

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**“ANSIEDAD, DEPRESION Y STRESS POSTRAUMATICO
COMO COMORBILIDAD PSIQUIATRICA
EN PACIENTES CON LESION MEDULAR”**

CLAUDIA ALICIA GAYTAN MARTINEZ.

Tesis

Presentada ante las autoridades de
La Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría.

FEBRERO 2015



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Claudia Alicia Gaitán Martínez

Carné Universitario No.: 100016485

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el trabajo de tesis "Ansiedad, depresión y stress postraumático como comorbilidad psiquiátrica en pacientes con lesión medular"

Que fue asesorado: Dra. Carol Alejandrina Mendoza

Y revisado por: Dra. Gloria Veronica Ocampo Antillón MSc..

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2015.

Guatemala, 22 de enero de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Guatemala 5 de Septiembre del 2013

Doctor
Emigdio Enrique Mendoza Gaitán
Coordinador Docente de Maestria en Ciencias Medicas
con Especialidad en Psiquiatria
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente.

Dr. Mendoza Gaitán

Atentamente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores cotidianas. El motivo de la presente es para informarle que he asesorado el trabajo de tesis titulado: "ANSIEDAD, DEPRESION Y STRESS POSTRAUMATICO COMO COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN PACIENTES CON LESION MEDULAR", realizado por la Doctora **CLAUDIA ALICIA GAYTAN MARTINEZ**, el cual sido revisado y aprobado para su presentacion para continuar con los tramites correspondientes para impresion de tesis y tramite de graduacion .

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,


Dra. Carol Mendoza
Asesora de Tesis
Hospital de Rehabilitacion
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Ms. Carol J. Mendoza Is
Asesora de Tesis Hospital de
Rehabilitación Instituto Guatemalteco de

Guatemala 5 de Septiembre del 2013

Doctor
Emigdio Enrique Mendoza Gaitán
Coordinador Docente de Maestria en Ciencias Medicas
con Especialidad en Psiquiatria
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente.

Dr. Mendoza Gaitán

Atentamente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores cotidianas. El motivo de la presente es para informarle que he revisado el trabajo de tesis titulado: "ANSIEDAD, DEPRESION Y STRESS POSTRAUMATICO COMO COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN PACIENTES CON LESION MEDULAR", realizado por la Doctora **CLAUDIA ALICIA GAYTAN MARTINEZ**, el cual sido revisado y aprobado para su presentacion para continuar con los tramites correspondientes para impresion de tesis y tramite de graduacion .
Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,



Dra. Gloria Ocampo
Revisora de Tesis

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Medicas.

Dra. MSc Gloria Ocampo
Ginecologa y Obstetra
Col. No. 10,436

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento

Al los Equipos Terapéuticos del **Centro de Atención Integral de Salud Mental** y del **Hospital de Rehabilitación del IGSS**; ya que gracias a ellos fue posible este proceso de formación y ciclo de la experiencia la cual deja una huella imborrable en mi aprendizaje.

A mis docentes por todas sus enseñanzas.

A mis Psicoterapeutas por el acompañamiento en el proceso de mi crecimiento como ser humano y profesional.

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS.....	i
RESUMEN.....	ii
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTE.....	2
2.1 Concepto y Epidemiología	3
2.2 Complicaciones Medicas de la Lesión Medular	4
2.3 Sexualidad y Maternidad en Lesión Medular	8
2.4 Rehabilitación de la Lesión Medular	9
2.5 Problemas Psicológicos de Lesionado Medular	14
2.6 Reinserción Social y Laboral	18
2.7 Trastorno de Ansiedad	21
2.8 Trastorno por Estrés Postraumático	22
2.9 Depresión	27
III. OBJETIVOS	30
3.1 General	30
3.2 Específicos	30
IV. MATERIAL Y METODOS	31
4.1 Tipo de Estudio	31
4.2 Población.....	31
4.3 Selección y Tamaño de la muestra	31
4.4 Unidad de Análisis.....	31
4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión	31
4.6 Variables	31
4.7 Operacionalizacion de Variables.....	32
4.8 Instrumentos de Recolección de Datos.....	33
4.9 Procedimiento para recolección de Datos	33
4.10 Analisis de la Informacion	33
4.11 Procedimientos Eticos de la Investigacion	33

V. RESULTADOS	34
5.1 Tabla 1	34
5.2 Tabla 2.....	35
5.3 Tabla 3.....	35
5.4 Tabla 4.....	36
5.5 Tabla 5.....	36
5.6 Tabla 6.....	37
5.7 Tabla 7.....	37
VI. DISCUSION Y ANALISIS.....	38
6.1 Conclusiones	39
6.2 Recomendaciones	40
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
VIII.ANEXOS.....	45
8.1 Anexo No. 1: Consentimiento Informado	45
8.1 Anexo No 2: Boleta de Recolección de Datos Generales	46
8.1 Anexo No.3: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	47
8.1 Anexo No.4: Escala de Trauma de Davison	48

ÍNDICE DE TABLAS

1) Tabla I Distribución de pacientes por edad, del Modulo de Lesiones Medulares Hospital de Rehabilitación del IGSS.....	34
2) Tabla II Distribución de pacientes por sexo, del Modulo de Lesiones Medulares Hospital de Rehabilitación del IGSS	35
3) Tabla III Distribución de pacientes estado civil , del Modulo de Lesiones Medulares Hospital de Rehabilitación del IGSS	35
4) Tabla IV Distribución de pacientes por religión, del Modulo de Lesiones Medulares Hospital de Rehabilitación del IGSS	36
5) Tabla V Distribución de pacientes por escolaridad, del Modulo de Lesiones Medulares Hospital de Rehabilitación del IGSS	36
6) Tabla VI Distribución de pacientes por lugar de procedencia, del Modulo de Lesiones Medulares Hospital de Rehabilitación del IGSS	37
7) Tabla VII Distribución de pacientes por Comorbilidad Psiquiátrica, del Modulo de Lesiones Medulares Hospital de Rehabilitación del IGSS.....	37

RESUMEN

Ansiedad, Depresión y Stress Postraumático como Comorbilidad Psiquiátrica en Pacientes con Lesión Medular.

INTRODUCCION: Se reconocen que el impacto de la exposición a un trauma, sumado a la valoración de la pérdida de la funcionalidad y la influencia directa en la vida diaria de los pacientes que poseen una discapacidad física puede traer como consecuencia un trastorno psiquiátrico. En el Hospital de Rehabilitación no hay estudios en los cuales se evidencie la vulnerabilidad al padecimiento de trastornos psiquiátricos. La investigación revela por psicometría la presencia de Ansiedad, Depresión y Stress Postraumático y los factores predisponentes que vuelven vulnerables a los pacientes con Lesión Medular a obtener un mejor pronóstico en el proceso de rehabilitación.

METODOLOGIA Estudio descriptivo trasversal, para determinar la comorbilidad psiquiátrica en 19 pacientes escogidos aleatoriamente entre 18 y 65 años, con Lesión Medular secundaria a accidente hospitalizados en el Modulo de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del IGSS,

RESULTADOS Existe un predominio de consultas de pacientes con Lesiones Medulares de sexo Masculino en una edad comprendida entre los 40 y 65 años. El 89% de los pacientes son procedentes de un departamento del interior de la República de los cuales el 42% evidencio padecer algún diagnostico .El 52% de la población padece de ansiedad, 37% Depresión y 26% Trastorno de Estrés Postraumático. No hay una alta prevalencia de Trastorno de Stress Postraumático como consecuencia de la exposición a una condición traumática que determino la Lesión Medular. El 15% de la población que evidenció comorbilidad psiquiátrica se asocia a factores como un bajo grado de escolaridad, procedencia del interior de la República y estado civil que lo acredita como fuente de ingresos en su hogar. La comorbilidad psiquiátrica fue menos evidente en pacientes de sexo femenino, con escolaridad universitaria, mejor ubicación laboral.

CONCLUSION Hay evidencia de que la exposición a lesiones traumáticas tiene como consecuencia la comorbilidad psiquiátrica sin embargo la prevalencia de Ansiedad es significativa en comparación con la Depresión y el Trastorno por Stress Postraumático. El someter a los pacientes a un proceso de psicoterapia tiene una influencia importante en los modos de afrontamiento y adaptación a la discapacidad física. Evaluación del paciente con diagnóstico psicológico o psiquiátrico con pruebas psicométricas antes de su egreso del Hospital de Rehabilitación para el seguimiento del tratamiento especializado en la unidad que corresponde.

I. INTRODUCCION

Se reconocen que el impacto de la exposición a un trauma; sumado a la valoración de la pérdida de la funcionalidad y la influencia directa en la vida diaria de los pacientes que poseen una discapacidad física, puede traer como consecuencia un trastorno psiquiátrico. Se habla del Trastorno de Estrés Postraumático, sin embargo la sintomatología asociada puede enmascarar, Depresión, Ansiedad y otras comorbilidades. (1) En el Hospital de Rehabilitación del IGSS no hay estudios en los cuales se revele la vulnerabilidad al padecimiento de trastornos psiquiátricos en pacientes con Lesiones Medulares.

El presente trabajo de investigación revela por psicometría (Escala de Trauma de Davison y Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg) la presencia de Ansiedad, Depresión, Stress Postraumático y los factores predisponentes presentes que vuelven vulnerables a los pacientes con Lesión Medular a obtener un mejor o peor pronóstico en el proceso de rehabilitación integral que reciben como consecuencia de una secuela a la que han sido expuestos.

Considerando la importancia del tratamiento multidisciplinario; sea a su vez de beneficio para promover el tratamiento efectivo, que identifique riesgos y permita hacer el proceso de intervención temprana, con el fin de evitar una mayor discapacidad a través de la prevención como parte del complemento en el tratamiento biopsicosocial. (3)

II. ANTECEDENTES

Desde papiros egipcios se tiene referencia de las descripciones de las consecuencias de las lesiones medulares, que fueron estudiadas por Hipócrates en animales, que en la Segunda Guerra Mundial, por aportes del Médico Inglés Sir Ludwig Gutmann se cambió la actitud terapéutica hacia los pacientes que sufrían las mismas.

Se han realizado estudios de los cuales se ha objetado las consecuencias biológicas, sociales y psicológicas ya de que debido a la magnitud de las lesiones los pacientes pueden perder su dependencia, lo cual puede tener un importante impacto en la economía, sobre todo si son personas económicamente activas. (1,2,)

Luego de varias décadas de descripciones; se considera al estrés como un mecanismo fisiológico de homeostasis. En este mecanismo se producen diferentes niveles de respuestas, que presentan imbricadas interconexiones, permitiendo la acomodación biológica ante un estímulo (que puede ser físico o psicológico, real o imaginario, interno o externo). Cannon plantea que si la respuesta al estrés es de predominio hormonal, da lugar a una serie de ajustes a corto plazo (stress agudo) o largo plazo (stress crónico) del sistema vascular inmunitario y somatosensorial, mismo que permite que el organismo alcance los niveles de adaptación necesarios. Por otro lado, en los procesos donde no se logra la mencionada homeostasis, se desarrolla una adaptación patológica, conocida como DIESTRESS. Cada vez que percibimos una situación que es amenazante se desarrollan respuestas conductuales y fisiológicas a distintos niveles. (15)

La adaptación requiere de la movilización de energías físicas, psicológicas, razón por la cual cada ser humano responderá de forma individual haciendo uso de sus propias experiencias, medios, recursos, creatividad para mantener el equilibrio y así disminuir la tensión.(4)

Cada proceso de adaptación es individual e irrepetible; debido a que la misma característica la posee la personalidad, misma que se convierte en un modulador de las respuestas al estrés psicológico, lo que se entiende como la respuesta a la tensión que originan en el individuo los desajustes entre sus necesidades y las demandas del entorno. Diferentes estudios de experimentación en animales, apoyan la hipótesis de que el cerebro

es capaz de categorizar los estresantes y de utilizar respuestas por vías neuronales de acuerdo con la categoría que este mismo le asigna a cada estresante. (2) De forma regular distingue por lo menos dos categorías estresantes: Las físicas y las psicológicas, a los cuales responde de forma diferente, dependiendo los cambios en los núcleos neuronales.

CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA

La lesión medular (LM) se puede definir como todo proceso patológico, de cualquier etiología, que afecta a la médula espinal y puede originar alteraciones de la función motora, sensitiva y autónoma. La etiología de las lesiones medulares puede ser de origen congénito, traumático o de causa médica.

Los efectos inmediatos de una LM completa incluyen la pérdida de movimiento y sensibilidad por debajo del nivel de la lesión. Además, se puede producir shock neurogénico con hipotensión y bradicardia (generalmente en lesiones por encima del nivel neurológico T6), parálisis flácida de vejiga e intestino con retención urinaria e íleo paralítico, y afectación de todos los sistemas del organismo por debajo del nivel de lesión. También se produce, en su fase inicial, lo que denominamos shock espinal, caracterizado por pérdida de la actividad refleja y flaccidez infra lesional; este periodo suele durar días o semanas. Una vez superada esta fase aparecerá la espasticidad. Las lesiones medulares de origen traumático son las más frecuentes, representan aproximadamente el 80% de los pacientes que ingresan en una Unidad de Lesionados Medulares. La incidencia varía de unos países a otros y entre diferentes regiones. Así, en Estados Unidos la incidencia es más alta que en el resto del mundo, aproximadamente 40 casos/millón; con una prevalencia de 250.000 en el año 2004 (4)

En nuestro medio las causas más frecuentes son los accidentes secundarios a la violencia social de los cuales los traumas por herida por proyectil de arma de fuego (38 %) , accidentes comunes (27%), accidentes laborales (7%), enfermedad (5%) y otras. Son más comunes en jóvenes, con edades entre 20 y 50 años, con un segundo pico a los 60-65 años. Afectan predominantemente al sexo masculino en todas las edades. En cuanto al nivel de lesión y grado de afectación neurológica las lesiones cervicales y las lesiones incompletas son más frecuentes. (8, 11) No es de sorprenderse que algunas de las condiciones médicas que son las mas poco comprendidas sean las de mas difícil tratamiento con exitoso. Las causas como dolor de espalda baja, cefaleas crónicas, trastorno de estrés

postraumático, trauma cerrado de cráneo, fibromialgia, depresión y ansiedad siguen siendo muy obscuras en la mayoría de los casos. Las lesiones y el daño que suelen ser definidos en el modelo biomédico tiene un mejor manejo con el complejo Biopsicosocial. Identificación del daño y la discapacidad temprano se han reconocido de una manera efusiva como el tratamiento efectivo. (5)

COMPLICACIONES MÉDICAS DE LA LESIÓN MEDULAR

Respiratorias

Las complicaciones respiratorias son la principal causa de muerte en la fase aguda de una lesión medular traumática. La pérdida de capacidad inspiratoria y de producción de una tos efectiva origina hipo ventilación, atelectasia y manejo inadecuado de secreciones. Los pacientes con niveles por encima de T12 tienen riesgo de alguna disfunción respiratoria, ésta será mayor cuanto más alto sea el nivel neurológico

Las complicaciones respiratorias más importantes durante la hospitalización inicial son atelectasia, neumonía, fallo respiratorio y embolismo pulmonar. Otras como neumotórax, hemotórax, contusión pulmonar, son frecuentes como lesiones asociadas, especialmente en lesiones torácicas. La prevención de complicaciones incluye: fisioterapia respiratoria, drenaje postural, métodos de tos asistida (presión manual aplicada sobre el abdomen, insuflación de presión positiva y estimulación eléctrica de musculatura abdominal), respiración glossofaríngea, incentivador y ejercicios resistidos de musculatura respiratoria, faja abdominal, posicionamiento del paciente en decúbito (la capacidad vital disminuye en sedestación). También puede ser necesario usar técnicas de ventilación mecánica no invasiva y en ocasiones broncoscopia para realizar una adecuada limpieza del árbol bronquial y resolver atelectasias. Con frecuencia se utilizan agentes mucolíticos para movilizar, fluidificar las secreciones y broncodilatadores.

Complicaciones autonómicas y cardiovasculares

Como consecuencia directa de la lesión neurológica, debido a la descentralización del sistema nervioso autonómico, se puede producir hipotensión, bradicardia y una vez que se resuelve el shock espinal, disreflexia autonómica. También se pueden producir complicaciones cardiovasculares derivadas de la inmovilización, trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar, y, en la fase crónica, enfermedad isquémica coronaria.

Disrreflexia autonómica

Es un síndrome caracterizado por un aumento reflejo exagerado y brusco en la presión sanguínea, a veces acompañado por bradicardia en respuesta a un estímulo que se origina por debajo del nivel de la lesión. Ocurre generalmente en pacientes con lesiones completas por encima de T6. El mecanismo se relaciona con estímulos nociceptivos por debajo del nivel de la lesión neurológica, que son conducidos por los nervios periféricos hasta la médula espinal, donde estimulan las neuronas simpáticas. Cuando la lesión neurológica está situada por encima de T6, la vasoconstricción afecta al lecho vascular esplácnico, el cual posee una importante cantidad de sangre capaz de provocar un aumento brusco de la presión arterial. La hipertensión arterial es detectada por los barorreceptores del seno carotideo y cayado aórtico, lo que desencadenará dos respuestas para intentar normalizar la presión sanguínea. El primer mecanismo es la estimulación parasimpática, que por medio del nervio vago provoca una bradicardia, incapaz de compensar una vasoconstricción severa. El segundo mecanismo es un aumento de los impulsos descendentes inhibitorios del simpático, que procedentes del tronco cerebral tratarán de revertir la vasoconstricción esplácnica, pero son bloqueados por la lesión neurológica. Así, nos encontramos con una hiperestimulación simpática por debajo de la lesión, y una hiperestimulación parasimpática por encima de la lesión, que serán las responsables de los signos y síntomas. Esta cascada de reacciones precisa de la eliminación del estímulo aferente nociceptivo para poder detenerse.

Aunque cualquier estímulo nociceptivo infralesional puede desencadenarla, el más frecuente es la distensión vesical o intestinal. Otros incluyen: infecciones urinarias, uñas encarnadas, úlceras, osificaciones heterotópicas, instrumentaciones urológicas, relaciones sexuales y otras.

Hipotensión ortostática

Es una disminución brusca de la tensión arterial al pasar de la posición de decúbito supino a la de sedestación. Los síntomas son mareo, vértigo, náuseas, e incluso síncope. Ocurre con mayor frecuencia en lesiones altas. La causa es el acúmulo de sangre en el sistema venoso de miembros inferiores y vasos del lecho esplácnico después de cambios posturales. El tratamiento incluye medidas físicas, como cambios posturales repetidos sobre un plano inclinado o una silla con respaldo reclinable, uso de medias elásticas en miembros

inferiores y faja abdominal para limitar el acumulo de sangre en esos territorios, y uso de estimulación eléctrica funcional. En caso de persistencia, se pueden usar fármacos con acción. También mineralocorticoides que producen retención de sodio y líquidos en el túbulo distal renal.

Alteraciones de la termorregulación

En los pacientes con lesión medular por encima de T6 se produce una alteración de la termorregulación como resultado de la interrupción de las vías eferentes, lo que origina una incapacidad del hipotálamo para regular los cambios de temperatura. Los lesionados medulares son parcialmente poiquiloterms, tienen dificultad para mantener la temperatura corporal normal en respuesta a los cambios de temperatura ambiental.

Enfermedad tromboembólica

La incidencia de enfermedad tromboembólica en la LM es alta, dependiendo de la severidad de la lesión, la edad y los métodos de diagnóstico utilizados las cifras pueden variar del 7% al 100%. Esta incidencia alta de trombosis venosa y embolismo pulmonar se relaciona con la estasis venosa más la hipercoagulabilidad, ambas relacionadas con la lesión neurológica aguda. Para la sospecha diagnóstica es importante el examen físico regular de los miembros inferiores; el diagnóstico de confirmación se realiza por flebografía; también son útiles el ultrasonido Doppler y la pletismografía.

La profilaxis incluye medidas físicas (medias elásticas, dispositivos de compresión neumática o estimulación eléctrica) y heparinas de bajo peso molecular. La profilaxis debe mantenerse al menos 8-12 semanas. Los filtros de vena cava se usan en los casos que falla la profilaxis anticoagulante o si existe contraindicación para anticoagulación.

Complicaciones gastrointestinales

Pueden producirse tanto en la fase aguda como en la crónica. Ha de tenerse en cuenta que los síntomas abdominales típicos (dolor espontáneo o a la palpación, defensa abdominal,..) pueden no estar presentes en los lesionados medulares y la valoración depende de otros hallazgos como espasticidad abdominal, distensión, vómitos y fiebre.

Tras una lesión medular aguda, debido al shock espinal, generalmente se instaura un íleo paralítico, en muchos casos con distensión abdominal y gastroparesia asociadas, que se

resuelve casi siempre en la primera semana. Generalmente es necesario la descompresión gástrica mediante sonda nasogástrica y en muchos casos el uso de metoclopramida o neostigmina para estimular el peristaltismo; también se debe instaurar nutrición parenteral si el íleo se prolonga más de tres o cuatro días.

Asimismo, se recomienda profilaxis antiulcerosa por el mayor riesgo que tienen estos pacientes en la fase aguda para desarrollar úlcera péptica. Otras complicaciones características de la fase crónica son hemorroides, colelitiasis, pancreatitis o cáncer colorrectal.

Complicaciones urológicas

Son la causa fundamental de morbi-mortalidad en los pacientes con lesión medular.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son la complicación más habitual de la LM, así como la causa más frecuente de fiebre. Los factores de riesgo predisponentes incluyen sobre distensión vesical, vaciamiento vesical incompleto, presiones vesicales elevadas, reflujo vésico-ureteral, litiasis, obstrucción del tracto de salida e instrumentación vesical. Los signos y síntomas asociados con frecuencia incluyen cambios en las características físicas de la orina (coloración, olor, cantidad de sedimento, hematuria), en el comportamiento vesical (pérdidas, poliaquiuria), en la espasticidad, y aparición de crisis de disrreflexia. Cuando la infección afecta al tracto superior, suele existir también fiebre, escalofríos, y leucocitosis, acompañados de malestar general. El diagnóstico de ITU en estos pacientes se basa en la combinación de estos síntomas y signos, piuria y bacteriuria significativas (>100.000 UFC/ml). Como complicaciones de la ITU se pueden producir orquiepididimitis, prostatitis, bacteriemia y sepsis. Otras complicaciones urológicas destacables son la litiasis urinaria, complicaciones uretrales (falsas vías, abscesos, fístulas, estenosis), reflujo vésico-ureteral, ureterohidronefrosis, y en fases tardías de la lesión, insuficiencia renal y cáncer vesical. (8)

OTRAS COMPLICACIONES

Osificación heterotópica

Es la formación ósea en los tejidos blandos periarticulares. Generalmente se produce en los 6 primeros meses tras la LM y en las articulaciones por debajo del nivel neurológico, siendo su localización más frecuente las caderas, rodillas y hombros. La sintomatología

consiste en limitación del recorrido articular, tumefacción, aumento de temperatura local, dolor, febrícula y aumento de espasticidad.

Úlceras por presión

Se producen sobre una zona de presión, generalmente una prominencia ósea, que origina isquemia, muerte celular y necrosis tisular. La localización más frecuente es en sacro, tuberosidad isquiática, talón y trocánter. Se clasifican en cuatro estadios. I.-eritema que no se resuelve en 30 minutos, epidermis intacta; II.-pérdida parcial de piel que afecta a la epidermis, puede aparecer como ampollas, abrasión o como herida poco profunda; III.-destrucción de todo el espesor de la dermis afectando al tejido celular subcutáneo, pero no a la fascia, se presenta como un cráter profundo; IV.-afectación de la piel en todo su espesor, con destrucción de tejidos profundos hasta fascia, músculo, hueso, articulaciones; se puede asociar con trayectos fistulosos. La prevención es el factor más importante en el tratamiento e incluye educación del paciente y cuidadores en la inspección y cuidados de la piel, cambios posturales frecuentes en cama, pulsiones en la silla, y prescripción de cojines antiescaras y asientos individualizados, además de nutrición adecuada. El tratamiento consiste en primer lugar, evitar la presión sobre la zona ulcerada; limpieza; desbridamiento químico, manual y/o quirúrgico. El tratamiento quirúrgico suele ser necesario en los estadios III y IV.

SEXUALIDAD Y MATERNIDAD EN LESION MEDULAR

En el pasado se suponía que las personas con lesión medular no eran capaces de tener relaciones sexuales, ni estaban interesadas en ello. Hoy en día sabemos que no es verdad. Progresivamente se va aceptando que la sexualidad, el matrimonio y la capacidad de ser fértiles, pueden ser parte de la vida de cualquier persona con lesión medular.

La extensa bibliografía sobre sexualidad y fertilidad de las personas con LM, describe y aborda las posibles alteraciones y disfunciones que presentan los varones. Son pocos los estudios sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad física en general, y menos los específicos sobre mujeres con lesión medular. Algunas de las razones que pueden explicar este déficit son que representan un pequeño porcentaje del colectivo, o que no presentan alteraciones fisiológicas importantes que les impidan poder mantener relaciones sexuales y

tener hijos. No obstante, las consecuencias de una lesión medular hacen que la mujer viva la sexualidad de forma diferente.

Importancia de la sexualidad

La sexualidad es algo inherente al ser humano puesto que nacemos con la necesidad primaria de contacto corporal placentero. Todo ser humano es un “ser sexuado”. En este sentido, debemos dar importancia a la actividad afectiva y sexual.

Entonces, ¿no debería ser éste un aspecto importante en el proceso de rehabilitación de las personas con lesión medular? La mayoría de la población con lesión medular se encuentra en el tramo de edad joven-adulta, cobrando el tema de las relaciones sexuales un especial interés. Aunque son más los hombres con lesión medular que las mujeres, más o menos cuatro hombres por cada mujer, y las disfunciones de éstos sean más importantes que los posibles problemas de ellas, creemos que es de suma importancia tratar por separado los aspectos que cambian en la sexualidad y maternidad de la mujer.

La sexualidad de las personas con discapacidad ha sido tradicionalmente un tema tabú, oculto, del que poco se sabe. Es más, las mismas personas con discapacidad a veces desconocen su potencial sexual y puede que por esta razón no le presten importancia o aparten esta faceta de sus vidas. En contra de los mitos y falsas creencias que puedan dar a entender que las mujeres con discapacidad son asexuales, está la realidad de que pueden tener las mismas necesidades y deseos sexuales que aquellas sin discapacidad; no son asexuales.

Cuando alguien adquiere una lesión medular, las preocupaciones sexuales son parte de una amplia gama de otras inquietudes como son su salud, aspectos económicos, familiares, laborales, etc. De ahí que el tema de la sexualidad sea un punto relevante dentro del proceso de rehabilitación integral y que también sea necesaria la creación de programas de reeducación sexual, para que estas personas aprendan a admitir y a convivir con su “nuevo modelo de sexualidad”.

REHABILITACIÓN DE LA LESIÓN MEDULAR

Debe comenzar lo antes posible. En la fase aguda el objetivo de la rehabilitación es prevenir complicaciones. Los apartados más importantes en la fase aguda son el manejo

respiratorio, vesical, intestinal, profilaxis de la enfermedad tromboembólica y úlcera gástrica, y el tratamiento postural adecuado en cama con cambios posturales cada 3 horas para evitar úlceras por presión. Una vez que la columna esté estabilizada se iniciará tratamiento rehabilitador mediante cinesiterapia, incluyendo movilizaciones activas de todas las articulaciones por encima del nivel de lesión para evitar la atrofia por desuso y pasivas de las infralesionales para mantener el trefismo muscular y mantener recorridos articulares. Además, en pacientes con tetraplejia se realiza tratamiento preventivo con férulas de reposo o férulas funcionales con el objetivo de evitar contracturas, mantener una posición funcional y favorecer la tenodesis.

Durante la fase de sedestación, ésta ha de realizarse de forma progresiva para prevenir las reacciones neurovegetativas secundarias a la lesión medular y enseñando al paciente profilaxis postural en la silla de ruedas sobre las zonas de presión.

Posteriormente se inicia la fase de tratamiento rehabilitador específico con diferentes actividades terapéuticas: movilizaciones de las articulaciones, potenciación muscular de la musculatura supra lesional y también de la infralesional en lesiones incompletas, ejercicios de equilibrio y volteos en colchoneta, entrenamiento de la bipedestación y marcha en aquellos pacientes candidatos, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, transferencias y manejo de silla de ruedas. Además, también se realizará valoración y prescripción de ayudas técnicas según la capacidad y requerimiento funcionales de cada paciente y se darán las recomendaciones oportunas para accesibilidad en el domicilio.

Bipedestación y marcha

La bipedestación después de una lesión medular puede realizarse en plano inclinado, en aparatos o en sillas de bipedestación. El plano inclinado se usa en las fases precoces de la rehabilitación para prevenir la hipotensión ortostática. Aunque los beneficios de la bipedestación son discutibles, pueden incluir la disminución de la espasticidad, prevención de úlceras, efectos sobre la vejiga e intestino y retraso de la pérdida de masa ósea. Quizá su principal beneficio es el psicológico, mejorando la autoestima.

Aunque la marcha tiene beneficios fisiológicos, similares a los de la bipedestación, también presenta inconvenientes importantes como consumo de energía elevado con velocidad de marcha reducida y sobrecarga de miembros superiores que predispone a lesiones en

hombros, codos y muñecas. Existen una serie de factores que dificultan la capacidad para realizar marcha, como la edad, el sobrepeso, espasticidad y la falta de motivación; por ello han de tenerse en cuenta a la hora de indicar el entrenamiento. Para la realización de la marcha existen una serie de ortesis que serán utilizadas en función del nivel neurológico del paciente.

Programa de manejo intestinal

El objetivo de la reeducación intestinal es la evacuación completa del intestino de una forma programada y en un período corto de tiempo, para evitar la incontinencia. Se ha de tener en cuenta factores como el nivel y extensión de la lesión neurológica, hábitos intestinales previos, estilo de vida y necesidad o disponibilidad de un cuidador. El programa de reeducación intestinal debe iniciarse en la fase aguda, de modo que se eviten complicaciones habituales como distensión, obstrucción, impactación o diarrea.

En las lesiones de motoneurona inferior (cono y cola de caballo) habitualmente presentan un intestino arrefléxico, que se caracteriza por un recto flácido con ausencia de la actividad refleja y pérdida de la continencia. Por ello, suelen necesitar extracción manual de heces y en ocasiones, laxantes emolientes e incrementadores del bolo intestinal para ayudar a la extracción. Las lesiones de motoneurona superior presentan actividad intestinal refleja. La evacuación intestinal se produce por actividad rectal refleja en respuesta a una estimulación rectal con un supositorio irritante de contacto o con estimulación digital (realizada con lubricante, durante 15-20 segundos y repetida cada 10 minutos hasta que se produzca el resultado). Inicialmente también son necesarios laxantes por vía oral.

En los pacientes con ineficacia del programa de evacuación se puede optar por enemas de continencia con catéter (retrógrado o anterógrado) o una colostomía. Ésta, se reserva como tratamiento adjunto temporal en de úlceras de presión, y también para de casos de severa constipación con fallo de un programa intestinal adecuado.

Programa de manejo vesical

Durante el periodo agudo de la lesión el paciente con frecuencia presenta inestabilidad hemodinámica y precisa grandes aportes de fluidos parenterales, requiriendo monitorización. Durante esta fase el método de elección para el vaciado vesical es la sonda vesical permanente, que permite: realizar el vaciado de la vejiga, monitorizar la diuresis y vigilar

signos de alarma, como hematuria. Deben utilizarse sistemas de colección urinaria de circuito cerrado y se realizarán cambios periódicos de la sonda. Además, debido a la falta de sensibilidad infralesional, la sonda vesical debe colocarse en posiciones adecuadas: fijada al abdomen en hombres, para evitar la aparición de fístulas penoescrotales debido a la formación de una úlcera de presión en la uretra, y al muslo en la mujer para evitar ulceraciones a nivel genital.

Tan pronto como la estabilidad hemodinámica del paciente lo permita y el aporte de fluidos por vía parenteral pueda ser retirado, se inicia el vaciamiento vesical mediante la cateterización intermitente, puesto que es el método que está asociado con menor número de complicaciones.

Los objetivos son crear un reservorio de adecuada capacidad y baja presión, lograr un vaciado de la vejiga sin residuo, manteniendo presiones bajas y minimizar las complicaciones del tracto urinario, además de mejorar la calidad de vida del paciente.

Niveles Funcionales

Los factores más importantes en la determinación del resultado funcional son el grado de discapacidad ASIA y el nivel motor. El resultado funcional ideal no siempre puede conseguirse en todos los pacientes, debido a que hay una gran variabilidad en los resultados individuales a pesar de niveles de lesión similares. El nivel funcional depende de la edad del paciente y otras condiciones coexistentes como obesidad, deterioro cognitivo, lesiones asociadas, motivación, apoyo socio familiar y otros. Además, las complicaciones que se pueden desarrollar como espasticidad, dolor, contracturas, depresión y otras enfermedades psiquiátricas pueden también interferir con el logro de los objetivos esperados. Un factor fundamental en los resultados funcionales es el enfoque interdisciplinario del equipo de rehabilitación, en el que múltiples profesionales trabajan con el paciente y su familia con el objetivo común de obtener el máximo potencial funcional del paciente.

PRONÓSTICO

En el pronóstico de la lesión medular traumática el factor más relevante es la valoración neurológica según la clasificación ASIA. El examen neurológico que sirve como base para predecir la evolución neurológica es el realizado a las 72 horas de la lesión. Esta exploración

inicial sirve como base no sólo para establecer el pronóstico, sino también para detectar deterioro en el estado neurológico del paciente.

Recuperación global: En los pacientes con lesiones medulares incompletas el 50%-66% de la recuperación motora en el primer año ocurre en los 2 primeros meses después de la lesión; la recuperación continúa, pero es más lenta después de 3-6 meses; además, se ha comprobado recuperación de la función motora hasta 2 años post-lesión.

Potencial de marcha: Basándonos en la valoración neurológica en la primera semana de evolución, el 90% de pacientes con lesión completa (ASIA A) seguirán completos. De los que se convierten en incompletos, el 3% recuperarán fuerza funcional en miembros inferiores.

En el caso de los pacientes que son inicialmente clasificados como ASIA B, aproximadamente el 50% realizarán marcha si la preservación sensitiva es para el dolor; si la preservación sensitiva es sólo para el tacto realizarán marcha el 10%-30%.

La mayoría de los pacientes con lesión incompleta motora recuperarán la capacidad de marcha. Alrededor del 75% de los individuos con lesiones ASIA C serán “marchadores en la comunidad”. El pronóstico es excelente para aquellos inicialmente clasificados como ASIA D. En lesiones incompletas la edad es un factor pronóstico muy importante, siendo el pronóstico funcional peor en los mayores de 50 años.

Tabla 1: Escala de discapacidad ASIA

A=Completa	Ausencia de función motora y sensitiva que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5
B=Incompleta	Preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión, que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5 y con ausencia de función motora
C=Incompleta	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico, y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular menor de 3
D=Incompleta	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico,

	y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular de 3 o más.
E=normal	Las funciones sensitiva y motora son normales

Recuperación de la zona de lesión

Con frecuencia los pacientes con lesión cervical completa recuperan un nivel funcional en la zona proximal de la lesión (recuperación de la raíz). Los estudios se han centrado en la recuperación de los músculos con un balance muscular menor de 3 localizados por debajo del nivel lesional. De los músculos infralesionales con algún balance muscular inicial (grados 1 ó 2) el 90% recuperarán fuerza contra gravedad al año; aquellos con balance muscular inicial grado 0, alcanzarán fuerza contra gravedad el 45% al año y el 64% a los 2 años.

PROBLEMAS PSICOLOGICOS DEL LESIONADO MEDULAR

No existe una personalidad o formas de reaccionar únicas del lesionado medular. Es decir; cada individuo reaccionará a su lesión según su personalidad, la cual está en función de su infancia, herencia y medio que le rodea. La lesión rompe el tipo de vida, equilibrio y proyectos que el individuo había establecido, surgiendo la creencia de que la vida, tal como se conoce, no se puede continuar y esto genera tristeza y pensamientos de que es mejor morir a estar en esta situación. Las primeras reacciones emocionales son: ansiedad, angustia y miedo, siendo estas reacciones psicológicas normales y esperadas, frente a cualquier lesión grave que implique secuelas.

La persona no tiene expectativas de futuro, no sabe que va a hacer de su vida, y tiene miedo a perder a la persona amada, a que no le amen, a la pérdida de aprobación por parte de los demás, a perder el trabajo, la autoestima, sentimientos de no valer para nada, de no poder realizar ninguna de las actividades que antes realizaba, sintiéndose desvalorizado ante él mismo y ante los que le rodean. (4,7)

Otro problema muy importante es la dependencia de otra persona (fundamentalmente en el tetrapléjico) para las actividades de la vida diaria: actividades como el aseo, vestido, trabajos, entre otras, necesitando a ésta tanto física como psicológicamente, lo cual le hace

sentirse como un niño, que no puede hacer casi nada solo, perdiendo su intimidad e independencia.

Todas estas reacciones de los demás provocan en el lesionado sentimientos de baja estima, inseguridad, ánimo decaído, injusticia, discriminación, desesperanza, desinterés, cobardía, miedo, que le llevan a aislarse de la sociedad e incluso de su entorno. La depresión aparecerá tarde o temprano, ya que sus pérdidas son reales y permanentes variando de intensidad, desde la tristeza hasta las formas más graves que incluyen ideas o intentos de suicidio. (5)

ETAPAS PSICOLÓGICAS.

Es útil enfocar la rehabilitación psicológica como un proceso dentro del contexto de la adaptación a una pérdida; si bien hay que tener muy en cuenta que cada paciente es un caso único por sí mismo, luchando a su manera para recobrar su perdido equilibrio.

Este proceso consta de varias etapas:

1ª) Etapa de Shock Psicológico:

Después del accidente; pasa un tiempo en el cual el individuo no es consciente de lo que ocurre a su alrededor. El paciente se centra en la pérdida de la movilidad y la sensibilidad en algunas zonas de su cuerpo y en el temor a que el dolor persista. La falta de información sobre lo que pasa, también le asustará. Muchas veces se presenta una desconexión con la realidad que puede llevar a una desorientación tanto en el tiempo como en el espacio. Lo más destacado es la pérdida de intereses por parte del paciente, siendo la preocupación del estado orgánico lo que predomina, acompañado de una gran demanda afectiva, con petición reiterada de ver o estar con la familia.

2ª) Etapa de negación:

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

3ª) Etapa de protesta:

El paciente presenta una captación parcial de la realidad, poca tolerancia, sentimiento de injusticia y no colaboración con el tratamiento, ya que deja en manos de los médicos su curación. Un peligro importante durante esta etapa consiste en que la cólera continuada puede alejar al paciente tanto del personal médico como de la familia, en el momento en que más ayuda necesita. Es necesaria una gran comprensión y sensibilidad en esta etapa. El problema principal está en que el paciente quede permanentemente clasificado como colérico, hostil, contrariante y no cooperativo, lo cual puede provocar una disminución en la calidad de los cuidados y la incapacidad por parte del personal médico para reconocer en el paciente una posterior evolución favorable en su carácter, comportamiento y motivación para la rehabilitación.

4ª) Intento adaptativo:

Pasada la etapa de protesta, el paciente intenta conseguir una adaptación generalmente manifestada por un exceso de interés en la rehabilitación física, dando una valoración casi podríamos decir obsesiva al gimnasio, tomando el resto de la rehabilitación un papel muy secundario. Dado que generalmente las expectativas de recuperación no son muy ajustadas a la realidad en el tiempo de conseguirlas o en el grado de recuperación, esto lleva a tres posibles evoluciones. Estas dos primeras supondrían un fracaso del intento adaptativo:

a) Vuelta a la etapa de protesta o agresividad.

b) Paso a la etapa depresiva.

c) Etapa adaptativa no pasando por la etapa depresiva. Esta última significaría un éxito del intento.

5ª) Etapa depresiva:

Esta etapa se caracteriza por la captación subjetiva de la realidad; con una tendencia al pesimismo, sin que el paciente vea salida. En esta etapa el paciente necesita más apoyo por parte del médico y del personal que le atiende; al igual que de su familia y amigos. En cierto momento del proceso de rehabilitación se debe de esperar la presencia de dicha depresión, cuyos síntomas podrían ser: pérdida del apetito, insomnio, pérdida del interés en actividades de ocio o placer, pérdida de energía y fatiga, sentimientos de culpa, reproche o

no valer la pena nada, disminución de la concentración, indecisión, incoherencia, pensamientos recurrentes de muerte, ideas de suicidio o intentos suicidas.

La ausencia de algún síntoma de depresión en un individuo cuya limitación es reciente, sugiere que psicológicamente existe un fallo. Si la depresión es estrictamente reactiva (Resultante de una limitación) se puede esperar que desaparezca con el tiempo y la comprensión. La depresión en este tipo de pacientes cuya limitación es reciente es natural y legítima, puesto que la persona ha sufrido una pérdida muy real y permanente.

Los sentimientos depresivos abarcan diferentes grados pudiendo llegar a la expresión de ideas de suicidio. Por otra parte, no siempre la expresión de la depresión es verbal, sino que a veces se manifiesta a través de síntomas orgánicos psicósomáticos.

La depresión le llevará a:

- No valorarse a sí mismo
- No colaborar con la rehabilitación
- No tener expectativa de futuro

6ª) Etapa de identificación:

Se asume la limitación física empezando a vivir de forma positiva su realidad; desarrollando sus propias potencialidades y buscando soluciones a problemas concretos. Estas etapas se suceden dentro de un proceso; el cual no siempre se concluye, llevando a quedar el paciente fijado en cualquiera de ellas o bien regresar a etapas anteriores que ya habían sido superadas. Hay que señalar también que existe un paralelismo evolutivo de estas etapas en los familiares, aunque suele existir un desfase en el tiempo con la etapa en que se encuentra el paciente. Esto es debido a la mayor rapidez del proceso en la familia, por conocimiento de la lesión y de la perspectiva de la evolución o pronóstico de la misma. El conocimiento de estas etapas es imprescindible para todas las personas que traten de alguna manera con este tipo de pacientes, a fin de comprenderlo mejor y facilitar su relación con él.

La evaluación de los fenómenos psicológicos que inciden en el paciente lesionado medular se vuelve relevante cuando se plantea el momento del alta tras el ingreso hospitalario lo cual determina la aparición de una nueva condición personal (la discapacidad), que obliga al individuo a la realización de importantes cambios o

desplazamientos en los diversos papeles y actividades que desarrollaban hasta el momento de la lesión medular en el ámbito familiar, laboral y social. Antes del alta hospitalaria se deben cumplimentar los siguientes objetivos: autonomía completa o asistida, ajuste esfinteriano y sexual, ajuste psicológico, previsión de utilización de recursos médicos y sociales. (18)

Un artículo publicado en el Spinal Cord (Mayo 2003), evaluó la prevalencia del desorden stress post-traumático y el distress emocional en personas con lesión medular reciente, se analizaron 69 pacientes con paraplejia y tetraplejia atendidos en 2 Centros de Rehabilitación de Dinamarca, los cuales fueron sometidos al Cuestionario de Desorden Stress Post-traumático y Distress emocional.

La prevaecía del Desorden Stress Postraumático fue de un 20 % y se asociaba a depresión y otros síntomas del distress emocional. Otro trabajo sobre Evaluación del Distress Postraumático en los primeros 6 meses después de la lesión medular, estudió 85 pacientes con una edad promedio de 32.6 años, 17 mujeres, 70% con lesión completa, 40% paraplejia, 60% tetraplejia, entre las 6-24 semanas después de la lesión, reflejó que el distress relacionado con el trauma fue significativamente elevado en pacientes femeninas asociado a niveles altos de ansiedad y depresión.

Se analizó el tratamiento de la depresión mayor en individuos con lesión medular espinal durante 6 meses combinando psicoterapia y medicación antidepressiva, reflejando que el grupo tratado redujo en un 57 % los síntomas depresivos; al finalizar los 6 meses el 30 % de los participantes no tenía depresión, 42% tenían una depresión menor y 29 % mantenían una depresión mayor; pero a un grado menor.

REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL

El objetivo de la rehabilitación es conseguir integrar a esa persona discapacitada a la sociedad; sin el trabajo y esfuerzo de dejar a esa persona en las mejores condiciones físicas y psíquicas estaría incompleto. La rehabilitación psicosocial de la persona con lesión medular debe considerar la reintegración del individuo a su comunidad como un sujeto activo, independiente y productivo, la accesibilidad física a la vivienda y al puesto de trabajo.

Los problemas principales con los que se encuentra una persona para conseguir la integración son:

- Falta de información por parte de la sociedad, de aquello que puede y no puede hacer.
- Las barreras arquitectónicas que influyen en su integración a todos los niveles.
- Tiene problemas para acceder a la educación.
- La incorporación al trabajo es difícil.
- Su poder adquisitivo disminuye ya que aumentan sus gastos y disminuyen sus ingresos.

Barreras arquitectónicas

Entendemos por barrera arquitectónica cualquier traba, obstáculo o impedimento que dificulte o impida al minusválido realizar su vida cotidiana, limitando con ello sus posibilidades laborales, culturales, sociales y deportivas, entre otras. Evidentemente las barreras arquitectónicas fomentarán el aislamiento, la dependencia y la persona limitará sus salidas para no tener que estar pidiendo constantemente ayuda.

Vivienda

El primer problema que se encuentra el lesionado medular cuando le dan el alta es su vivienda por estar ésta llena de obstáculos para su nueva situación. Se percibe un elevado número de barreras tanto en el domicilio como en el entorno, que sugieren estudios más individualizados, por su repercusión e influencia en la reinserción social.

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

Educación

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

Trabajo

El trabajo y la independencia económica son esenciales para que las personas tengan un sentimiento de suficiencia personal, de dignidad, de autoestima y para sentirse uno mismo, como miembro valioso tanto de la familia como de la sociedad. En algunos casos, las secuelas físicas de la lesión impiden el retorno al anterior puesto de trabajo obligando a la persona a cambiar de profesión e incluso a veces no poder trabajar. Encontrar un puesto de trabajo en esta situación, se hace poco menos que imposible, ya que las empresas, consideran que estar sentado en una silla de ruedas, es sinónimo de incapacidad, no dándole al lesionado medular, ni siquiera la oportunidad de demostrar su valía. El problema fundamental es la desinformación por parte de la sociedad, de cuales son precisamente las limitaciones de este discapacitado, que evidentemente serán distintas, según la lesión pero que en la mayoría de los casos se refieren al entorno físico

Deporte

En cuanto al deporte, es importante desde 3 puntos de vista

- Físico, el ejercicio físico ayuda a mejorar su aspecto y a mejorar tanto la fuerza como la destreza.
- Psíquico, porque es importante como realización personal sobre todo a nivel de competición.
- Social, porque facilita la socialización, la relación con otras personas, y la posibilidad de hacer nuevas amistades.

Familia

Existen algunas dificultades externas con las que nos enfrentamos a la hora de reinsertar al paciente lesionado medular al empleo como son el proteccionismo familiar excesivo, con aceptación y promoción de la inactividad, este paternalismo limita al individuo aún más que la propia enfermedad y las deficiencias que derivan de ella, haciéndolo un sujeto pasivo y marginado, el cual se tiene que enfrentar a barreras físicas y psicológicas más difíciles de eliminar.

Un aspecto a tener en cuenta es el de las separaciones matrimoniales o de los noviazgos rotos por causa de la lesión medular, por las implicaciones que esto tiene en el estado anímico del paciente y en su posterior desarrollo afectivo. (16,17)

TRASTORNO DE ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción normal en circunstancias amenazadoras y se considera que forma parte de la reacción evolutiva de supervivencia “lucha o huida”. Aunque puede ser normal o incluso adaptativa; hay muchas circunstancias en las que la presencia de ansiedad constituye una mala adaptación y un trastorno psiquiátrico.

La idea de la ansiedad como un trastorno psiquiátrico está evolucionando rápidamente. Se caracteriza por el concepto de síntomas nucleares de miedo y preocupación excesivos en comparación con la depresión mayor; la cual se caracteriza por síntomas nucleares de ánimo deprimido o pérdida de interés.

Los trastornos de ansiedad tienen un considerable solapamiento sintomático con la depresión mayor; particularmente con las alteraciones del sueño, los problemas de concentración, la fatiga y síntomas psicomotores de excitación. Los trastornos de ansiedad además son muy comorbidos, no solo con la depresión mayor sino entre ellos, ya que muchos pacientes tienen con el tiempo un segundo o incluso un tercer trastorno de ansiedad concomitante. (14)

Los trastornos de ansiedad son un grupo relativamente heterogéneo de perturbaciones emocionales que comparten un síntoma principal: la angustia. Los trastornos de ansiedad afectan anualmente al 17% de la población, lo que los ubica entre las enfermedades y motivos de consulta más frecuentes. Pero según algunas estimaciones por cada paciente que consulta hay dos o tres que no lo hace, y que al no recibir tratamiento sufren un deterioro significativo de su calidad de vida. (18)

El trastorno de ansiedad es una condición, común, crónica y debilitante que ocasiona invalidez social y laboral y con frecuencia conduce al alcoholismo y la drogadicción.

Afortunadamente, su tratamiento es exitoso al utilizar psicofármacos y terapias de tipo cognoscitivo y comportamental.

El cuadro clínico a menudo no es reconocido por el médico y los pacientes no reciben tratamiento porque tratan de acostumbrarse a esa manera de ser y a pesar de experimentarla como ego distonía, es decir, que produce sufrimiento, la consideran como parte constitutiva de su propia personalidad siendo imposible para ellos, diferenciar entre ser tímido o padecer un trastorno de ansiedad social.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEP)

El diagnóstico de TEP apareció por primera vez en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en el año 1980. Antes de esta fecha, el cuadro clínico recibió diversos nombres, e incluso se consideraba como una reacción transitoria que no requería un tratamiento intensivo.

Durante muchos años se aceptó que los síntomas se presentaban exclusivamente en el personal de las fuerzas armadas y solamente en las últimas décadas se pudo demostrar que cualquier individuo, que se vulnerable, puede presentar TEP.(1,2)

El Trastorno por Estrés Posttraumático (TEP) se configura como una reacción emocional intensa ante un suceso experimentado como traumático. Una experiencia traumática, como un desastre natural, guerras, accidentes automovilísticos y actos de violencia, puede ser entendida como una discontinuidad súbita y extrema en la vida de una persona.

Su sensación de control sobre sí mismo y sobre el medio ambiente físico, y la creencia de invulnerabilidad son amenazadas en forma dramática. Los acontecimientos traumáticos de este tipo alteran los procesos emocionales, cognitivos y volitivos, incorporando un fundamental quiebre en la experiencia que es difícil de integrar en la conciencia personal.

Para algunas personas las reacciones pueden ser transitorias; en cambio para otras, las consecuencias son a largo plazo. La clasificación de estas consecuencias psicológicas que siguen a un estrés traumático ha cambiado con el tiempo y reflejan la contribución de los factores de vulnerabilidad que se han detectado en la etiología y evolución de la reacción posttraumática. (5, 6,7)

De este modo se plantea que la capacidad de un estresor para producir un TEP está en directa relación con la percepción de amenaza que se tenga de éste. Dicha percepción dependerá del acontecimiento o de las características de la persona.

El hecho que más de la mitad de las personas expuestas a un trauma no desarrolle un TEP a pesar de la experiencia de extremo peligro, pérdida y amenaza, enfatiza que otras variables son necesarias para explicar el inicio del TEP. (4)

El TEP así representaría una anormalidad en la cual muchos mecanismos psicofisiológicos que promueven el enfrentamiento y la adaptación son sobrepasados por un estrés catastrófico. Las personas con TEP tienden a enfrentar el mundo como peligroso y pierden su habilidad para modificar su conducta de modo apropiado en respuesta a las contingencias medioambientales. El factor crítico entonces puede no ser el suceso traumático en sí mismo, sino la capacidad individual para modular la respuesta de estrés y restaurar la homeostasis psicológica y biológica. (7)

El TEP forma parte de los trastornos de ansiedad; es una constelación de síntomas desencadenados por la exposición directa o indirecta a un trauma. Es condición imprescindible que el traumatismo haya puesto en riesgo la vida o integridad propia o de otros y que produjera temor intenso o sensación de parálisis. Las tres dimensiones sintomáticas del trastorno por estrés postraumático son: 1) repeticiones vividas del hecho traumático en la forma de pensamientos intrusivos, percepciones, recuerdos, sueños o pesadillas, que se presentan espontáneamente o en respuesta a la exposición a claves contextuales asociadas al traumatismo, y que se acompañan de intensas reacciones psicológicas y fisiológicas, aislada o combinadas; 2) evitación persistente de los estímulos asociados al trauma; 3) estado de hipervigilancia que se manifiesta a través de dificultad para conciliar el sueño o para concentrarse, irritabilidad y disminución del umbral para experimentar reacciones de miedo o terror .(18)

Según estimaciones de diversos autores, la prevalencia del trastorno por estrés postraumático es sumamente alta en la cultura occidental. Tomando en cuenta los hechos violentos; como violencia doméstica, violencia urbana, los accidentes y los conflictos sociales o bélicos, una proporción importante de la población se ve expuesta a diversos tipos de traumatismos. El trastorno por estrés postraumático se presenta muy frecuentemente en

comorbilidad con otras alteraciones psiquiátricas, principalmente depresión (70%) y trastorno por abuso de sustancias (40-84%).

Si bien la presentación clínica del trastorno por estrés postraumático parece ser independiente de las causas que le dieron origen, la respuesta al tratamiento no lo es. Es importante mencionar que las estrategias terapéuticas tienen una distinta evolución ya que se ha evidenciado mejor respuesta cuando los tratamientos psicofarmacológicos se administraron a civiles víctimas de distintos traumatismos que cuando se administraron a veteranos de guerra. También se observa una evolución distinta de las víctimas de desastres naturales si se las compara con la de aquellos que resultaron víctimas de otro ser humano.

Esta heterogeneidad en la respuesta al tratamiento no debería resultar sorprendente si podemos incluir en el análisis la dimensión subjetiva del trastorno y las redes simbólicas que la experiencia traumática pone en marcha o por el contrario detiene. Por lo tanto el diagnóstico psiquiátrico es aun más marcadamente que en otras patologías, una descripción bidimensional que aunque correcta, resulta evidentemente incompleta.

Resulta muy importante definir los alcances terapéuticos de la psicoterapia, de la farmacoterapia y de la combinación de ambas; y en qué medida el tratamiento del estrés agudo podría ayudar a prevenir el desarrollo de trastorno por estrés postraumático y sus devastadoras consecuencias para la persona y su entorno. (17)

Una vez diagnosticado el TEP, algunos de los factores de vulnerabilidad que se deben considerar y explorar en la historia de un paciente son: a) Historia de traumas previos: éstos podrían indicar una vulnerabilidad fisiológica respecto a los síntomas de activación o una predisposición psicológica al reactivar conflictos previos no resueltos. Los pacientes con TEP refieren con mayor frecuencia historia de abuso físico y/o sexual. b) Género: Investigaciones recientes muestran que tanto hombres como mujeres tienen similar riesgo de desarrollar una reacción emocional de cualquier tipo después de una experiencia traumática; sin embargo, el TEP como cuadro clínico se ha observado como más frecuente en las mujeres en población civil; c) Trastornos psiquiátricos previos: en especial depresión, trastorno de personalidad y abuso de alcohol y drogas; d) Historia familiar de trastornos psiquiátricos: ya sea por la influencia genética, medio ambiental o la combinación de ambos; e) Factor Neurocognitivo: Algunos estudios han establecido que los pacientes con TEP presentan bajo nivel intelectual

y compromiso neurológico (volumen pequeño del hipocampo hasta un 8%). Esto podría comprometer la habilidad del sujeto para adaptarse psicológicamente a una situación altamente estresante; f) La presencia de lesiones físicas como causa del trauma: es poco clara la relación entre éstas y la alteración psicológica, teniendo mayor relevancia el significado personal del accidente o daño como factor predictor y g) Características de los síntomas: se plantea que la presencia de marcadas conductas de evitación o síntomas disociativos son de mal pronóstico. No hay clara evidencia acerca de este punto, existiendo concordancia en que todos los síntomas al inicio del cuadro tienen un valor predictor, y a mayor cantidad e intensidad de éstos, más exacta es la predicción.

Tal vez lo que sí queda claro es que el TEP no es simplemente el resultado de la exposición a un trauma, existiendo variación en la capacidad del estresor en causar este trastorno y en la vulnerabilidad de los individuos para desarrollarlo. Por esto, seguido a un suceso traumático, es importante evaluar en forma precoz la necesidad de una intervención psicológica considerando estos factores de vulnerabilidad en la planificación de cualquier aproximación terapéutica.

Respecto a los enfoques teóricos y terapéuticos que se han desarrollado, es importante la contribución de Janet (1909) quien enfatizó que en las reacciones postraumáticas existía una interacción entre afecto y memoria, y acuñó el concepto de "Fobia al Recuerdo". En este cuadro se impide la integración de la experiencia traumática y se separan los recuerdos de la conciencia. Lo anterior interfiere en el correcto procesamiento de la información y se altera el almacenamiento de ésta en recuerdo narrativo. El proceso de integración es lento y la tendencia a persistir en este procesamiento es llamada "Tendencia a la Completación". Hasta que esto no se logre los recuerdos son almacenados en forma activa tendiendo a representaciones repetidas. Cuando la completación se logra y se estructuran nuevos significados, los recuerdos pasan a integrar la memoria de largo plazo.

Janet plantea que el "Proceso de Disociación" inicial ayuda a tomar distancia del fuerte impacto que ocurre, preservando la identidad del yo; sin embargo, este mismo proceso dilata la necesaria elaboración y puesta en perspectiva del trauma, retardando el inicio de mecanismos por los cuales el sujeto gana control de un importante episodio de su vida.

Siguiendo la perspectiva psicodinámica de Janet M. Horowitz plantea que el TEP es un bloqueo de los procesos cognitivos y afectivos, impidiendo la integración del trauma a

esquemas preexistentes. Esto puede ocurrir si el individuo tiene esquemas conflictivos que fueron nuevamente defendidos al enfrentar el acontecimiento traumático. Además postula que el trauma produce un deterioro del autoconcepto, percibiéndose un yo dañado y extremadamente vulnerable. Por esto la terapia planteada por M. Horowitz tiene como objetivo que la persona recupere la sensación de competencia personal.

Para la aproximación conductista el trauma es un Estímulo Aversivo Incondicionado (EAI) que provoca un incremento en los niveles de ansiedad. Estímulos internos y externos (previamente neutros) al acompañar la ocurrencia del EAI adquieren propiedades aversivas y pasan a ser Estímulos Aversivos Condicionados. El Condicionamiento Instrumental postula que los sujetos harán lo necesario para escapar o evitar la exposición a claves condicionadas. Los principios del Condicionamiento y la Generalización predicen que los sujetos aprenderán a evitar una gran cantidad de claves que provocan recuerdos de la experiencia traumática. La terapia conductual utiliza estrategias que reducen el *arousal* frente a claves traumáticamente condicionadas (descondicionamiento). Algunas técnicas específicas de este enfoque son: desensibilización con exposición graduada a señales (tanto en imaginación como en vivo), inundación, procedimientos de manejo del estrés como la relajación y técnicas de distracción. Finalmente desde un punto de vista cognitivo se plantea que el comportamiento de un individuo está constantemente regulado y dirigido por la teoría que tiene de sí mismo y del mundo. Las distorsiones cognitivas pueden alterar la habilidad del sujeto para evaluar los factores externos y personales (recursos y habilidades). Las creencias más alteradas por una experiencia traumática son la sensación de invulnerabilidad y la sensación de control. En la terapia se busca cambiar la creencia irracional a través de la reestructuración cognitiva que intenta reestablecer estas sensaciones y reconstruir los esquemas cognitivos de sí mismo y del mundo. (18)

DEPRESION

Los estudios clínicos tradicionales basándose en la observación incidental y en expectativas infundadas, comúnmente aceptadas, se plantean la ocurrencia de un episodio depresivo concomitante a la Lesión de Medula Espinal (LME). Ordinariamente pensamos que cuando una persona se enfrenta a un acontecimiento vital de estas características debe pasar inexorablemente por un periodo de depresión o aflicción grave, si no lo evidenciamos, decimos que, posiblemente, lo hará más tarde cuando asimile la "pérdida", por lo que

finalmente el individuo debe adaptarse a la situación y si no es así, creemos que "simula" u obtiene beneficios de sus reacciones y mostramos nuestras actitudes en consecuencia a tales respuestas. La literatura científica tradicional se nutre de estos mitos generalizados; en esta línea, se enmarcan los modelos que conciben la reacción post lesión como una evolución progresiva y uniforme, a través de una serie de etapas o fases psicológicas que van desde la negación inadaptativa a la depresión reactiva, temporal y adaptativa, finalizando, invariablemente, con la adaptación y ajuste del sujeto a la lesión.

En definitiva muchas personas con lesiones medulares si cumplen los criterios de los desórdenes afectivos; pero un episodio depresivo no devienen necesariamente, tras la lesión, como regla generalizada y universal. Las nuevas aportaciones en torno al estrés, "coping" (modos de afrontamiento) y capacidad en la resolución de problemas, así como la reorientación del esfuerzo investigador a la consideración de nuevas variables tales como: redes de apoyo social, sexo, grado de la lesión, tiempo transcurrido tras la lesión, características de la personalidad entre otras, amplían el campo de estudio desde una posición simplista hacia una molar del ajuste psicosocial en los LME.

Como ya hemos visto, al determinar el nivel de ajuste a la lesión, no podemos insistir en adjudicar reacciones uniformes y unilaterales dado que, adscrito al acontecimiento mismo, al individuo y al ámbito social en el que se enmarca, aparecen una serie de variables: rasgos de personalidad, tiempo transcurrido tras la lesión, apoyo social, nivel socioeconómico, "coping", atribuciones causales, que interfieren en tales reacciones. Así, nos encontramos con individuos que experimentan una gran aflicción tras la lesión, otros en los que se puede hablar de depresión y, por el contrario, hay individuos que muestran pocos -si no ningunos- sentimientos de angustia.

Tradicionalmente se ha considerado que la negación es desadaptativa en tanto que la depresión es beneficiosa; la depresión aparece como un prerrequisito para un ajuste satisfactorio; al mismo tiempo, la ausencia de depresión indicaría que no se ha reconocido emocionalmente la pérdida. Sin embargo los resultados, fruto de las investigaciones contemporáneas, establecen una correlación significativa negación versus expectativas internas de control y menos alteraciones psicológicas. Del mismo modo, disponemos de poca evidencia que sugiera que aquellos que inicialmente muestran una aflicción mínima tengan mayor probabilidad de estar significativamente deprimidos algún tiempo después; del mismo modo la "aflicción retardada" no es un fenómeno común. De las asunciones de la

existencia de una patología latente, entre aquellos que no muestran aflicción intensa a continuación de una pérdida, parece que la atención se ha desviado a la identificación de fuerzas como la autoestima. Taylor (1983) propone una teoría sobre la adaptación cognitiva, según la cual, el ajuste a los acontecimientos se encuentra mediatizado por las atribuciones causales que establezca el sujeto, la percepción de control del acontecimiento en particular y el grado de autoestima, que se consigue incrementar atendiendo selectivamente a los aspectos positivos o a los beneficios de la situación, o de recursos de "coping"; Además algunos sujetos pueden tener algo que, de antemano, les habilita para enfrentarse a sus experiencias casi inmediatamente, quizá, una orientación religiosa o filosófica, o un punto de vista acerca de la vida. Elliot, Witty y Herrick señalan una propensión a negociar con la realidad (estrategias cognitivas para mantener creencias positivas acerca de uno mismo bajo condiciones que amenazan al self) como predictor de ajuste, entendiéndose la negación como una estrategia cognitiva exitosa en los primeros momentos tras la lesión cuando el individuo se enfrenta a una situación novedosa con muchas implicaciones negativas y pocas vías para el afrontamiento, siendo las estrategias constructivas de resolución de problemas la respuesta más adaptativa a medida que transcurre el tiempo. En el estudio del efecto de las lesiones medulares espinales en el individuo, debe considerarse la depresión como una variable continua más que una condición patológica presente-ausente.

Los individuos que se ven sorprendidos por tal lesión están sometidos a un estrés continuo y, en ocasiones, vital (operaciones quirúrgicas, infecciones, retrasos en la rehabilitación, incapacidad laboral, barreras arquitectónicas, costes económicos, etc.). Por lo que es absurdo hablar de ellas como un acontecimiento único que plantea una crisis limitada en el tiempo y que requiere solamente una respuesta adaptativa inmediata.

La reacción a una pérdida es idiosincrática, coyuntural, a veces cíclica y depende de una o varias áreas introspectiva, interpersonal, social y otras, no podemos hablar de estresores universales ni por lo tanto de reacciones universales. Los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza la persona para manejar las demandas del medio (afrontamiento), así como el contexto donde tiene lugar, funcionan como reguladores de la emoción. Las formas de afrontamiento centradas en el problema y no en la emoción aparecen más comúnmente cuando el acontecimiento se valora como modificable. En este sentido, es primordial el papel que desempeña la rehabilitación; sin olvidar, que la relación entre emoción-afrontamiento es bidireccional.

Del mismo modo que no podemos considerar a la depresión como una reacción unidireccional aislada, tampoco podemos entender a las LME como un acontecimiento único y atemporal. junto a la pérdida, el sujeto debe también enfrentarse a la destrucción simultánea de las esperanzas y planes futuros, a las posibles alteraciones en la visión del mundo así como superar las limitaciones impuestas por la realidad y conferir menos valor a la importancia simbólica del defecto.

El modelo de depresión de la "desesperanza" propone que inevitablemente se desarrollará un estado depresivo cuando una persona perciba que no dispone de ninguna estrategia para cambiar una situación aversiva personal. Por otra parte, una expectativa generalizada de que los resultados serán positivos (optimismo), parece que permite manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas debido a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social, y el buscar los lados positivos de la experiencia estresante .

En definitiva, los síntomas depresivos pueden quedar modulados por un grupo de variables tales como: los recursos personales y el apoyo social. El estado de salud - los problemas médicos son predictores de peores resultados en la evolución de la depresión, las percepciones de bienestar y control, la visión del personal sanitario como ayuda, los recursos económicos, los contextos interpersonales y los estilos de afrontamiento, serían así mismo importantes. (18).

III. OBJETIVOS

3.1 General

3.1.1 Identificar la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con Diagnóstico de Lesiones Medulares.

3.2 Específicos

3.2.1 Identificar la morbilidad psiquiátrica más frecuente en el módulo de pacientes con Lesiones Medulares.

3.2.2 Determinar por psicometría Ansiedad, Depresión y Trastorno por Stress Postraumático en pacientes del Módulo de Lesiones Medulares.

3.2.3 Señalar los factores riesgo y protectores para el padecimiento de trastornos psiquiátricos en pacientes con Lesiones Medulares.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo de Estudio

Estudio Descriptivo de Corte Transversal.

4.2. Población

Pacientes hospitalizados en el Modulo de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a lo largo del año 2010.

4.3 Selección y Tamaño de la Muestra

La selección se realizo por muestreo aleatorio en pacientes de sexo masculino y femenino con Lesiones Medulares de Tipo Traumático secundarias a accidentes, en base a la proyección anual de pacientes hospitalizados que fue proporcionada por la Jefe del Modulo.

4.4. Unidad de Análisis

La muestra incluyo 19 pacientes en total, 14 de sexo masculino y 5 de sexo femenino que llenaron los criterios de inclusión.

4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

El procedimiento incluyo paciente que se encontraban hospitalizados por una Lesión Medular Traumática secundaria a accidente de ambos sexos, en el rango de edad mayor a 18 años y menor de 65, que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio previa aceptación por escrito del consentimiento informado.

4.6 Variables

En el presente estudio se valoraron siete variables de tipo dependiente como lo son sexo, edad, estado civil, procedencia, escolaridad, profesión y religión.

4.7 Operacionalizacion de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
SEXO	Condición orgánica; masculina o femenina de los animales o plantas.	Condición orgánica; masculina o femenina de los animales o plantas	Nominal.	Cualitativa.
EDAD	Espacio de años que han ocurrido de un tiempo a otro	Espacio de años que han ocurrido de un tiempo a otro	Cuantitativa Discreta	Cuantitativa
ESTADO CIVIL	Situación Jurídica en la que se encuentra una persona frente al estado, la familia y la sociedad. Esto comprende la capacidad de ejercicio de goce y de derecho	Situación Jurídica en la que se encuentra una persona frente al estado, la familia y la sociedad. Esto comprende la capacidad de ejercicio de goce y de derecho	Nominal	Cualitativa
PROCEDENCIA	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	Nominal	Cualitativa
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nominal	Cualitativa
PROFESION	Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución	Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución	Nominal	Cualitativa
RELIGION	Profesión y observancia de la doctrina religiosa	Profesión y observancia de la doctrina religiosa	Nominal	Cualitativa

4.8 Instrumentos de Recolección de Datos

Se incluyo la boleta de recolección de datos con las variables, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, Escala de Trauma de Davison.

4.9 Procedimiento para la Recolección de Datos

Se precedió a la selección de la muestra de los pacientes obtenida por el método demuestreo aleatorio con base en el número de la proyección anual de pacientes hospitalizados en el Modulo de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación,información que se sollicito a la Dra. Carol Mendoza Jefe del Modulo. Para la recolección de la información se utilizaron 3 instrumentos de evaluación entre los que se incluyeron: Consentimiento informado, Boleta de recolección de Datos generales, Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg, Escala de Trauma de Davison (DTS). Luego los datos fueron procesados por medio de la agrupación en tablas para ser analizados y presentados en el informe final.

4.10 Análisis de la Información

Los Datos fueron recolectados por medio de la Boleta establecida donde se procesaron y se asociaron por de agrupación las diferentes variables y de las escalas de Davison y Goldeberg para ser presentados por medio de tablas con sus respectivos porcentajes.

4.11. Procedimientos Éticos de la Investigación

Los Aspectos Éticos de la Investigación incluyeron la aprobación del equipo terapéutico del Módulo de Lesiones Medulares previa presentación del proyecto y la Autorización por escrito de el Director Médico Hospitalario de la Unidad.Se le explico a cada paciente el propósito del estudio, la metodología, los riesgos/beneficios que esto conlleva y luego firmaron el formulario de consentimiento informado dando fe de que su participación era una decisión libre.

V. RESULTADOS

Tabla No. 1
Distribución de Pacientes por edad
Modulo de Lesiones Medulares, Hospital de Rehabilitación del IGSS
Marzo – Septiembre 2010

Fuente : Boleta de Recoleccion de Datos.

Grupo Etareo (Años)	Numero	Porcentaje %
20-24	3	16.00
25-29	5	26.00
30-34	2	10.50
35-40	2	10.50
40 +	7	37.00
Total	19	100

Tabla No. 2
Distribución de pacientes por sexo
Modulo de Lesiones Medulares Hospital de Rehabilitación del IGSS
Marzo – Septiembre 2010

Sexo	Numero	Porcentaje %
Masculino	14	74
Femenino	5	26
Total	19	100

Fuente : Boleta de Recoleccion de Datos

Tabla No. 3
Distribución de Pacientes por Estado Civil
Modulo de Lesiones Medulares, Hospital de Rehabilitación del IGSS.
Marzo – Septiembre 2010

Estado Civil	Numero	Porcentaje%
Soltero	7	37
Casado	8	42
Unido	4	21
Total	19	100%

Fuente : Boleta de Recoleccion de Datos

Tabla No. 4

Distribución de Pacientes por Religión

Modulo de Lesiones Medulares, Hospital de Rehabilitación del IGSS

Marzo – Septiembre 2010

Religión	Numero	Porcentaje %
Católico	9	47
Evangélico	6	32
Cristiano	3	16
Ninguno	1	5
Total	19	100

Fuente : Boleta de Recoleccion de Datos

Tabla No. 5

Distribución de Pacientes por Escolaridad

Modulo de Lesiones Medulares, Hospital de Rehabilitación del IGSS

Marzo – Septiembre 2010

Escolaridad	Numero	Porcentaje %
Primaria	9	47
Secundaria	3	16
Diversificado	3	16
Universitaria	4	21
Total	19	100

Fuente : Boleta de Recoleccion de Datos

Tabla No. 6

Distribución de Pacientes por Lugar de Procedencia

Modulo de Lesiones Medulares, Hospital de Rehabilitación del IGSS

Marzo – Septiembre 2010

Procedencia	Numero	Porcentaje %
Ciudad	2	11
Departamentos	17	89
Total	19	100

Fuente : Boleta de Recoleccion de Datos

Tabla No. 7

Distribución de Pacientes por Comorbilidad Psiquiátrica

Modulo de Lesiones Medulares, Hospital de Rehabilitación del IGSS

Marzo – Septiembre 2010

Morbilidad Psiquiátrica	Numero	Porcentaje%
Ansiedad	10	53
Depresión	7	37
Trastorno por Stress Postraumático	5	26
Total	19	100

Fuente : Boleta de Recoleccion de Datos

VI .DISCUSION Y ANALISIS

En el Hospital de Rehabilitacion en el modulo de Lesiones Medulars existe un predominio de pacientes donde el mayor % esta ubicado en una edad de 40 años o mas con un 37% seguido por el grupo de 25 a 29 años de edad con un 26%, La distribución por sexo de pacientes es de 74 % para el sexo masculino y 26% para el sexo femenino. Lo que evidencia que el sexo masculino es un poblacion de riesgo.

El 42% de los pacientes eran casados, el 21% unido y el 37% solteros. De los pacientes que practicaban religion 47% Catolicos, 32% Evangelico, 16% Cristiano y 5% no practicaban ninguna religion. Todos alcanzaron un grado de escolaridad 47% primaria, 16% secundaria y 16% diversificado, unicamente 21% alcanzaron escolaridad universitaria El 89% de los pacientes eran procedentes de algun departamento de la republica; unicamente el 11% eran procedentes de la ciudad capital. La Psicometria evidencio que el 53% de los paciente padecia Ansiedad, 37% Depresion y el resto 26% Trastrono por Stress Postraumatico.

Se hizo evidente que no hay una alta prevalencia de Trastorno de Stress Postraumático como consecuencia de la exposición a una condición traumática que determino la Lesión Medular como se describe en la literatura. El 15% de la población que evidenció comorbilidad psiquiátrica se asocia a factores como un bajo grado de escolaridad, procedencia del interior de la República y estado civil que lo acredita como fuente de ingresos en su hogar. La comorbilidad psiquiátrica es menos evidente en pacientes de sexo femenino, con escolaridad universitaria, mejor ubicación laboral. Este estudio evidencia de que la exposición a lesiones traumáticas tiene como consecuencia la comorbilidad psiquiátrica sin embargo la prevalencia de la Ansiedad es significativa en comparación con la Depresión y el Trastorno por Stress Postraumático.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 Se identifico que presencia Ansiedad como la morbilidad psiquiatrica mas frecuentes en los pacientes con Lesiones Medulares.

6.1.2 Se Determino por Psicometria atraves de la Escala de Trauma de Davison y la Escala de Asiedad y Depresion de Goldber la presencia de patologia psiquaitrica, resaltando la Ansiedad como la mas relevate, seguido de Depresion y por ultimo el Trastorno por Stress Postraumatico.

6.1.3 La poblacion que se evidencio como vulnerable evidencio comorbilidad psiquiatrica asociada a factores como bajo grado de escolaridad, procedencia de interior de la Republica.

6.1.4 La poblacion con con Lesiones Medulares que presento factores protectores fueron las pacientes de sexo femenino y escolaridad universitaria.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Es necesario resaltar la importancia que tiene el abordaje integral en el tratamiento de los pacientes Lesionados Medulares; se recomienda continuar la integración de los equipos de atención, como actualmente se brinda la atención a los pacientes en el Hospital de Rehabilitación ya que estos incluyen tratamiento por Psicólogos y Médico Psiquiatra en el seguimiento especializado con el proceso de psicoterapia el cual tiene una influencia importante en los síntomas que predisponen a una enfermedad psiquiátrica, al igual que los modos de afrontamiento y adaptación a la discapacidad física, con el fin de reducir la cronicidad de las enfermedades mentales que surgen como secuela de los eventos a los que los pacientes se han expuesto previo a su consulta al Hospital de Rehabilitación.

6.2.2 Se recomienda la evaluación del paciente con diagnóstico psicológico o psiquiátrico con pruebas psicométricas durante su estancia hospitalaria y antes de su egreso del Hospital de Rehabilitación luego de concluir su tratamiento. para valorar la necesidad de el seguimiento con el tratamiento especializado en la unidad a la que pertenece.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Yehuda R. Posttraumatic Stress Disorder. N Engl J Med. 2002 Jan; 346 (2): 108-114.
2. Ursano R. Current Concepts: Posttraumatic Stress Disorder. N Engl J Med. 2002 Jan; 346 (2): 130- 132.
3. Schuster M, Bradley S, Jaycox L, Collins R, Marshall G, Elliott M et Al. A National Survey of Stress Reactions after the September 11, 2001, Terrorist Attacks. N Engl J Med, 2001 Nov; 345(20): 1507-1512.
4. Hoge C, McGurk D, Thomas J, Cox A, Engel C, Castro C. Mild Traumatic Brain Injury in U.S. Soldiers Returning from Iraq. N Engl J Med. 2008 Jan; 358 (5): 453-463.
5. Schultx I, Gatchel R. Handbook of Complex Occupational Disability Claims: Early risk Identification, Intervention and Prevention. N Engl J Med. 2006 Aug; 355 (9): 965-966
6. Foa E. Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psych. 2000; 61 (5): 43-48.
7. Nutt D. The Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psych. 2000; 61 (5): 24-29.
8. Montoto A. Lesión Medular Traumática. [Monografía en línea]. Unidad de Lesionados Medulares, Hospital de la Coruña; 2003 [accesado 17 de mayo 2009]. Disponible en: <http://www.canalejoanestesia.com/DOCENCIA/SESIONES/LESIONMEDULAR.doc>.
9. Mayou R, Bryant B, Ehlers A. Predictions of Psychological Outcomes One Year after a Motor Vehicle Accident. American Psychiatric Foundation, Advancing public understanding of Mental Illness. Am J Psych. 2001Aug. 158: 1231-1238.
10. Roy-Byrne. Post Traumatic Stress Disorder: Diagnosis, Management and Treatment. Am J Psych. 2002 April. 159: 685-686.

11. Sánchez J. López A. Escalas Diagnosticas y de Evaluación que se utilizan en Atención Primaria para Depresión y Ansiedad. SALUD MENTAL, Atención Primaria, SALUD GLOBAL, Año V, Número 3, 2005.
12. Villafañe, A. Melanesio, M.S. et Al. Evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático: Aproximación a las Propiedades Psicométricas de la Escala de Trauma de Davison. Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. 2003 Jul, V3
13. Márquez A, Illia G. "Estrés. Parte I: vulnerabilidad (una cara de la moneda)". En: Márquez A, Boulosa O, Cetcovich-Bakmass M, editores. Psiconeuroinmunoendocrinología: Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos. Buenos Aires: Polemos; 2002: p 243-245.
14. Stephen M. Stahl. Trastornos de Ansiedad y Ansiolíticos. En: Martin E, Pérez A, Alcindor P editores. Psicofarmacología Esencial de Sthal: Bases Neurocientíficas y Aplicaciones Prácticas. 3 ed Madrid: Aula Médica; 2010: p721-728
15. Wikinski S, Jufe G, Tratamiento Farmacológico de los Trastornos de Ansiedad. En: Stagnaro, J.C. El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatría, Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Buenos Aires: Panamericana: 2005: p 193-211.
16. Bas, P., Gala, F.J. y Díaz, M. (1995); Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de Médula espinal. Clínica y Salud (en prensa).
17. Esclarin A. Primeros cuidados frente al síndrome de lesión medular agudo: La Psiquiatría en el proceso de Rehabilitación: Lesión Medular, enfoque Multidisciplinario. Buenos Aires: Panamericana: 2010: p 28-35.

18. Santacruz Escudero JM. Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). Rev Colomb Psiquiat (Colombia) 2008; 37 Supl 1: 98-205.
19. Palazón García, R., Benavente Valdepeñas, A., Tamayo Izquierdo, R., Moran Feliz, E. Rehabilitación (Madrid) 2007: Vol. 41: p 73 - 80
20. Alcedo Rodríguez, M.A., Aguado Díaz, A.L., García Carenas, L., & Arias Martínez, B. Relación entre variables clínicas y psicológicas en mujeres con lesión medular (WCST). Universitas Psychologica. (España) 2010; 9 (3), 715-727.
21. Bernabeu, M., Guervara, D., Vidal, J. Envejecimiento en la Lesión Medular. Rehabilitacion, (Madrid) 1998, Vol. 48. P135-137.
22. Barca Buyo, A., Ferreiro Velasco, Ma. E., Montoto Marqués, A., Salvador de la Barrera, S., Gómez Vázquez, M., Rodríguez Sotillo, A. Dolor Crónico después de la lesión medular: prevalencia, características y factores relacionados. Rehabilitacion (Madrid). 2004: Vol 38: p 221-226
23. Palacios, P.L., Castelano Tejedor, C., Navarro Marfisis, M.C., González Viejo, M.a., Interconsulta y Psiquiatría de Enlace en una Unidad de Lesión Medular: Aspectos teóricos C. Med. Psicosom (Barcelona) 2013; Nº 106, p 43-53.
24. Jiménez Herrera, B.L., Serrano Miranda, A.T., Enríquez Sandoval, M., Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares. Acta Ortopédica Mexicana (Mexico) 2004; 18(2): Mar.-Abr: p 54-60.
25. Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., Vecina Jiménez, M.L., La Experiencia Traumática desde la Psicología Positiva. Resiliencia y Crecimiento Postraumático. Papeles del Psicólogo, (Alcalá) 2006. Vol. 27(1), p. 40-49

26. Rueda Ruiz, M.B., Aguado Díaz, A., Alcedo Rodríguez, M.A., Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial*, (España) 2008, Vol. 17 N.º 2 Págs. 109-124.
27. García Carenas, L., Alcedo Rodríguez, M.A., Aguado Díaz, A., La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención Psicosocial*, (España) 2008, Vol. 17 N.º 2 ,125-141.
28. Aguado Díaz, A. L., Alcedo Rodríguez, Á., García Carenas, L., Arias Martínez, B., Personas con lesión medular: diferencias en variables psicológicas desde la perspectiva de género. *Psicothema*, (Oviedo) 2010. vol. 22, núm. 4, 659-663.
29. Pérez Parra, J. E., Henao Lema, C. P. Relación entre complicaciones clínicas y discapacidad en población colombiana con lesión medular: resultados desde el WHO-DAS II. *Aquichan. Colombia* (2013) Vol. 13, No. 2, p 173-185.
30. Botero, P.A., Discapacidad y Estilos de Afrontamiento: Una Revisión Teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, (Colombia) 2013, Año 3, Vol. 3, No 2, p 196-214.

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo No.1: Consentimiento Informado

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Centro de Atención Integral de Salud Mental
CAISM – IGSS
Hospital de Rehabilitación –IGSS-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente hago constar por medio de mi firma que estoy enterado y de acuerdo en participar en el estudio “ANSIEDAD, DEPRESION Y STRESS POSTRAUMATICO COMO COMORBILIDA PSIQUIATRICA EN PACIENTES CON LESION MEDULAR”, el cual se realizara en el Modulo de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se me ha explicad previamente que el estudio consistirá en responder de forma directa un apartado con mis datos generales y dos cuestionarios los cuales están dirigidos por medio de preguntas con la intención de identificar factores asociados que me predispongan a padecer ansiedad, depresión y stress postraumático, como consecuencia de la lesión medular que padezco en este momento. Se me ha informado de forma clara que la información que contiene este documento en ningún momento revelara mi identidad y no afectara de ninguna manera mi integridad física, psíquica o afectara el tratamiento que se me ha instituido. Dando fe de lo anterior extendiendo mi firma.

Autorización del Paciente.

8.2 Anexo No.2: Boleta de Recolección de Datos

DATOS GENERALES

Registro Medico: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

Religión: _____

Escolaridad: _____

Profesión u Oficio: _____

Procedencia: _____

8.1 Anexo No.3: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Escala E.A.D.G. (G O L D B E R G y cols., 1998, Versión española GZEMPP, 1993)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: > 3

La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.

8.1 Anexo No. 4: Escala de Trauma de Davison

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarán, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormaechea, D H. Wallace, 17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M
 Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: ____/____/____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana . Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.	Frecuencia 0 = nunca 1 = a veces 2 = 2-3 veces 3 = 4-6 veces 4 = a diario	Gravedad 0 = nada 1 = leve 2 = moderada 3 = marcada 4 = extrema
--	---	---

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?
¿Como si lo estuviera reviviendo?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Ansiedad, Depresión y Stress Postraumático como Comorbilidad Psiquiátrica en Pacientes con Lesión Medular" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.