	
Tipo de lesión					
Completa	4.1	28.6	53.1	14.3	.544
Incompleta	1.7	22	66.1	10.2	
Tiempo de lesión					
Menos de 1 año		22.2	61.1	16.7	.915
De 1 a 3 años	2.7	21.6	64.9	10.8	
De 4 a 6 años	4.2	29.2	62.5	4.2	
Más de 7 años	3.4	27.6	51.7	17.2	

*Chi cuadrada $p = \leq 0.05$

Cuadro 11. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 3 proceso de alerta por nivel, tipo y tiempo de lesión.

VARIABLES	Factor 3 Proceso de alerta				Valor de p
	Baja capacidad %	Mediana capacidad %	Alta capacidad %	Muy alta capacidad %	
Nivel de lesión					
Alto	--	11.5	52.5	36.1	.229
Bajo	4.3	6.4	61.7	27.7	
Tipo de lesión					
Completa	4.1	4.1	55.1	36.7	.135
Incompleta	--	13.6	57.6	28.8	
Tiempo de lesión					
Menos de 1 año	--	11.1	50	38.9	.739
De 1 a 3 años	2.7	13.5	59.5	24.3	
De 4 a 6 años	--	4.2	50	45.8	
Más de 7 años	3.4	6.9	62.1	27.6	

Chi cuadrada

**Cuadro 12. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 4
procesamiento sistemático por nivel, tipo y tiempo de lesión.**

VARIABLES	Factor 4 procesamiento sistemático				Valor de p
	Baja capacidad %	Mediana capacidad %	Alta capacidad %	Muy alta capacidad %	
Nivel de lesión					
Alto	--	6.6	32.8	60.7	.202
Bajo	2.1	--	38.3	59.6	
Tipo de lesión					
Completa	2	4.1	32.7	61.2	.701
Incompleta	--	3.4	37.3	59.3	
Tiempo de lesión					
Menos de 1 año	--	11.1	33.3	55.6	.610
De 1 a 3 años	2.7	5.4	35.1	56.8	
De 4 a 6 años	--	--	33.3	66.7	
Más de 7 años	--	--	37.9	62.1	

Chi cuadrada

**Cuadro 13. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 5
procesamiento sistemático por nivel, tipo y tiempo de lesión.**

VARIABLES	Factor 5 Conocer y relacionar			Valor de p
	Mediana capacidad %	Alta capacidad %	Muy alta capacidad %	
Nivel de lesión				
Alto	--	26.2	73.8	.134
Bajo	6.4	25.9	71.3	
Tipo de lesión				
Completa	4.1	30.6	65.3	.415
Incompleta	1.7	22	76	
Tiempo de lesión				
Menos de 1 año	11.1	33.3	55.6	.128
De 1 a 3 años	--	29.7	70.3	
De 4 a 6 años	4.2	12.5	83.3	
Más de 7 años	--	27.6	72.4	

Cuadro 14. Capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular según su ocupación.

VARIABLES	Capacidad de afrontamiento y adaptación			Valor de p
	Mediana capacidad %	Alta capacidad %	Muy alta capacidad %	
Ocupación del paciente				
Hogar	4.8	66.7	28.6	
Empleados	--	48.5	51.5	
Desempleados	2.6	54.3	42.9	.751
Estudiantes	--	77.8	22.2	
Jubilados	--	75	25	
Otros	--	66.7	33.3	

Chi cuadrada

Cuadro 15. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 1 recursivo y centrado en pacientes con lesión medular según su ocupación.

VARIABLES	Capacidad de afrontamiento y adaptación			Valor de p
	Mediana capacidad %	Alta capacidad %	Muy alta capacidad %	
Ocupación del paciente				
Hogar	--	61.9	38.1	
Empleados	--	39.4	60.6	
Desempleados	--	40	60	.026*
Estudiantes	11.1	55.6	33.3	
Jubilados	--	75	25	
Otros	16.7	66.7	16.7	

*Chi cuadrada $p = \leq 0.05$

Cuadro 16. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 2 reacciones físicas en pacientes con lesión medular según su ocupación.

VARIABLES	Capacidad de afrontamiento y adaptación				Valor de p
	Baja capacidad %	Mediana capacidad %	Alta capacidad %	Muy alta capacidad %	
Ocupación del paciente					
Hogar	4.8	33.3	57.1	4.8	.236
Empleados	--	24.2	57.6	18.2	
Desempleados	2.9	22.9	60	14.3	
Estudiantes	--	11.1	88.9	--	
Jubilados	--	75	25	--	
Otros	1.6	--	66.6	16.7	

Chi cuadrada

Cuadro 17. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 3 proceso de alerta en pacientes con lesión medular según su ocupación.

VARIABLES	Capacidad de afrontamiento y adaptación				Valor de p
	Baja capacidad	Mediana capacidad	Alta capacidad	Muy alta capacidad	
	%	%	%	%	
Ocupación del paciente					
Hogar	9.5	9.5	52	28.6	.485
Empleados	--	3	60	36.4	
Desempleados	--	17.1	51.4	31.4	
Estudiantes	--	11.1	66.7	22.2	
Jubilados	--	--	50	50	
Otros	--	--	66.7	33.3	

Chi cuadrada

**Cuadro 18. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 4
procesamiento sistemático en pacientes con lesión medular según su
ocupación.**

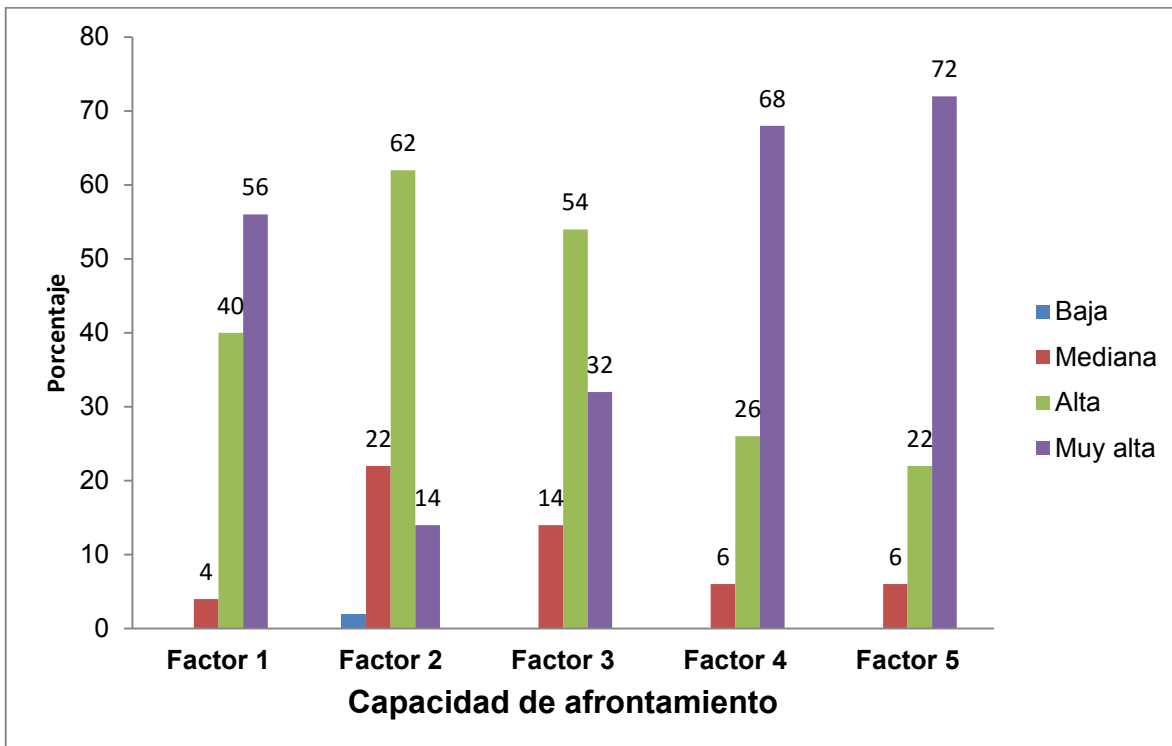
VARIABLES	Capacidad de afrontamiento y adaptación				Valor de p
	Baja capacidad	Mediana capacidad	Alta capacidad	Muy alta capacidad	
	%	%	%	%	
Ocupación del paciente					
Hogar	4.8	--	33.3	61.9	
Empleados	--	--	24.4	57.6	
Desempleados	--	8.6	20	71.4	.209
Estudiantes	--	11.1	66.7	22.2	
Jubilados	--	--	25	75	
Otros	--	--	50	50	

Chi cuadrada

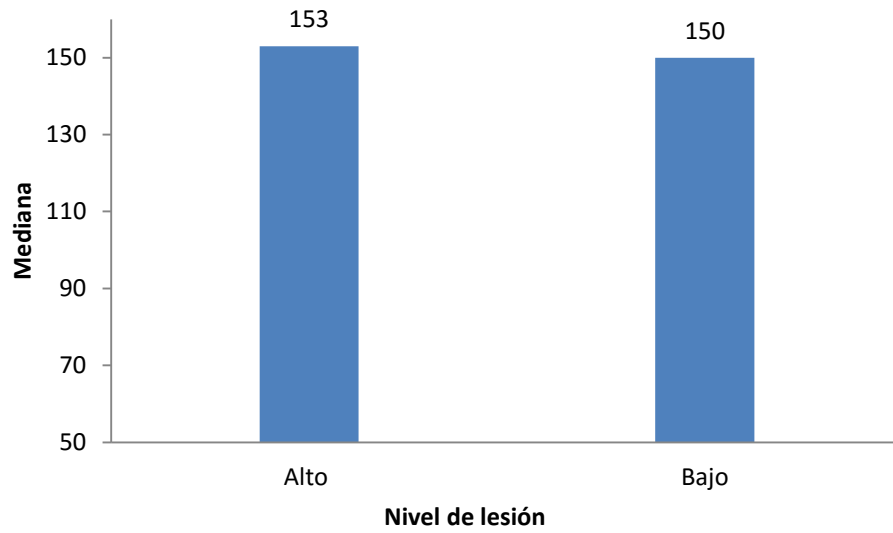
**Cuadro 19. Capacidad de afrontamiento y adaptación en el factor 5
procesamiento sistemático en pacientes con lesión medular según su
ocupación.**

VARIABLES	Capacidad de afrontamiento y adaptación			Valor de p
	Mediana capacidad	Alta capacidad	Muy alta capacidad	
	%	%	%	
Ocupación del paciente				
Hogar	4.8	28.6	66.7	.463
Empleados	6.1	21.2	72.7	
Desempleados	--	25.7	74.3	
Estudiantes	--	55.6	44.4	
Jubilados	--	25	75	
Otros	--	--	100	

Chi cuadrada



Gráfica 2. Capacidad de afrontamiento y adaptación por factores en pacientes con lesión medular



Gráfica 3 Capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular por nivel de lesión

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Interpretación y discusión de resultados

La lesión medular es considerada como una de las discapacidades más trágicas que le puede suceder a una persona, por las repercusiones físicas, psicológicas y sociales, disminuyendo la calidad de vida y convirtiéndose en un factor estresante, lo que desencadena que la persona ponga en marcha su afrontamiento adquirido a través del subsistema cognitivo, éste se relaciona íntimamente con la conciencia encargada de monitorear y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en la adaptación, entendida como el proceso y el resultado por el cual la persona utiliza la conciencia para crear una integridad humana y ambiental.²⁶

Con relación a la capacidad de afrontamiento y adaptación de los pacientes con lesión medular en esta investigación, la mayoría presentaron alta y muy alta capacidad, las personas con alta capacidad reflejan un estilo de afrontamiento y adaptación activos con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable; las personas con muy alta capacidad reflejan un estilo de afrontamiento activo con estrategias resolutivas, centradas en el problema y con control de la situación.

Es importante considerar que un porcentaje menor de pacientes se ubicó en mediana capacidad lo que refleja un estilo de afrontamiento pasivo o activo, con estrategias de uso variadas y restringidas; es decir puede tener un estilo pasivo y emplear moderadamente estrategias de estilo activo y pasivo. Su nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación será muy limitado, porque no genera respuestas tan efectivas que le permitan adaptarse y confrontar la situación de forma óptima.

Estos resultados son similares a los reportados por Song⁶ y colaboradores quienes describen que las estrategias de afrontamiento más frecuentes que utilizan estas personas son: planificar para resolver problemas, reevaluación positiva y confrontación. Los resultados muestran que las personas con lesión medular presentan un afrontamiento cognitivo en el que se busca encontrar un significado al

estímulo focal y valorarlo de manera que resulte menos desagradable, esto se manifiesta a través de estrategias que se enfocan a la situación y se ocupan de ella, estos resultados pueden ser influidos porque los pacientes que asisten a la consulta externa han transitado por un proceso de rehabilitación hospitalaria, otorgada por un equipo multidisciplinario que incluye la atención psicológica durante todo el tiempo de hospitalización.

Es importante resaltar que un porcentaje mínimo utiliza estrategias pasivas en caminadas a escapar de, o evitar, la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes. Lo anterior puede deberse a la ausencia de un programa de rehabilitación integral; por lo tanto sería necesario implementar programas de consultoría que involucren a enfermeras en rehabilitación, psicólogos y pacientes que tienen alta y muy alta capacidad de afrontamiento los cuales compartan sus estrategias para adaptarse de manera óptima con los grupos de pacientes que presenten mediana o baja capacidad de afrontamiento.

El factor 1 recursivo y centrado refleja los comportamientos personales y los recursos, se centra en la expansión del nivel de entradas del sistema cognitivo de información; considerando las actitudes con respecto a la solución de problemas como ser creativo y buscar resultados. Siendo recursivo el estilo y centrado la estrategia.⁴⁴

Los resultados en esta investigación mostraron que los pacientes con lesión medular en su gran mayoría presentaron alta y muy alta capacidad de afrontamiento, lo que implica que los pacientes que tienen alta capacidad presentan un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales y los pacientes con muy alta capacidad de igual manera reflejan un estilo de afrontamiento activo pero con estrategias resolutivas, los resultados son similares a los de Persson³⁵ y colaboradores, quienes mencionan que el afrontamiento eficaz en personas con discapacidad física es manifestada a través de la autoconfianza, en la que se confiere un valor importante a la capacidad de independencia para hacerle frente a los retos causados por la discapacidad; la

reducción de problemas representa un compromiso con la discapacidad y los esfuerzos activos para disminuir los problemas creados por ella, y esto se refleja en el aprendizaje y la utilización de técnicas para minimizar los síntomas, búsqueda de tratamientos alternativos y cambios en el estilo de vida.

A partir de los hallazgos anteriores se puede considerar que estos resultados pueden deberse nuevamente al programa de rehabilitación que reciben los pacientes ya que los objetivos de éste, se centran en fomentar la autonomía de la persona para realizar las actividades de la vida diaria y la adaptación psicológica para afrontar la discapacidad en su entorno familiar, así como la utilización de los recursos disponibles.

El factor 2 reacciones físicas y enfocadas resalta las reacciones físicas y las fases de entrada para el manejo de la situación. Las estrategias están dirigidas a las emociones, este tipo de habilidades no se dirigen a la solución y confrontación directa del problema, se focaliza en regular la respuesta emocional en la situación de estrés, se considera un afrontamiento evitativo porque tiene como función primordial cambiar el modo en que se trata o se interpreta lo que está sucediendo.

En esta investigación más de la mitad de los pacientes presentaron alta y muy alta capacidad lo que implica que utilizan estrategias y estilos de afrontamiento pasivo dirigido a la regulación de la emoción, caracterizado por el dominio conductual, manifestado por comportamientos con enfoque optimista. Los resultados antes mencionados son similares con los descritos por Siösteen⁷ y colaboradores quienes reportan que las estrategias de afrontamiento positivas utilizadas con mayor frecuencia por las personas con lesión medular son la minimización y la aceptación, que corresponden a estrategias centradas en la emoción.

Cabe destacar que los pacientes que se ubicaron en mediana capacidad utilizan estrategias limitadas, intentan regular los aspectos emocionales y mantener el equilibrio afectivo, piensan que es transitoria la situación y disimulan el estado de ánimo. Estos resultados son similares a los descritos por Carvalho³⁴ y colaboradores

quienes reportaron que las personas con paraplejia utilizan estrategias como la negación o minimización de la seriedad de las secuelas.

Es preocupante que estos pacientes utilicen de manera limitada las estrategias emocionales para afrontar la discapacidad, esto puede representar un factor que compromete o coloca en peligro su capacidad para desarrollar comportamientos que equilibren sus emociones, por lo cual sería deseable promover y fortalecer las estrategias de afrontamiento; así como referir al paciente con el equipo multidisciplinario para su atención integral.

El factor 3 proceso de alerta representa los comportamientos del yo personal y físico el cual se enfoca en los tres niveles de procesamientos de la información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias.

La mitad de los pacientes se ubicaron en alta capacidad y una tercera parte en muy alta capacidad lo que implica que usan estrategias dirigidas a la regulación de la emoción, de accionar activo de dominio cognitivo caracterizado por comportamientos tendientes a la adopción y utilización de nuevos recursos para afrontar la situación. Estos resultados son parecidos a los descritos por De Santos⁹ quien reporta las estrategias positivas centradas en la emoción que emplean las personas con lesión medular; ellos refieren ser más fuertes y hacerle frente a la nueva condición de vida, tener logros como obtener la licencia de manejo y enseñarle a los demás.

Sin embargo es importante centrar la atención en los que presentaron mediana y baja capacidad que fue un porcentaje menor, lo que implica que las estrategias que utilizan son muy limitadas para regular la emoción, por los que de manera general no adoptan y manejan nuevos recursos para hacerle frente a la lesión medular. Estos resultados son semejantes a los reportados por De Santos⁹ quien menciona que algunas personas con lesión medular, se sienten aburridos, frustrados, con depresión y añoran su vida pasada.

Es importante destacar que las estrategias de afrontamiento son diferentes en cada persona por lo cual es de vital importancia que la enfermera las identifique, con la finalidad de promover la adaptación en la persona con lesión medular lo que redundará en una participación más activa en su proceso de rehabilitación.

Otro factor que conforma la escala es el procesamiento sistemático, en éste se describen las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de la situación y manejarlas metódicamente, son estrategias de afrontamiento concretas: proceso de alerta y procesamiento. La mayoría de los pacientes se ubicaron en muy alta y alta capacidad lo que implica que utilizan estrategias de dominio activo, caracterizadas por comportamientos como darle nombre al problema y verlo en su totalidad.

Estos resultados son similares a los obtenidos por Gilfre³⁶ y colaboradores quienes reportan que las estrategias de afrontamiento usadas por las personas con lesión medular para afrontar la situación son: conocer los límites, planificar-anticipar, pedir ayuda e incorporar herramientas.

Es importante resaltar que un porcentaje minoritario de los pacientes presentaron mediana capacidad, lo que implica que sus estrategias están restringidas para darle un significado al problema y contemplarlo en su totalidad.

Es significativo que la enfermera, reconozca clínicamente los recursos de afrontamiento de las personas con lesión medular, ya que constituye un elemento fundamental para promover un cuidado adaptativo y humanizado que permita dar respuestas a las necesidades específicas de estas personas, fortaleciendo sus procesos de afrontamiento cognitivo.

El uso de estrategias cognitivas, refleja una importante respuesta de afrontamiento en los pacientes con lesión medular, estas estrategias contemplan un conjunto de elementos que contribuyen al éxito del programa de rehabilitación reflejándose en una disminución de las complicaciones en ellos.

El factor 5 conocer y relacionar describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación. El estilo es conociendo y la estrategia es relacionando.

En este factor más del noventa por ciento de los participantes se ubicaron en muy alta y alta capacidad de afrontamiento, lo que quiere decir que usan estrategias y estilos de afrontamiento activos, dirigidos a la solución del problema, caracterizado por comportamientos que implican el ejercicio de la memoria y el aprendizaje de experiencias pasadas.

Estos resultados son similares a los reportados por Carvalho³⁴ y colaboradores, quienes reportan que las estrategias que usan las personas con lesión medular es la búsqueda de información de la situación en los siguientes tópicos, qué es un lesión medular, las implicaciones de la misma en su vida, cuál es el mejor tratamiento, dónde le pueden ayudar y los recursos disponibles en la ciudad, en lo referente al aprendizaje, la persona requiere aprender desde los cuidados relativos a las actividades de la vida diaria hasta la reintegración familiar, social y laboral.

Es importante resaltar que este grupo de personas con lesión medular buscan información acerca de su padecimiento recurriendo no solo a los profesionales de la salud, sino también a aquellas personas con su mismo problema. En la actualidad no es necesario desplazarse y reunirse en algún lugar para convivir e intercambiar ideas acerca de su padecimiento con otras personas. Es probable que estén recurriendo al uso de tecnologías de la información para lograr tal fin, pero no se descarta la posibilidad que asistan a asociaciones donde promueven la inclusión en el deporte, estas son sugeridas por miembros del equipo de rehabilitación.

Con todo el acceso a la información a través de medios electrónicos, es inquietante para el equipo de salud la calidad de la información que los pacientes con lesión medular consultan. Por lo cual es importante que el personal de enfermería considere la utilización de medios electrónicos como el diseño de una página web con información de interés para las personas con lesión medular.

La ocupación representa una variable importante en el proceso de afrontamiento y adaptación, ya que refleja la integración social de la persona con lesión medular, esta no solo se ocupa de las actividades de la vida diaria también de las relacionadas a ser útil para los demás.

En la presente investigación el grupo de pacientes que cuentan con un empleo obtuvieron mayor capacidad de afrontamiento y adaptación, estos resultados son similares a los obtenidos por Amaral⁴ quien reporta que los pacientes manifiestan que al tener un trabajo son capaces de hacer cosas que contribuyen a otros con lo que experimentan sentimientos de sentirse útil y valiosos, aumentan sus perspectivas, mejora su situación económica lo que genera satisfacción consigo mismo aumentando la autoestima.

El nivel de lesión es considerada una variable importante en el proceso de afrontamiento y adaptación de la persona con lesión medular ya que determina el grado de movilidad y sensibilidad, lo cual repercute en la autonomía para realizar actividades de la vida diaria y la inclusión social.

En el presente estudio no se comprobó la hipótesis planteada ya que se consideraba que los pacientes con niveles bajos de lesión presentarían mayor capacidad de afrontamiento y adaptación, sin embargo las personas con niveles altos de lesión son las que presentaron mayor capacidad de afrontamiento y adaptación.

Estos resultados son similares a los reportados por Alcedo³³ y colaboradores quienes confirman que el nivel de lesión influye en la utilización de estrategias de afrontamiento, en este sentido las mujeres con lesión cervical obtuvieron los rangos más elevados de afrontamiento, que las de lesión dorsal y lumbar, concluyendo que las mujeres con menor autonomía y movilidad son las que muestran mayores estrategias de afrontamiento, cabe destacar que este estudio solo fue realizado en mujeres.

Estos resultados pueden estar influenciados por la presencia del cuidador, considerando que el 75% de los pacientes con lesión alta cuentan con el apoyo de un cuidador. De manera general se puede inferir que los cuidadores de personas con lesión medular alta se centran en el cuidado de los aspectos relacionados de la satisfacción de necesidades básicas como: higiene, alimentación, movilización, traslados, entre otros; es importante destacar que en algunas ocasiones la situación antes mencionada puede generar una zona de confort en la persona con lesión medular, manifestándose a través de una escasa participación en estas actividades, tal situación es preocupante ya que uno de los objetivos del programa de rehabilitación es propiciar la máxima autonomía posible dentro de sus capacidades.

Otra hipótesis que no se comprobó en la presente investigación fue en relación al tipo de lesión, en donde se infería que las personas con lesión medular incompleta presentarían mayor capacidad de afrontamiento y adaptación que las de lesión completa, ya que el tener la sensibilidad preservada, da oportunidad a la persona de planear su autocuidado repercutiendo en una mayor autonomía e integración social.

Estos resultados son parecidos a los reportados por Rueda³⁸ y colaboradores quienes no encontraron diferencias en el afrontamiento actual, ni recordado respecto al tipo de lesión completa e incompleta.

Por último también se consideraba que los pacientes con mayor tiempo de evolución de la lesión medular presentarían mayor capacidad de afrontamiento y adaptación, sin embargo no se apreciaron diferencias, en cuanto al tiempo de evolución. Estos resultados son diferentes a los reportados por Rueda³⁸ y colaboradores quienes describieron cambios en la utilización de estrategias de afrontamiento en personas con lesión medular en el transcurso del tiempo, en el momento de aparición de la lesión las estrategias usadas son: pensamientos de distracción y evasión, control emocional, un papel importante es la búsqueda de información, con el paso del tiempo las personas con lesión medular muestran mayor control emocional,

reestructuración cognitiva de los valores y visión de la vida, mayor interés por la familia y los amigos, y no se valora la situación como negativa.

5.2 CONCLUSIONES

Las personas con lesión medular presentan disposición para mejorar el afrontamiento y adaptación manifestada por usar estrategias centradas en el problema y en la emoción, por lo que se sugiere que las intervenciones de enfermería se enfoquen en mantener o aumentar el afrontamiento con la finalidad de alcanzar una adaptación a la discapacidad en este grupo de pacientes.

Por otro lado las personas con lesión medular que mostraron una disposición limitada e inefectiva para el proceso de afrontamiento y adaptación, implica que intentan regular los aspectos emocionales y mantener el equilibrio afectivo, confrontar la realidad y encontrar significado al suceso; por lo tanto utilizan un estilo de afrontamiento pasivo con estrategias muy limitadas; aunque pueden buscar apoyo social, manejan estrategias de autodistracción y tratan la situación cuando la perciben controlable, por lo que también usan estilos de afrontamiento activo con estrategias restringidas.

El manejo de los estilos y estrategias de afrontamiento en las personas con lesión medular, muestran claramente que frente a la alta capacidad del proceso de afrontamiento y adaptación el grupo tiende a utilizar estrategias de tipo cognitivo, especialmente aquellas que se encuentran relacionadas con funciones que requieren del ejercicio de un proceso mental, entre ellas se destacan las estrategias de afrontamiento para conocer y relacionar que implican el uso de la memoria y la imaginación y las relacionadas con el procesamiento sistemático de la información.

El grupo de personas con menor movilidad y menor tiempo de evolución fueron las que presentaron una mayor capacidad de afrontamiento y adaptación.

El proceso de afrontamiento de la lesión medular es diferente en cada persona, lo que implica que la enfermera tendrá que identificar los procesos individuales de afrontamiento y adaptación, de tal forma que lo anterior repercuta en el cuidado

especializado e individualizado que se le proporciona a la persona con lesión medular.

5.3 APORTACIONES

5.3.1 Para la disciplina

El presente estudio aporta evidencia empírica de la capacidad de afrontamiento y adaptación en personas con lesión medular, lo que fortalece la teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación, ya que permite comprender el fenómeno del proceso de afrontamiento y adaptación en este grupo de personas

5.3.2 Para la gestión

Los resultados de la presente investigación contribuirán a la toma de decisiones de la enfermera gestora para el diseño e implementación de la consultoría en enfermería en rehabilitación, la cual incluye la gestión de recursos humanos y materiales así como el espacio físico.

Con relación a los recursos humanos, es importante que la enfermera gestora considere la necesidad de diseñar el perfil del puesto, que incluya la formación académica de las enfermeras que serán responsables de la consultoría (especialistas en rehabilitación o tanatología), con experiencia clínica, pensamiento crítico y habilidad para proporcionar consulta de alta especialidad.

La capacitación es un elemento imprescindible por lo tanto se gestionarán los espacios, que favorezcan el desarrollo de habilidades para proporcionar consulta de alta especialidad.

Al mismo tiempo es importante establecer los lineamientos en los manuales para el trabajo de la consultoría a través de los procesos que se llevaran a cabo en la consultoría.

Finalmente se realizarán negociaciones para obtener un espacio físico exclusivo o compartido para la consultoría.

5.3.3 Para el profesional de enfermería

El valorar clínicamente la capacidad de afrontamiento y adaptación en personas con lesión medular le permite al profesional de enfermería determinar las estrategias de afrontamiento que utilizan, lo cual resulta imprescindible para proporcionar cuidados centrados en el subsistema cognitivo, cuyas intervenciones deberán orientarse a desarrollar habilidades humanas de sentir, pensar y actuar a través de un procesamiento de la información, con el fin de promover la adaptación a la discapacidad.

Para promover la adaptación a la discapacidad el profesional de enfermería puede intervenir en diversos escenarios: en los hospitales de alta especialidad a través de las consultorías en rehabilitación y tanatológica que juntas contribuyen a fortalecer la capacidad de afrontamiento; en el primer nivel es importante que la enfermera propicie la formación de un grupo de autoayuda de personas con lesión medular, considerándolo como un espacio de expresión en el que se intercambian experiencias y estrategias para afrontar esta situación de salud. Finalmente el escenario virtual es una oportunidad para la difusión del conocimiento a través de páginas web y redes sociales en las que el profesional de enfermería deberá trabajar en su diseño y administración.

VI. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Lesión Medular, nota descriptiva N°384, Noviembre 2013. Consultado el 25 Agosto de 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/es/>.
2. Estrada MS, Carreón RA, Parra CM, Ibarra PC, Velasquillo MC, Vacanti CA et al. Lesión medular espinal y medicina regenerativa. Salud pública de México. 2007; 47(6): 437-444.
3. Pérez PJ, Henao LC. Relación entre complicaciones clínicas y discapacidad en población colombiana con lesión medular. Aquichan. 2013; 13(2):173-185.
4. Amaral MTMP. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. Rev. esc. enferm. USP. 2009; 43 (3): 573-580.
5. Whalley HK. Quality of life after spinal cord injury: a meta-synthesis of qualitative findings. Spinal cord. 2007; 45: 124-139.
6. Song HY, Nam KA. Coping strategies, physical function, and social adjustment in people with spinal cord injury. Rehabilitation nursing. 2010; 35(1): 8-15.
7. Siösteen A, Kreuter M, Lampic C, Persson LO. Patient-staff agreement in the perception of spinal cord lesioned patients' problems, emotional well-being, and coping pattern. Spinal cord. 2005; 43: 179-186.
8. Anderson CJ, Vogel LC, Chlan KM, Betz RR. Coping with spinal cord injury: strategies used by adults who sustained their injuries as children or adolescents. J spinal cord med. 2008; 31: 290-29.
9. De Santo MS. Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. Nursing science quarterly. 2009; 22(1): 57-66.
10. Miller SS, Catalano D, Ebener D. The relationship of coping self-worth and subjective wellbeing: structural equation model. Rehabilcouns bull. 2010; 10(5): 131-142.
11. Henao LC, Pérez PJ. Lesión medular y discapacidad: Revisión bibliográfica. Aquichan. 2010; 10(2): 157-172.
12. Bahena SY, Bernal MJ. Calidad de vida de los pacientes con paraplejia secundaria a lesión vertebral traumática. Acta Ortopédica Mexicana. 2007; 21(1): 3-7.

13. Dryden DM, Saunders LD, Rowe BH, May LA, Yiannakoulias N, Svenson LW, et al. The epidemiology of traumatic spinal cord injury in Alberta, Canada. *Can J Neurol. Sci.* 2003; 30 (2): 113-121.
14. Surkin J, Smith M, Penman A, Currier M, Harkey HL, Chang YF. Spinal cord injury incidence in Mississippi: a capture-recapture approach. *J Trauma.* 1998; 45(3):502-504.
15. Albert T, Ravaud JF, Tetrafigap Group. Rehabilitation of spinal cord injury in France: a nationwide multicentre study of incidence and regional disparities. *Spinal Cord.* 2005; 43: 357–365.
16. Yang R, Guo L, Wang P, Huang L, Tang Y, Wang W et al. Epidemiology of spinal cord and risk factors for complete injuries in Guangdong, China: A retrospective study. *PLOS ONE.* 2014; 9(1): 1-10.
17. Ibrahim A, Yun LK, Lohshini KL, How TC, Abdul HM, Mustá HN et al. Epidemiology of spinal cord injury in hospital Kuala Lumpur. *Spine.* 2013; 38 (5):419-424.
18. Henao LC, Pérez PJ. Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. *Hacia la promoción de la salud.* 2011; 16(2):52-67.
19. Borges AMF, Brignol P, Schoeller SD, Bonetti A. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(3):119-125.
20. Pérez R, Martín CS, Renán S, Durán OS. Aspectos epidemiológicos de la lesión medular de la población del Centro Nacional de Rehabilitación. *Revista Mexicana de Medicina y Rehabilitación.* 2008; 20:74-82.
21. Núñez H A, Mulet SC. Diagnóstico de la lesión medular. En: Figueiredo CZ, Tirado DJ, Mulet FF, Núñez HA, editores. *La lesión medular manual de cuidados.* Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2010. p. 29-30.
22. Bender BJ, Hernández GE, Prida RM, Araujo SF, Zamora PF. Caracterización clínica del paciente con lesión medular traumática. *Rev Mexicana de Neurocirugía.* 2002; 3(3):135-142.
23. Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicología. *Boletín de psicología.* 2002; 75: 73-85.

24. Nava QC, Ollua MP, Vega VC, Soria TR. Inventario de estrategias de afrontamiento: una réplica. *Psicología y salud*. 2010; 20(2): 213-220.
25. Fierro F. Estrés, afrontamiento y adaptación. En: Hombrados MI. *Estrés y salud*, Valencia: Promolibro; 1997.
26. Veloza GM, Moreno FM, Crespo RO, Gutiérrez E. Proceso de afrontamiento y adaptación. En: Gutiérrez AM. *Adaptación y cuidado en el ser humano una visión de enfermería*. Bogotá: El Manual Moderno; 2007.
27. Grupo de estudio para el desarrollo del modelo de adaptación, facultad de enfermería, Universidad de la Sabana. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*. 2002; 2(2):19-23.
28. Roy C. Research Based on the Roy adaption model: last 25 years. *Nursing science quarterly*. 2011; 24(4): 312-320.
29. Zhan L. Cognitive adaption and self-consistency in hearing-impaired older persons: testing Roy's adaption model. *Nursing science quarterly*. 2000; 13(2): 158-165.
30. Moreno FM, Alvarado GA. Aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. *Aquichan*. 2009; 9(1): 62-72.
31. Aguado DA, Acedo RM, García CL, Arias MB. Personas con lesión medular: diferencias en variables psicológicas desde la perspectiva de género. *Psicothema*. 2010; 22(4): 659-663.
32. Alcedo RA, Aguado DA, García CL, Arias MB. Relación entre variables clínicas y psicológicas en mujeres con lesión medular. *Universitas Psychologica*. 2010, 9 (3):715-727.
33. Alcedo RA, García CL, Fontanil GY, Arias MB, Aguado DA. Proceso de adaptación en mujeres con lesión medular: relaciones entre variables psicológicas y sociodemograficas. *Aquichan*. 2014; 14(2):159-169.
34. Carvalho FM, Damasceno MC, Moraes OF, Studar MB, Brito CA. Estrategia de coping utilizadas por los parapléjicos y sus familiares. *Enfermería integral*. 2007; 79: 8-12.
35. Persson LO, Ryden A. Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability. *Scand J caring Sci*. 2006; 20:355-363.

36. Gilfre M, Del Valle A, Yuguero M. La mejor calidad de vida de las personas con lesión medular: la transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana desde la perspectiva de los usuarios. *Athenea Digital*. 2010; 18: 3-15.
37. Elfström ML, Kreuter M, Rydén A, Persson LO, Sullivan M. Effects of coping on psychological outcome when controlling for background variables a study of traumatically spinal cord person. *Spinal cord*. 2002; 40(8):408-415.
38. Rueda RM, Aguado DA, Alcedo RM, Arias MB. Evaluación del afrontamiento de las personas con lesión medular. *Análisis y modificación de conducta*. 2004; 30(130): 273-309.
39. Elfström ML, Rydén A, Kreuter M, Taft C, Sullivan M. Relation between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *J rehabil med*. 2005; 37: 9-16.
40. Moreira de Silva MR, Cavalcanti FA. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 62(2-B):502-507.
41. Jiménez OV, Zapata GL, Díaz SL. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos. *Aquichan*. 2013; 13 (2): 159-172.
42. Flores TI, Herrera AE, Carpio JE, Veccino AM, Zambrano BD, Reyes NY et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos. *Aquichan*. 2011; 11(1): 23-39.
43. Lazcano OM, Salazar GB, Gómez MV. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*. 2007;8(1):116-125.
44. Gutiérrez LC. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Hallazgos. Revista de investigación*. 2009; 12: 201-213.
45. Ryan KJ, Brady JV, Cooke RE. Informe Belmont, principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación [citado 25 de Febrero 2016]. Disponible en www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descarga/pdf/normatinternacional/
46. Informe Belmont principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [citado el 25 de Febrero de 2016]. Disponible en www.bioeticayderechos.ub.edu/archivos/norm/Informe.Belmont.pdf

47. Declaración de Helsinki de AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [citado el 26 de Febrero de 2016]. Disponible en www.conbietetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaración-Helsinki
48. Mazzanti RM. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. Revista colombiana de bioética 2011; 6(1):125-144.
49. Reglamento de la ley general de salud en material de investigación [citado el 28 de Febrero del 2016]. Disponible en www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio7reqley/Reg_LGS_MPSAM.pdf

ANEXOS

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA"
DIRECCIÓN QUIRÚRGICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha	
Folio	

Edad _____

Género []

1. Femenino
2. Masculino

Ocupación []

1. Hogar
2. Empleado
3. Desempleado
4. Estudiante
5. Jubilado
6. Otros

Escolaridad []

1. Sin estudios
2. Primaria
3. Secundaria
4. Medio superior
5. Licenciatura
6. Posgrado

Estado Civil []

1. Soltero (a)
2. Casado (a)
3. Divorciado (a)

Cuenta con el apoyo del cuidador []

1. Si
2. No

Parentesco

Tipo de lesión []

1. Incompleta
2. Completa

¿Cuánto tiempo tiene con la lesión medular? _____

Nivel de lesión []

1. Alto
2. Bajo

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 sólo 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 cómo 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				

No.	Preguntas	Nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre
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 la crisis desde el principio				
43	Me doy cuenta de que me estoy enfermando				
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				



**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA
DIRECCIÓN QUIRÚRGICA
SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**



ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular en una institución de tercer nivel

Investigador: Maribel Aguirre Sánchez

Teléfono: 5517685228

Fecha: _____

INVITACION A PARTICIPAR

Estimado Sr. (a) _____

La Subdirección de en Enfermería del Instituto Nacional de Rehabilitación le invita a participar en el estudio de investigación que tiene como objetivo: identificar la capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga. Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios con el fin tomar una decisión.

Su participación en esta investigación consiste en contestar un cuestionario con 47 preguntas, con la finalidad de identificar las estrategias de afrontamiento que utiliza para su adaptación en su entorno familiar y laboral, lo que nos dará información de que tan reintegrado está.

El estudio tendrá una sola aplicación del cuestionario "Capacidad de Afrontamiento y Adaptación". Debido al tipo de investigación no le genera ninguna complicación o riesgo para su salud

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:



Instituto Nacional de Rehabilitación
 Julián Guerrero Parra Barral
 Director General
 Dirección General de Rehabilitación y Atención a Personas con Discapacidad
 Subdirección de Enfermería

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

México, D. F., a 15 de junio 2015.

**L.E.O. MARIBEL AGUIRRE SÁNCHEZ
 PRESENTE.**

En respuesta a su solicitud de realizar el protocolo de investigación titulado "Capacidad de afrontamiento y adaptación en pacientes con lesión medular en una Institución de tercer nivel", le informo que después de ser revisado y analizado por esta Subdirección se lo autoriza llevarlo a cabo en el periodo comprendido de junio del 2015 a junio del 2017. Así mismo le comunico que el número de registro del protocolo es **04/2015**.

Cabe mencionar que deberá entregar informes bimestrales de los avances del protocolo a esta Subdirección.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE


**M.A.H. Y SEP. LETICIA GONZÁLEZ GONZÁLEZ
 SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA**



C.A. México - Secretaría de Salud, Calle Júpiter, 20, México, C.P. 06702, México - Teléfono: 5623 2000, Correo electrónico: info@inr.gob.mx, www.inr.gob.mx