

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
SECRETARÍA GENERAL

Se deposita este Tesis Doctoral
número 220 número 115 del libro

13 NOV 1993

El Jefe del Negociado de Teses,

Alvarado

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Depositado en Dpto. PSIQUIATRIA, PERSONALIDAD

de la FAC. MEDICINA

de a... el día 8-11-93

hasta el día 24-11-93

24 de NOVIEMBRE de 1993

EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO,

[Signature]

FACTORES QUE INFLUYEN

EN EL AJUSTE PSICOLOGICO

TD PS/c45

A LA

LESION MEDULAR

TESIS DOCTORAL

[Signature]

JOSE R. SALAS MARQUEZ

SEVILLA

Facultad de Psicología
UNIV. DE SEVILLA BIBLIOTECA

FACTORES QUE INFLUYEN
EN EL AJUSTE PSICOLOGICO A LA LESION MEDULAR

CERTIFICADO

D. Alfonso Blanco Picabia, Catedrático del Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad de Sevilla y D. Luis Rodríguez Franco, profesor titular del mismo departamento:

INFORMAMOS: Que D. José de los Reyes Salas Márquez ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada: "Factores que influyen en el ajuste psicológico a la lesión medular", con la que se presenta para optar al título de Doctor y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral.

Para que así conste y a petición del interesado, se expide el presente en:

Sevilla a 28 de Septiembre de 1993



Fdo. Alfonso Blanco Picabia

Fdo. Luis Rodríguez Franco

A mis padres, por ser el que soy.

A mi esposa Elena, por ser lo que soy.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. D. Alfonso Blanco Picabia y al Dr. D. Luis Rodríguez Franco por la dirección de la presente tesis.

Al Dr. D. Francisco Javier Marín Mauri por obsequiarme con su amistad y su inestimable y desinteresada ayuda y apoyo en todo momento.

Al Dr. D. Antonio Fornelino Díez por la facilitación del material informático sin el cual este trabajo no hubiera sido posible.

A todo el personal sanitario de la Unidad de Lesionados Medulares del Hospital de Rehabilitación y Traumatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Muy especial y cariñosamente a todos los lesionados medulares, que a pesar de sus dolencias, se prestaron con ilusión y paciencia al cumplimiento de las distintas pruebas, y por los que este trabajo tiene sentido.

Pág.

<u>CERTIFICADO</u>	I y II
<u>DEDICATORIA</u>	III y IV
<u>AGRADECIMIENTOS</u>	V y VI
<u>INDICE</u>	VII-XI
<u>INDICE DE CUADROS</u>	XII-XIV
<u>INDICE DE GRAFICOS</u>	XV-XVIII
1.- <u>INTRODUCCION</u>	
1.1.- INTRODUCCION	2
1.2.- JUSTIFICACION	6
1.3.- CONCEPTOS BASICOS	13
1.4.- EL LESIONADO MEDULAR A TRAVES DE LA HISTORIA	23
1.5.- ETIOPATOGENIA DE LAS LESIONES MEDULARES	32
1.5.1.- TRAUMATISMOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL	32
1.5.1.1.- FRACTURAS VERTEBRALES	33
1.5.1.1.1.- COLUMNA CERVICAL	38
1.5.1.1.2.- COLUMNA DORSAL	40
1.5.1.1.3.- COLUMNA DORSO LUMBAR	41

	Pág.
1.6.- VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA REHABILITACION DEL LESIONADO MEDULAR	42
1.6.1.- VARIABLES FISICAS U ORGANICAS	43
1.6.2.- VARIABLES AMBIENTALES O SOCIALES	45
1.6.3.- VARIABLES PSICOLOGICAS O PERSONALES	46
1.6.3.1.- DEPRESION	46
1.6.3.2.- CONFORT Y BIENESTAR	53
1.6.3.3.- MOTIVACION	55
1.6.3.4.- ESTILOS ATRIBUTIVOS	61
1.6.3.5.- CONDUCTA ASERTIVA	63
1.6.3.6.- PERSONALIDAD	64
1.6.3.7.- SEXUALIDAD Y MATRIMONIO	65
1.6.4.- EL MODELO DE LAS ETAPAS DE AJUSTE A LA LESION MEDULAR	68
1.6.5.- EL MODELO DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES	82
1.7.- LA REHABILITACION DEL LESIONADO MEDULAR	86
1.8.- EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES MEDULARES	91
1.8.1.- TRATAMIENTO FISICO	92
1.8.2.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO	95
1.8.3.- INTEGRACION SOCIAL	110
1.9.- HIPOTESIS	112

2.- MATERIAL

2.1.- DESCRIPCION DE LA MUESTRA	116
2.2.- MATERIAL TESTOLOGICO	126
2.2.1.- ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS	126
2.2.2.- INVENTARIO CLINICO DE AUTO-CONCEPTO DE VAZ SERRA	127
2.2.3.- ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON	129
2.2.4.- CUESTIONARIO DE AUTO-CONTROL DE ROSENBAUM	130
2.2.5.- ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA PARA LA DEPRESION DE BECK	131
2.2.6.- INVENTARIO DE AUTOCONCEPTO FISICO DE VAZ SERRA	133
2.2.7.- ESCALA DE INTERNALIDAD, PODER Y AZAR DE LEVENSON	134
2.3.- MATERIAL INFORMATICO Y ESTADISTICO	138

3.- METODO

3.1.- METODO DE MUESTREO	140
3.2.- FORMAS DE ADMINISTRACION DE LAS PRUEBAS	143
3.3.- TRATAMIENTO DE LOS DATOS	145
3.4.- METODO ESTADISTICO INFORMATICO	147

Pág.

4.- <u>RESULTADOS</u>	
4.1.- COEFICIENTES DE CORRELACION	152
4.2.- RESULTADOS ESTADISTICOS	153
4.3.- EXPLICACION DE LOS RESULTADOS	205
5.- <u>DISCUSION</u>	224
6.- <u>CONCLUSIONES</u>	245
7.- <u>RESUMEN</u>	248
8.- <u>BIBLIOGRAFIA</u>	256
9.- <u>ANEXO</u>	271

INDICE DE CUADROS

INDICE DE CUADROS

Pág.

CUADRO N ^o	1.- Las etapas de ajuste a la lesión medular Elaboración propia en base a Bravo y Jara (1987), Weller y Miller (1977a,1977b), Hohmann (1975) y Muñoz Rivero (1970).	72
CUADRO N ^o	2.- Características de la muestra.	117
CUADRO N ^o	3.- Valores totales de las distintas variables muestrales.	119
CUADRO N ^o	4.- Media y Desviación Típica de la variable edad en relación con el sexo y estado civil.	120
CUADRO N ^o	5.- Valores comparativos entre las variables sexo y estado civil.	121
CUADRO N ^o	6.- Distribución de los valores de la variable medio natural en relación con el sexo y el estado civil.	122
CUADRO N ^o	7.- Distribución de los valores de la variable estudios en relación con el sexo y el medio natural.	123
CUADRO N ^o	8.- Distribución de los valores de la variable tipo de lesión en relación con el sexo y el medio natural.	124

CUADRO Nº 9.- Media y Desviación Típica de la variable edad en relación con el tipo de lesión, estado civil y profesión.	125
CUADRO Nº 10.- Medias y desviaciones típicas del cuestionario de auto-control de Rosenbaum en una muestra israelí y otra española, Capafons y Barreto (1980).	130
CUADRO Nº 11.- Resultados de la baremación en la población española de la Escala de valoración psiquiátrica de Beck para la depresión. Conde y Useros 1975.	132
CUADRO Nº 12.- Coeficientes de correlación.	153
CUADRO Nº 13.- Factores psicológicos que influyen en la rehabilitación del lesionado medular.	238

INDICE DE GRAFICOS

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
GRAFICO Nº 1.- Sexo.	153
GRAFICO Nº 2.- Edad.	154
GRAFICO Nº 3.- Estado civil.	155
GRAFICO Nº 4.- Medio natural.	156
GRAFICO Nº 5.- Estudios.	157
GRAFICO Nº 6.- Profesión.	158
GRAFICO Nº 7.- Tiempo de hospitalización.	159
GRAFICO Nº 8.- Nivel de lesión.	160
GRAFICO Nº 9.- Tipo de lesión.	161
GRAFICO Nº 10.- Asertividad.	162
GRAFICO Nº 11.- Autoconcepto (Autoestima).	163
GRAFICO Nº 12.- Aceptación social.	164
GRAFICO Nº 13.- Autoeficacia.	165
GRAFICO Nº 14.- Naturalidad psicológica.	166
GRAFICO Nº 15.- Impulsividad.	167
GRAFICO Nº 16.- Ansiedad.	168
GRAFICO Nº 17.- Ansiedad (continuación).	169
GRAFICO Nº 18.- Ansiedad (continuación).	170
GRAFICO Nº 19.- Humor ansioso.	171
GRAFICO Nº 20.- Humor ansioso (continuación).	172
GRAFICO Nº 21.- Tensión.	173
GRAFICO Nº 22.- Tensión (continuación).	174

GRAFICO Nº 23.- Autocontrol.	175
GRAFICO Nº 24.- Autocontrol (continuación).	176
GRAFICO Nº 25.- Depresión.	177
GRAFICO Nº 26.- Depresión (continuación).	178
GRAFICO Nº 27.- Depresión (continuación).	179
GRAFICO Nº 28.- Estado de ánimo.	180
GRAFICO Nº 29.- Estado de ánimo (continuación).	181
GRAFICO Nº 30.- Pesimismo.	182
GRAFICO Nº 31.- Pesimismo (continuación).	183
GRAFICO Nº 32.- Sentimiento de fracaso.	184
GRAFICO Nº 33.- Sentimiento de fracaso (continuación).	185
GRAFICO Nº 34.- Insatisfacción.	186
GRAFICO Nº 35.- Insatisfacción (continuación).	187
GRAFICO Nº 36.- Sentimiento de culpa.	188
GRAFICO Nº 37.- Sentimiento de castigo.	189
GRAFICO Nº 38.- Descontento de sí mismo.	190
GRAFICO Nº 39.- Autoacusación.	191
GRAFICO Nº 40.- Ideas suicidas.	192
GRAFICO Nº 41.- Tendencia al llanto.	193
GRAFICO Nº 42.- Irritabilidad.	194
GRAFICO Nº 43.- Aislamiento social.	195
GRAFICO Nº 44.- Indecisión.	196
GRAFICO Nº 45.- Trastorno de la imagen corporal.	197
GRAFICO Nº 46.- Inhibición laboral.	198

	Pág.
GRAFICO Nº 47.- Trastorno del sueño.	199
GRAFICO Nº 48.- Fatigabilidad.	200
GRAFICO Nº 49.- Pérdida del apetito.	201
GRAFICO Nº 50.- Pérdida de peso.	202
GRAFICO Nº 51.- Auto-concepto físico.	203
GRAFICO Nº 52.- Poder.	204

1.- INTRODUCCION

1.1.- INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud reconoce que en el mundo hay 500 millones de personas afectadas por minusvalías físicas, mentales o sensoriales.

Todos hemos visto por la calle a algunas de estas personas y nos hemos percatado de su situación, del estado en que se encuentran, careciendo de funciones a las cuales la mayoría de nosotros estamos habituados, dependiendo de otras personas para poder realizar hasta las más básicas acciones o ligados a una silla de ruedas para trasladarse de un sitio a otro.

Todo esto, produce un sentimiento de compasión hacia estas personas y una sensación de temor ante la situación en que se encuentran, que induce a pensar en cómo habrán podido sobreponerse y adaptarse a esta nueva forma de vida.

Pero lo que la mayoría no sabe, es que estas personas que hemos visto por la calle, son una minoría de la gran cantidad de impedidos, que están luchando por alcanzar un mínimo de autonomía e independencia, que les posibilite

para poder, cuando menos, salir de su casa, pasear y relacionarse con otras personas.

Y para lograr esto, tienen que pasar meses e incluso años en hospitales y en su propia casa, de sinsabores y amarguras, de recaídas y de vuelta a empezar, de desengaños y de agresiones; hasta que un día, puedan exigir a sí mismos y a la sociedad, el derecho a seguir viviendo y hacer lo mismo que las otras personas, porque aunque hayan perdido algunas funciones, todavía les quedan otras intactas que pueden potenciar al máximo e integrarse a un mundo del que un día salieron "enteros" y al que vuelven enteros de ilusión y fe en sus propias posibilidades y en los demás, que les ayudarán cuando lo necesiten.

Pero los que logran llegar a este estado físico, emocional y mental de adaptación son muy pocos y la mayor parte de ellos se quedan a medio camino entre la dependencia y la independencia; no logran ajustarse a sus limitaciones, ni superar del todo la sensación de impotencia que produce el tener que recurrir a otra persona para que le ayude a realizar alguna función.

En estos casos, existen en interacción una serie de factores psicológicos que están interfiriendo en la consecución de ese estado de ajuste, necesario para que

estas personas se integren con garantías a un medio, en el cual puedan desarrollarse plenamente y con igualdad de posibilidades que los demás, siempre desde su posición y con la aceptación de sus propias limitaciones.

Los trabajos realizados sobre los problemas psicológicos de los lesionados medulares se han basado casi exclusivamente en impresiones personales de los autores o en experiencias clínicas con algunos de los pacientes, pero no existen muchos trabajos serios que puedan poner de manifiesto la influencia real de estas variables en determinados momentos y en determinados pacientes, sin embargo, en estos últimos años se está produciendo un marcado interés por detectar estas variables psicológicas ya que se ha constatado su indiscutible papel en la rehabilitación, ajuste y reinsercción del lesionado medular, y así, se están empezando a hacer estudios sistematizados sobre grupos de variables, en pequeño número (MacDonald et al., 1987; Summers et al., 1991; Davidoff et al., 1992; etc.), que si bien es un comienzo prometedor, sólo se consigue con esto parte de la información necesaria para tener un conocimiento global de la situación psicológica del paciente, con las consiguientes lagunas que esto representa.

Esta investigación tiene por objeto el estudio de la mayor parte de estos factores con el fin de relacionarlos entre sí y poder detectar cómo influyen unos en otros y conjuntamente interfieren o benefician la labor rehabilitadora del lesionado medular.

El problema es complejo y la gran cantidad de variables que intervienen en el proceso de rehabilitación lo hacen todavía más difícil de resolver.

Confiemos que poco a poco podamos avanzar en este tema y se vaya abriendo en la sociedad una puerta de acceso para los lesionados medulares y que aquella modifique sus estructuras lo suficiente, como para que estas personas puedan desarrollarse en todas sus posibilidades y vivir dignamente una existencia, que si un accidente no ha podido truncar, menos aún debemos hacerlo nosotros.

1.2.- JUSTIFICACION

En este trabajo se van a analizar el mayor número posible de variables psicológicas presentes en los lesionados medulares traumatizados, sin historia de afectación psicopatológica pre-lesión y que van a tener una importancia crucial en su rehabilitación.

El abordar el estudio de las variables psicológicas en los lesionados medulares, supone un reto apasionante y a la vez complicado, porque mucho es lo que se ha hablado y poco lo que se ha escrito. La mayor parte de las publicaciones que existen sobre el tema, se refieren a los problemas físicos que presentan estos pacientes y los estudios se centran casi exclusivamente en el análisis de las variables fisiológicas y en la rehabilitación funcional de los déficits físicos, pero pocos son los trabajos que se han encontrado acerca de los aspectos psicológicos, que influyen de forma crucial en la adaptación de estos lesionados, tanto a sus propias limitaciones, como al medio del cual han estado apartados durante meses e incluso años y al cual se tienen que reincorporar con parte de sus funciones perdidas y sin las cuales han de vivir a partir de ese momento.

Abarcar en este trabajo la totalidad de las minusvalías y sus respectivas causas sería imposible, además de difuminar el interés del autor en estos momentos cual es el estudio de las variables psicológicas presentes en los lesionados medulares por traumatismos sin psicopatologías pre-lesión conocidas.

La elección de esta etiología está justificada porque la gran mayoría de las lesiones de este tipo se producen a consecuencia de traumatismos, siendo mucho menor otras causas como tumores, infecciones o enfermedades vasculares de la médula.

Y de todos los traumatismos productores de lesiones medulares, son los accidentes de tráfico los que más cantidad de ellas originan, seguidos de las guerras, las grandes catástrofes y otros tipos de accidentes, como los de trabajo, los deportivos y los intentos de suicidio.

Este problema es tan importante en nuestra sociedad actual y su solución tan acuciante, que se ha hecho necesaria una investigación científica, tanto de los vehículos como de las carreteras y del conductor, que son los tres factores intervinientes en la causa del traumatismo (De Palacios, 1971).

Consideramos asimismo, que las variables de estudio se deben analizar en individuos sin antecedentes psicopatológicos, ya que lo contrario implicaría la interacción de otros factores que contaminarían dicho análisis e interferirían en la rehabilitación.

El principal objetivo de este trabajo consiste en el análisis de la mayor parte de las variables, que según la bibliografía publicada sobre el tema pueden incidir en el ajuste de los lesionados medulares, a fin de identificar las que influyen de forma negativa en la rehabilitación y una vez delimitadas, poder actuar sobre ellas favoreciendo dicho ajuste psicológico y reduciendo el período de rehabilitación; así como potenciar aquellos factores que influyan positivamente en dicho proceso y que en estos enfermos se encuentren disminuídos.

Como se apuntó anteriormente, la mayor parte de estos trabajos se refieren a impresiones personales de los autores o de experiencias clínicas con algunos pacientes, pero no existen muchos trabajos serios que puedan poner de manifiesto la influencia real de estas variables en determinados momentos y en determinados pacientes. Así Cook (1979) afirma que la mayor parte de la literatura sobre psicología del ajuste a la lesión medular ha sido meramente

anecdótica, o basada en una experiencia clínica, pero pocos estudios han sido orientados empíricamente. También Judd y Burrows (1986) concuerdan en que los problemas psicológicos de los lesionados medulares no han sido estudiados de forma sistemática.

Lo que no se puede cuestionar es la importancia que tienen los factores psicológicos en la rehabilitación de estas personas, y así, ya Abramson (1967) enfatizaba sobre la necesidad de alcanzar una verdadera integración entre la terapia física y la psicosocial en el tratamiento de los lesionados medulares. Posteriormente, Hohmann (1975) refiere que la lesión medular produce una pérdida del funcionamiento de la personalidad que cuanto más severa sea, más intensas y extensas serán las reacciones del sujeto a esta pérdida. Luego, Weller y Miller (1977a) afirman que durante el período crítico es cuando más importancia tienen los aspectos psicológicos tanto para superar la crisis como para pasar al subsiguiente y largo período de ajuste. Asimismo, para Trieschmann (1978-79) el ajuste psicológico, más que la capacidad intelectual o el grado de aceptación de dicha lesión es el factor crítico determinante del éxito de la rehabilitación. Para Cook (1979) la lesión de la médula espinal causa una gran interrupción de los sistemas básicos. Los principales problemas con que se enfrentan estos enfermos son a menudo

de naturaleza psicológica. Subsiguientemente, Breitung (1982) confirma que la prevención psicológica del lesionado medular debe sustentarse siempre durante su estancia en el hospital; esto ayuda a reducir las ocurrencias de situaciones de stress y a promover la más favorable salida posible. Por último, Judd y Burrows (1986) dicen que los traumatismos de la médula espinal pueden producir inmediatamente una gran cantidad de estrés y malestar. Los problemas psicológicos tienen un importante papel en la rehabilitación de dichos enfermos, en su relación con la familia y con el personal sanitario; estos problemas pueden ser causados por dificultades psicológicas durante la rehabilitación.

Como podemos observar, todos estos autores concuerdan a través del tiempo en que los aspectos psicológicos son de suma importancia en el ajuste y la rehabilitación de los lesionados medulares, pudiéndose así mismo comprobar que es necesaria una integración entre la terapia física y la psicosocial, ya que la lesión medular no sólo produce alteraciones y disfunciones físicas y funcionales, sino también una desestructuración de la personalidad que cuanto más severa sea, más intensas y extensas serán las reacciones del sujeto ante estas alteraciones.

Estas reacciones son:

- Shock emocional, el cual produce un bloqueo emocional para protegerse de sí mismo (Weller y Miller, 1977a).

- Negación de la enfermedad en espera de un milagro (Hohmann, 1975; Weller y Miller, 1977a).

- Dependencia y aislamiento como protección ante el miedo al fracaso (Bravo y Jara, 1987; Muñoz Rivero, 1970).

- Angustia que aparece en forma de ira o encolerizamiento (Weller y Miller, 1977a).

- Depresión ante la desgracia (Hohmann, 1975; Weller y Miller, 1977a).

- Reacción contra la dependencia (Hohmann, 1975).

Estas reacciones serán estudiadas y analizadas para ver cómo afectan al paciente y cómo se puede influir en ellas para favorecer el proceso de rehabilitación.

Algunos autores apoyan la teoría de la existencia de una serie de etapas por las que tienen que pasar los lesionados medulares y que están caracterizadas cada una de ellas por una o más reacciones determinadas, concluyendo que al final de esas etapas se producirá el estado de ajuste. Analizaremos dichas etapas y las contrastadas opiniones de los distintos autores, unas a favor y otras en contra, que dan pie a sugerir futuros trabajos de

investigación a fin de intentar descubrirlas y delimitarlas.

Los objetivos del presente trabajo son pues los siguientes:

19.- Obtener una serie de datos que nos permitan conocer y describir los más exactamente posible las distintas variables psicológicas presentes en los lesionados medulares y que pueden intervenir tanto positiva como negativamente en la rehabilitación, a fin de poder descubrirlas, aislarlas y controlarlas, para proporcionar un mejor y más rápido proceso de ajuste psicológico a la lesión medular.

20.- Determinar el grado de relación existente entre las distintas variables, para detectar la influencia de unas en las otras y poder discriminar el resultado de la modificación de aquellas que sean significativas.

1.3.- CONCEPTOS BASICOS

Al lesionado medular se le suele denominar de diferentes formas: minusválido, inválido, discapacitado, parapléjico, etc. Nosotros creemos que existen diferencias significativas que hay que distinguir para poder emplear cada uno de los términos con la suficiente propiedad como para no suscitar error. Con este mismo criterio, Aguado (1991) propone la utilización adecuada y cuidadosa de la terminología para favorecer la comunicación entre profesionales, el empleo de términos no peyorativos o neutros y la preferencia por discapacidad y discapacitado como referentes genéricos más adecuados en la actualidad.

En este trabajo se empleará el concepto de lesionado medular a fin de englobar tanto a los sujetos parapléjicos como a los tetrapléjicos y por considerarlo suficientemente específico, no peyorativo y representativo de lo que queremos enunciar, como es la patología que presentan las personas con este tipo de afectación, y dejaremos el término discapacidad para cuando hablemos de capacidades o posibilidades de actuación referentes a la rehabilitación. Así mismo, hacemos la aclaración de que cuando se dice paraplejia o parapléjico, se puede referir no sólo a ellos, sino que en estos términos irán incluidos los de

tetraplejia y tetraplético respectivamente, aunque existan una serie de diferencias que veremos más adelante, nosotros para evitar esta confusión emplearemos, como ya hemos dicho, el de lesión medular para incluir tanto a la paraplejia como a la tetraplejia y utilizaremos estos conceptos cuando nos refiramos específicamente a ellos, tan sólo y en el caso en que se quiera resaltar la incapacidad, el término paraplejia o parapléjico se referirán al lesionado medular en general.

Los términos más empleados para denominar a las personas que tienen alguna carencia de función o anomalía física y/o psíquica son los siguientes:

Deficiencia

Según el INSERSO (1983), "dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica" (p.56). "Deficiencia hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa... las deficiencias representan trastornos a nivel de órgano" (p.40).

Discapacidad

Igualmente el INSERSO (1983), considera que "dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano" (p.58). "Las discapacidades reflejan las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo. Las discapacidades representan, por tanto, trastornos al nivel de la persona" (p.40).

Siguiendo a Searle (1975), nos podemos encontrar con otros conceptos que son necesarios aclarar para completar la terminología expresada anteriormente:

Minusvalía

Concepto vulgar.- El concepto corriente o vulgar de minusválido es el de una persona, que carece o sufre una disminución en una o varias facultades que son habituales en las personas con las que por su sexo, edad y restantes condiciones socio-culturales puede equipararse.

Concepto clínico.- En el ámbito americano llaman a la minusvalía Impedimento Permanente y la consideran como una situación puramente médica. Se entiende por impedimento permanente toda anomalía o pérdida anatómica o funcional que, después de haberse alcanzado la máxima rehabilitación médica, sea considerada como estable en el momento de proceder a su evaluación.

Concepto legal.- Se asocian aquí las deficiencias físicas o funcionales con las consecuencias laborales que se derivan y en el art. primero del Decreto 253/1970 de 22 de Agosto "se considerarán minusválidos, a efecto de lo dispuesto en el mismo, las personas comprendidas en edad laboral que están afectadas, como mínimo por una disminución de su capacidad física o psíquica del 33%, que les impida obtener o conservar empleo adecuado, precisamente a causa de su limitada capacidad laboral".

Invalidez

La Ley de la Seguridad Social contempla el concepto de invalidez para su aplicación a los trabajadores y lo define de la siguiente forma:

Artículo 132. Concepto y clases:

1.- Es invalidez permanente la situación del trabajador que después de haber estado sometido a tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas y funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

3.- Se entiende por invalidez provisional la situación del trabajador que, una vez agotados los plazos señalados para su incapacidad laboral transitoria en el artículo 129 nº 2 requiera la continuación de la asistencia sanitaria y esté imposibilitado de reanudar su trabajo, siempre que se prevea que la invalidez no va a tener carácter definitivo.

Artículo 135. Grados de invalidez:

1.- La invalidez permanente, cualquiera que sea su causa se clasifica en:

a) Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual.

b) Incapacidad permanente total para la profesión habitual.

c) Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.

d) Gran invalidez.

Independientemente del grado de invalidez, discapacidad, deficiencia o minusvalía que presente el lesionado medular, ya que como hemos visto esto depende de multitud de factores tanto físicos como psicológicos y sociales, vamos a establecer una primera aproximación a los conceptos paraplejia y tetraplejia.

Paraplejia

Es la parálisis bilateral de las extremidades inferiores. Cuando es debida a una sección medular, se acompaña de anestesia y trastornos tróficos, favoreciendo la aparición de llagas y úlceras por decúbito. El nivel de la lesión determina otras alteraciones como:

a) Falta de control de esfínteres con la incomodidad física, psíquica y social que ello representa.

b) Disregulación del sistema nervioso vegetativo que se manifiesta por crisis vasomotoras y de sudoración.

c) Alteraciones del tono muscular con espasmos frecuentes.

d) Riesgo de complicaciones urinarias y respiratorias.

e) Perturbaciones de la función sexual.

Tetraplejia

Es la parálisis que afecta en mayor o menor medida a las cuatro extremidades y que también recibe el nombre de cuadriplejia, es de presentación relativamente rara, aunque se ha observado en estos últimos tiempos un aumento de su incidencia a causa de los accidentes de tráfico, en los que se produce una luxación o fractura de las vértebras cervicales y la presentación de un síndrome de sección medular cervical, con subsiguiente e inmediata aparición del cuadro tetraplégico (Searle, 1975).

Otra aproximación a estos conceptos es la que pasamos a enunciar a continuación (Cotta, Heipertz y Teirich, 1974):

Se entiende por paraplejia el cuadro clínico resultante de una lesión de la médula espinal. Sus causas pueden ser no sólo traumatismos vertebrales, sino también tumores, infecciones y enfermedades vasculares de la médula. Pero en todo caso, se trata de una destrucción parcial o total de la médula espinal con parálisis de la musculatura localizada por debajo de la lesión, una pérdida de la sensibilidad al tacto, al dolor y a la temperatura y una pérdida de las funciones vegetativas (vejiga, intestino, tono vascular, secreción sudoral y parte de la

función sexual). El grado de esta parálisis depende de la amplitud de la lesión que ha afectado a la médula.

Según la altura de la lesión medular distinguimos:

Tetraplejia

En este síndrome la médula espinal se halla lesionada a nivel de la columna cervical y según el segmento en que se localice, ocasiona parálisis a nivel de los brazos, dedos, tronco, pelvis, piernas y pies.

Paraplejia

Se entiende por paraplejia, según la altura de la lesión, una parálisis que alcanza el tronco, la pelvis, las piernas y los pies. Se incluyen también en el concepto de paraplejia las lesiones medulares que afectan a la cola de caballo y que por ello ocasiona una parálisis de tipo periférico.

Finalmente, queremos aclarar así mismo, otros términos que se emplean referentes a las actuaciones terapéuticas y objetivos que se pretenden alcanzar por parte de los

lesionados medulares y que tienen una importancia crucial, ya que determinan las metas a donde se pretende llegar con estos pacientes. Estos términos son:

Rehabilitación

Según el diccionario se refiere al conjunto de técnicas y métodos dirigidos a la recuperación de las funciones o capacidades perdidas por alguien a causa de un accidente o enfermedad. Globalmente y para algunos tipos de patologías esta definición podría ser considerada como válida, pero al hablar de las afectaciones producidas por lesión medular como son la paraplejia y la tetraplejia (descartamos las conmociones de la médula, que pueden ser totalmente reversibles), el sentido tiene que variar radicalmente ya que se tratan de daños por el momento irreversibles y por lo tanto la recuperación de las funciones perdidas es totalmente imposible. Debemos por lo tanto de considerar la rehabilitación del lesionado medular según Trieschmann (1974, 1978-79), como un proceso de entrenamiento especial para enseñar a los pacientes a enfrentarse con los problemas que plantea la pérdida de una serie de funciones y para poder vivir como un individuo discapacitado en su propio ambiente.

Integración

Según Pelechano (1984), este término está relacionado con los objetivos de socialización y/o adaptación social y abarca la adaptación del discapacitado a su ambiente físico y social y los modos de enfrentamiento y adaptación a las exigencias del ambiente.

Normalización

Para Aguado (1991), "el concepto de normalización... surge para deficientes mentales y luego se expande a todas las deficiencias. Como principio y como estrategia, supone un cambio de sensibilidad en la medida en que atañe la posibilidad de hacer accesible la adaptación social normalizando el ambiente" (p.294).

Ajuste

Podemos definirlo como el estado psicológico que se pretende lograr a través del proceso de rehabilitación, que ponga al lesionado medular en las condiciones óptimas para que pueda aceptar su discapacidad y enfrentarse de forma efectiva a los impedimentos producidos por ella, alcanzando un nivel aceptable de vida.

1.4.- EL LESIONADO MEDULAR Y SU REHABILITACION A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La parálisis por lesión medular es conocida desde la antigüedad, pero no es hasta la 1ª Guerra Mundial que se empieza a prestar una atención especial debido al aumento tan enorme de lesionados y el problema que ello representa no sólo para la medicina sino también para la sociedad.

Antes de esto, la ausencia de normas terapéuticas y de atención al lesionado medular era total y éste moría en las tres o cuatro semanas siguientes al traumatismo y los que lograban sobrevivir lo hacían, porque o las lesiones medulares eran sólo parciales, o porque eran sujetos extremadamente fuertes, pero lo hacían en unas condiciones infrahumanas dejados de toda asistencia y llenos de llagas, infecciones y deformidades.

Desde la Edad de Piedra se tienen referencias de fracturas y lesiones que pudieron producirse en luchas o accidentes, las cuales debieron ser tratadas más por instinto que por razonamiento, como lo hacen los animales, usando el descanso y la movilización temprana.

Más tarde, empezarían a utilizar ramas de árboles y lianas para movilizar un miembro fracturado y se han encontrado esqueletos de hombres de Neandertal con fracturas perfectamente consolidadas y al parecer tratadas. Se supone que los individuos con reuma y otras enfermedades productoras de impotencia funcional, como puede ser un fémur con enfermedad de Paget, unas vértebras con poliartritis o una fractura vertebral, encontradas en enterramientos neandertalenses, no constituyeron en aquellos tiempos un problema de invalidez, ya que su salud precaria y las duras condiciones de la vida les haría morir antes que un estado de completa invalidez se hubiese establecido.

Entre los pueblos más antiguos, el niño que presentaba alguna deformidad se dejaba morir y los adultos lisiados eran proscritos del grupo, ambos eran despreciados por considerárseles inútiles, incapaces de productividad alguna, así como de poder llevar a cabo una existencia acorde con el status vital establecido en el mismo.

En Egipto, las incapacidades y deformidades eran mejor toleradas y se tienen noticias de que incluso se trataban las fracturas y se conocía la relación existente entre la lesión craneal o espinal y las parálisis. Se han encontrado momias en las que se observan férulas y otros dispositivos

usados para los tratamientos de las deficiencias físicas. En un bajorrelieve aparece un príncipe de la XVIII dinastía, que presenta su miembro inferior derecho atrofiado y el pie en equino, signos muy probables de secuelas de polio. Para compensar esta deformidad, usa una especie de muleta que pudiera servirle como apoyo y además como arma.

En la India, a los niños que nacían con alguna deformidad se les arrojaba al río Ganges, lo que cabe pensar que los adultos con lesiones invalidantes correrían una suerte parecida.

Sin embargo, en la cultura china se trataban las incapacidades con acupuntura e incluso con técnicas de cinesiterapia y masajes. En el siglo V a.C. Confucio aboga por la responsabilidad moral, amabilidad y ayuda a los débiles.

Así mismo, los hebreos, trataban a sus inválidos con mucha consideración y en el Pentateuco se describen abluciones, baños, baños de sol y vendajes ortopédicos.

También en Atenas se atendían a los enfermos y desvalidos y se fundaron varios tipos de hospitales y casas de convalecientes en lugares saludables. Hipócrates habla

ya de reducción de fracturas y luxaciones, origen de las actuales tracciones vertebrales. Los espartanos, sin embargo, obsesionados por conseguir una raza superior, decretaron la destrucción de toda imperfección y así, arrojaban desde el monte Taijeto a todos los niños que nacían con alguna deformidad.

En la América precolombina existieron culturas que abandonaban a su suerte a los miembros inválidos y otras que los aceptaban e incluso les protegía. Los Esquimales abandonaban a los inválidos y ancianos cada vez que tenían que trasladar la residencia, ya que el llevarlos suponía un estorbo y una pérdida de tiempo que podía poner en peligro incluso la supervivencia del grupo. La tribu de los Pies Negros de America, sin embargo, cuidaba a sus impedidos aún resultando un sacrificio para sus intereses.

Durante la Edad Media, los inválidos fueron más despreciados que nunca e incluso perseguidos. El número de minusválidos aumentó en esta época debido a las constantes guerras e incluso a las grandes epidemias y éstos, al no tener más posibilidades de subsistir que la mendicidad, se extendieron por toda Europa constituyendo incluso una casta de mendigos a los que la gente atribuía artes diabólicas de hechicería y maldad, por lo que eran aborrecidos y temidos por todos.

En el Renacimiento se empezó a concienciar la sociedad del problema de los discapacitados y se avanzó bastante en la cirugía ortopédica, destacando la labor del cirujano francés Ambroise Pare en favor de los minusválidos. Este médico escribió sobre el tratamiento de las luxaciones vertebrales.

En el siglo XVII se comienza la fase moderna de la medicina y cirugía dedicada a tratar a las personas minusválidas. En 1.634 San Vicente de Paul fundó una institución para proteger a los niños minusválidos. Durante este mismo siglo, se da un gran avance a las técnicas de cirugía ortopédica, aunque se siguen empleando las amputaciones como técnica terapéutica usual.

Es en el siglo XVIII cuando se empieza a desechar la amputación en favor de la cirugía ortopédica conservadora.

A principios del siglo XIX, la sociedad comienza a reconocer la responsabilidad que le corresponde tomar sobre el problema de los inválidos. Se fundan numerosas instituciones para proteger, estudiar y tratar a estos enfermos y al final de este siglo existen numerosos hospitales dedicados al tratamiento de los minusválidos, la

medicina clínica sufre un gran avance y se inician técnicas terapéuticas usadas aún hoy en día (Parreño, 1978).

A partir de 1.922, comienzan a publicarse datos estadísticos de estos enfermos minusválidos y a celebrarse reuniones. Se establece una normativa y actitud para paliar en parte la situación de los lesionados medulares, como son: la evacuación urgente, ubicación en centros especiales junto con la aparición de la terapia anti shock, sulfamidas, antibióticos y el panorama de estos enfermos empieza a cambiar y sus expectativas de vida comienzan a alcanzar cotas insospechadas.

Terminada la 2ª Guerra Mundial, Guttman crea el primer centro especializado para el tratamiento rehabilitador de los lesionados medulares. Es en esta época cuando se pone de manifiesto que una de las causas de fallecimiento, de provocación de la paraplejia e incluso de la mala evolución de los lesionados eran las malas condiciones en que eran evacuados (López Fernández, 1958).

En 1948 la O.N.U. proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos de especial interés para los discapacitados, en el que entre otros artículos caben destacar los siguientes: 5.- Nadie será objeto de tratos crueles, inhumanos o degradantes; 22: derecho a la

seguridad social; 23: derecho a trabajar; 25: derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios; derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de subsistencia independientes de su voluntad; 26: derecho a la educación.

En 1949 se establece un plan de lucha contra la invalidez. La comisión social de la O.N.U. se interesa por primera vez por la rehabilitación de minusválidos físicos y ciegos.

En 1950 la resolución 309 E (XI) del Consejo Económico y Social de la O.N.U. pide a la Secretaría General un programa internacional para la rehabilitación de minusválidos físicos que es aprobado en 1955.

En 1971 la O.N.U. declara los Derechos de las Personas Minusválidas, reiterando la Declaración de 1948 y añadiendo el derecho a que sus especiales necesidades sean tenidas en cuenta en la planificación social y económica; consulta a las organizaciones de minusválidos en asuntos que afectan a sus derechos. En este mismo año es realizada en Roma por iniciativa de Rehabilitación Internacional la Primera

Conferencia Internacional sobre Legislación para Minusválidos.

En 1974 se lleva a cabo en España Minusval-74: Conferencia Nacional sobre Integración del Minusválido en la Sociedad.

En 1975 la O.N.U declara la Resolución del Consejo Económico y Social sobre prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas minusválidas.

En 1976 La Asamblea General de la O.N.U. declara 1981 Año Internacional del Minusválido. Se hace así mismo un estudio comparativo de la legislación, organización y administración de los servicios de rehabilitación para el minusválido, referente a 49 países.

1978: Decreto de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). En este mismo año se realiza en Manila por iniciativa de Rehabilitación Internacional la Segunda Conferencia Internacional sobre Legislación para Minusválidos.

1981: Año Internacional del Minusválido.

En 1982 la Asamblea General de la O.N.U. aprueba el Programa de Acción Mundial para las Personas Minusválidas y proclama el período 1983-1992 Decenio de las Naciones Unidas para las Personas Minusválidas, marco temporal de aplicación del programa.

En 1983 la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), aprueba la Convención y la Recomendación sobre Rehabilitación Profesional y Empleo de Personas Minusválidas.

En 1984 el Consejo Económico y Social de la O.N.U. aprueba una resolución sobre violación de los derechos humanos y minusválidos.

En 1986 se lleva a cabo en Viena por iniciativa de Rehabilitación Internacional una reunión internacional de expertos en legislación, para la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. (Aguado, 1991)

Y así llegamos hasta nuestros días en que la Seguridad Social se encarga de la creación de Unidades especializadas dentro de los grandes hospitales, con material, cuidados y personal adecuados para la correcta rehabilitación de estos enfermos.

1.5.- ETIOPATOGENIA DE LAS LESIONES MEDULARES

Como apuntábamos anteriormente, existen varias causas productoras de lesión medular, sin embargo, la que mayor número de casos produce son los traumatismos de la columna vertebral y a ellos, basándonos en Cotta, Heipertz y Teirich (1974), vamos a dedicarles las próximas páginas, dejando para trabajos posteriores el estudio de las otras etiopatogenias como pueden ser el cáncer, las infecciones y las enfermedades vasculares de la médula.

1.5.1.- TRAUMATISMOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Los cuerpos vertebrales son formaciones compuestas predominantemente de tejido esponjoso con condensaciones de la sustancia ósea en los puntos de nacimiento de los arcos y a nivel de los platillos, constando en cambio los arcos vertebrales de hueso compacto.

El tejido existente entre las vértebras consta del anillo fibroso y del núcleo pulposo. El primero se encuentra estrechamente unido al ligamento común vertebral posterior. La considerable movilidad de la columna vertebral se debe a la elasticidad que poseen la totalidad

de los discos, siendo sólo escasa la movilidad que reside en la función de las pequeñas articulaciones intervertebrales.

A continuación veremos el mecanismo de producción de las fracturas vertebrales y sus características en función de la zona afectada.

1.5.1.1.- FRACTURAS VERTEBRALES

Cada una de las partes de la columna vertebral tiene características diversas. Mientras que la porción cervical y la lumbar poseen una considerable movilidad y se disponen en lordosis, la zona dorsal presenta una relativa rigidez y una moderada cifosis fisiológica. Todo esto hace que la acción traumática pueda tener muy diversas consecuencias según la parte de la columna sobre la que actúe. Por lo demás, tiene una importancia decisiva el mecanismo accidental para el tipo de lesión que se llegue a producir; determinados procesos accidentales conducen a producir traumatismos de las porciones óseas o de las blandas o también de ambas.

Las fuerzas de acción indirectas son las principales causantes de las lesiones vertebrales.

Es muy frecuente la fractura por compresión del cuerpo vertebral debida a una excesiva flexión, por compresión o bien por los dos, quedando la vértebra deformada en forma de cuña. La extensión excesiva conduce a las fracturas luxación.

Según el tipo de mecanismo accidental, se observan también fracturas por arrancamiento a nivel de las apófisis espinosas transversas.

Las sobrecargas súbitas y fuera de lo habitual, así como los movimientos de giro, pueden ocasionar excepcionalmente una lesión discal aislada. Frecuentemente, al producirse una ruptura de los platillos vertebrales, el tejido discal es comprimido hacia el interior del cuerpo vertebral.

Cuando se disloca o desplaza una fractura vertebral, resulta manifiesto que pueda lesionarse la médula espinal. Pero es un hecho menos conocido que también traumatismos vertebrales sin considerable alteración morfológica pueden acompañarse de lesión de la sustancia nerviosa, principalmente debido a la hemorragia.

La hematomielina, como también la conmoción medular, tienen un pronóstico relativamente bueno, mientras que la compresión y la contusión medular sólo tienen una escasa tendencia a la reparación.

Cuando se produce una compresión, los esfuerzos y el interés médico se dirigen comprensiblemente hacia la médula con el fin de descomprimirla, para lo cual se procederá inmediatamente a la reducción de la luxación vertebral o bien, en caso de ciertas fracturas por compresión, se procederá a la extirpación operatoria de los arcos vertebrales o bien al enderezamiento de la columna.

En las fracturas puras del cuerpo vertebral se distingue la ligera fractura por lesión y compresión, que suele curar sin secuelas de importancia, de la fractura por compresión con la participación discal. En este caso, tiene lugar una deformación más o menos en forma de cuña del cuerpo vertebral afecto, produciéndose también con frecuencia una fractura del platillo vertebral y el desprendimiento de una cuña anterior y otra posterior. La posterior puede ejercer una compresión sobre la médula espinal y provocar un síndrome de parálisis. La deformación en cuña del cuerpo vertebral reporta una angulación cifótica de la columna. El tejido discal que ha penetrado dentro del cuerpo vertebral afecto puede retardar la

consolidación ósea y por tanto la curación del proceso. Cabe remarcar el hecho de que, aunque puede aceptarse que pasados de 3 a 6 meses la columna vertebral vuelve a poder soportar la carga, el proceso curativo de una fractura de cuerpo vertebral dura un año o más.

En la llamada fractura vertebral completa, con participación del tejido discal, fracturas del cuerpo vertebral, del arco y de la apófisis, es frecuente encontrar considerables angulaciones de la columna vertebral y desplazamientos de su eje. En algunos casos estas fracturas curan formando un robusto callo, el cual puede originar fenómenos de compresión. Se desarrollan grandes osteofitos y puentes óseos que consiguen estabilizar el segmento vertebral afecto. Tanto en las fracturas luxación de un cuerpo vertebral como en la luxación vertebral pura es especialmente grande el peligro de que se produzca una lesión medular irreparable. En algunos casos se acompañan de fracturas de las apófisis articulares y requieren una reducción inmediata.

La fractura aislada de una apófisis surge en forma de fracturas indirectas, predominantemente a nivel de la apófisis transversa. Suele tratarse de fracturas por arrancamiento debidas a la tracción incoordinada de los músculos iliopsoas y cuadrado de los lomos.

Las fracturas de las apófisis espinosas se producen por acción directa o indirecta de una fuerza. En la zona de transición de la columna cervical a la dorsal se presenta también en forma de fracturas por sobrecarga. Las fracturas de las apófisis espinosas no requieren inmovilización alguna y tienen una importancia relativamente reducida.

Cuando existe una osteoporosis de la columna vertebral, se observan fracturas llamadas de viejo, por atrofia, que se producen sin que sea necesario que actúe una fuerza externa de consideración.

Existen a su vez un pequeño número de fracturas vertebrales que en principio no pueden evidenciarse en las radiografías. En otro tiempo se hablaba de la enfermedad de Kümel, cuando meses después de un trauma se apreciaba un hundimiento de un cuerpo vertebral acompañado de una descalcificación. Hoy se interpreta este hallazgo como secuela de una fractura no diagnosticada y por lo tanto no tratada (Cotta, Hipertz y Teirich, 1974).

Las fracturas y luxaciones de la columna vertebral tienen un significado y una importancia diferentes según la zona donde se produzca, así, vamos a distinguir la columna cervical, la dorsal y la dorso lumbar. Veremos a

continuación qué tipos de fracturas o luxaciones son más frecuentes en cada una de estas zonas y qué tipo de afectación se produce al comprometer la médula espinal. Para ello nos hemos basado en el trabajo de De Palacios (1971) expuesto en el 8º Congreso Luso-Español de Ortopedia y Traumatología.

1.5.1.1.1.- COLUMNA CERVICAL

A consecuencia de un traumatismo podemos encontrarnos en la columna cervical toda clase de lesiones que van desde el esguince simple a la grave fractura luxación, pero la más frecuente del accidente de tráfico es la luxación pura debida a un mecanismo de látigo.

Cabe destacar la llamada luxación momentánea de la columna cervical, la cual sin lesiones óseas apreciables radiográficamente puede determinar una tetraplejia.

Hay que distinguir entre lesión ósea vertebral y lesión medular y radicular. La primera carece de valor patognomónico ya que sólo consiste en dolor y contractura muscular antiálgica. Si el desplazamiento es marcado podrá palparse una apófisis espinosa prominente.

Los signos de sufrimiento medular o radicular son los que en primer lugar llaman la atención, bien en forma de tetraplejia o en forma de monoparesias localizadas en alguno de los miembros superiores. La exploración de la motilidad, sensibilidad y reflejos podrán orientar hacia el diagnóstico de lesión nerviosa. También es importante observar el tipo de respiración que es diafragmática exclusivamente en las lesiones por debajo de C-4. Mediante radiografías se puede determinar definitivamente el diagnóstico.

El tratamiento de urgencias es colocar un compás de tracción para inmovilizar la fractura luxación y después valorar la afectación medular así como la posibilidad de intervención quirúrgica.

En las fracturas cervicales la afectación de las arterias vertebrales es causa de shock irreversible por fallo del centro vasomotor y la isquemia de dichas arterias se acompaña de isquemia del centro vasomotor que conlleva una hipotensión progresiva y una alteración de los centros simpáticos a los cuales irrigan dichas arterias, produciendo un cuadro de alteración del tallo cerebral con hipotermia, apnea, obnubilación progresiva y coma, que conduce a la muerte si no se actúa a tiempo y en consecuencia.

1.5.1.1.2.- COLUMNA DORSAL

Los traumatismos de la zona dorsal son mucho menos graves que los de la cervical. Se tratan casi siempre de aplastamientos en cuña, no teniendo mucha importancia el diagnóstico de urgencias con vistas al tratamiento precoz, ya que el simple reposo en cama es suficiente. Después se valorará la posibilidad de colocar un yeso, corsé o una operación de fijación.

Al ser las vértebras más robustas en esta zona y tener menor movilidad, la posibilidad de afectación medular es muy escasa y el tratamiento se reduce a lo expuesto anteriormente sin necesidad en algunos casos de ingresar muchos días en el hospital.

Lo que sí hay que tener en cuenta es que este tipo de lesiones generalmente se puede asociar a lesiones de la pared costal o de las vísceras torácicas con sus consecuentes síntomas valorativos de dichas patologías y que deben ocupar un primer lugar de atención.

1.5.1.1.3.- COLUMNA DORSO LUMBAR

Este tipo de fracturas es comparable al de la columna cervical y puede manifestarse de dos formas:

1.- Presencia de una paraplejia o una paraparesia más o menos manifiesta.

2.- Síndrome abdominal de dolor y contractura que puede dar la impresión de una lesión de las vísceras abdominales.

La palpación de la columna y el examen radiográfico nos confirmarán el diagnóstico.

1.6.- VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA REHABILITACION DEL LESIONADO MEDULAR

La reacción psicológica del lesionado medular está condicionada por múltiples factores, tales como la etiología de la lesión (accidente laboral, de tráfico, etc.), la situación social y económica antes del accidente, las posibilidades de una buena reintegración social y laboral y la actitud de aceptación o rechazo por parte de familiares y amigos (Prieto, Santo y Baca 1977).

Analizando esto, podemos extraer tres tipos de variables que pueden influir tanto positiva como negativamente en el proceso de rehabilitación del lesionado medular. Son variables de tipo físico, psicológico y social.

Trieschmann (1978-79) las denomina variables orgánicas, personales y ambientales y en conjunto están interactuando en la producción de la conducta del paciente, (que en este caso se desea que se identifique con la de ajuste a su lesión medular).

Como en el presente trabajo se pretende analizar el grupo de variables psicológicas o personales, serán a éstas

a las que se dedique la mayor atención. No obstante, se citarán las orgánicas y las sociales para podernos hacer una idea global de la importancia que tienen en las alteraciones psicológicas de estos pacientes y como consecuencia el grado de influencia que ejercen en la rehabilitación.

1.6.1.- VARIABLES FISICAS U ORGANICAS

La lesión medular produce numerosos problemas orgánicos a los pacientes y es en la rehabilitación de aquellos en los que se ocupa la mayor parte del tiempo. Unos trastornos son irreversibles y otros más o menos recuperables, procurándose con la rehabilitación el recuperar al máximo los reversibles y en controlar y estabilizar los irreversibles.

Entre estos problemas físicos vamos a citar los que son más representativos de este tipo de enfermos (Searle, 1975), existiendo otros que son comunes a distintas patologías y que aquí no trataremos.

1.- Falta de control de esfínteres con la incomodidad física, psíquica y social que ello representa.

2.- Disregulación del sistema nervioso vegetativo, que se manifiesta por crisis vasomotoras y de sudoración.

3.- Alteraciones del tono muscular con espasmos frecuentes.

4.- Riesgo de complicaciones urinarias por la necesidad de mantener sondaje vesical permanente.

5.- Riesgo de complicaciones respiratorias.

6.- Perturbaciones de la función sexual.

7.- Parálisis de las dos extremidades inferiores en el caso de la paraplejia y de las cuatro en el caso de la tetraplejia.

8.- Pérdida de la sensibilidad al tacto, al dolor y a la temperatura por debajo de la zona lesionada.

Para Trieschmann (1978-79), las variables orgánicas son las siguientes:

- Edad
- Grado de lesión y limitaciones funcionales
- Complicaciones médicas
- Anomalías congénitas
- Fortaleza
- Resistencia

1.6.2.- VARIABLES AMBIENTALES O SOCIALES

Son todos los factores que rodean al paciente, ya pertenezcan al interior de su residencia como al exterior de ella, influyendo decisivamente favoreciendo o dificultando el desarrollo de algunas funciones del sujeto y que hay que tener en cuenta al efectuar un programa de rehabilitación, ya que de ellos, junto con los físicos y los psicológicos depende toda la terapia.

Algunas de estas variables son: (Trieschmann, 1978-79)

- 1.- El ambiente hospitalario y cada uno de sus elementos, ya sean personas, objetos o situaciones.
- 2.- El contexto familiar anterior y posterior a la lesión medular.
- 3.- El ambiente social en que se movía el paciente y al que ha de volver.
- 4.- Residencia urbana o rural.
- 5.- Situación económica.
- 6.- Transporte.
- 7.- Acceso a atención médica y reparación del equipo mecánico.
- 8.- Disponer de oportunidades educacionales.
- 9.- Situación laboral.
- 10.- Estado civil.
- 11.- Valor diversificativo de la disfuncionalidad.

1.6.3.- VARIABLES PSICOLOGICAS O PERSONALES

Para Trieschmann (1978-79), en este grupo de variables entrarían a formar parte las siguientes:

- 1.- Repertorio de hábitos.
- 2.- Tipo de personalidad.
- 3.- Tipos de gratificaciones.
- 4.- Factores internos y externos de control.
- 5.- Método de afrontar el stress.
- 6.- Autoimagen.

Todas estas variables citadas por Trieschmann son muy complejas y están formadas a su vez por numerosos factores. Nosotros, haciendo una revisión de la literatura recogida, analizaremos las que hemos encontrado en dichos trabajos y que se consideran como influyentes tanto positiva como negativamente en la rehabilitación.

1.6.3.1.- DEPRESION

Una gran cantidad de trastornos depresivos tienen un origen reactivo ante la pérdida de un reforzador principal, que puede tener un efecto generalizado, reduciendo la efectividad de todos los demás reforzadores (Costello, 1972).

Sin embargo, Burges (1969) afirma que los estados depresivos no son el resultado de una disminución en la cantidad de refuerzo recibido, sino que ocurre cuando a un individuo se le extinguen los comportamientos apropiados de ejecución y se le refuerzan luego los comportamientos depresivos.

Los cognitivistas como Beck (1976) resaltan la influencia del lenguaje interno del sujeto como fuente de autorrefuerzos, expectativas y de una autoimagen que orienta la conducta futura del propio sujeto.

Seligman (1975) aboga por la indefensión aprendida como la causante de la depresión; el sujeto es incapaz de controlar la situación traumática. Sin embargo, esto no es suficiente para crear un estado de depresión, es también necesario que dicha experiencia afecte a las expectativas del sujeto con respecto a la eficiencia de su conducta en el futuro.

Una de las claves son las razones a las que el sujeto atribuye el fracaso de su conducta, considerándose en estas atribuciones tres dimensiones dobles: estable/inestable, interna/ externa y global/específica (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

No sólo se necesita la retirada de un reforzador para que se produzca un estado depresivo, sino que también influyen otras circunstancias que hacen que el sujeto valore esta pérdida de una forma desmesurada. El sujeto empieza a construir sus propias cogniciones sobre sí mismo, sobre el medio ambiente y sobre el futuro, determinadas por la pérdida del reforzador. Según Beck (1976), en estos sujetos se activan esquemas negativos, ilógicos, automáticos e involuntarios. Estos pensamientos son los que hacen que se produzca un estado emocional en el sujeto, que le impulsa a cometer errores que les llevará al empeoramiento del cuadro. Estos errores pueden ser de diversos tipos como conclusiones arbitrarias, abstracción selectiva, generalización o sobre-generalización, magnificaciones o minimizaciones, personalización y pensamiento dicotómico.

Según Hohmann (1975) el lesionado medular se siente inútil, sin ayuda y sin esperanza y con frecuencia desea haber muerto en el accidente. En este momento suelen aparecer las ideas suicidas, que deben ser tratadas seriamente ya que el paciente puede actuar directamente agrediéndose a sí mismo, o indirectamente abandonándose a su suerte hasta causarse la muerte. A partir de aquí, muchos pacientes desarrollan hostilidad externa y se

convierten en abusores verbales y hasta físicos del personal sanitario y/o familiares y amigos.

Palmer (1985) realiza un estudio de la depresión en los lesionados medulares mediante el test de supresión de la dexametasona, y concluye que, aunque en estos paciente el resultado es cuestionable debido a cambios de la regulación adenocortical causados por la lesión medular, la depresión reactiva es común en ellos, mientras que la depresión endógena ocurre infrecuentemente.

Igualmente Frank (1985) afirma que mediante el test de supresión de la dexametasona se manifiesta la situación de riesgo de depresión asociada con la lesión medular, sin embargo, el papel del estrés en la etiología de esta condición es discutible.

Para Muñoz Rivero (1970) la depresión es necesaria para el balance psicológico de los pacientes afectos de lesión medular, los cuales necesitan atravesar un período de tristeza por la pérdida de la función.

Dijkers y Cushman (1990), opinan que informes basados en impresiones clínicas sugieren que la depresión después de la lesión medular es un fenómeno universal, sin embargo, estudios utilizando métodos objetivos y criterios estrictos

no confirman esto. Existen incluso diferencias entre las impresiones clínicas que según estos autores pueden corresponder en algún grado a variaciones en la frecuencia y la intensidad de la depresión en el paciente promedio, concluyendo que las enfermeras observan más depresión en los lesionados medulares que los médicos y profesionales de salud mental. Así mismo, Erns (1987), afirma que los miembros del equipo de rehabilitación tienden a estimar más depresión, ansiedad e incomodidad social y esto hace que conforme pasa el tiempo, baja la estimación del optimismo en los propios pacientes.

En cuanto al nivel de lesión, Nestoros (1982), correlacionando ansiedad y depresión con el grado de impulso sensorial, afirma que los sujetos tetraplégicos no estaban más deprimidos que los parapléjicos. Los niveles de la lesión espinal no están asociados con las diferencias en las puntuaciones. El nivel de estímulo sensorial no es únicamente un rol dominante en la ansiedad y depresión. Sin embargo, MacDonald et al. (1987), afirman que los sujetos deprimidos confirmaron menos actividades personales que los que no estaban deprimidos, no encontrándose diferencias entre tetraplégicos no deprimidos, tetraplégicos levemente deprimidos y parapléjicos levemente deprimidos, y sí entre éstos y los parapléjicos no deprimidos.

Según opiniones recogidas por Lawson (1978) de los propios lesionados medulares sobre situaciones o sucesos ocurridos desde la lesión, los pases de salida o el alta, son recogidos por los pacientes como los motivos más placenteros, mientras que los informes negativos del médico, la información del pronóstico y los sucesos personales negativos son considerados como depresivos.

Stewart (1977) afirma que la depresión y la ansiedad posterior a la lesión medular no son una enfermedad. Sin embargo, Katz et al. (1979) consideran que la depresión es un factor importante que influye negativamente en la rehabilitación del lesionado medular. Cuanto más acentuado es el grado de depresión, más deficiente ha tenido que ser el pasado del individuo afectado. Para estos autores, los lesionados medulares con "historia pasada favorable" tienden a ser menos depresivos.

Hay clara evidencia de que los episodios depresivos dificultan la recuperación (Hohmann, 1975; Lawson, 1978; Bracken and Shepard, 1980; Katz et al., 1979; Wilcox y Stauffer, 1972).

Weller y Miller (1977a) afirman que la depresión representa la reacción ante la desgracia. Consiste en un período de melancolía activa que el paciente experimenta al

enfrentarse con la realidad abrumadora de su paraplejia. En la depresión disminuye la autoestima y hay sentimientos de desesperanza y abandono. El parapléjico se siente inútil y avergonzado, con temor y auto-aversión. Según un estudio realizado por Joerres et al. (1992), este desorden emocional se agrava en otoño/invierno y mejora en primavera/verano.

En una investigación realizada por Heinemann et al. (1992), se detectó que un porcentaje elevado de lesionados medulares padecían depresión, trastornos afectivos y consumían medicamentos, alcohol y sustancias ilícitas. El 43% utilizaba medicamentos indebidamente y de esas personas, el 24% informó abusar de uno o más medicamentos. También se constató que las personas que abusaban de medicamentos aceptaban menos su trastorno y estaban más deprimidos que las que no usaban medicamentos.

Lawson (1978), aconseja que se debe prestar atención a preocupaciones o relaciones que el paciente tenga con gente importante para él, ya que la depresión o por el contrario la animación proviene de estos procesos.

1.6.3.2.- CONFORT Y BIENESTAR

En esta variable se incluyen las situaciones de satisfacción o insatisfacción de estos enfermos con respecto a la lesión medular, así como las experiencias de confort o discomfort que manifiestan haber tenido los pacientes antes del accidente.

Decker y Shulz (1985), en un trabajo realizado con 100 lesionados medulares, afirman que estas personas tienen una mayor insatisfacción que las que no tienen este problema.

Los lesionados medulares con experiencia de buen confort pre-lesión sin embargo, tienen más altos niveles para las relaciones sociales. Miran su problema de forma favorable, tendiendo a tener un más alto nivel y una mayor educación, siendo asimismo más religiosos que los de niveles más bajos.

En un estudio realizado por Mayer y Andrews (1981) sobre cómo afectó la paraplejia al sujeto, se obtuvieron tres opiniones diferentes:

1ª) Un primer grupo manifestó cambios positivos en su vida como resultado de estar parapléjicos. Eran sujetos con una situación negativa familiar y social pre-lesión, otros

que habían tenido premonición del accidente y otros que eran muy religiosos.

2a) Un segundo grupo reportó no haber sufrido cambios esenciales en la vida después del accidente. Eran sujetos todos hombres, que tenían algún área de gran interés en el cual podían sobresalir, eran populares y no religiosos y uno de ellos era drogadicto viviendo con sus padres.

3a) El último grupo formado por dos sujetos indicaron cambios negativos después del trauma, afirmaron tener problemas físicos, disminución de la actividad, viendo su problema como una barrera a su pasado exitoso.

En situaciones hospitalarias, Lawson (1978) afirma que la primera mudanza y la primera vez que el lesionado medular se sienta en la silla de ruedas es interpretada por el personal sanitario como pasos básicos, mientras que los pacientes los consideran ambiguos o como el principio de cierto grado de normalidad.

Este mismo autor confirma que los pases de salida del hospital o las altas son recogidos por los pacientes como los motivos más placenteros, mientras que los informes negativos del médico, la información del pronóstico y los sucesos personales negativos son considerados como productores de disconfort y como depresivos.

Como se apuntó antes en la variable depresión, según Katz y et al. (1979), el confort o la historia pasada favorable influye decisivamente en la producción del estado depresivo en estos enfermos y así, tenemos que el lesionado medular con historia pasada favorable tiende a ser menos depresivo que el que tuvo una vida desfavorable antes de la lesión.

Sin embargo Judd y Burrows (1986) considera que el disconfort va íntimamente ligado a las pérdidas que el sujeto considera que le ha producido la paraplejia, así tenemos que el sujeto con historia pasada favorable y por lo tanto poseedor de mayor cantidad de reforzadores, será el que más se perjudique con la nueva situación y por lo tanto el que se deprima más.

1.6.3.3.- MOTIVACION

Para Cook (1981) es muy importante la motivación del lesionado medular para la rehabilitación. Esta motivación viene dada por cuatro constructos:

10.- El nivel de activación (arousal), que es conceptualismo como ansiedad que conduce a la acción. La ansiedad es necesaria para la adaptación y facilita la rehabilitación en el lesionado medular.

De acuerdo con Cook está Shadish et al. (1981) cuando dice que se considera a la ansiedad rasgo y estado como predictor fiable de la adaptación.

20.- Esperanza u optimismo hacia el futuro: la expectación incluye el nivel de aspiración, pudiendo considerarse como un mediador cognitivo de la activación y como causa de la consecución de la motivación. Las expectativas sólo existen en relación con alguna meta o condición incentivadora.

30.- Metas personales: a veces se usa la conducta dirigida a una meta como sinónimo de conducta motivada. Mientras que el nivel de activación y las expectativas pueden mediatizar la intensidad de la conducta, la selección de la meta describe la dirección de la misma.

40.- Satisfacción de las necesidades: el concepto necesidad personal está íntimamente relacionado con la selección de la meta por el paciente, es la necesidad de satisfacción que éste requiere de la vida.

Triesmann (1978-79) afirma que se le debe facilitar al paciente un ambiente lleno de recompensas para motivar y estimular su rehabilitación. Asimismo, es importante para la rehabilitación investigar las deficiencias en las necesidades e incentivar al lesionado medular para que busque y consiga su satisfacción. Concluye diciendo que el número de metas establecidas por los pacientes está

positivamente relacionado con los logros post-rehabilitación.

Otro de los determinantes motivacionales es el conocimiento de las causas a que un sujeto atribuye los resultados que siguen a su propia conducta o a la actuación de otros sujetos, es a lo que Weiner et al. (1978) denomina atribución y que considera como fuente motivacional de la conducta del sujeto.

Las causas a que atribuimos un hecho pueden ser percibidas por el sujeto como estables o variables:

En las primeras, la falta de habilidad disminuye la expectativa de éxito futuro en dicha tarea y la intensidad y/o persistencia con que el sujeto afronta la tarea. Mientras que en las segundas, la falta de esfuerzo o la mala suerte son causas variables y las expectativas de éxito no cambian.

En segundo lugar, el sujeto puede percibir la causa a que atribuye el resultado de su conducta como situado dentro de él mismo o fuera de él, con lo que tendremos atribuciones internas o externas. Como consecuencia de lo primero, se producen reacciones afectivas relacionadas con la autoestima.

Decker y Shulz (1985) consideran que el mantenimiento de la autoestima es muy importante si el lesionado medular va a realizar una buena rehabilitación.

Nelson y Gruver (1978), comparando lesionados medulares con pacientes hospitalizados por tuberculosis pulmonar (T.B.C.) y sujetos normales no hospitalizados, refieren no haber encontrado diferencias en cuanto a la autoestima entre los dos grupos formados por los lesionados medulares y sujetos normales y sí con respecto a los enfermos hospitalizados con T.B.C. Sugiriendo que el concepto de sí mismo es una situación de numerosas variables de las cuales el malestar físico es sólo una de ellas.

Para Mayer y Eisenberg (1982) sin embargo, los lesionados medulares dan puntuaciones más bajas en autoestima física que las personas normales.

Stewart (1977) opina que la autoestima es un dato importante para ver la fortaleza del sujeto y el impacto de la lesión en su vida futura, y así, Fraser (1982) afirma que el mantenimiento de su propia autoestima después de la lesión medular es una tarea psicológica muy importante para la rehabilitación del enfermo con lesión medular.

Relacionando las atribuciones con las respuestas emocionales, Weiner et al. (1978), encontraron que en las relaciones entre atribuciones y respuestas emocionales pueden suceder tres cosas:

a) Que existan reacciones emocionales ligadas exclusivamente al hecho de conseguir un objetivo (placer, satisfacción, etc.) o de fracasar en el intento de alcanzarlo (disgusto, turbación, etc.), independientemente de la causa a que se atribuya el resultado.

b) Que existan emociones ligadas a atribuciones específicas. En caso de éxito ocurre que:

- Si se atribuye a la habilidad, produce sentimientos de competencia.

- Si se atribuye al esfuerzo, produce relajación si se percibe como algo habitual o activación si es inmediato.

- Si se atribuye el éxito a la ayuda de otro, da lugar a sentimientos de gratitud.

c) Que las reacciones emocionales ligadas a la autoestima, como los sentimientos de orgullo, competencia, confianza, satisfacción (en caso de éxito), o de culpabilidad y resignación (en caso de fracaso), dependen de la atribución de los resultados a causas que están en el propio sujeto.

En tercer lugar tenemos el factor de controlabilidad, y así podemos constatar que la percepción de que el éxito se halla bajo el control voluntario de la persona (va unido al factor esfuerzo), afecta de distintos modos a ésta:

- Le hace sentirse origen o causa de su propio destino.

- Influye en el hecho de que busque o no busque información tras el fracaso para corregir el error.

- Hace que el uso de la información disponible a la hora de tomar decisiones sea más adecuado.

Por el contrario, si la persona considera que la consecución de una meta no se halla bajo control personal, da lugar a sentimientos de desesperanza y de falta de motivación. Se ayuda más o se tiene más simpatía a las personas que se considera que su acción no es voluntaria. Ej. pobreza o aislamiento.

Por último y en cuarto lugar, cuando las causas a que una persona atribuye los fracasos, además de internas y estables afectan de un modo global o general al sujeto, permanecen bajas las expectativas de éxito en una gama muy variada de situaciones y se incrementan las reacciones afectivas de tipo negativo que acompañan a la pérdida de autoestima, pudiendo conducir a la depresión.

Así pues, la teoría de las atribuciones pone de manifiesto que las expectativas, la conducta que depende de ellas y las reacciones emocionales que son causa de múltiples perturbaciones psicológicas dependen de las atribuciones, por lo que no es posible modificar las primeras sin modificar las segundas.

El conocimiento de estas relaciones, permite la formulación de hipótesis sobre el modo en que las atribuciones específicas que realiza un sujeto, actuando como variables independientes, determinan la conducta que queremos modificar.

Si para modificar el comportamiento es necesario actuar sobre las atribuciones, no sólo hay que conocer éstas, sino también de qué depende que el sujeto tienda a realizar unas atribuciones y no otras (Fernández Ballesteros, 1983).

1.6.3.4.- ESTILOS ATRIBUTIVOS

Según Fernández Ballesteros (1983), para modificar el comportamiento del sujeto, interesa no sólo conocer qué atribuciones del sujeto tienen efectos perturbadores, sino también si éste tiende a realizar determinados tipos de

inferencias que pueden resultar desadaptativas. A estas tendencias se les llama estilos atributivos.

Si se dan éstos, la raíz del problema no sólo está en las atribuciones sino en la tendencia del sujeto a realizar un tipo de atribuciones en lugar de otras y los esfuerzos terapéuticos estarán dirigidos a corregir estas tendencias.

El sujeto atribuye las causas de un evento según dos tipos de estilos atributivos (Metalsky y Abramson, 1981):

1) Estilos atributivos basados en creencias: el sujeto normalmente se apoya en sus creencias para determinar las posibles causas del hecho.

2) Estilos atributivos basados en la evidencia situacional: el sujeto utiliza habitualmente los mismos patrones de información procedentes de la situación para hacer las atribuciones.

Dentro de los estilos atributivos se considera al "lugar de control" como la causa a que el sujeto atribuye la ocurrencia de un hecho determinado. Esta causa puede estar dentro del sujeto y ser éste el responsable de ella, o atribuirle a algo fuera de él, por lo que el causante de la situación será otra persona o circunstancia.

Shadish et al. (1981), analiza la influencia de las variables locus de control y tiempo en la adaptación de los lesionados medulares, llegando a la conclusión de que el factor I (internalidad) y el tiempo influyen positivamente, mientras que el factor P (personas con poder) y el factor C (circunstancia o causalidad) lo hacen negativamente. Los pacientes con alta I y por tanto baja E (externalidad), afrontan mejor el problema de la paraplejia.

La evaluación de las atribuciones puede actuar como variable determinante del problema psicológico.

1.6.3.5.- CONDUCTA ASERTIVA

Este concepto tiende a ser incluido dentro de las llamadas habilidades sociales del sujeto y hasta identificado con ellas. No vamos a entrar en discusión en este trabajo y consideraremos el término asertividad en definición de Mayor y Labrador (1988) como "la conducta que afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y que tiene como consecuencia el producir y mantener autorrefuerzos sin utilizar conductas aversivas para los otros".

Dunn, Lloyd y Phelps (1979) afirman que la asertividad es una condición necesaria para la adaptación satisfactoria de los parapléjicos. La conducta asertiva se convertiría así en un instrumento que el paciente utilizaría para mantener sus opiniones ante las demás personas y en las distintas situaciones, con ello produciría y mantendría autorrefuerzos necesarios para el ajuste adecuado a la lesión medular y como consecuencia para una buena rehabilitación.

1.6.3.6.- PERSONALIDAD

La personalidad pre-lesión del lesionado medular es un indicador de posibles problemas de rehabilitación. Los pacientes con personalidad estable se ajustan mejor que los de personalidad psicopática (Bracker and Shepard, 1980; Fraser, 1982; Hohmann, 1975).

Sin embargo, Katz et al. (1979) consideran que no existe ningún tipo determinado de estructura de la personalidad acompañando al lesionado medular; éstos exageran los problemas que para muchos no impedidos resultan corrientes.

En un estudio sobre la personalidad de los lesionados medulares realizado por Somasundaram et al. (1992), se encontraron datos tan poco esclarecedores como que un 11% eran extrovertidos, el 14% fueron introvertidos y el 76% ni extrovertidos ni introvertidos. Así mismo, el 24% fueron neuróticos, el 11% depresivos y el 26% padecía de ansiedad patológica.

1.6.3.7.- SEXUALIDAD Y MATRIMONIO

Según Allas (1986), después de veinte años, la readaptación de los lesionados medulares no se limita ya a la reeducación de la micción, sino que condicionada por una demanda creciente, se extiende a las funciones genito-sexuales. La función sexual implica a todo el individuo y condiciona su reinserción social. El daño neurológico produce diversas disfunciones en el desarrollo de los rendimientos sexuales en el hombre, no así en la mujer en la que ni éstos ni la fecundidad se ven grandemente influenciados.

Hohmann (1975), afirma que en las parejas pre-lesión, los lesionados medulares son menos independientes, reciben más cuidados del conyuge y obtiene menos empleos que los casados después de la lesión medular. Asimismo, estos

últimos manifiestan ser más felices y con mayor actividad sexual. Según este mismo estudio, una pareja tiene mayor riesgo de romperse cuando la mujer es la que sufre la paraplejia.

Para este mismo autor, un grave problema para los lesionados medulares es la imposibilidad de tener hijos, en estos casos se propone la inseminación artificial.

Crewe et al. (1979) afirman también que los matrimonios post-lesión son más felices que los pre-lesión. Los matrimonios pre-lesión tienen mayor índice de divorcios, mientras que los post-lesión tienen más posibilidades de éxito, sobre todo si tienen niños.

Para Ray y West (1983) las dificultades sexuales fueron las más alegadas por la mayoría de los sujetos y fueron experimentadas como frustración y depresión.

Según Comarr et al. (1982), el divorcio es atribuido a la gran cantidad de cambios impuestos a la disfuncionalidad del parapléjico más que a la impotencia sexual. Esto lo atribuye Crewe et al. (1979) a que la lesión da lugar a un cambio de roles en la pareja, lo cual puede ser amenazante para la ya cuestionada masculinidad del hombre. Además, la forma en que la disfunción sexual afecta al matrimonio

puede ser determinada por el grado de comunicación entre la pareja.

Para este mismo autor, a la hora de contraer matrimonio, el trabajo tiene poca importancia entre los lesionados medulares.

Siguiendo con este estudio comparativo, la vida social de los lesionados medulares casados pre y post lesión es similar y activa, sin embargo, los post-lesión demostraron mayor deseo de encontrar un trabajo y mostraron mejor ajuste vocacional y psicológico que los pre-lesión, siendo más independientes (Crewe et al., 1979; Trieschmann, 1978-79; Fraser, 1982).

1.6.4.- EL MODELO DE LAS ETAPAS DE AJUSTE A LA LESION

MEDULAR

Según Muñoz Rivero (1970), la forma en que reacciona un sujeto frente a la paraplejia depende de:

- 1.- Los problemas que suscita la incapacidad.
- 2.- La personalidad.
- 3.- La historia del sujeto.
- 4.- Sus experiencias.
- 5.- El significado consciente o inconsciente del impedimento.
- 6.- Los recursos del individuo, su familia y la sociedad.

A pesar de estos factores que varían de unas personas a otras, en opinión de una serie de autores, podemos encontrar en una gran mayoría de lesionados medulares, características y respuestas comunes, pudiéndose señalar una serie de etapas en la rehabilitación psicológica de estos pacientes. Y así, encontramos rotundas afirmaciones como que todos los lesionados medulares han de pasar por ellas, siendo tan patológico la permanencia muy prolongada como la no existencia de las mismas (Bravo y Jara, 1987); otras un poco más flexibles como las de Weller y Miller (1977a), para quienes estos estados pueden aparecer en

orden diferente, variar en su duración, superación, recuperaciones y recaídas fluctuantes, pudiéndose omitir alguno de ellos en pacientes individuales.

Sea como fuere, varios autores (Bravo y Jara, 1987; Hohmann, 1985; Muñoz Rivero, 1970; Weller y Miller, 1977a, 1977b), defienden la existencias de estas etapas y el irremisible paso del lesionado medular por ellas, estableciéndose en alguno de ellos un orden riguroso.

Sin embargo, encontramos opiniones contrarias en autores como Shadish et al. (1981), al afirmar que no está claro que el lesionado medular tenga que pasar por estas etapas predichas por algunos autores, ni que el tiempo de cada una de ellas sea constante. Concluye que algunos pacientes no pasan por estas etapas de adaptación y otros ni siquiera se adaptan. Igualmente, Trieschmann (1984) ataca a este modelo afirmando que "¿por qué vamos a anticipar una reacción homogénea a la lesión medular cuando el único rasgo en común es la discapacidad física?" (p.132). "Muchos expertos reconocidos en este campo han sostenido la teoría de las etapas de ajuste, pero han ofrecido escasa evidencia empírica para apoyarla... no se ha presentado evidencia de tales etapas en tales afirmaciones, que representan, más bien, las impresiones clínicas de sus autores" (p.128). "Ha habido considerable

especulación y poca investigación para documentar la reacción inmediata a la lesión medular" (p.126). Por último, Aguado Díaz (1990) concluye que si bien nadie niega los efectos psicológicos dramáticos de las discapacidades físicas, es improbable que estos efectos sean los mismos para todas las personas, ya que al no ser un grupo homogéneo el de los lesionados medulares, tampoco sus respuestas a la lesión son homogéneas, sino distintas y peculiares en cada sujeto. Por lo tanto, la teoría de las fases de reacción no tiene consistencia y carece de apoyo empírico.

También, Ernst (1987), opina que los enfoques teóricos a la comprensión del ajuste psicológico a la lesión medular han experimentado recientemente un reexamen que cuestiona seriamente la teoría de las etapas tradicionales de ajuste. A pesar de la limitada validación empírica, en el mejor de los casos, la teoría de las etapas ha disfrutado no solamente de popularidad entre los profesionales de rehabilitación sino que frecuentemente ha sido impuesta sobre muchos lesionados medulares como un criterio necesario para descarga del hospital. Profesionales experimentados han exagerado también el trastorno de sus pacientes y estas malas percepciones tienden a empeorar progresivamente con la experiencia clínica.

En definitiva, y referente a la aplicación práctica del modelo de las etapas, se pretende con éste que "todo lesionado medular ha de resolver exitosamente los problemas psicológicos asociados con cada etapa para conseguir la adaptación psicológica a la discapacidad. Las estrategias de tratamiento deberían ser engranadas para promover esta progresión" (Brucker, 1983, p.288).

No obstante las opiniones contrarias de algunos autores y con la intención de exponer objetivamente la teoría, aún coincidiendo en que se precisa un estudio riguroso de las fases de reacción para poder establecer un criterio empírico de rechazo o validación, creemos oportuno analizar dichas etapas, aunando varias clasificaciones para confeccionar una lo más completa posible y que abarque el mayor número de variables, cuyo estudio es en definitiva el objetivo de este trabajo.

<u>FASES</u>	<u>EMOCIONES</u>	<u>REACCIONES</u>
		PANICO PASIVIDAD
REACCIONES INMEDIATAS	INSEGURIDAD	
	MIEDO A LA INVALIDEZ	NEGACION
1.- DEFENSIVAS PARA PROTEGER EL YO	ANGUSTIA ANTE EL PROBLEMA	HUIDA EVASION
	MIEDO A LA NO SOLUCION DEL PROBLEMA	DEPENDENCIA AISLAMIENTO
<hr/>		
		IRA AGRESIVIDAD ANGUSTIA PROTESTA ENCOLERIZAMIENTO
2.- FASE DE DESESPERACION	ANGUSTIA ANTE EL FUTURO INCIERTO	
	PERDIDA DE LAS FUNCIONES	DESESPERANZA INUTILIDAD DESGRACIA BAJA AUTOESTIMA VERGUENZA TEMOR AUTOAVERSION DOLOR
	PERDIDA DE REFORZADORES	INDEFENSION DEPRESION DESINTERES POR EL MUNDO AUTOAGRESION-AUTOCASTIGO AUTOCRITICA SENTIMIENTO DE CULPA REMORDIMIENTO BAJO ESTADO DE ANIMO INSATISFACCION DISCONFORT DISMINUCION DE ACTIVIDAD
<hr/>		
3.- FASE DE AJUSTE O DESLIGAMIENTO	ADAPTACION ASUNCION DEL PROBLEMA	INDEPENDENCIA

CUADRO Nº 1.- Las etapas de ajuste a la lesión medular: Elaboración propia en base a Bravo y Jara (1987), Weller y Miller (1977a,77b), Hohmann (1975) y Muñoz Rivero (1970).

1.- Reacción defensiva inmediata para proteger el YO.

a) **Excitación nerviosa.**- Consiste en un cuadro de agitación psicomotriz, angustia, intranquilidad e insomnio. El shock psicológico produce un desorden de las funciones psicológicas que a su vez determina estas alteraciones funcionales cerebrales. "El mecanismo responsable de este shock es la percepción por parte del paciente de una gran amenaza" (Bravo y Jara, 1987).

Según Weller y Miller (1977a), el Ego se defiende del ataque contra su seguridad o integridad mediante el bloqueo emocional representado por reacciones de pánico o pasividad. La mayoría manifiesta el pánico con llantos e histeria o también psicosis. La pérdida de control, lleva al paciente a un estado infantil de dependencia (necesidad de protección, apoyo y seguridad de que los va a recibir de los demás), más tarde aparecerá la necesidad de confiar.

Refiriéndose a los familiares, Weller y Miller (1977b) afirman que en esta fase pueden mostrar sentimientos de desesperanza incluso mayor que el propio paciente, al sentirse marginados e impotentes ante su ser querido.

En estas circunstancias se pueden dar dos comportamientos característicos en algunos familiares:

- Una preocupación excesiva (paseos arriba y abajo de la sala de espera acompañados de continuo preguntar al personal y signos de evidente nerviosismo).

- Huida del hospital como medio de evitar la gran angustia de su impotencia.

b) Negación.- Es una respuesta de auto-conservación a una situación catastrófica que altera la personalidad. Surge como reacción ante la invalidez y el miedo para proteger el Yo (Bravo y Jara, 1987).

Según Hohmann (1975) la negación defiende al Ego de una realidad aplastante. Persiste hasta que el paciente es capaz de ver experiencias positivas y gratificantes en su vida a pesar de su invalidez.

Para Muñoz Rivero (1970), la catástrofe repentina no da al sujeto tiempo para prepararse para ella y una de las formas de protegerse de la verdad que no puede soportar conocer, es negándola. En el parapléjico, la negación se manifiesta como un intento irreal por su parte para mantener el estado que tenía antes de la lesión y defenderse contra la emoción y catástrofe abrumadoras. Con el tiempo, la intensidad de la negación puede remitir paulatinamente, evolucionando hacia un estado depresivo más o menos intenso.

Weller y Miller (1977a) consideran que la negación es una defensa del Yo contra el trauma. Es una espera hasta que el Yo esté preparado para dar una solución. Si se prolonga demasiado este período, puede interferir el proceso de rehabilitación. En algunos pacientes dura toda la vida en forma de esperanza de un milagro. Si la negación es total y se prolonga junto con agresividad, embotación de los afectos y pasividad, se debe descartar una psicopatología subyacente y si es así, hay que tratar psiquiátricamente.

c) **Reacción de huida y evasión.**- Para librarse de la angustia y así no plantearse el problema, no pensar, no querer saber la evolución, etc. (Bravo y Jara, 1987).

Algunos pacientes no quieren ver ni saber la verdad de su paraplejia y no le preguntan al médico directamente sobre su pronóstico, sin embargo lo hacen a otras personas como celadores, asistentes o A.T.S.

d) **Dependencia y aislamiento.**- Refugiándose en etapas anteriores del desarrollo donde tenía la protección de los padres y estas reacciones eran bien toleradas por ellos. Es el miedo al fracaso inculcado por la sociedad en general y

que marca su comportamiento en el futuro ante una catástrofe de este tipo.

La incapacidad física priva al lesionado medular de las capacidades que le han dado la maduración y le hace caer en un estado de dependencia, perjudicando el proceso de rehabilitación que va precisamente encaminado contra las reacciones de dependencia (Bravo y Jara, 1987).

2.- Fase de desesperación.

a) Angustia, protesta o encolerizamiento.- Es la reacción del paciente ante su situación y un futuro incierto, centrándose sobre la medicina, el hospital y agrediendo como reacción contra el trauma y sus consecuencias que no acepta.

Cuando el lesionado medular pierde la habilidad de seguir negándose a admitir su desgracia, puede aparecer la angustia en forma de encolerizamiento. Esta ira puede recaer sobre sí mismo, las personas o la misma vida, según el tipo de accidente y quién tuviera la culpa (Weller y Miller, 1977a).

Durante este período, los más afectados por los accesos de ira del paciente angustiado son sus familiares

más allegados y personas más en contacto con él, como el personal sanitario. La actitud injuriosa puede ser tomada por estas personas como algo personal, mostrando al mismo tiempo sentimientos de culpa, insuficiencia e incluso indignación y enfado. Una actitud hostil puede representar una petición de atención (Weller y Miller, 1977b).

b) **Depresión.**- Al tomar conciencia de su enfermedad, en los lesionados medulares se produce una reacción depresiva ante la pérdida, al igual que se deprimiría por la muerte de un familiar (Bravo y Jara, 1987).

El sujeto se siente inútil, sin ayuda ni esperanza y con frecuencia desea haber muerto en el accidente. En este momento suelen aparecer ideas suicidas que deben ser tratadas seriamente, ya que el paciente puede actuar directamente agrediéndose a sí mismo o indirectamente abandonándose a su suerte hasta causarse la muerte. A partir de aquí, muchos pacientes desarrollan hostilidad externa y se convierten en abusores verbales y hasta físicos del personal sanitario y/o familiares y amigos (Hohmann, 1975).

Según Weller y Miller (1977a), la depresión representa la reacción ante la desgracia. Consiste en un período de

melancolía activa que el paciente experimenta al enfrentarse con la realidad abrumadora de su paraplejia.

En la depresión disminuye la autoestima y hay sentimientos de desesperanza y abandono. El parapléjico se siente inútil y avergonzado, con temor y auto-aversión.

Durante este período, el paciente puede manifestar abiertamente su pena y desesperación gritando y lamentando al mismo tiempo que nada ni nadie puede ayudarle, o también esconderse de los demás para sufrir a solas, rechazando cualquier tipo de ayuda.

Cuanto antes aparece la depresión menos dura esta fase y más posibilidades de éxito existe en el ajuste.

Para Muñoz Rivero (1970), esta depresión resulta necesaria para el balance psíquico del parapléjico. Según este autor, hay que conceder mayor importancia a los casos en que la depresión no se manifiesta en las primeras fases de la paraplejia, ya que pueden encontrarse obstáculos posteriores, en un momento quizás crucial de su rehabilitación.

En cuanto a los que rodean al paciente, Weller y Miller (1977b) dicen que la depresión produce en ellos los

más elevados sentimientos reflectantes o de asociación con él. Cuando la fase de negación ha sido superada, los familiares del lesionado medular sienten que éste ha sido abandonado a enfrentarse con la cruda realidad de su problema. Los que rodean al paciente, sobre todo los más unidos a él en edad y circunstancias de la vida, tenderán a identificarse con él, manifestando sentimientos de agobio, complejo de revulsión, culpabilidad del superviviente, exagerado sentido de responsabilidad, frustración y desesperanza.

c) Dolor.- No podemos considerarla como una fase propiamente dicha ya que desde el momento del trauma, el paciente experimenta dolores debido a la afectación medular que ha sufrido.

Bravo y Jara (1987) relacionan el dolor con el período depresivo al opinar que los lesionados medulares con depresión aquejan dolor y casi todos los pacientes con dolor se convierten en depresivos.

Para Summers et al. (1991), el dolor crónico es un problema entre los lesionados medulares, pero los factores psicosociales asociados con el dolor de la lesión medular no están bien estudiados. De los estudios realizados por estos autores se concluyó que aquellos lesionados medulares

que aceptaron menos su trastorno informaron de sufrir un mayor dolor, no estando éste asociado ni al nivel de la lesión, al grado de la lesión, a las operaciones, ni al tiempo desde la lesión, y sin embargo, sí se asoció con el malestar emocional y otros factores psicosociales.

Siguiendo a Mayor y Labrador (1988), el dolor no es el resultado directo de la cantidad de estimulación nociva que llega al sujeto, sino que hay que considerarlo como "una compleja experiencia perceptual y afectiva, que está determinado tanto por los patrones de respuestas provocados en las neuronas sensoriales por los estímulos físicos, como por el significado que estos estímulos tengan para el sujeto, su historia individual, aspectos culturales y de aprendizaje asociados a respuestas perceptuales anteriores, aspectos atencionales, grado de ansiedad, etc.". También concuerdan estos autores en que el dolor se puede mantener tras la curación de la causa física asociado con síntomas de ansiedad y depresión.

3.- Fase de desligamiento, aceptación, ajuste o adaptación.

Existe adaptación cuando la persona es capaz de aceptar sus propias limitaciones. Se puede considerar esta adaptación como el paso final del programa de rehabilitación y en el que el paciente parapléjico es capaz

de aprovechar todas las posibilidades reales que tiene, quedando reducidas las limitaciones a lo estrictamente impuesto por su lesión medular (Bravo y Jara, 1987). Esto, según Weller y Miller (1977a) se produce sólo a partir de uno o dos años después del accidente.

Es cuando Hohmann (1975) afirma que el paciente se niega a recibir ayuda por no tener necesidad de ella y poderse valer por sí mismo. Es en esta fase cuando se le puede dar de alta en el hospital, ya que la personalidad pre-traumática se reconstituye con alguna intensificación de los trazos pre-lesión y la mayoría de los pacientes pueden llevar una vida comunitaria satisfactoria.

1.6.5.- EL MODELO DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES

En contraposición con el de las etapas, el modelo de las diferencias individuales trata de "identificar los efectos psicológicos experimentados por cada lesionado medular para, luego, desarrollar el tratamiento adecuado para disminuir tales reacciones particulares" (Brucke, 1983, p.288).

Ya hemos apuntado cuando tratábamos el modelo de las etapas de ajuste a la lesión medular, que hay autores que defienden dicho modelo en todas sus acepciones y con todo rigor, considerando que existen pautas comunes de comportamiento y por lo tanto, los pacientes tienen que pasar indefectiblemente por una serie de etapas de reacción a la lesión, las cuales tienen que ir resolviendo hasta su ajuste total o adaptación. También advertíamos que, y en criterio de otros autores, estas etapas no tenían que darse todas, ni en todos los sujetos, ni en el mismo orden. Y por último, y enlazando con el modelo de las diferencias individuales, están los que opinan como Fishman (1978), que lo verdaderamente importante son las características diferenciales del proceso de adaptación.

Entre estas características podemos encontrarnos:

- La personalidad previa y/o los estilos de vida previos como determinantes de la forma en que cada sujeto desarrolla su propio y específico proceso de adaptación a la discapacidad (Brucke, 1983; Trieschmann, 1984; Fishman, 1978).

- Otro tema importante de estudio sería el de los factores conductuales de riesgo, ligados a los estilos de vida previos y sobre lo que no hay apenas investigación, aunque según Brucke (1983), tales factores conductuales juegan un importante papel en la etiología de la lesión. De tales factores caben destacar la edad y el sexo, los cuales pueden influir decisivamente en la producción de la lesión.

- El entorno hospitalario es considerado por Trieschmann (1984) como generador de alguna de las reacciones tan frecuentes descritas como patológicas en los procesos de rehabilitación de los lesionados medulares. Dentro de este entorno, cabe destacar la comunicación de la información, aunque Brucker (1983) opina que "la posibilidad de que la presentación de la información en la fase aguda pueda conducir a una depresión devastadora no ha sido nunca demostrada, ni siquiera investigada" (p.291). Sin embargo, Aguado (1990) piensa que "la presentación de la información debe tener un efecto clave en la reacción emocional del paciente recién lesionado y debe dar cuenta de gran parte de las reacciones "patológicas", en especial

depresión y negación, tan frecuentemente descritas" (p.121).

- Shulz y Decker (1985) mantienen la tesis de que un buen nivel de apoyo social es un excelente facilitador de los procesos de ajuste de los lesionados medulares.

- "Finalmente, desde perspectivas teóricas, se han sugerido diferentes explicaciones: teoría del desamparo aprendido, teorías basadas en la atribución, procesos de comparación social y el apoyo social, como mediadores de los resultados relacionados con el estrés, que en esos momentos de reacción debe ser relativamente alto" (Rodríguez Marín, 1986).

A modo de resumen y siguiendo a Aguado (1990. p.132), quedan por clarificar algunas necesidades que sería necesario tener en cuenta en el proceso de rehabilitación:

1.- Identificación de las variables psicológicas implicadas en el proceso.

2.- Efecto de la presentación de la información en el proceso rehabilitador, en general y sobre la depresión, en particular.

3.- Idem de la manipulación del entorno hospitalario.

4.- Efectos sobre el proceso rehabilitador de la combinación de determinadas variables: personalidad previa, manipulación del entorno hospitalario, transmisión de la información, interacciones con el equipo y con la familia.

5.- Eficacia de las intervenciones psicológicas.

Para concluir, podemos afirmar que el modelo de las diferencias individuales no ha conseguido, por el momento aportar evidencia en pro de una explicación global de su propuesta alternativa al modelo de las etapas, aunque sí de aspectos puntuales... En consecuencia, se trata de un tema no resuelto en el que es más lo que se desconoce que lo que se ha verificado (Aguado, 1990. p.127).

1.7.- LA REHABILITACION DEL LESIONADO MEDULAR

La rehabilitación es un proceso continuo y global de prestaciones sanitarias, educativas y socio-profesionales que compete a varios ministerios y técnicos en diferentes materias. Sin embargo, la consecución del objetivo final, el mayor grado de independencia, necesita la elaboración y consecución de un programa de objetivos por parte de alguien que conozca profundamente el problema del parapléjico (Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación. Editorial, 1987).

"La rehabilitación no es un procedimiento per se, sino una filosofía, que preconiza que, con el objeto de que el paciente pueda conseguir la máxima recuperación, independientemente de la causa de su afección, deben considerarse no sólo los aspectos médicos, sino también los aspectos psicológicos y vocacionales"(Willard y Spackman, 1973).

Ya Abramson (1967) apuntaba sobre la necesidad de alcanzar una verdadera integración entre la terapia física y la psicosocial en el tratamiento de las lesiones de la médula espinal.

Muñoz Rivero (1970) afirma asimismo, que para que la rehabilitación sea completa, además de la física se debe lograr la recuperación moral y afectiva de los lesionados medulares.

Y para lograr esto, hay que realizar un estudio de:

- 1.- La personalidad del paciente anterior y posterior a la lesión.
- 2.- Su psiquismo.
- 3.- Las actividades profesionales.
- 4.- Su capacidad económica.
- 5.- La relación con su familia.
- 6.- Responsabilidades personales, familiares y sociales.
- 7.- Nivel mental.
- 8.- Estabilidad emocional.
- 9.- Posición personal ante la nueva situación.

Pero esta rehabilitación integral no se está produciendo todavía, ya que aún se sigue dando una importancia casi exclusiva a los aspectos físicos.

Trieschmann (1978-79) lo confirma diciendo que durante la fase de rehabilitación, sólo una proporción muy pequeña del programa de tratamiento (si es que lo hay), queda dedicada a la rehabilitación psicológica y social.

Trieschmann (1974) define la rehabilitación como el proceso de aprendizaje para vivir como un individuo discapacitado en el propio ambiente. Para este mismo autor (1978-79), la rehabilitación es el proceso de enseñar a una persona a enfrentarse con su incapacidad fuera del hospital. La rehabilitación debe incluir entrenamiento especial para enseñar a los pacientes a enfrentarse con los problemas.

Siguiendo con Trieschman (1974), la rehabilitación no termina en el momento del alta hospitalaria, sino que más bien comienza cuando la persona practica las técnicas que ha aprendido en el hospital y las aplica para adaptarse a su propio mundo. Es un proceso dinámico que debe tener en cuenta las metas del propio paciente, el ambiente al cual regresa y la habilidad necesaria para enfrentarse con este ambiente. Asimismo opina este autor que rehabilitación no es sinónimo de adaptación, bienestar, felicidad o productividad vocacional. La adaptación implica un juicio de valor por parte del rehabilitador sobre lo que el rehabilitando debe hacer para estar adaptado. Es un fenómeno del tipo todo o nada aplicable a todo el mundo igualmente. La felicidad es un fenómeno fluctuante en la vida de cada persona (discapacitada o no), que se relaciona con el número de recompensas y satisfacciones disponibles

en el momento. La productividad profesional, el empleo, es un aspecto de la vida que para cualquier persona y en cualquier momento puede no ser una meta apropiada.

Las metas que se deben conseguir en rehabilitación son:

1.- Prevención de las complicaciones médicas y práctica de las habilidades deambulatorias (actividades de la vida diaria). O bien el paciente cuida de sí mismo, o bien opera en su ambiente de manera que asegura que se le proporcione el cuidado apropiado.

2.- Buen equilibrio psicológico que le permita reducir la ocurrencia de situaciones de stress y a promover la más favorable salida posible (Breitung, 1982).

3.- Mantenimiento de un ambiente de vida estable. Mantener constante su residencia y sus necesidades físicas. No interferir en el funcionamiento familiar.

4.- Productividad. Implica conductas vocacionales, educación, interacción social y empeños vocacionales.

La clave para afrontar la paraplejia es recibir suficientes recompensas y satisfacciones para hacer que la vida merezca la pena.

El fracaso de la rehabilitación ocurre porque:

1.- Las metas que el centro establece para el paciente pueden tener poca relación con las propias metas de éste.

2.- El interés se pone en lo que el paciente puede hacer, poniéndose poca atención en lo que éste desea o está en disposición de hacer.

3.- La persona discapacitada es enseñada a cuidar de sí misma en el ambiente hospitalario y cuando es dada de alta se asume que esas habilidades aprendidas en el hospital se aplican automáticamente a su ambiente fuera éste.

4.- La familia del parapléjico es ignorada, la cual debería ser enseñada a afrontar la discapacidad del paciente y a ayudarlo a mantener un rol viable dentro de la estructura familiar.

5.- El ambiente en el que se va a mover el paciente es ignorado.

6.- No se pone atención a lo que la persona hará después del alta. Todas las actividades que realice deberán cumplir con las necesidades de esa persona. Estas necesidades deben ser definidas como recompensas externas para que puedan transformarse en un objetivo del proceso de rehabilitación.

1.8.- EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES MEDULARES

El tratamiento de las lesiones medulares podemos dividirlo en tres fases:

1a.- Que sigue inmediatamente al accidente y que tiende a salvar la vida del accidentado.

2a.- Comprende entre tres meses y un año de duración y abarca aquellos cuidados con que la rehabilitación física intenta disminuir las lesiones y ampliar el radio de acción del paciente.

3a.- Enfrenta al paciente con la realidad de sus posibilidades ante la vida como minoritario físicamente y tiene un carácter eminentemente humano y social (López Fdez, 1958).

Nosotros vamos a considerar tres tipos de tratamientos posibles dentro del programa de rehabilitación del lesionado medular, tratamientos que en nuestra opinión no deben de estar desligados ni en sus objetivos ni en el tiempo, debiéndose complementar mutuamente para conseguir una terapia integral de los tres componentes fundamentales de la conducta de rehabilitación, como son el físico, el psicológico y el social.

Para tratar a estos pacientes graves, expuestos a muchas complicaciones debido a la pérdida de las funciones descritas, se precisa un equipo entrenado especialmente y formado por el médico, A.T.S. y fisioterapeuta que se encargarán de la terapia física; el psicólogo, cuyo objetivo es el lograr el ajuste psicológico del paciente a la lesión medular y el terapeuta ocupacional y el asistente social, que se encargarán de las necesidades del enfermo y de su situación social, laboral y educacional.

1.8.1.- TRATAMIENTO FISICO

El tratamiento físico del lesionado medular podemos planificarlo atendiendo al tiempo de hospitalización.

Para ello tendremos en cuenta los períodos de mayor importancia en la rehabilitación física, como son: el shock espinal, la consolidación de la fractura y la incorporación del paciente y la posibilidad de utilizar el carrito de ruedas para poder trasladarse.

En cada uno de estos tres períodos se puede observar algunas de las actuaciones correspondientes a cada uno de los miembros del equipo de rehabilitación física (Cotta, Heipertz y Teirich, 1974).

19.- Tratamiento del lesionado medular durante el shock espinal

(1ª a 4ª semana)

- Médico: controles neurológicos, vigilancia del organismo del enfermo.
- A.T.S: cambios posturales cada dos o tres horas, vigilar constantes, balances hídricos, medicación y alimentación.
- Fisioterapeuta: cuidar las vías respiratorias, entrenamiento muscular.

20.- Tratamiento del lesionado medular después del shock espinal hasta la curación de la fractura vertebral.

(4ª a 12ª semana)

- Médico: igual que en la anterior fase.
- A.T.S: entrenamiento de vaciado de vejiga por el arco reflejo, entrenamiento del intestino, cambios posturales, vigilancias y control de constantes vitales.
- Fisioterapeuta: vigilar vías respiratorias, movilización pasiva intensa de las articulaciones por debajo de la lesión y entrenamiento activo de la musculatura sana.

30.- Tratamiento del lesionado medular cuando puede enderezarse.

(12ª a 13ª semana)

Si las radiografías muestran una consolidación satisfactoria de la fractura, el paciente puede pasar ya a enderezar lentamente mediante el plano, hasta alcanzar la posición de sentado. Durante este período, la misión del personal a su cuidado es la misma que en la fase anterior.

El tratamiento fisioterápico intensificará el entrenamiento ya realizado en cama, pero partiendo de distintas posiciones.

40.- Tratamiento activo de rehabilitación.

(12ª semana en adelante)

Se prolonga hasta que el paciente sea dado de alta y frecuentemente aún durante más tiempo. Deberá seguir el programa de entrenamiento, cada vez más exigente, incluyendo el deporte. En el momento del alta, este trabajo deberá ser de ocho horas diarias. Su meta más importante será la más completa independencia del paciente en todas las circunstancias de la vida diaria y ello a base del máximo de actividad propia .

1.8.2.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Hemos visto cómo en opinión de numerosos autores (Abramson, 1967; Willard y Spackman, 1973; Trieschmann, 1974,1978-79; Hohmann, 1975; Weller y Miller, 1977a; Cook, 1979; Breitung, 1982; Judd y Burrows, 1986), la rehabilitación del lesionado medular debe ser total, abarcando no sólo los aspectos físicos, sino también los psicológicos y sociales.

El tratamiento psicológico de estos pacientes se ha limitado hasta ahora a los casos extremos y ante una patología evidente del enfermo, poniéndose entonces en tratamiento psiquiátrico para remitir el brote agudo, pero dejando el problema en forma latente y con muchas posibilidades de rebrotar en fases posteriores (Fraser, 1982).

Weller y Miller (1977a) consideran que a la hora de establecer tratamientos y fines terapéuticos, se debe tener en cuenta las reacciones psicológicas tanto del paciente como de los familiares y staff profesional. Las reacciones entre el enfermo y el medio hospitalario van a ser de gran importancia en el buen funcionamiento y resultados del programa rehabilitador.

Es evidente la falta de comunicación entre el personal asistencial y los familiares, que generalmente están excluidos del programa de rehabilitación (Davis, 1983).

El psicólogo debe estar accesible tanto al paciente como al staff, e impulsar a aumentar el potencial psicológico y emocional de ambos (Trieschmann, 1974).

La comprensión y el tratamiento de estos factores psicológicos han quedado rezagados y continúan sin adelantar. Mientras que la dimensión social ha ganado aceptación y experiencia en la rehabilitación, los factores psicológicos tienden a ser dados de lado durante la fase crítica inmediata post-trauma, cuando en este período es más necesaria la evaluación y tratamiento, tanto para superar la crisis, como para pasar al subsiguiente y largo período de ajuste.

También Trieschmann (1978-79) está de acuerdo en afirmar que la mayor parte del tratamiento va encaminado a los cuidados de los factores orgánicos, sin embargo, se utiliza muy poco tiempo a enseñar al paciente a enfrentarse con su propio mundo en búsqueda de satisfacción y productividad. Aquí es donde el psicólogo clínico juega un importante papel.

Para Weller y Miller (1977a), la paraplejia produce una sensación de pérdida de:

- 1.- Movilidad
- 2.- Control
- 3.- Virilidad
- 4.- Independencia
- 5.- Placer
- 6.- Integridad

Es importante ofrecer al paciente medios alternativos para suplir estas pérdidas. La utilización de dispositivos electrónicos y/u ordenadores pueden ayudar (Hohmann, 1975).

La lesión medular y sus consecuencias conllevan a la pérdida de parte de la personalidad del individuo, y éste siente reducidas sus habilidades para:

- 1.- Trabajar
- 2.- Mantener relaciones íntimas (matrimonio, paternidad, amor...)
- 3.- Ocupar un puesto en la sociedad.

Los pacientes se encuentran tratados como niños, sin ningún tipo de responsabilidad ni posibilidad de influir en decisiones sobre sus propias actividades sociales y recreativas (Prieto et al., 1977).

La terapia debe estar orientada a la investigación de las deficiencias en las necesidades y a incentivar al paciente para que busque y consiga su satisfacción (Cook, 1981).

La habilidad del paciente para definir claramente metas es importante para la rehabilitación (Carlson, 1979; Rabinowitz, 1961). Y Así, como afirman (Kemp y Vash, 1971), el número de metas establecidas por los lesionados medulares están positivamente relacionadas con los logros post-rehabilitación.

Sin embargo, el ambiente terapéutico puede pasar por encima de la metas del paciente resultando la rehabilitación ineficaz. Es necesario analizar y emplear las metas del propio paciente y las posibilidades que tiene de alcanzarlas.

Según Bardach (1968), las metas de tratamiento deben estar relacionadas con las metas de los pacientes; hay que preguntar al lesionado medular qué es lo que quiere y cuánto lo quiere.

Siguiendo a Weller y Miller (1977a), como resultado de la paraplejia el paciente tiene que incorporar importantes cambios como:

- 1.- Aspecto físico y funcional.
- 2.- Dependencia o necesidad absoluta de depender físicamente de otros.
- 3.- Aparatos o equipo mecánico.
- 4.- Recursos financieros.
- 5.- Uso de habilidades intelectuales.
- 6.- Limitaciones para acceder a grandes áreas de experiencia en la vida.
- 7.- Un profundo cambio psicológico para aceptar y asimilar estos cambios.

El ajuste a estos cambios producidos por la lesión medular se produce gracias a recursos como:

- 1.- Madurez emocional.
- 2.- Un Ego bastante marcado junto con auto-estima.
- 3.- Apoyo decidido y fuerte de los familiares.
- 4.- Alto nivel de desarrollo intelectual y cultural.
- 5.- Trabajo seguro.
- 6.- Buena situación económica.

Para que el sujeto aprenda a utilizar estos recursos y conseguir el ajuste necesario a su lesión medular, es

imprescindible una labor psicológica eficaz a cargo de personal especializado y cualificado.

Trieschmann (1978-79) sostiene que el psicólogo está en disposición de poder enseñar al paciente parapléjico a enfrentarse con la inferioridad que siente en un mundo de personas "enteras". Con el trabajo psicológico se puede establecer una gran diferencia entre lo que se piensa que puede hacer un impedido y lo que realmente puede lograr.

El psicólogo debe contribuir al proceso de rehabilitación en cuatro formas:

1.- Consulta con el resto del equipo rehabilitador (médicos, A.T.S. fisioterapeutas, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales). La rehabilitación es un proceso de aprendizaje y cada miembro del equipo rehabilitador se transforma en un profesor. Entre todos se debe facilitar al paciente un ambiente lleno de recompensas para motivar y estimular su rehabilitación.

El psicólogo debe colaborar con el equipo rehabilitador para conseguir el método más eficiente de rehabilitación y el cómo disponer el ambiente hospitalario para poder conseguir el deseado comportamiento del paciente.

2.- Investigar sobre el proceso de rehabilitación para lograr medios para incrementar la efectividad de la rehabilitación.

Estudiar la interacción entre el paciente y el ambiente hospitalario para medir el éxito de la rehabilitación y computerizar los efectos de las técnicas de tratamiento.

3.- Evaluación psicológica de los valores y fuerzas del paciente para establecer metas adecuadas a cada uno de ellos, mediante test, entrevistas y observaciones.

4.- Como terapeuta y consejero, para ayudar al paciente a conseguir algunas técnicas psicológicas para que pueda desenvolverse en la vida, como actuación en público, reafirmación personal, sentimiento de compañerismo, resolución de problemas, etc.

Trieschmann (1974) afirma que cada persona debe ser enseñada a afrontar su propia y única situación. Es importante que se identifique quién era el paciente, de donde procedía y que es lo que ha perdido.

Así, los pacientes deben ser participantes en su propio tratamiento (Hohmann, 1975; Lawson, 1978; Fraser, 1982).

Stewart (1977) confirma que el conocimiento de las estrategias utilizadas usualmente por el sujeto para solucionar una situación desagradable, posibilitará la acción adecuada para trabajar con el paciente en la búsqueda de soluciones a su situación.

Según el tipo de paciente y las estrategias empleadas usualmente por él para solucionar sus problemas, podemos usar:

- Terapia ocupacional o recreativa, si el sujeto acostumbraba a solucionar una situación desagradable mediante este procedimiento.

- Explicaciones sobre su estado y los procedimientos a seguir, cuando el paciente prefiere tener información sobre el problema.

- Aislamiento, que es una forma de solución momentánea de una situación embarazosa y que suelen emplear algunas personas como medio de recapitación y valoración de las posibilidades o como simple huida del problema.

Para Lawson (1978), la adaptación emocional parece depender de la habilidad del individuo para encontrar y

experimentar opciones de futuro mientras continúa confinado en la silla de ruedas. Es importante prestar atención al paciente cuando expone su pronóstico o evalúa sucesos específicos en el proceso de rehabilitación, ya que éste conoce o provoca lo que le está pasando.

Muñoz Rivero (1970) afirma que la terapia psicológica debe abarcar al lesionado medular así como a la familia; ésta debe conocer con claridad, igual que el paciente, lo que se puede conseguir y lo que no se puede hacer, como protección desmesurada, ayuda innecesaria, etc.

Hay que estimular al paciente a la lucha, al dominio de la vida, a sentirse seguro de sí mismo, siempre desde su posición de parapléjico. Hay que hablarle claramente y con franqueza, diciéndole hasta dónde va a llegar y lo que puede hacer para con esta limitación reconstruir su vida.

Weller y Miller (1977a,1977b) hacen referencia a la posible actuación psicológica respecto a los pacientes y familiares en las distintas etapas de ajuste y ante las reacciones correspondientes:

- 1.- Durante el shock emocional y ante la histeria y el pánico que presenta el paciente producidas por su lesión

medular, estas reacciones pueden ser calmadas hablándole con amabilidad y autoridad repetidamente.

La comunicación es vital, es preciso dar al paciente cuidadosas explicaciones para que se vaya dando cuenta de lo que le está sucediendo, lo que le están haciendo, lo que están haciendo por él y en la forma que debe cooperar. Esto debe hacerse en la forma de monólogo en caso de que el paciente esté intubado y no le sea posible responder, intentando en cuanto sea posible otros sistemas de comunicación.

Puede ser de gran ayuda para el paciente con lagunas de lo que pasó, la explicación de lo sucedido antes, durante y después del accidente, para facilitarle el contactar con la realidad de forma objetiva y así integrar y movilizar sus recursos psicológicos.

En este período, los familiares pueden mostrar sentimientos de desesperanza incluso mucho mayor que los del propio paciente, al sentirse marginados e impotentes ante su ser querido. Se impone facilitarles la comunicación de sus sentimientos y desahogo verbal. Se puede reducir su sensación de inutilidad dándoles tareas, como los aspectos burocráticos con la empresa del paciente, seguros, pagos, ingresos, etc.

Las observaciones del comportamiento de los familiares son importantes para detectar anomalías que deben corregirse y así mejorar tanto el tratamiento del paciente como el de los propios familiares.

2.- Aunque la negación en principio es beneficiosa, ya que es un mecanismo de defensa que ayuda al sujeto a soportar la dureza de su situación, hay que procurar que no se exceda en el tiempo y se haga patológica, para ello se debe ayudar al paciente a trabajar con la realidad presente.

Si la negación es total y se prolonga junto con agresividad, embotación de los afectos y pasividad, se debe descartar una psicopatología subyacente y si es así, hay que tratar convenientemente.

El paciente que se niega a aceptar el hecho de su lesión, puede conseguir de sus familiares y cuidadores una cierta complicidad en tal negación. Cuando el paciente comienza a destruir su "fachada" de negación, la familia normalmente reacciona con angustia, diciendo que "parece que hoy no se encuentra tan bien", sin darse cuenta que tal actitud del paciente es ya en sí un signo de recuperación.

Esto mismo puede pasarle a los miembros del equipo sanitario.

Hay que tratar con mano dura a aquellos familiares que tienden a apoyar la fase negativa del paciente, ya que pueden empeorar todo el proceso de recuperación. Se recomienda que el psicólogo tenga algunos encuentros con aquellos temerosos de abandonar la negación que les protege de la cruda realidad.

3.- Angustia, ira, protesta, encolerizamiento, son las reacciones del lesionado medular ante su situación y un futuro incierto.

Una actitud hostil puede representar una petición de atención, al proporcionarle esta atención, es muy posible que decrezca la agresividad. Esta ira puede recaer sobre sí mismo, las personas o la misma vida, según el tipo de accidente y quién tuviera la culpa. Se debe procurar dirigir adecuadamente la ira y la agresividad para que no entorpezca el tratamiento y para ello es importante que estas reacciones puedan encontrar la expresión adecuada para evitar su ocultamiento y si esto no es posible, hay que desviarla mediante actividades que favorezcan su descarga.

Demostrando firmeza y estableciendo límites a su furia, es posible ayudar al paciente a la hora de ganar el control emocional. En contados casos el mostrar enfado es efectivo. El mostrarse indiferente o despreciándolo puede potenciar aún más la agresividad, la amargura y disminuir la cooperación.

Todos los que están relacionados con el parapléjico pueden ayudarle a reducir su furia y frustración al incitarlo a tomar decisiones sobre su curación, permitiéndole elegir por ejemplo, el lado sobre el que quiere reposar, el tiempo de visitas que desea, el número de visitantes, etc., incrementarán su sentido del control y necesidad de no enfurecerse.

4.- La aceptación de los sentimientos del paciente es fundamental para ayudarle a soportar su depresión. La búsqueda de realidades debe ser muy activa.

Al paciente se le debe permitir retirarse para estar solo si así lo desea, pero cuidando de que tenga alguien a mano en caso de que desee expresar sus sentimientos. Alguien que le coja la mano y lllore con él cuando así lo aceptase y necesitase. Necesita que se le recuerde que hay alguien con él, para evitarle el sentimiento de que es

rechazado por los demás, lo que daría lugar al reforzamiento de su introversión y apartamiento.

Es menos preocupante el paciente extrovertido y sociable para la familia y el personal sanitario, pero el introvertido que trabaja solo para su recuperación, debe ser respetado en su soledad, que sin duda es la única forma que tiene de controlar la situación.

Durante esta fase, el personal y los familiares necesitan tanta ayuda psicológica como el propio paciente. Los primeros deben asegurarse que este estado del paciente no es un empeoramiento de su situación, sino que deben saber que es un estado difícil e inevitable que tienen que pasar y que ellos pueden soportar y ayudar para solucionar, puesto que deben empezar a asumir las pérdidas y los cambios que se han producido en sus vidas. Theuerkauf y Stewart (1992), afirman que el lesionado medular vive en doble peligro. La perspectiva mental hacia su trastorno está afectada por la edad y personalidad premórbida. Esta, a su vez, le afectará su propia actitud a mantener un estilo de vida activo y vivir una vida normal. El personal sanitario tiene que aprender la diferencia entre facilitar la independencia y vida funcional y ayudar sinceramente a normalizar a sus pacientes y evitar una vida de enfermedad y deterioro físico. Esta normalización es esencial para que

los pacientes vivan una vida productiva y completa. La lesión medular no tiene que ser sinónimo de enfermedad crónica, no es sino más bien unos medios alterados de movilidad física y funcional.

El aceptar su pena no es incompatible con el trabajo, al lesionado medular aún le quedan muchas facultades que puede potenciar y desarrollar y esto es lo que hay que trabajar con él y hacerle comprender que aunque está paralítico de cintura para abajo, no lo está de cintura para arriba.

1.8.3.- INTEGRACION SOCIAL

La sociedad condiciona el nivel de aspiración de los lesionados medulares. Hay que equilibrar sus posibilidades con el nivel de aspiración. Crear el máximo espíritu de competición y relajación social con deportes de equipo, dominar una profesión, juegos, etc.

El lesionado medular rinde bien en el trabajo, en algunos países son muy buscados por los empresarios ya que su trabajo es bueno y su profesionalidad alta (Muñoz Rivero, 1970). La atención debe ponerse en enseñar mejores habilidades sociales, intentando encontrar un ambiente razonable para vivir y enviándole a la escuela y encontrándole un empleo (Trieschmann, 1974).

La tarea del terapeuta ocupacional con el lesionado medular consiste precisamente en atender sus necesidades favoreciendo los medios para que pueda leer, llamar o hacer trabajos ligeros.

El asistente social es el encargado de averiguar la situación familiar, profesional y económica del paciente y determinar a quién corresponde pagar los gastos durante la estancia de éste en el hospital. En caso de que la

parálisis sea irreversible el asistente social será el encargado de enviar un presupuesto a la entidad aseguradora para encargar los elementos ortopédicos que van a ser necesarios (Cotta, Heipertz y Teirich, 1974).

1.9.- HIPOTESIS

En la bibliografía revisada, los estudios realizados de las distintas variables que influyen en la rehabilitación del lesionado medular, se han basado casi exclusivamente en apreciaciones personales o experiencias clínicas con algunos pacientes, pero tan sólo hemos encontrado un trabajo empírico, el de Shadish et al. (1981), en el que se analiza la influencia de la variable locus de control, medida mediante la escala de Internalidad (I), Poder (P) y Azar (C) de Levenson, en la rehabilitación del lesionado medular. En esta investigación se intenta verificar los resultados obtenidos por estos autores además de plantearnos otras hipótesis surgidas de las impresiones de los otros autores con el fin de poder objetivizarlas mediante la utilización de instrumentos adecuados y fiables. Dichas hipótesis son las siguientes:

1a.- Los sujetos tetraplégicos no están más deprimidos que los parapléjicos.

2a.- En los lesionados medulares con depresión disminuye la autoestima.

3a.- La depresión reactiva es común a todos los lesionados medulares.

4a.- La depresión influye negativamente en la rehabilitación del lesionado medular.

5a.- La depresión y la ansiedad posteriores a la lesión medular no pueden ser consideradas como una enfermedad.

6a.- El tiempo influye positivamente en la adaptación de los lesionados medulares.

7a.- Un cierto grado de ansiedad es necesario para la adaptación y facilitación de la rehabilitación del lesionado medular.

8a.- El mantenimiento de la autoestima después de la lesión medular influye positivamente en la rehabilitación del lesionado medular.

9a.- El locus de control interno influye positivamente en la adaptación de los lesionados medulares, mientras que el externo lo hace negativamente.

10a.- La asertividad es una condición necesaria para la adaptación satisfactoria de los lesionados medulares y como consecuencia para una buena rehabilitación.

11a.- Las dificultades sexuales son experimentadas como frustración y depresión.

12a.- El autocontrol en los lesionados medulares se relaciona inversamente con los niveles de depresión, independientemente del lugar de control.

2.- MATERIAL

2.1.- DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Para poder llevar a cabo este trabajo, ha sido necesario contar con una muestra poblacional compuesta por personas ingresadas en el Hospital de Rehabilitación y Traumatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, con una lesión medular producida por un accidente durante el período comprendido entre 1.988 y 1.991 y sin ninguna psicopatología anterior conocida.

Así mismo, hemos contado con la colaboración totalmente desinteresada de todo el personal de la Unidad de Lesionados Medulares del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, que nos ha proporcionado los medios necesarios para poder proceder sin dificultad alguna a la recogida de datos y a quienes hay que agradecer su generosa aportación.

En el CUADRO Nº 2 podemos observar globalmente las características de la muestra, la cual iremos desglosando en las distintas variables y relacionando en los cuadros siguientes.

<u>SUJETO</u>	<u>SEXO</u>	<u>EDAD</u>	<u>E. CIVIL</u>	<u>NATURAL</u>	<u>ESTUD</u>	<u>PROFES</u>	<u>T. HOSP</u>	<u>NIVELES</u>	<u>TIPOLESIO</u>
1	H	34	CASAD	RURAL	UNIVE	INTELE	2	C5-C6	TETRAPLEJ
2	M	19	SOLTE	URBAN	SECUN	INTELE	2	D4-D8	PARAPLEJ
3	H	18	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	1	D4-D8	PARAPLEJ
4	H	33	CASAD	RURAL	PRIMA	MANUAL	1	D4-D8	PARAPLEJ
5	H	42	CASAD	RURAL	PRIMA	MANUAL	4	L1-L3	PARAPLEJ
6	H	34	CASAD	RURAL	PRIMA	MANUAL	1	L1-L3	PARAPLEJ
7	M	15	SOLTE	URBAN	SECUN	INTELE	1	D4-D8	PARAPLEJ
8	H	19	SOLTE	URBAN	PRIMA	MANUAL	5	C5-C6	TETRAPLEJ
9	H	28	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	4	L1-L3	PARAPLEJ
10	H	21	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	11	D4-D8	PARAPLEJ
11	H	36	CASAD	RURAL	UNIVE	INTELE	1	D4-D8	PARAPLEJ
12	H	20	SOLTE	URBAN	SECUN	MANUAL	2	D9-D12	PARAPLEJ
13	H	25	SOLTE	URBAN	UNIVE	INTELE	7	C7-D3	PARAPLEJ
14	H	19	SOLTE	URBAN	SECUN	INTELE	10	D4-D8	PARAPLEJ
15	H	30	CASAD	URBAN	SECUN	INTELE	5	D9-D12	PARAPLEJ
16	H	20	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	9	C7-D3	TETRAPLEJ
17	H	46	CASAD	URBAN	PRIMA	MANUAL	13	C7-D3	PARAPLEJ
18	H	21	SOLTE	URBAN	PRIMA	MANUAL	17	D4-D8	PARAPLEJ
19	M	19	SOLTE	URBAN	SECUN	INTELE	5	D4-D8	PARAPLEJ
20	H	35	CASAD	URBAN	UNIVE	INTELE	4	D4-D8	PARAPLEJ
21	H	21	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	3	D9-D12	PARAPLEJ
22	M	36	CASAD	RURAL	ANALF	MANUAL	2	C7-D3	TETRAPLEJ
23	M	25	SOLTE	RURAL	SECUN	INTELE	3	C7-D3	PARAPLEJ
24	H	30	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	5	D9-D12	PARAPLEJ
25	H	33	CASAD	RURAL	PRIMA	MANUAL	4	C5-C6	TETRAPLEJ
26	H	19	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	2	C5-C6	TETRAPLEJ
27	H	18	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	4	C7-D3	TETRAPLEJ
28	H	33	SOLTE	URBAN	PRIMA	MANUAL	4	D9-D12	PARAPLEJ
29	H	18	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	5	D4-D8	PARAPLEJ
30	M	33	CASAD	RURAL	UNIVE	INTELE	5	L1-L3	PARAPLEJ
31	H	44	SOLTE	URBAN	SECUN	INTELE	3	C7-D3	TETRAPLEJ
32	H	51	CASAD	RURAL	ANALF	MANUAL	3	D9-D12	PARAPLEJ
33	H	32	CASAD	RURAL	PRIMA	MANUAL	4	D4-D8	PARAPLEJ
34	H	18	SOLTE	RURAL	SECUN	INTELE	3	D4-D8	PARAPLEJ
35	H	27	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	2	D9-D12	PARAPLEJ
36	H	58	CASAD	RURAL	PRIMA	MANUAL	8	C5-C6	TETRAPLEJ
37	H	37	CASAD	RURAL	ANALF	MANUAL	9	D9-D12	PARAPLEJ
38	H	23	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	5	C5-C6	TETRAPLEJ
39	M	56	SOLTE	URBAN	PRIMA	INTELE	4	D4-D8	PARAPLEJ
40	H	37	CASAD	URBAN	PRIMA	MANUAL	9	C5-C6	TETRAPLEJ
41	H	31	SOLTE	URBAN	UNIVE	INTELE	11	L1-L3	PARAPLEJ
42	M	40	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	4	D4-D8	PARAPLEJ
43	H	34	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	3	C7-D3	TETRAPLEJ
44	H	26	SOLTE	RURAL	PRIMA	MANUAL	3	C7-D3	PARAPLEJ
45	H	27	SOLTE	RURAL	UNIVE	INTELE	3	L1-L3	PARAPLEJ
46	H	27	SOLTE	URBAN	PRIMA	INTELE	4	D4-D8	PARAPLEJ
47	H	21	SOLTE	URBAN	UNIVE	INTELE	2	D9-D12	PARAPLEJ

CUADRO N^o 2.- Características de la muestra.

En el CUADRO Nº 3 veremos los valores totales de las distintas variables muestrales, las cuales se distribuyen de la siguiente forma: de los 47 sujetos que aceptaron voluntariamente colaborar en el trabajo, 8 fueron mujeres y 39 hombres. La edad máxima fue de 58 años mientras que la menor fue de 15 años, resultando una media de 29,55 y una desviación tipo de 10,37. En cuanto al estado civil, 31 estaban solteros y 16 casados. De los 47 sujetos del estudio, 18 eran naturales de ciudad, mientras que 29 pertenecían al medio rural. El nivel cultural se reparte del siguiente modo: 8 sujetos poseían estudios universitarios, 9 secundarios, 27 primarios y 3 eran analfabetos. Según el trabajo que realizaban antes del accidente, 18 lo hacían intelectualmente (entre estos la mayoría eran estudiantes), mientras que 29 tenían trabajos manuales. El tiempo fue considerado de forma aleatoria, es decir, se fueron eligiendo a los sujetos aleatoriamente sin seguir un patrón temporal definido, de lo que resultó que la persona que más tiempo llevaba hospitalizado desde el accidente por los motivos antes descritos eran 17 meses y el que menos 1 mes, siendo la media de 4,72 meses y la desviación tipo de 3,44. Los niveles de lesión se determinaron según el criterio de mayor a menor alteración física e invalidación funcional, estableciéndose 7 grupos con los siguientes resultados: lesiones de C4 = 0 sujetos; C5-C6 = 7; C7-D3 = 9; D4-D8 = 16; D9-D12 = 9; L1-L3 = 6 y

L4 = 0. Por último y referido al tipo de lesión 12 sujetos estaban afectados de tetraplejia mientras que 35 lo estaban de paraplejia.

<u>VARIABLES</u>	<u>VALORES</u>						
SEXO	MUJERES			HOMBRES			
	8			39			
EDAD	MAXIMA			MINIMA			
	58			15			
ESTADO CIVIL	SOLTEROS			CASADOS			
	31			16			
MEDIO NATURAL	RURAL			URBANO			
	29			18			
NIVEL CULTURAL	ANALFABETOS	PRIMARIOS	SECUNDARIOS	UNIVERSITARIOS			
	3	27	9	8			
TRABAJO	MANUAL			INTELECTUAL			
	29			18			
TIEMPO DE HOSPITALIZACION	MAXIMO			MINIMO			
	17			1			
NIVEL DE LESION	C4	C5-C6	C7-D3	D4-D8	D9-D12	L1-L3	L4
	0	7	9	16	9	6	0
TIPO DE LESION	PARAPLEJIA			TETRAPLEJIA			
	35			12			

CUADRO Nº 3.- Valores totales de las distintas variables muestrales.

En el CUADRO Nº 4 vemos reflejadas la media y la desviación típica de la variable edad en relación con el sexo y el estado civil. Los resultados son los siguientes: las mujeres casadas y que a causa de un accidente han sufrido una lesión medular, tienen de media de edad 34,5 años con una desviación típica de 2,12; mientras que las solteras presentan una media de edad de 29 años, con una desviación típica de 15,88. Por otro lado, los hombres casados tienen de media 38,42 y de desviación típica 8,05, mientras que los solteros presentan una media de edad de 24,32 años, con una desviación típica de 6,45.

EDAD - SEXO - ESTADO CIVIL

	MUJERES	HOMBRES
CASADOS	M = 34,50 años. D.T. = 2,12	M = 38,42 años. D.T. = 8,05
SOLTEROS	M = 29,00 años. D.T. = 15,88	M = 24,32 años. D.T. = 6,45
TOTAL	M = 30,37 años. D.T. = 13,68	M = 29,38 años. D.T. = 9,77

CUADRO Nº 4.- Media y desviación típica de la variable edad en relación con el sexo y el estado civil.

En el CUADRO Nº 5 podemos comprobar los valores comparativos entre las variables sexo y estado civil, obteniéndose las siguientes cifras: del total de la muestra, el número de mujeres casadas es de 2, mujeres solteras = 6, hombres casados = 14 y hombres solteros = 25.

SEXO - ESTADO CIVIL

	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
CASADOS	2	14	16
SOLTEROS	6	25	31
TOTAL	8	39	47

CUADRO Nº 5.- Valores comparativos entre las variables sexo y estado civil.

En el CUADRO Nº 6 recogemos la distribución de los valores de la variable medio natural en relación con el sexo y el estado civil, obteniendo los siguientes resultados: mujeres naturales del medio urbano casadas = 0, mujeres del medio rural casadas = 2, mujeres del medio urbano solteras = 4, mujeres del medio rural solteras = 2, hombres del medio urbano casados = 4, hombres del medio

rural casados = 10, hombres del medio urbano solteros = 10 y hombres del medio rural solteros = 15.

MEDIO NATURAL - SEXO - ESTADO CIVIL

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	
CASADOS	0	2	4	10	16
SOLTEROS	4	2	10	15	31
TOTAL	4	4	14	25	47

CUADRO Nº 6.- Distribución de los valores de la variable medio natural en relación con el sexo y el estado civil.

En el CUADRO Nº 7 vemos reflejada la distribución de los valores de la variable estudio en relación con el sexo y el medio natural, con los siguientes resultados: mujeres del medio urbano (universitarias = 0, con estudios secundarios = 3, primarios = 1, analfabetas = 0), mujeres del medio rural (universitarias = 1, secundarios = 1, primarios = 1, analfabetas = 1), hombres del medio urbano (universitarios = 4, secundarios = 4, primarios = 6, analfabetos = 0) y hombres del medio rural (universitarios = 3, secundarios = 1, primarios = 18, analfabetos = 2).

ESTUDIOS - SEXO - MEDIO

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	
UNIVERSITARIOS	0	1	4	3	8
SECUNDARIOS	3	1	4	1	9
PRIMARIOS	1	1	6	19	27
ANALFABETOS	0	1	0	2	3
TOTAL	4	4	14	25	47

CUADRO N° 7.- Distribución de los valores de la variable estudios en relación con el sexo y el medio.

En el CUADRO N° 8 comprobamos la distribución de los valores de la variable tipo de lesión en relación con el sexo y el medio natural, reflejando los siguientes datos: mujeres naturales del medio urbano (tetraplégicas = 0, parapléjicas = 4), mujeres naturales del medio rural (tetraplégicas = 1, parapléjicas = 3), hombres del medio urbano (tetraplégicos = 3, parapléjicos = 11) y hombres del medio rural (tetraplégicos = 8, parapléjicos = 17).

TIPO DE LESION - SEXO - MEDIO

	MUJERES		HOMBRES		TOTAL
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	
TETRAPLEJICOS	0	1	3	8	12
PARAPLEJICOS	4	3	11	17	35
TOTAL	4	4	14	25	47

CUADRO Nº 8.- Distribución de los valores de la variable tipo de lesión en relación con el sexo y el medio

Por último, en el CUADRO Nº 9 vemos la media y la desviación típica de la variable edad en relación con el tipo de lesión, estado civil y profesión, con la siguiente distribución: casados, con trabajo intelectual y tetrapléjicos (N=1,M=34,DT=0), casados con trabajo intelectual y parapléjicos (N=4,M=33,50,DT=2,64), casados, con trabajo manual y tetrapléjicos (N=4,M=41,DT=11,46), casados, con trabajo manual y parapléjicos (N=7,M=39,28,DT=7,25), solteros, con trabajo intelectual y tetrapléjicos (N=1,M=44,DT=0), solteros con trabajo intelectual y parapléjicos (N=12,M=25,16,DT=10,77), solteros, con trabajo manual y tetrapléjicos (N=6,M=22,16,DT=6,04) y solteros, con trabajo manual y parapléjicos (N=12,M=25,25,DT=6,73).

EDAD - TIPO DE LESION - ESTADO CIVIL - PROFESION

	CASADOS		SOLTEROS		TOTAL
	INTELECTUAL	MANUAL	INTELECTUAL	MANUAL	
TETRAPLEJICOS	N=1 M=34,00 DT=0	N=4 M=41,00 DT=11,46	N=1 M=44,00 DT=0	N=6 M=22,16 DT=6,04	N=12 M=35,29 DT=9,70
PARAPLEJICOS	N=4 M=33,50 DT=2,64	N=7 M=39,28 DT=7,25	N=12 M=25,16 DT=10,77	N=12 M=25,25 DT=6,73	N=35 M=30,79 DT=6,87
TOTAL	N=5 M=33,75	N=11 M=40,14	N=13 M=34,58	N=18 M=23,70	

CUADRO Nº 9.- Media y desviación típica de la variable edad en relación con el tipo de lesión, estado civil y profesión.

2.2.- MATERIAL TESTOLOGICO

Después de seleccionar las variables de estudio, se han escogido los siete cuestionarios (una copia de cada uno se incluirá en el anexo), en los que se recoge la totalidad de ellas y que pasamos a detallar a continuación.

2.2.1.- ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (1973)

Según Vizcarro Guarch (1983), es probablemente uno de los más utilizados en nuestro país. "Consta de 30 items que recogen fundamentalmente la expresión de diversos sentimientos negativos justificados así como algunas conductas de autonegación por lo que puede considerarse igualmente incompleto como medida de la asertividad. Un estudio factorial del mismo, llevado a cabo por Law, Wilson y Crassini (1979), puso de manifiesto por otra parte, una estructura factorial compleja. Fue desarrollado y validado en nuestras universidades, lo que podría limitar su uso en una población de características distintas. La redacción de los items es, finalmente, excesivamente general".

2.2.2.- INVENTARIO CLINICO DE AUTO-CONCEPTO DE VAZ SERRA
(1985)

Es una escala de evaluación de aspectos emocionales y sociales de auto-concepto, designada para especial aplicación en la clínica.

Está constituida por 20 cuestiones, que pueden ser puntuadas de 1 a 5 o de 0 a 4, estando elaborada de forma que cuanto más alta sea la puntuación obtenida, mejor es el auto-concepto del individuo.

El coeficiente de Spearman-Brown es de 0,791 para 920 elementos de la muestra y el coeficiente de correlación test-retest es de 0,838 para 108 elementos, lo que revela una buena consistencia interna y estabilidad temporal. La correlación entre una clasificación personal de auto-concepto y la puntuación global de la escala es para 920 elementos de 0,466, revelándose positiva y altamente significativa, lo que sugiere una buena validez de constructo.

Esta escala aún no ha sido baremada en España, por lo que los resultados que se obtengan en la presente tesis tendrán que ser cotejados con los obtenidos por el autor en la población portuguesa donde originalmente se construyó.

La Media total es de 72,142 y la D.T. de 7,191; La M. para los hombres es de 72,208 y la D.T. de 8,143; La M. para las mujeres es de 72,069 y la D.T. de 7,836.

Siendo el auto-concepto un fenómeno íntimo y personal, esta escala es, necesariamente, de auto-evaluación y no de evaluación por observador.

El inventario consta de cuatro subescalas o factores que miden cada una de ellas respectivamente los siguientes aspectos del auto-concepto:

1.- Factor de aceptación o de agrado social, indica tanto aceptación y agrado como recusación y desagrado social.

2.- Factor de autoeficacia, realiza los aspectos de enfrentar y resolver problemas y dificultades. Los valores altos indican independencia y los bajos dependencia.

3.- Factor de naturalidad psicológica, no lo especifica el autor.

4.- Factor de impulsividad-actividad, no lo especifica el autor.

2.2.3.- ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON (1959)

Siguiendo la descripción de Blanco Picabia (1983), la escala consta de 14 items que es necesario valorar tras la entrevista, desde 0 (ausente) hasta 4 (intensidad máxima), y que son los siguientes:

- 1.- Humor ansioso
- 2.- Tensión
- 3.- Miedos
- 4.- Insomnio
- 5.- Funciones intelectuales
- 6.- Humor depresivo
- 7.- Síntomas somáticos generales (musculares)
- 8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales)
- 9.- Síntomas cardiovasculares
- 10.- Síntomas respiratorios
- 11.- Síntomas gastrointestinales
- 12.- Síntomas genito-urinarios
- 13.- Síntomas del Sistema Nervioso Central
- 14.- Comportamiento durante la entrevista

A su gran sencillez, se une la ventaja que aporta el obtener una puntuación total, otra de ansiedad psíquica y una tercera de ansiedad con componentes predominantemente somáticos.

2.2.4.- CUESTIONARIO DE AUTO-CONTROL DE ROSENBAUM (1980)

Utilizamos a este fin el Cuestionario A.C. traducido por A. Capafons y P. Barreto de la Universidad de Valencia. Consta de 36 cuestiones a las que el sujeto tiene que responder en la medida en que le caracterizan y describen cada una de ellas, con el siguiente código: me caracteriza y me describe muchísimo (3), me caracteriza y describe bastante (2), me caracteriza y describe ligeramente (1), no me caracteriza y describe casi nunca (-1), dista mucho de caracterizarme y describirme (-2) y no me caracteriza y describe en absoluto (-3). Las cuestiones 4, 6, 8, 9, 14, 16, 18, 19, 21, 29 y 35 son de puntuación inversa, siendo las restantes de puntuación directa.

La media y desviación tipo resultantes de una muestra española (valenciana) y otra israelí de estudiantes de psicología realizada por los autores citados fue la siguiente:

	MUESTRA ISRAELI	MUESTRA ESPAÑOLA
M.Varones	26,1	31,22
D.T.	24	17,9
M.Edad	21,5	24,3
N	78	23
M.Hembras	27,2	26,30
D.T.	25,1	20,73
M.Edad	20,8	22,81
N	101	74

Adultos varones media edad = 50,6 (rango 24-60) Media = 31,3. D.T. = 23,2.

CUADRO Nº 10.- Medias y desviaciones típicas del cuestionario de Auto-control de Rosenbaum en una muestra española y otra israelí. A. Capafons y P. Barreto (1980).

2.2.5.- ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA PARA LA DEPRESION
DE BECK (1961)

Siguiendo la descripción que hace Blanco Picabia (1983), se trata de un cuestionario que consta de 95 frases agrupadas en 21 categorías. Cada una de éstas se encuentra formada por 4, 5 ó 6 frases entre las que se ha de seleccionar aquella que mejor caracterice al paciente.

Las áreas que cubre son las siguientes:

- 1.- Estado de ánimo
- 2.- Pesimismo
- 3.- Sentimiento de fracaso
- 4.- Insatisfacción
- 5.- Sentimientos de culpa
- 6.- Sentimientos de castigo
- 7.- Descontento de sí mismo
- 8.- Autoacusaciones
- 9.- Ideas suicidas
- 10.- Tendencias al llanto
- 11.- Irritabilidad
- 12.- Aislamiento social
- 13.- Indecisión
- 14.- Trastornos de la imagen corporal
- 15.- Inhibición laboral
- 16.- Insomnio

- 17.- Fatigabilidad
- 18.- Pérdida del apetito
- 19.- Pérdida de peso
- 20.- Hipocondría
- 21.- Pérdida de la libido

Tras la puntuación numérica (de 0 a 3 puntos) en función de la gravedad de los síntomas descritos, se trasladan, si procede, a una hoja de perfil en la que de forma gráfica podemos observar el cuadro y evolución del paciente.

Conde y Useros (1975) realizan una baremación en España de los resultados, que en síntesis son:

	PUNTAJE TOTAL
Depresión ausente	9,3
Depresión leve	18,5
Depresión grave	24,9
Depresión profunda	32,6

CUADRO Nº 11.- Resultados de la baremación en la población española de la Escala de valoración psiquiátrica de Beck para la depresión. Conde y Useros (1975).

Esta escala permite también ser autoaplicada, a raíz de lo cual se pueden efectuar nuevos análisis del enfermo en función de sus coincidencias con los puntajes reales obtenidos por el observador o médico.

2.2.6.- INVENTARIO DE AUTOCONCEPTO FISICO DE VAZ SERRA
(1988)

Consta de 40 items que se pueden puntuar de 1 a 5. Tratan de describir el concepto físico que cada persona tiene de sí misma, para lo cual ha de contestar a cada una de las cuestiones diciendo si no está nada de acuerdo, poco de acuerdo, moderadamente de acuerdo, muy de acuerdo o totalmente de acuerdo.

El inventario se puede dividir en cinco subescalas o factores que son los siguientes:

- 1.- Factor imagen corporal
- 2.- Factor seguridad
- 3.- Factor resistencia-capacidad
- 4.- Factor satisfacción sexual
- 5.- Factor sinceridad

Al igual que el Inventario clínico de auto-concepto, no conocemos una baremación actualizada en España, pero a pesar de todo lo hemos incluido en este trabajo por la importancia que supone el auto-concepto físico para la rehabilitación del lesionado medular y por constituir un instrumento en cuyo análisis nos proponemos profundizar en trabajos posteriores.

2.2.7.- ESCALA DE INTERNALIDAD (I), PERSONAS CON PODER (P) Y AZAR (C) DE LEVENSON (1972, 1981)

Para Alonso Tapia (1983), esta escala tiene su origen inmediato en un intento de superar la cuarta de las limitaciones detectadas en relación con la escala de Rotter. Las tres subescalas de que consta fueron diseñadas en base a una revisión crítica de aquella. Cada una de ellas consta de 8 items, debiendo el sujeto señalar en una escala de 6 puntos el grado en que está de acuerdo con las afirmaciones contenidas en cada uno de los mismos. En relación con la formulación de los items, conviene observar que unas veces hacen referencia a hechos pasados, otras a hechos habituales y otras a hechos futuros, lo que hace difícil decidir si lo que la escala evalúa de modo directo son atribuciones o expectativas generalizadas. No obstante, dada la íntima relación que parece existir entre unas y otras podemos considerar que de algún modo se está evaluando ambas simultáneamente y aceptar la escala como una escala de estilos atributivos.

La escala I permite evaluar el grado de consistencia con que el sujeto cree que tiene control sobre su propia vida; la escala P, el grado en que cree que otras personas con poder pueden influir o controlar su vida; y la escala

C, el grado de consistencia con que atribuye al azar el control de los acontecimientos.

Desde la construcción de la escala en 1972, se han realizado más de 25 estudios encaminados a determinar su fiabilidad y validez. Por lo que se refiere a la fiabilidad, los diferentes índices de consistencia interna encontrados oscilan, según el tipo de muestra y el método de cálculo utilizado, entre el 0,51 y 0,64 para la escala I, entre el 0,66 y 0,82 para la escala P y entre el 0,64 y 0,79 para la escala C. Estos índices aunque sólo son moderadamente altos, corresponden a lo que cabía esperar dado que los items hacen referencia a distintos tipos de situaciones. Por otra parte, se han encontrado índices de estabilidad con un intervalo de siete semanas de 0.66 (I), 0,62 (P) y 0.73 (C).

Por lo que se refiere a la validez estructural, el análisis de las correlaciones entre las tres escalas en diferentes estudios han puesto de manifiesto la ausencia de correlaciones significativas entre las escalas I y las escalas P y C, al tiempo que se ha encontrado correlaciones que van de 0,41 a 0,60 entre estas dos últimas escalas. Por otra parte, los análisis factoriales realizados en dos ocasiones han puesto de manifiesto, según señala Levenson (1981), la existencia de tres factores principales: (P)

compuesto enteramente por items de la subescala P; (I), compuesto enteramente por items de la subescala I; y (C), igualmente compuesto enteramente por items de la subescala C.

Por lo que se refiere a la validez de constructo de la prueba, diferentes hallazgos recogidos por Levenson (1981) y procedentes de estudios realizados en distintas áreas (salud, desarrollo, procesos cognitivos, ajuste psicológico, logro y conducta interpersonal) han puesto de manifiesto la utilidad de la diferenciación tripartita que tal autora propone de la dimensión lugar de control.

Del conjunto de conclusiones que cabe extraer de dichos hallazgos, quizás la principal es que no siempre es malo atribuir el control de los refuerzos a causas externas y, consecuentemente, esperar que sean agentes externos los que controlen la conducta, en especial si estos agentes son "personas con poder". En situaciones en que ocurre precisamente así, creer que uno es responsable de lo que ocurra o consiga puede tener consecuencias perjudiciales e incluso patológicas, mientras que aceptar el hecho puede dar lugar a conductas más efectivas e innovadoras.

La conclusión anterior tiene importantes aplicaciones para la intervención. Contra lo que durante un tiempo se ha

creído, no siempre es beneficioso modificar las atribuciones y las expectativas en la dirección de "control personal". Puede ser más adecuado enseñar la predictibilidad de las personas con poder, lo que puede permitir aprender a influir sobre ellas.

2.3.- MATERIAL INFORMATICO Y ESTADISTICO

Cada una de las variables se estudió en cada uno de los sujetos con sus valores correspondientes y los resultados se reflejaron en la base de datos del programa de bioestadística Sigma para su posterior correlación. Se empleó para este fin un ordenador PS1 de I.B.M. de 30 Mb. de memoria, conectado a una impresora EPSON LQ-500 de 24 agujas.

3.- METODO

3.1.- METODO DE MUESTREO

Como ya apuntábamos anteriormente, este trabajo ha sido realizado con pacientes ingresados en La Unidad de Lesionados Medulares del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, afectos de una lesión medular producida por algún tipo de accidente durante el período comprendido entre 1988 y 1991 y sin ninguna psicopatología anterior conocida.

Hemos desestimado a aquellos pacientes con lesión medular producida por enfermedad, ya que consideramos que en estos casos la situación es totalmente diferente, pues tanto el origen de la patología como la evolución de la misma tienen un efecto completamente distinto y las reacciones producidas, así como el proceso de ajuste a la lesión, son totalmente distintos.

Además, el estudio se ha hecho exclusivamente con aquellos pacientes que desde el accidente permanecían en el Hospital, ya que todavía tenían algún problema clínico que resolver, como por ejemplo, infecciones urinarias, deficiente consolidación de la fractura, alteraciones bioquímicas, etc., que les habían impedido ser dados de alta hospitalaria, por lo que podemos considerarlos en fase aguda, con todas las circunstancias que ello conlleva.

El principal problema que nos encontramos al seleccionar la muestra fue el escaso número de pacientes con estas características que ingresan en el hospital, además de otros impedimentos que hacen que la muestra no sea muy extensa, como pueden ser la voluntariedad de la participación o el estado precario de la situación física y funcional del paciente que hacía del todo imposible la cumplimentación de los tests. En total, de los 56 lesionados medulares seleccionados, tan sólo 47 fueron aptos para el estudio. Por ello, a pesar de no ser una muestra cuantitativamente muy numerosa, estimamos que se puede considerar como bastante representativa de la población que deseamos analizar y de la que, con estos criterios, se han controlado a su vez gran cantidad de variables extrañas que podrían haber contaminado la investigación.

Así mismo, se han tenido en cuenta otros factores para minimizar el mayor número de variables extrañas posibles a fin de que no interfieran y falseen los datos obtenidos, para lo cual se ha utilizado la misma hora para pasar las pruebas a todos los sujetos (11 de la mañana), se ha exigido intimidad y silencio en el ambiente, se han escogido sujetos sin una psicopatología previa conocida y

todas las lesiones medulares han sido producidas por un accidente.

3.2.- FORMAS DE ADMINISTRACION DE LAS PRUEBAS

Al ser todas las escalas autoaplicadas, se procuró que todos y cada uno de los sujetos las cumplimentaran en la más absoluta intimidad. Esto se logró en casi todos ellos, ya que acudían solos en su silla de ruedas al despacho donde se pasaban las pruebas, pero algunos escasos pacientes, todavía en la fase aguda primera, debían permanecer encamados todo el día, por lo que fue necesario pasarles los cuestionarios al lado de la cama, procurando que en la habitación no hubiese nadie ni molestaran cuando se estaba trabajando.

En todas y cada una de las pruebas se dieron las instrucciones que aconsejan los autores y los sujetos dispusieron del tiempo apropiado para la terminación de todas ellas, advirtiéndoles que si tenían alguna duda la preguntasen antes de contestar sin saber.

La valoración de cada una de las escalas se efectuó de acuerdo con las puntuaciones normativas de sus autores. Así tenemos en la Escala de Asertividad de Rathus una puntuación máxima de 90 y una puntuación mínima de -90, con una media de 0. En el Inventario Clínico de Autoestima de Vaz-Serra la puntuación máxima es de 80, la mínima de 0 y

la media de 20. En la Escala Autoaplicada para la evaluación de la Ansiedad de Hamilton, la puntuación máxima es de 56, la mínima de 0 y la media de 28. En el Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum, la puntuación máxima es de 108, la mínima de -108 y la media de 0. En la Escala de Valoración Psiquiátrica de Beck para la Depresión, la puntuación máxima es de 63, la mínima de 0 y la media de 31,5. En el Inventario de Auto-concepto Físico de Vaz-Serra, la puntuación máxima es de 160, la mínima de 0 y la media de 80. Y por último, en cada una de las subescalas de la Escala I.P.C. de Levenson, la puntuación máxima es de 48, la mínima de 8 y la media de 28.

3.3.- TRATAMIENTO DE LOS DATOS

En el tratamiento de los datos emplearemos el método estadístico que constará de los siguientes pasos:

- Recogida y presentación de la observación.
- Reducción y análisis de las observaciones.
- Interpretación y/o conclusiones.

En la presente investigación se pretende aportar los elementos necesarios para el conocimiento de las variables que influyen, tanto positiva como negativamente, en la rehabilitación y posterior ajuste a la lesión medular, para lo cual se han barajado datos normativos, que es un uso específico del método transversal. Es decir, se ha seleccionado un grupo de sujetos con unas características concretas y se han estudiado en ellos dichas variables. Así pues, según el alcance temporal de la investigación, se la puede considerar transversal o seccional.

No obstante, desde el punto de vista del alcance global de la misma, se pretende que dicha investigación sea explicativa y que vaya más allá de la medición de las variables llegando a analizar las relaciones entre ellas.

Podríamos, así mismo, considerar este trabajo como un estudio de replicación y en parte así es, ya que se pretende verificar unas hipótesis planteadas por distintos autores en sendos artículos publicados en revistas de prestigio, pero dichas hipótesis han sido enunciadas basándose exclusivamente en impresiones personales o experiencias clínicas pero no empíricas. Tan sólo el trabajo de Shadish et al. (1981) puede ser considerado como de este último tipo ya que recoge los resultados obtenidos por los sujetos con lesión medular en la Escala de Internalidad (I), Personas con poder (P) y Azar (C) de Levenson, de una forma objetiva. Por lo tanto, la presente investigación puede ser considerada como un estudio de replicación del de Shadish, pero con respecto a las restantes variables representa un trabajo genuino y los resultados obtenidos son originales y por tanto susceptibles así mismo de replicación por parte de otros autores.

3.4.- METODO ESTADISTICO INFORMATICO

En la presente investigación se ha optado por trabajar solamente con un grupo por dos motivos: en primer lugar y como se apuntó en páginas anteriores, el número de pacientes ingresados por una lesión medular a causa de un accidente y que reúnen las condiciones de voluntariedad, estado físico y funcional aceptable para poder cumplimentar las pruebas y ausencia de psicopatología previa, es escaso y la posibilidad de lograr un grupo control en el confrontar las variables manipuladas en el grupo experimental, del todo imposible; y en segundo lugar, no nos interesa cotejar los resultados obtenidos con otro grupo control distinto ya que no manipulamos ninguna variable y por lo tanto no nos aportaría los datos que necesitamos para verificar las hipótesis planteadas, por el contrario, el estudio de las variables en un solo grupo nos proporciona una idea de como éstas están influyendo entre sí y cuáles actúan de forma negativa o positiva en la rehabilitación de estos pacientes. Aceptamos pues con Underwood y Shaughnessy (1978), que esta obtención de datos descriptivos tiene la suficiente importancia como para garantizar un estudio ulterior por medio de otros métodos, sugerir variables independientes a las que debería darse examen experimental, sugerir ciertos tipos de mediciones o

índices de respuesta que resultarían más apropiados o relevantes que otros tipos, y por último, ofrecer alguna evidencia sobre problemas importantes cuando no es posible inferirla dirigiendo un experimento.

Para estos mismos autores, el área de investigación ligada al uso de técnicas correlacionales para determinar relaciones difiere del trabajo experimental en que se interesa fundamentalmente por las relaciones entre variables dependientes, y no entre variables dependientes e independientes. Los estudios correlacionales no intentan producir este último tipo de información, pero de ninguna manera disminuye esto su utilidad para los propósitos que pretenden.

Las 46 variables correlacionadas en cada uno de los 47 sujetos fueron las siguientes:

- 1.- Sexo (1:varón,2:hembra)
- 2.- Edad (en años)
- 3.- Estado civil (1:soltero,2:casado)
- 4.- Natural (1:rural,2:urbano)
- 5.- Estudios (1:analfab,2:primar,3:secund,4:univers).
- 6.- Profesión (1>manual,2:intelectual)
- 7.- Tiempo de hospitalización (en meses)
- 8.- Nivel de lesión (1=C4, 2=C5-C6, 3=C7-D3, 4=D4-D8, 5=D9-D12, 6=L1-L3, 7=L4)

- 9.- Tipo de lesión (1:parapléjico,2:tetrapléjico).
- 10.- Asertividad
- 11.- Autoconcepto (autoestima)
- 12.- Aceptación social
- 13.- Autoeficacia
- 14.- Naturalidad psicológica
- 15.- Impulsividad
- 16.- Ansiedad
- 17.- Humor ansioso
- 18.- Tensión
- 19.- Miedos
- 20.- Autocontrol
- 21.- Depresión
- 22.- Estado de ánimo
- 23.- Pesimismo
- 24.- Sentimiento de fracaso
- 25.- Insatisfacción
- 26.- Sentimiento de culpa
- 27.- Sentimiento de castigo
- 28.- Descontento de sí mismo
- 29.- Autoacusación
- 30.- Ideas suicidas
- 31.- Tendencia al llanto
- 32.- Irritabilidad
- 33.- Aislamiento social
- 34.- Indecisión

- 35.- Trastorno de la imagen corporal
- 36.- Inhibición laboral
- 37.- Trastorno del sueño
- 38.- Fatigabilidad
- 39.- Pérdida del apetito
- 40.- Pérdida de peso
- 41.- Hipocondría
- 42.- Pérdida de la libido
- 43.- Autoconcepto físico
- 44.- Internalidad
- 45.- Poder
- 46.- Azar

4.- RESULTADOS

4.1.- COEFICIENTES DE CORRELACION

En el presente trabajo se han establecido los coeficientes de correlación entre todas y cada una de las variables, optándose por un nivel de significación del 0,05 y con los siguientes resultados: número de variables = 46, número total de correlaciones = 1.035, número de correlaciones significativas ($p < 0,05$) = 288, número de correlaciones no significativas = 747.

Nº de Variables = 46

Correlaciones:

1.- Todas = 1.035

2.- Significativas ($p < 0.05$) = 288

3.- No significativas = 747

CUADRO Nº 12.- Coeficientes de correlación.

4.2.- RESULTADOS ESTADISTICOS

SEXO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PROFESION	0.34195	47	0.060747	0.57287
ANSIEDAD	0.47378	47	0.21599	0.66982
TENSION	0.49304	47	0.23982	0.68344
MIEDOS	0.3276	47	0.044629	0.56191
PESIMISMO	0.44353	47	0.17918	0.64815
DESCONDESI	0.28752	47	0.00044779	0.53091
PERDLIBIDO	0.30547	47	0.02006	0.54485

GRAFICO Nº 1

EDAD

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
ESTADOCIVIL	0.58708	47	0.36072	0.74812
AUTOCONCEP	0.37528	47	0.098748	0.598
NATURALIDA	0.56241	47	0.32825	0.73144
PESIMISMO	0.3246	47	0.041276	0.55961
INSATISFAC	0.33409	47	0.051892	0.56687
AUTCONCFIS	0.32863	47	0.045779	0.5627
INTERNALID	0.34692	47	0.066361	0.57664

GRAFICO Nº 2

ESTADOCIVIL

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TRASIMACOR	-0.29671	47	-0.53804	-0.010429

GRAFICO Nº 3

NATURAL

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
ESTUDIOS	0.33982	47	0.058339	0.57124
PROFESION	0.45977	47	0.19885	0.65982
TIEMPHOSPI	0.2947	47	0.0082282	0.53647
SENTFRACAS	0.28807	47	0.00097575	0.53129

GRAFICO Nº 4

ESTUDIOS

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PROFESION	0.805	47	0.67354	0.8871
AUTOEFICAC	-0.31714	47	-0.55387	-0.032972
SENTCASTIG	-0.33379	47	-0.56665	-0.051564
AUTCONCFIS	-0.33458	47	-0.56725	-0.05245

GRAFICO Nº 5

PROFESION

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PERDPESO	-0.31594	47	-0.55294	-0.031637

GRAFICO Nº 6

TIEMPHOSPI

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
SENTCULPA	0.34286	47	0.061771	0.57356
SENTCASTIG	0.40691	47	0.13558	0.62146
DESCONDESI	0.36662	47	0.088794	0.59151

GRAFICO Nº 7

NIVELESION

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TIPOLESION	-0.73971	47	-0.84697	-0.5746

GRAFICO Nº 8

TIPOLESION

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TRASTSUEÑO	0.34821	47	0.067821	0.57762

GRAFICO Nº 9

ASERTIVIDA

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
AUTOCONCEP	0.3121	47	0.027377	0.54998
AUTOEFICAC	0.38115	47	0.10553	0.60239
IMPULSIVID	0.38778	47	0.11322	0.60732
AUTOCONTRO	0.44617	47	0.18236	0.65005
PESIMISMO	-0.37539	47	-0.59809	-0.098874
INHIBLABOR	-0.5432	47	-0.71832	-0.30334
FATIGABILI	-0.3339	47	-0.56673	-0.051683
PERDLIBIDO	-0.29563	47	-0.5372	-0.0092464

GRAFICO Nº 10

AUTOCONCEP

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
ACEPTASOCI	0.74121	47	0.57682	0.8479
AUTOEFICAC	0.78482	47	0.64244	0.87483
NATURALIDA	0.77038	47	0.62048	0.86597
IMPULSIVID	0.67913	47	0.48692	0.8086
AUTOCONTRO	0.48381	47	0.22837	0.67693
TRASIMACOR	0.34107	47	0.059754	0.5722
AUTCONCFIS	0.56884	47	0.33667	0.73581
INTERNALID	0.4398	47	0.17469	0.64545

GRAFICO Nº 11

ACEPTASOCI

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
AUTOEFICAC	0.33155	47	0.049053	0.56494
NATURALIDA	0.51731	47	0.27029	0.70043
IMPULSIVID	0.30179	47	0.016004	0.54199
IRRITABILI	0.30189	47	0.016121	0.54207
AISLAMSOXI	0.34294	47	0.061866	0.57362
AUTCONCFIS	0.50468	47	0.25438	0.69162
INTERNALID	0.39719	47	0.12418	0.61429

GRAFICO Nº 12

AUTOEFICAC

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
NATURALIDA	0.48386	47	0.22843	0.67697
IMPULSIVID	0.50053	47	0.24917	0.68871
ANSIEDAD	-0.35522	47	-0.58293	-0.075782
AUTOCONTROL	0.72349	47	0.55075	0.83681
INHIBLABOR	-0.29685	47	-0.53814	-0.010576
AUTCONCFIS	0.43634	47	0.17054	0.64295

GRAFICO Nº 13

NATURALIDA

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
IMPULSIVID	0.39984	47	0.12729	0.61625
TENSION	0.31043	47	0.02553	0.54869
AUTCONCFIS	0.43629	47	0.17048	0.64291
INTERNALID	0.44949	47	0.18637	0.65244

GRAFICO Nº 14

IMPULSIVID

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
AUTOCONTRO	0.29631	47	0.0099882	0.53773
SENTCULPA	0.28595	47	-0.0013274	0.52963
TRASIMACOR	0.42733	47	0.15976	0.6364
AUTCONCFIS	0.32037	47	0.036558	0.55635
INTERNALID	0.29148	47	0.0047035	0.53396

GRAFICO Nº 15

ANSIEDAD

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
HUMORANSIO	0.35994	47	0.081155	0.58649
TENSION	0.61561	47	0.39897	0.76716
MIEDOS	0.42736	47	0.1598	0.63642
AUTOCONTRO	-0.42196	47	-0.63249	-0.15338
DEPRESION	0.65205	47	0.44895	0.79109
ESTADANIMO	0.40419	47	0.13238	0.61946
PESIMISMO	0.67486	47	0.48088	0.80586
SENTFRACAS	0.36461	47	0.0865	0.59001
INSATISFAC	0.52566	47	0.28089	0.70622

GRAFICO Nº 16

ANSIEDAD

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
DESCONDESI	0.37744	47	0.10124	0.59962
AUTOACUSAC	0.2911	47	0.0042862	0.53366
TENDLLANTO	0.42236	47	0.15384	0.63278
AISLAMSOXI	0.3025	47	0.01679	0.54254
INDECISION	0.48374	47	0.22827	0.67688
TRASIMACOR	0.40461	47	0.13287	0.61977
INHIBLABOR	0.37301	47	0.096135	0.58631
TRASTSUEÑO	0.50889	47	0.25966	0.69456
FATIGABILI	0.47559	47	0.21822	0.6711

GRAFICO Nº 17

ANSIEDAD

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PERDAPETIT	0.43838	47	0.17299	0.64443
PERDPESO	0.32081	47	0.037049	0.55669
PERDLIBIDO	0.68372	47	0.49343	0.81155
INTERNALID	0.31434	47	0.029862	0.55171

GRAFICO Nº 18

HUMORANSIO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
MIEDOS	0.5121	47	0.26371	0.6968
AUTOCONTRO	-0.29593	47	-0.53743	-0.0095703
DEPRESION	0.30638	47	0.021063	0.54555
INSATISFAC	0.29277	47	0.0061142	0.53497
AUTOACUSAC	0.28818	47	0.0010971	0.53138
IRRITABILI	0.33339	47	0.051112	0.56634
INHIBLABOR	0.2957	47	0.0093142	0.53725
FATIGABILI	0.29861	47	0.012514	0.53952
HIPOCONDRI	0.32026	47	0.036437	0.55627

GRAFICO Nº 19

HUMORANSIO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PERDLIBIDO	0.32497	47	0.041691	0.55989

GRAFICO Nº 20

TENSION

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
AUTOCONTRO	-0.29227	47	-0.53458	-0.0055667
DEPRESION	0.53161	47	0.28848	0.71034
ESTADANIMO	0.30048	47	0.014569	0.54097
PESIMISMO	0.56767	47	0.33513	0.73502
SENTFRACAS	0.30852	47	0.023421	0.54721
INSATISFAC	0.48868	47	0.2344	0.68037
DESCONDESI	0.43592	47	0.17003	0.64264
IDEASSUICI	0.32675	47	0.043674	0.56126
TENDLLANTO	0.50274	47	0.25194	0.69026

GRAFICO Nº 21

TENSION

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
AISLAMSOCI	0.46027	47	0.19946	0.66018
INDECISION	0.49692	47	0.24466	0.68617
TRASIMACOR	0.34716	47	0.066631	0.57683
TRASTSUEÑO	0.38663	47	0.11187	0.60646
FATIGABILI	0.36144	47	0.082869	0.58762
PERDAPETIT	0.43734	47	0.17174	0.64367
PERDLIBIDO	0.3519	47	0.072001	0.58041
INTERNALID	0.3662	47	0.088313	0.5912

GRAFICO Nº 22

AUTOCONTROL

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
DEPRESION	-0.38383	47	-0.60438	-0.10863
ESTADANIMO	-0.29064	47	-0.5333	-0.0037893
PESIMISMO	-0.48141	47	-0.67523	-0.2254
SENTFRACAS	-0.30975	47	-0.54816	-0.024786
INSATISFAC	-0.38865	47	-0.60797	-0.11423
DESCONDESI	-0.29753	47	-0.53868	-0.011326
TENDLLANTO	-0.36157	47	-0.58772	-0.08302
AISLAMSOXI	-0.29999	47	-0.54059	-0.014027
INDECISION	-0.35508	47	-0.58282	-0.07562

GRAFICO Nº 23

AUTOCONTRO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
FATIGABILI	-0.36286	47	-0.58869	-0.084488
PERDAPETIT	-0.30442	47	-0.54403	-0.018899
PERDLIBIDO	-0.3999	47	-0.61629	-0.12735
AUTCONCFIS	0.30788	47	0.022715	0.54671

GRAFICO Nº 24

DEPRESION

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
ESTADANIMO	0.68434	47	0.49431	0.81194
PESIMISMO	0.78831	47	0.64779	0.87696
SENTFRACAS	0.63743	47	0.42875	0.78154
INSATISFAC	0.82913	47	0.71133	0.90162
SENTCULPA	0.4114	47	0.14088	0.62476
SENTCASTIG	0.55592	47	0.31981	0.72703
DESCONDESI	0.48109	47	0.22501	0.67501
AUTOACUSAC	0.4734	47	0.21553	0.66955
IDEASSUICI	0.66714	47	0.47002	0.80088

GRAFICO Nº 25

DEPRESION

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TENDLLANTO	0.6041	47	0.38345	0.75951
IRRITABILI	0.50027	47	0.24884	0.68852
AISSLAMSOI	0.55242	47	0.31526	0.72464
INDECISION	0.60387	47	0.38314	0.75936
TRASIMACOR	0.65243	47	0.44947	0.79134
INHIBLABOR	0.35067	47	0.070607	0.57949
TRASTSUEÑO	0.5322	47	0.28923	0.71074
FATIGABILI	0.61924	47	0.4039	0.76956
PERDAPETIT	0.70172	47	0.51917	0.82304

GRAFICO Nº 26

DEPRESION

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PERDPESO	0.45324	47	0.19092	0.65514
HIPOCONDRI	0.46025	47	0.19944	0.66017
PERDLIBIDO	0.71943	47	0.54482	0.83425
INTERNALID	0.39384	47	0.12027	0.61181

GRAFICO Nº 27

ESTADANIMO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PESIMISMO	0.47865	47	0.222	0.67328
SENTFRACAS	0.42398	47	0.15577	0.63396
INSATISFAC	0.62299	47	0.40899	0.77204
SENTCULPA	0.30404	47	0.018478	0.54373
SENTCASTIG	0.30836	47	0.023243	0.54708
AUTOACUSAC	0.4203	47	0.1514	0.63128
IDEASSUICI	0.49897	47	0.24723	0.68762
TENDLLANTO	0.46381	47	0.20378	0.66271
INDECISION	0.42073	47	0.15192	0.6316

GRAFICO Nº 28

ESTADANIMO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TRASIMACOR	0.41715	47	0.14767	0.62897
TRASTSUEÑO	0.36684	47	0.089053	0.59168
FATIGABILI	0.35838	47	0.07938	0.58531
PERDAPETIT	0.5029	47	0.25214	0.69037
HIPOCONDRI	0.32993	47	0.047229	0.56369
PERDLIBIDO	0.44834	47	0.18498	0.65161
AZAR	0.30366	47	0.018061	0.54344

GRAFICO Nº 29

PESIMISMO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
SENTFRACAS	0.49116	47	0.23748	0.68212
INSATISFAC	0.71468	47	0.53791	0.83125
SENTCASTIG	0.39421	47	0.1207	0.61209
DESCONDESI	0.57361	47	0.34292	0.73904
IDEASSUICI	0.55646	47	0.32051	0.7274
TENDLLANTO	0.40804	47	0.13692	0.6223
IRRITABILI	0.40524	47	0.13362	0.62023
AISLAMSOI	0.48396	47	0.22855	0.67704
INDECISION	0.44313	47	0.17869	0.64786

GRAFICO Nº 30

PESIMISMO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TRASIMACOR	0.44698	47	0.18335	0.65064
INHIBLABOR	0.41734	47	0.14789	0.62911
TRASTSUEÑO	0.41854	47	0.14931	0.62999
FATIGABILI	0.654	47	0.45166	0.79236
PERDAPETIT	0.47879	47	0.22216	0.67337
PERDLIBIDO	0.653	47	0.45027	0.79171

GRAFICO Nº 31

SENTFRACAS

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
INSATISFAC	0.63906	47	0.43098	0.78261
SENTCASTIG	0.41888	47	0.14971	0.63024
DESCONDESI	0.52905	47	0.28521	0.70857
IDEASSUICI	0.61007	47	0.39148	0.76348
TENDLLANTO	0.41868	47	0.14948	0.6301
AISLAMSOCI	0.33557	47	0.053559	0.568
INDECISION	0.54351	47	0.30375	0.71853
TRASIMACOR	0.31307	47	0.02846	0.55073
FATIGABILI	0.28657	47	-0.0006585	0.53011

GRAFICO Nº 32

SENTFRACAS

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PERDAPETIT	0.33039	47	0.047744	0.56404
PERDPESO	0.41841	47	0.14916	0.6299
PERDLIBIDO	0.40024	47	0.12775	0.61655
PODER	0.30237	47	0.016642	0.54244
AZAR	0.38349	47	0.10824	0.60413

GRAFICO Nº 33

INSATISFAC

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
SENTCASTIG	0.34503	47	0.06422	0.57521
DESCONDESI	0.5	47	0.24851	0.68834
AUTOACUSAC	0.40501	47	0.13335	0.62006
IDEASSUICI	0.66033	47	0.46047	0.79647
TENDLLANTO	0.54664	47	0.30778	0.72068
IRRITABILI	0.35247	47	0.072653	0.58085
AISLAMSOCI	0.42689	47	0.15924	0.63608
INDECISION	0.51412	47	0.26625	0.69821
TRASIMACOR	0.47908	47	0.22253	0.67358

GRAFICO Nº 34

INSATISFAC

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TRASTSUEÑO	0.38875	47	0.11435	0.60804
FATIGABILI	0.46261	47	0.20232	0.66186
PERDAPETIT	0.62181	47	0.40738	0.77126
PERDPESO	0.29684	47	0.010575	0.53814
HIPOCONDRI	0.32096	47	0.037223	0.55681
PERDLIBIDO	0.53371	47	0.29116	0.71179
INTERNALID	0.37271	47	0.095787	0.59608

GRAFICO Nº 35

SENTCULPA

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
SENTCASTIG	0.55429	47	0.31768	0.72591
AUTOACUSAC	0.38237	47	0.10695	0.6033
IDEASSUICI	0.4799	47	0.22354	0.67416
AISLAMSOCI	0.45899	47	0.19791	0.65927
TRASIMACOR	0.33579	47	0.053803	0.56817
PERDLIBIDO	0.29869	47	0.012604	0.53958

GRAFICO Nº 36

SENTCASTIG

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
DESCONDESI	0.41318	47	0.14297	0.62606
AUTOACUSAC	0.3523	47	0.072463	0.58072
IDEASSUICI	0.49325	47	0.24009	0.68359
TENDLLANTO	0.29976	47	0.013771	0.54041
AISLAMSOCI	0.4159	47	0.14619	0.62806
HIPOCONDRI	0.37159	47	0.094504	0.59524
PERDLIBIDO	0.33401	47	0.051812	0.56682

GRAFICO Nº 37

DESCONDESI

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
IDEASSUICI	0.52492	47	0.27995	0.70571
TENDLLANTO	0.39749	47	0.12454	0.61452
AISLAMSOCI	0.47319	47	0.21527	0.6694
INDECISION	0.39238	47	0.11856	0.61073
PERDLIBIDO	0.29007	47	0.0031668	0.53286

GRAFICO Nº 38

AUTOACUSAC

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TENDLLANTO	0.29518	47	0.0087515	0.53685
TRASIMACOR	0.29609	47	0.0097447	0.53755
HIPOCONDRI	0.38109	47	0.10546	0.60235
PERDLIBIDO	0.35556	47	0.076167	0.58319

GRAFICO Nº 39

IDEASSUICI

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TENDLLANTO	0.37093	47	0.093749	0.59475
IRRITABILI	0.31398	47	0.029468	0.55143
AI SLAMSOCI	0.43678	47	0.17107	0.64327
INDECISION	0.37199	47	0.094964	0.59554
TRASIMACOR	0.32213	47	0.038525	0.55771
TRASTSUEÑO	0.42572	47	0.15785	0.63523
FATIGABILI	0.28827	47	0.0011926	0.53144
PERDAPETIT	0.31904	47	0.035079	0.55533
PERDLIBIDO	0.37895	47	0.10299	0.60075

GRAFICO Nº 40

TENDLLANTO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
IRRITABILI	0.37567	47	0.099203	0.5983
INDECISION	0.29924	47	0.013203	0.54001
TRASIMACOR	0.39867	47	0.12592	0.61539
FATIGABILI	0.42319	47	0.15483	0.63338
PERDAPETIT	0.42642	47	0.15868	0.63574
PERDLIBIDO	0.35714	47	0.077967	0.58438

GRAFICO Nº 41

IRRITABILI

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
AISLAMSOCI	0.38356	47	0.10832	0.60418
TRASIMACOR	0.42418	47	0.15601	0.63411
FATIGABILI	0.57511	47	0.3449	0.74006
PERDAPETIT	0.47877	47	0.22213	0.67336
INTERNALID	0.375	47	0.098429	0.5978
PODER	0.30707	47	0.021817	0.54608

GRAFICO Nº 42

AISLAMSOI

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
INDECISION	0.59899	47	0.3766	0.7561
TRASIMACOR	0.39018	47	0.116	0.6091
PERDAPETIT	0.46078	47	0.20008	0.66054
PERDLIBIDO	0.34894	47	0.068652	0.57818
AZAR	0.29907	47	0.013016	0.53987

GRAFICO Nº 43

INDECISION

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
TRASTSUEÑO	0.35021	47	0.070087	0.57914
PERDAPETIT	0.41132	47	0.14077	0.6247
PERDLIBIDO	0.4786	47	0.22193	0.67324
AZAR	0.34135	47	0.060069	0.57241

GRAFICO Nº 44

TRASIMACOR

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
FATIGABILI	0.44958	47	0.18649	0.65251
PERDAPETIT	0.59596	47	0.37255	0.75408
PERDPESO	0.33444	47	0.052287	0.56714
HIPOCONDRI	0.28811	47	0.0010224	0.53132
PERDLIBIDO	0.42719	47	0.1596	0.6363

GRAFICO Nº 45

INHIBLABOR

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
FATIGABILI	0.44594	47	0.18209	0.64989
PERDLIBIDO	0.306	47	0.020637	0.54525

GRAFICO Nº 46

TRASTSUEÑO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
FATIGABILI	0.31008	47	0.025144	0.54841
PERDAPETIT	0.37872	47	0.10272	0.60057
HIPOCONDRI	0.31287	47	0.028235	0.55057
PERDLIBIDO	0.52435	47	0.27923	0.70532
AUTCONCFIS	0.28935	47	0.002371	0.53229
INTERNALID	0.36026	47	0.081524	0.58673

GRAFICO Nº 47

FATIGABILIDAD

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PERDAPETIT	0.45733	47	0.19588	0.65808
PERDPESO	0.28689	47	-0.000305	0.53037
PERDLIBIDO	0.54931	47	0.31124	0.72251
INTERNALID	0.33339	47	0.051107	0.56634
PODER	0.35232	47	0.072479	0.58073

GRAFICO Nº 48

PERDAPETIT

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
PERDPESO	0.49749	47	0.24538	0.68658
PERDLIBIDO	0.42968	47	0.16257	0.63812
INTERNALID	0.43943	47	0.17425	0.64519

GRAFICO Nº 49

PERDPESO

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
INTERNALID	0.32517	47	0.041912	0.56005

GRAFICO Nº 50

AUTCONCFIS

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
INTERNALID	0.4791	47	0.22254	0.67359

GRAFICO Nº 51

PODER

	COEF. COR.	TAMAÑO	LIM. INF.	LIM. SUP.
AZAR	0.5028	47	0.25202	0.6903

GRAFICO Nº 52

4.3.- EXPLICACION DE LOS RESULTADOS

Las 288 correlaciones significativas al ($p < 0.05$) han dado los siguientes resultados:

SEXO.- Un porcentaje superior de mujeres que de hombres con lesión medular, trabajan en profesiones intelectuales, tienen más alto grado de ansiedad, mayor nivel de tensión, tienen más miedo, son más pesimistas, están más descontentas de sí mismas y manifiestan una pérdida superior de la libido que los hombres.

EDAD.- En los lesionados medulares de mayor edad se observa mayor proporción de casados, mayor autoconcepto (autoestima), mayor naturalidad psicológica, mayor pesimismo, mayor insatisfacción, mayor autoconcepto físico, mayor puntuación en internalidad.

ESTADO CIVIL.- Los lesionados medulares casados presentan una media de edad superior a los solteros y manifiestan un trastorno de la imagen corporal significativamente mayor que los mismos.

MEDIO NATURAL.- Los lesionados medulares naturales y residentes en un medio urbano tienen estudios superiores, un porcentaje significativamente superior de profesiones

intelectuales (hay que hacer constancia del número mayor de estudiantes de secundaria y universitarios existentes en la ciudad en comparación con los pueblos), llevan más tiempo hospitalizados y manifiestan mayor sentimiento de fracaso que los del medio rural.

ESTUDIOS.- Los lesionados medulares con unos niveles de estudios superiores son más abundantes en el medio urbano, tienen mayor proporción de profesiones intelectuales, mientras que los que tienen estudios inferiores lo hacen en profesiones manuales, manifiestan menor nivel de autoeficacia, menor sentimiento de castigo y menor autoconcepto físico.

PROFESION.- Los lesionados medulares con profesión intelectual son una proporción significativamente superior de mujeres, son más abundantes en el medio urbano, tienen estudios superiores y refiere haber perdido más peso después de la lesión que los que realizaban trabajos manuales.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION.- El tiempo de hospitalización, a pesar de haber sido considerado de forma aleatoria y por lo tanto no manipulado, nos ofrece unos resultados bastante interesantes y a tener en cuenta en trabajos longitudinales posteriores. A mayor tiempo de hospitaliza-

ción, mayor proporción de lesionados medulares del medio urbano, mayor sentimiento de culpa presentan, mayor sentimiento de castigo y más descontento de sí mismo.

NIVEL DE LESION.- Tan sólo se ha detectado correlación negativa y significativa con el tipo de lesión, lógicamente, los lesionados medulares con el nivel más alto de lesión son los tetraplégicos.

TIPO DE LESION.- La única correlación significativa encontrada con respecto al tipo de lesión, ha sido con un factor de la Escala de valoración psiquiátrica para la depresión de Beck, que hace referencia al trastorno del sueño, con lo cual podemos afirmar, que los tetraplégicos padecen un trastorno del sueño significativamente superior a los parapléjicos.

ASERTIVIDAD.- La asertividad correlaciona: Positivamente con: autoconcepto, autoeficacia, impulsividad y autocontrol. Todos estos factores son positivos e influyen eficazmente en la rehabilitación del lesionado medular. Por lo que podemos considerar que una buena asertividad proporciona al sujeto unos recursos eficientes para enfrentarse con situaciones desagradables o problemáticas, como puede ser la paraplejia. Negativamente con: pesimismo, inhibición laboral, fatigabilidad y pérdida de la libido.

Que nos confirma lo expresado anteriormente, ya que una baja asertividad reduce el optimismo, las ganas de trabajar, la actividad y la líbido, con lo que el sujeto estará en menor disposición a realizar una buena rehabilitación.

AUTOCONCEPTO.- El autoconcepto correlaciona: Positivamente con: edad, asertividad, aceptación social, autoeficacia, naturalidad psicológica, impulsividad, autocontrol, trastorno de la imagen corporal, autoconcepto físico e internalidad. Nada hay de estra ar en la correlación positiva con el trastorno de la imagen corporal que se produce por la pérdida de las funciones y que no tiene por qué bajar el autoconcepto, a no ser que se produzca una reacción psicopatológica. Todos los demás son factores positivos, por lo que se puede considerar que el concepto que una persona tiene de sí mismo es muy importante a la hora de enfrentarse a una situación conflictiva, por lo que el mantenimiento de un buen autoconcepto después de la lesión medular es imprescindible para una buena rehabilitación. Tan sólo podemos hacer constancia de la comparación de esta muestra con la extraida por Vaz Serra de la población portuguesa, ya que no tenemos baremación en España, pero como dato ilustrativo, podemos establecer, que tomando como referencia la Media más-menos 2 Desviaciones T picas

($72.142+14.382=86.524$ y $72.142-14.382=57.76$) tenemos como resultados un intervalo que va de 86.524 a 57.76, como la media de autoconcepto de la muestra de lesionados medulares es de 55.978, podemos afirmar que los lesionados medulares presentan un autoconcepto más bajo que la población normal portuguesa, esto, como ya se ha dicho, a falta de baremación en la población española.

ACEPTACION SOCIAL.- La aceptación social correlaciona: Positivamente con: autoconcepto, autoeficacia, naturalidad psicológica, impulsividad, irritabilidad, aislamiento social, autoconcepto físico e internalidad. Este es un factor del autoconcepto que indica tanto aceptación y agrado social cuando es positivo, como recusación y desagrado social si los niveles son bajos. Salvo el aislamiento social, todos los demás factores que correlacionan con la aceptación social son positivos y por lo tanto beneficiosos para una buena rehabilitación. Hay que prestar, por tanto, atención al aislamiento social que se produce a causa de la lesión medular ya que puede cronificarse y afectar seriamente al sujeto.

AUTOEFICACIA.- La autoeficacia correlaciona: Positivamente con: asertividad, autoconcepto, aceptación social, naturalidad, impulsividad, autocontrol y autoconcepto físico. Todos son factores positivos para la

)

rehabilitación, por lo que se puede considerar que este factor también lo es. El factor de autoeficacia realiza los aspectos de enfrentar y resolver problemas y dificultades, representando los valores altos la independencia del sujeto, por lo que hay que tenerlos en cuenta en la determinación del grado de ajuste a la lesión medular.

Negativamente con: nivel de estudios, índice de ansiedad e inhibición laboral. La hipótesis de la correlación negativa entre autoeficacia y nivel de estudios, es que las personas con mayor nivel de conocimientos son más conscientes del alcance de la lesión, no obstante, se impone la realización de un estudio experimental para averiguar por qué en los lesionados medulares con niveles de estudio superiores baja significativamente más el nivel de autoeficacia que en los de estudios inferiores. Igualmente ocurre con la ansiedad y la inhibición laboral.

NATURALIDAD PSICOLOGICA.- La naturalidad psicológica correlaciona: Positivamente con: edad, autoconcepto, aceptación social, autoeficacia, impulsividad, tensión, autoconcepto físico e internalidad. Al no especificarlo el autor, no nos atrevemos a dar ninguna explicación con respecto a este factor de autoconcepto.

IMPULSIVIDAD-ACTIVIDAD.- La impulsividad correlaciona: Positivamente con: asertividad, autoconcepto, aceptación

social, autoeficacia, naturalidad psicológica, autocontrol, sentimiento de culpa, trastorno de la imagen corporal, autoconcepto físico e internalidad. Igualmente es un factor no especificado y por lo tanto susceptible de investigación.

ANSIEDAD.- La ansiedad correlaciona: Positivamente con: sexo, humor ansioso, tensión, miedos, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, descontento de sí mismo, autoacusación, tendencia al llanto, aislamiento social, indecisión, trastorno de la imagen corporal, inhibición laboral, trastorno del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, pérdida de la libido e internalidad. Negativamente con: autoeficacia, autocontrol y estado de ánimo. Podemos considerar tanto por las correlaciones positivas como por las negativas que la ansiedad es perjudicial para la rehabilitación del lesionado medular, no obstante tenemos que considerar, que un grado no excesivo de ansiedad es beneficioso, ya que se convierte en el motor de acción que esta persona necesita para hacer frente a la discapacidad que le produce la paraplejia.

HUMOR ANSIOSO.- El humor ansioso correlaciona: Positivamente con: ansiedad, miedos, depresión,

insatisfacción, autoacusación, irritabilidad, inhibición laboral, fatigabilidad, hipocondría y pérdida de la libido. Negativamente con: autocontrol. Podemos afirmar con este factor y con el siguiente lo mismo que con la ansiedad.

TENSION.- La tensión correlaciona: Positivamente con: sexo, naturalidad psicológica, ansiedad, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, descontento de sí mismo, ideas suicidas, tendencia al llanto, aislamiento social, indecisión, trastorno de la imagen corporal, trastorno del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de la libido e internalidad. Negativamente con: autocontrol y estado de ánimo.

MIEDO.- El miedo correlaciona: Positivamente con: sexo, ansiedad y humor ansioso. Este es un factor importante de posteriores y más específicos estudios, ya que aunque parece lógico que las mujeres sean más miedosas, por lo general, que los hombres y que al aumentar el miedo aumente la ansiedad, consideramos que pueden existir otros factores no detectados en este trabajo.

AUTOCONTROL.- El autocontrol correlaciona: Positivamente con: asertividad, autoconcepto, autoeficacia, impulsividad, estado de ánimo y autoconcepto físico.

Negativamente con: ansiedad, humor ansioso, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, descontento de sí mismo, tendencia al llanto, aislamiento social, indecisión, fatigabilidad, pérdida del apetito y pérdida de la libido. Está claro que la persona que sabe autocontrolarse ante una situación estresante o invalidante, está en disposición a encontrar la salida más adecuada a ese estado de crisis. Por las correlaciones encontradas podemos considerar al autocontrol como factor primordial que hay que potenciar para lograr una buena rehabilitación y ajuste a la lesión medular. Tomando como referencia la baremación de Capafons y Barreto (1980) del Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum en una muestra de la población española, tenemos que la media más o menos una Desviación Típica ($29.60+20.61=50.21$ y $29.60-20.61=8.99$) dan como resultado un intervalo que va desde 50.21 hasta 8.99, como la media de nuestra muestra es de 32.191, podemos afirmar que los lesionados medulares no presentan un autocontrol ni más alto ni más bajo que la población general.

DEPRESION.- La depresión correlaciona: Positivamente con: ansiedad, humor ansioso, tensión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, descontento de sí mismo, autoacusación, ideas suicidas, tendencia al llanto,

irritabilidad, aislamiento social, indecisión, trastorno de la imagen corporal, inhibición laboral, trastorno del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, hipocondría, pérdida de la libido e internalidad. Negativamente con: autocontrol y estado de ánimo. Según estas correlaciones, la depresión es totalmente invalidante y repercute negativamente en la rehabilitación del lesionado medular, pero estamos de acuerdo en que, como ocurre con la ansiedad, un cierto grado de depresión es a veces necesario para que el sujeto libere parte de su angustia y se ponga en contacto con la realidad, siempre y cuando esto no se prolongue en el tiempo y se resuelva lo más pronto posible. Tomando como referencia la baremación española realizada por Conde y Useros (1975) de la Escala para la Depresión de Beck, la puntuación media de depresión leve es de 13.9, como la de nuestra muestra es de 12.914, podemos considerar que los lesionados medulares no están más deprimidos que la población general.

ESTADO DE ANIMO.- El estado de ánimo correlaciona: Positivamente con: autocontrol. Negativamente con: ansiedad, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, autoacusación, ideas suicidas, tendencia al llanto, indecisión, trastorno de la imagen corporal, trastorno del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito,

hipocondría, pérdida de la libido y azar. Estos veintiún factores que vienen a continuación son reflejo de la puntuación global de la depresión, por lo que no vamos a comentarlos, lo que sí se propone es un estudio más específico de cada uno de ellos en trabajos posteriores.

PESIMISMO.- El pesimismo correlaciona: Positivamente con: sexo, edad, ansiedad, tensión, depresión, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de castigo, descontento de sí mismo, ideas suicidas, tendencia al llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, trastorno de la imagen corporal, inhibición laboral, trastorno del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito y pérdida de la libido. Negativamente con: asertividad, autocontrol, estado de ánimo.

SENTIMIENTO DE FRACASO.- El sentimiento de fracaso correlaciona: Positivamente con: naturaleza, ansiedad, tensión, depresión, pesimismo, insatisfacción, sentimiento de castigo, descontento de sí mismo, índice de ideas suicidas, tendencia al llanto, aislamiento social, indecisión, trastorno de la imagen corporal, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, pérdida de la libido, poder y azar. Negativamente con: autocontrol y estado de ánimo.

INSATISFACCION.- La insatisfacción correlaciona: Positivamente con: edad, ansiedad, humor ansioso, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, sentimiento de castigo, descontento de sí mismo, autoacusación, ideas suicidas, tendencia al llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, trastorno de la imagen corporal, trastorno del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, hipocondría, pérdida de la libido e internalidad. Negativamente con: autocontrol y estado de ánimo.

SENTIMIENTO DE CULPA.- El sentimiento de culpa correlaciona: Positivamente con: tiempo de hospitalización, impulsividad, depresión, sentimiento de castigo, autoacusación, ideas suicidas, tendencia al llanto, aislamiento social, trastorno de la imagen corporal y pérdida de la libido. Negativamente con: estado de ánimo.

SENTIMIENTO DE CASTIGO.- El sentimiento de castigo correlaciona: Positivamente con: tiempo de hospitalización, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, descontento de sí mismo, autoacusación, ideas suicidas, tendencia al llanto, aislamiento social, hipocondría y pérdida de la libido. Negativamente con: nivel de estudios y estado de ánimo.

DESCONTENTO DE SI MISMO.- El descontento de sí mismo correlaciona: Positivamente con: sexo, tiempo de hospitalización, ansiedad, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de castigo, ideas suicidas, tendencia al llanto, aislamiento social, indecisión y pérdida de la libido. Negativamente con: autocontrol.

AUTOACUSACION.- La autoacusación correlaciona: Positivamente con: ansiedad, humor ansioso, depresión, insatisfacción, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, tendencia al llanto, trastorno de la imagen corporal, hipocondría y pérdida de la libido. Negativamente con: estado de ánimo.

IDEAS SUICIDAS.- Las ideas suicidas correlacionan: Positivamente con: tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, descontento de sí mismo, tendencia al llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, trastorno de la imagen corporal, trastorno del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito y pérdida de la libido. Negativamente con: estado de ánimo.

TENDENCIA AL LLANTO.- La tendencia al llanto correlaciona: Positivamente con: ansiedad, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, descontento de sí mismo, autoacusación, ideas suicidas, irritabilidad, indecisión, trastorno de la imagen corporal, fatigabilidad, pérdida del apetito y pérdida de la libido. Negativamente con: autocontrol y estado de ánimo.

IRRITABILIDAD.- La irritabilidad correlaciona: Positivamente con: aceptación social, humor ansioso, depresión, pesimismo, insatisfacción, índice de ideas suicidas, tendencia al llanto, aislamiento social, trastorno de la imagen corporal, fatigabilidad, pérdida del apetito, internalidad y poder.

AISLAMIENTO SOCIAL.- El aislamiento social correlaciona: Positivamente con: aceptación social, ansiedad, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, descontento de sí mismo, índice de ideas suicidas, irritabilidad, indecisión, trastorno de la imagen corporal, pérdida del apetito, pérdida de la libido y azar. Negativamente con: autocontrol.

INDECISION.- La indecisión correlaciona: Positivamente con: ansiedad, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, descontento de sí mismo, ideas suicidas, tendencia al llanto, aislamiento social, trastorno del sueño, pérdida del apetito, pérdida de la libido y azar. Negativamente con: autocontrol y estado de ánimo.

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.- El trastorno de la imagen corporal correlaciona: Positivamente con: autoconcepto, impulsividad, ansiedad, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, autoacusación, ideas suicidas, tendencia al llanto, irritabilidad, aislamiento social, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, hipocondría y pérdida de la libido. Negativamente con: estado civil y estado de ánimo.

INHIBICION LABORAL.- La inhibición laboral correlaciona: Positivamente con: ansiedad, humor ansioso, depresión, pesimismo, fatigabilidad y pérdida de la libido. Negativamente con: asertividad y autoeficacia.

TRASTORNO DEL SUEÑO.- El trastorno del sueño correlaciona: Positivamente con: nivel de lesión, ansiedad, tensión, depresión, pesimismo, insatisfacción, indecisión,

fatigabilidad, pérdida del apetito, hipocondría, pérdida de la libido, autoconcepto físico e internalidad. Negativamente con: estado de ánimo.

FATIGABILIDAD.- La fatigabilidad correlaciona: Positivamente con: ansiedad, humor ansioso, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, ideas suicidas, tendencia al llanto, irritabilidad, trastorno de la imagen corporal, inhibición laboral, trastorno del sueño, pérdida del apetito, pérdida de peso, pérdida de la libido, internalidad y poder. Negativamente con: asertividad, autocontrol y estado de ánimo.

PERDIDA DEL APETITO.- La pérdida del apetito correlaciona: Positivamente con: ansiedad, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, ideas suicidas, tendencia al llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, trastorno de la imagen corporal, trastorno del sueño, fatigabilidad, pérdida de peso, pérdida de la libido e internalidad. Negativamente con: autocontrol y estado de ánimo.

PERDIDA DE PESO.- La pérdida de peso correlaciona: Positivamente con: ansiedad, depresión, sentimiento de fracaso, insatisfacción, trastorno de la imagen corporal,

fatigabilidad, pérdida del apetito e internalidad. Negativamente con: profesión.

HIPOCONDRIA.- La hipocondría correlaciona: Positivamente con: humor ansioso, depresión, insatisfacción, sentimiento de castigo, autoacusación, trastorno de la imagen corporal y trastorno del sueño. Negativamente con: estado de ánimo.

PERDIDA DE LA LIBIDO.- La pérdida de la libido correlaciona: Positivamente con: sexo, ansiedad, humor ansioso, tensión, depresión, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, descontento de sí mismo, autoacusación, ideas suicidas, tendencia al llanto, aislamiento social, indecisión, trastorno de la imagen corporal, inhibición laboral, trastorno del sueño, fatigabilidad y pérdida del apetito. Negativamente con: asertividad, autocontrol y estado de ánimo.

AUTOCONCEPTO FISICO.- El autoconcepto físico correlaciona: Positivamente con: edad, autoconcepto (autoestima), aceptación social, autoeficacia, naturalidad psicológica, impulsividad, autocontrol, trastorno del sueño e internalidad. Negativamente con: nivel de estudios. Este es un factor que como el autoconcepto (autoestima), es de suma

importancia mantener a un buen nivel en el lesionado medular, ya que favorecerá la rehabilitación y por el contrario, si sus valores son bajos perjudicará en gran medida el ajuste psicológico a la lesión.

INTERNALIDAD.- La internalidad correlaciona: Positivamente con: edad, autoconcepto, aceptación social, naturalidad psicológica, impulsividad, ansiedad, tensión, depresión, insatisfacción, irritabilidad, trastorno del sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso y autoconcepto físico. Este es un factor correspondiente a la Escala de locus de control de Levenson, aunque algunos autores la califican más bien de atribución, ya que indica que el sujeto atribuye a su propia conducta el resultado de sus acciones. En este trabajo encontramos correlaciones positivas con factores tanto positivos como negativos, por lo que no podemos dar una explicación lo suficientemente fiable de su tendencia positiva, sin embargo, en la discusión veremos cómo en determinadas circunstancias éste puede ser un factor a tener en cuenta en la rehabilitación del lesionado medular.

PODER.- El poder correlaciona: Positivamente con: sentimiento de fracaso, irritabilidad, fatigabilidad y azar. Este factor de la Escala de Levenson, indica que el sujeto atribuye el resultado de su conducta a otras

personas con poder sobre él. Correlaciona positivamente con tres factores perjudiciales para la rehabilitación por lo que podemos considerarlo, a priori, como negativo, aunque se precisa un estudio más detallado. Su correlación con el siguiente factor, Azar y no con el de Internalidad nos hace pensar que pueden existir desde este punto de vista dos formas de atribución hacia las consecuencias de la lesión medular, una interna y otra externa, esta última, a su vez, puede recaer tanto en otras personas con poder como en el azar, casualidad o circunstancias, o en ambas a la vez.

AZAR.- El azar correlaciona: Positivamente con: sentimiento de fracaso, aislamiento social, indecisión y poder. Negativamente con: estado de ánimo. Por lo mismo dicho para el anterior factor, podemos considerar a éste como perjudicial para la rehabilitación.

5.- DISCUSSION

5.- DISCUSION

Los aspectos psicológicos que influyen en la rehabilitación del lesionado medular están muy poco estudiados y como afirma Cook (1979), la literatura existente sobre psicología del ajuste a la lesión medular es simplemente anecdótica, o basada en una experiencia clínica, pero según Judd (1986), pocos estudios han sido orientados empíricamente y de forma sistemática.

Hasta ahora, la atención se ha centrado exclusivamente en los problemas físicos que presentan estos pacientes, aunque últimamente se están empezando a tener en cuenta aspectos sociales tales como el transporte o la adecuación de las viviendas para el carrito de ruedas, pero los factores psicológicos siguen sin ser considerados en la rehabilitación de los lesionados medulares.

Sin embargo, los problemas psicológicos que presentan estos enfermos tienen un importante papel en su rehabilitación y por tanto en su ajuste a la lesión medular (Judd, 1986; Trieschmann, 1974, 1978-79; Weller y Miller, 1977a, 1977b; Breitung, 1982; Cook, 1979).

Estamos de acuerdo con Trieschmann (1978-79) cuando dice que el ajuste psicológico, más que la capacidad intelectual o grado de aceptación de dicha lesión es un factor crítico determinante del éxito de la rehabilitación. Efectivamente, ¿de qué le sirve a un paciente ser extremadamente inteligente y aceptar que está parapléjico para el resto de su vida si se queda en un rincón de su casa lamentándose de su mala suerte?. Indudablemente, el ser inteligente es importante, ya que de cuantas más estrategias actuales o potenciales disponga un sujeto, mayores posibilidades tendrá de emplearlas para solucionar sus problemas. Obviamente también tiene su importancia el que el sujeto acepte que está parapléjico, puesto que esto le va a posibilitar el poder trabajar con sus limitaciones y no mantenerse en un constante período de negación de su problema, pero ni la inteligencia ni la aceptación tendrán un valor real si no están sustentadas por un buen ajuste psicológico que las haga efectivas.

Asímismo, consideramos con Judd (1986) que los traumatismos de la médula espinal pueden producir inmediatamente una gran cantidad de stress y malestar, así, Weller y Miller (1977a) afirman que durante el período crítico es cuando más importancia tienen los aspectos psicológicos tanto para superar la crisis como para pasar al subsiguiente y largo período de ajuste.

Estamos de acuerdo de que en el período crítico tienen mucha importancia los aspectos psicológicos, aunque no siempre tiene que ser cuando más decisivos sean, ya que esto depende de múltiples factores como pueden ser la personalidad pre-lesión del sujeto, la historia pasada, la naturaleza de la lesión, etc. Tampoco consideramos que sea correcto el separar el período crítico del período de ajuste como hacen Weller y Miller (1977a), ya que para nosotros, éste último período puede abarcar por sí sólo toda la vida del lesionado medular, desde que tuvo el accidente hasta el final de sus días.

Analizando estas cuestiones, tenemos que admitir que la lesión medular causa una gran interrupción de los sistemas básicos psicológicos (Cook, 1979) y produce una grave alteración en el funcionamiento de la personalidad (Hohmann, 1975) y esto ocurre ya desde el primer momento, por lo que consideramos que estos problemas psicológicos deben ser replanteados, analizados y tratados desde el principio, desde que el sujeto entra en el hospital, pero la actuación psicológica tiene que prolongarse no sólo hasta que el paciente es dado de alta, sino que debe continuarse hasta que lo necesite, incluso una vez sea dado de alta en el hospital y se encuentre en su domicilio, ya que muchas veces, lo difícil no es el asimilar y aprender

unas actitudes y unas técnicas, sino el saber y poder transferirlas a la vida real y al contexto donde el lesionado medular se va a desenvolver.

En cuanto a los factores psicológicos que intervienen afectando bien positiva o negativamente la rehabilitación y por consiguiente el ajuste a la lesión medular, comprobaremos a continuación si con la presente investigación podemos aceptar las hipótesis planteadas, las rechazamos o no las podemos confirmar, con lo que se impondría un posterior estudio de las mismas a fin de poder establecer definitivamente su aceptación o rechazo.

Referente a la depresión, podemos argumentar que en la presente investigación no hemos encontrado correlación significativa entre depresión y autoestima tal como aseveran Hohmann, 1975; Katz y otros, 1979; y Weller y Miller, 1977; por lo tanto no podemos afirmar que en el lesionado medular con depresión disminuya la autoestima, lo que no quiere decir que no se pueda dar en algún momento dicha relación, pero para comprobar esto sería necesario un estudio longitudinal que midiese ambos factores en distintos períodos de la rehabilitación del lesionado medular, pudiéndose hipotetizar que la depresión ocasionada por la pérdida de funciones podría originar una bajada de la autoestima en un momento determinado, así como una

disminución de la autoestima producida por la frustración ante la incapacidad conduciría a un estado depresivo. Sí hemos encontrado, por el contrario, relación positiva entre depresión con respecto a la ansiedad y tensión y negativa con autocontrol, pudiéndose afirmar, por tanto, que en el lesionado medular deprimido aumenta la ansiedad y la tensión y disminuye el autocontrol. Esta correlación negativa entre depresión y autocontrol también es referida por Ferington (1986), al afirmar que el autocontrol en los lesionados medulares se relaciona inversamente con los niveles de depresión, independientemente del lugar de control. Y esto es lógico si tenemos en cuenta que el sujeto tiene que enfrentarse a una situación estresante e invalidante, lo que hace que aumente la ansiedad y la tensión a causa del estrés y disminuya el autocontrol como consecuencia de la pérdida de funciones como andar, control de orina y heces, relaciones sociales, etc. Lo que ocurre es que estas son reacciones que podemos llamar "normales", ya que se dan en toda persona psicoafectivamente normal en estas circunstancias, lo que no podemos considerar normal es que estas reacciones no se resuelvan relativamente pronto y se mantengan durante un largo período de tiempo haciendo que se cronifiquen y se transformen en una psicopatología instaurada en el individuo para el resto de su vida.

Estamos de acuerdo con Nestoros (1982), en que los sujetos tetraplégicos no están más deprimidos que los parapléjicos, efectivamente, no se han encontrado evidencias que nos pruebe que el nivel de lesión influye en la depresión del lesionado medular, la única diferencia encontrada con respecto a esta variable es que los tetraplégicos manifiestan un trastorno del sueño significativamente superior a los parapléjicos, cosa totalmente justificable por la mayor afectación tanto física como funcional y por la incapacidad de cambiar de postura en la cama, ni siquiera el tronco, por parte de los tetraplégicos, lo que indudablemente les dificulta la consecución de un sueño aceptable.

No podemos cotejar objetivamente la afirmación realizada por Palmer (1985) y Frank (1985), de que la depresión reactiva es común a todos los lesionados medulares al no encontrar en la actual investigación evidencias de depresión en todos y cada uno de los sujetos, pero esto no quiere decir que no la presenten en un momento determinado, aunque para detectarla sería necesario un estudio longitudinal de esta variable a través de todo el proceso de rehabilitación de estos pacientes, lo cual se escapa al propósito de esta investigación, sin embargo, podemos inferir que esto es en parte cierto, siempre que se tome el sentido de depresión reactiva como un estado de

tristeza transitorio como reacción ante la pérdida de algunas funciones común a todas las personas en algún momento de su vida y superable por ellas mismas y no como patología susceptible de ser tratada, aunque, bien es cierto, que si estas reacciones de desesperanza no son resueltas efectivamente dentro de un tiempo prudencial, pueden desencadenar un verdadero cuadro depresivo. Igualmente podemos argumentar de la afirmación realizada por Katz et al. (1979), Hohmann (1975), Lawson (1978), Bracken y Shephard (1980) y Wilcox y Stauffer (1972), de que la depresión influye negativamente en la rehabilitación del lesionado medular, esto es cierto en la depresión ya instituida como patología y que como tal, actúa negativamente, pero no como reacción ante la desgracia, coincidiendo con Muñoz Rivero (1970) de que la depresión es necesaria para el balance psicológico de los pacientes con lesión medular. Por este mismo motivo, estamos de acuerdo con Stewart (1977), de que la depresión y la ansiedad posterior a la lesión medular no son una enfermedad, ya que ambas, se dan como reacción a una situación estresante y en una intensidad adecuada pueden servir como motor de activación que haga reaccionar al sujeto y le encamine hacia el ajuste a la lesión, coincidiendo con Cook (1981) y Shadish et al. (1981) en que la ansiedad es necesaria para la adaptación y facilita la rehabilitación en el lesionado medular.

No hemos encontrado evidencias para aseverar al igual que Shadish et al. (1981) que el tiempo influye positivamente en la adaptación de los lesionados medulares. Según las correlaciones encontradas, los sujetos que llevan más tiempo hospitalizados se quejan de mayor sentimiento de culpa, sentimiento de castigo y descontentos de sí mismos, actitudes totalmente justificables por la pérdida de reforzadores importantes, pero estos datos son insuficientes como para aceptar o rechazar la hipótesis de la influencia positiva del tiempo en la rehabilitación, seguramente porque el tiempo analizado en esta investigación sea insuficientemente largo como para que pueda influir de alguna forma en la adaptación de estos pacientes, y además, porque creemos que el tiempo como factor no tiene un valor real, sino que para unos sujetos actuará como mediador en la asunción del problema y por lo tanto jugará un papel positivo, mientras que para otros con unos factores de ajuste adversos no hará otra cosa que influir negativamente en la rehabilitación. Se intuye, no obstante, mediante la observación de estos resultados obtenidos, que a medida que va aumentando el tiempo de hospitalización, en los lesionados medulares se van produciendo unos sentimientos de culpa, sentimientos de castigo y se encuentran descontentos de sí mismos, posiblemente y dada la condición de producción de la lesión

a causa de un accidente, los sujetos empiecen a pensar en él y lleguen a la conclusión de que han tenido la culpa del mismo y que podrían haberlo evitado si hubieran actuado de otra forma y empiezan a pensar que lo que les pasa es un castigo por no haber hecho lo correcto y evitar el accidente que les ha puesto en esa situación, por lo que igualmente empiezan a sentirse descontentos de sí mismos.

Respecto a otra de las afirmaciones de que una puntuación alta en Internalidad (I) influye positivamente en la adaptación de los lesionados medulares y que los factores Poder (P) y Azar (C) lo hacen negativamente (Shadish et al., 1981), podemos afirmar que en la presente investigación hemos encontrado correlación positiva significativa entre los factores P y C, mientras que no hemos encontrado ninguna entre estos factores y el de Internalidad, lo que nos sugiere que existen dos clases de sujetos, los que achacan el resultado de sus comportamientos a sus propias acciones y los que se los atribuyen a otras personas con poder sobre ellos y/o a la casualidad. Analizando las correlaciones de estos factores con los demás nos encontramos con que el factor I se correlaciona positiva y significativamente con la depresión, la tensión y la ansiedad que antes hemos definido como motores de activación, lo que nos sugiere que estos sujetos están en disposición de reaccionar contra su

problema, pero esto, según hemos visto también, podría volverse negativo y cronificarse en una psicopatología depresiva, sin embargo, al fijarnos en los demás factores de correlación vemos que lo hace positiva y significativamente con la edad, la autoestima, la aceptación social, la naturalidad psicológica, la impulsividad y el autoconcepto físico, al ser éstos factores positivos de adaptación, nos induce a coincidir con Shadish que los sujetos con una puntuación alta en Internalidad tienen más posibilidades de un buen ajuste a la lesión medular, siempre y cuando esté asociado a factores positivos. Igualmente, hemos encontrado correlación positiva y significativa entre los factores P y C con respecto a bajo estado de ánimo, sentimiento de fracaso, aislamiento social e indecisión, por lo que podemos considerar a estos factores como negativos o interfirientes en el proceso de rehabilitación.

Para Fraser (1982) y Stewart (1977), el mantenimiento de la autoestima después de la lesión medular es muy importante para la rehabilitación del lesionado medular y nosotros hemos encontrado correlación positiva significativa entre este factor y edad, asertividad, aceptación social, autoeficacia, naturalidad psicológica, impulsividad, autocontrol, autoconcepto físico e internalidad, todos ellos factores positivos de adaptación,

por lo que podemos afirmar con estos autores que el mantenimiento de la autoestima es fundamental para el buen ajuste a la lesión medular. Así mismo, encontramos también correlación con trastorno de la imagen corporal, cosa totalmente lógica, ya que la pérdida de las funciones antes mencionadas produce en el sujeto una desestructuración de los valores cognitivos referentes a su físico y empieza a verse de forma distinta, e incluso si en el sujeto baja la autoestima demasiado, es posible que deje de gustarle su propio cuerpo y llevarle a un estado de desesperación que ponga en peligro la rehabilitación.

Referente a la asertividad, Dunn, Lloyd y Phelps (1979), afirman que es una condición necesaria para la adaptación satisfactoria de los lesionados medulares. En esta investigación hemos encontrado correlación positiva significativa entre este factor y autoestima, autoeficacia, impulsividad y autocontrol, lo que nos da la certeza de ser un factor positivo para la adaptación, si a esto le unimos la correlación negativa con pesimismo, inhibición laboral, fatigabilidad y pérdida de la libido, podemos confirmar con estos autores que la asertividad es un condicionante importante para el buen ajuste a la lesión medular.

Uno de los aspectos referidos por los lesionados medulares como más importantes son los sexuales y su

pérdida afirman Ray y West (1983), es experimentada como frustración y depresión. En la presente investigación confirmamos plenamente esto ya que los sujetos relacionan la pérdida de la libido negativamente con todos los factores que anteriormente hemos considerados como importantes para la buena rehabilitación y positivamente con los que influyen de una forma nociva para el ajuste a la lesión medular. Por tanto es un factor muy importante a tener en cuenta y de ser imposible una recuperación de la actividad sexual, conviene poner a disposición del lesionado medular todos los recursos necesarios para que pueda compensar esta incapacidad y llevar una vida sexual lo más gratificante posible.

Otros factores analizados y de los cuales no hemos encontrado referencias en la bibliografía sobre el tema son los siguientes:

La variable sexo correlaciona positivamente con las de profesión, ansiedad, tensión, miedo, pesimismo, descontento de sí mismo y pérdida de la libido. A simple vista podríamos afirmar que las mujeres puedan tener más problemas para el ajuste a la lesión medular que los hombres, ya que los factores antes citados son en general desfavorables para la rehabilitación, pero no podemos

asegurarlos objetivamente, por lo que se impone un análisis experimental de esta variable.

La variable edad correlaciona positivamente con estado civil, autoconcepto, naturalidad psicológica, pesimismo, insatisfacción, autoconcepto físico e internalidad. Aquí se observa una cierta primacía de los factores positivos sobre los negativos, por lo que podemos anticipar la hipótesis de que las personas que a causa de un accidente se les produce una lesión medular a una edad más tardía, tienen más posibilidad de ajuste que las jóvenes. Igualmente, aquí es necesario un estudio experimental que confirme esta tesis.

En cuanto a la variable estado civil, tan sólo hemos encontrado correlación positiva con edad y trastorno de la imagen corporal, datos totalmente insuficientes como para aventurar hipótesis alguna.

Igualmente ocurre con la naturaleza, con la que no hemos detectado correlaciones decisivas para el establecimiento de ninguna afirmación relevante.

Con respecto a estudios y profesión podemos manifestar que los lesionados medulares con niveles inferiores de estudio trabajan en profesiones manuales y manifiestan menor nivel de autoeficacia, menor sentimiento de castigo y

menor autoconcepto físico, lo que puede tener una explicación por el inferior nivel de esquemas cognitivos y expectativas de trabajo que los sujetos que poseen estudios superiores y realizan profesiones intelectuales, los cuales tienen mayores posibilidades de realizar un trabajo productivo intelectualmente que los que sólo saben trabajar manualmente. Estos factores habrán de comprobarse también experimentalmente para poder garantizarlos como influyentes en la rehabilitación y el ajuste del lesionado medular.

Podemos hacer a modo de resumen (pendiente de comprobación experimental mediante una prueba que relacione funcionalmente dichos factores con los niveles de ajuste), una relación de los factores más importantes y su influencia en la rehabilitación y ajuste a la lesión medular.

FACTORES QUE INFLUYEN POSITIVAMENTE EN LA REHABILITACION	ASERTIVIDAD AUTOCONCEPTO (AUTOESTIMA) AUTOCONTROL INTERNALIDAD AUTOCONCEPTO FISICO
FACTORES MOTORES DE ACTIVACION	ANSIEDAD (Como reacción y moderada) DEPRESION (Como reacción y leve)
FACTORES QUE INFLUYEN NEGATIVAMENTE EN LA REHABILITACION	ANSIEDAD (Excesiva e invalidante) DEPRESION (Instaurada) PODER AZAR

Parece ser que en la mayoría de los lesionados medulares se suelen dar una serie de respuestas comunes que actúan a modo de mecanismos de defensa contra la gran agresión, tanto física como psicológica, que supone la paraplejía. Estas reacciones dan lugar al establecimiento de una serie de etapas por las que según Bravo y Jara (1987) tienen que pasar todos los pacientes, siendo tan patológico la permanencia muy prolongada en alguna de ellas como la no existencia de la misma. Contrario a esta teoría, Shadish et al. (1981) y Aguado (1990) afirman que no está claro que el lesionado medular tenga que pasar por estas etapas predichas por algunos autores para poder adaptarse a su paraplejía, ni que el tiempo de dichas etapas sea constante, ya que algunos pacientes no pasan por ellas y otros ni siquiera se adaptan.

Está claro que cada individuo tiene unas características propias que influyen determinantemente a la hora de reaccionar ante un problema y esto mismo ocurre en el caso de los lesionados medulares. La lesión medular produce una serie de problemas en el sujeto a los cuales éste tiene que hacer frente, y la forma en que reacciona ante ellos según Muñoz Rivero (1970), depende de factores individuales característicos como:

- Los problemas que suscita la incapacidad en el sujeto.

- La personalidad.

- La historia del sujeto.

- Sus experiencias.

- El significado consciente o inconsciente del impedimento.

- Los recursos del individuo, su familia y la sociedad.

A pesar de estas variaciones personales, en todos los individuos existen unas reacciones comunes ante determinadas situaciones. Pensamos que por muy "entero" que sea el sujeto, ante una lesión de este tipo son inevitables los sentimientos de inseguridad, miedo a la invalidez, angustia ante el problema, miedo al fracaso, a la no solución de la situación, angustia ante el futuro incierto, inutilidad y desesperación. Cada uno de estos sentimientos dañan al sujeto y producen en él unas reacciones encaminadas a eliminarlos o por lo menos a reducirlos.

Creemos con Weller y Miller (1977a) que estas reacciones pueden aparecer en orden diferente, variar en su duración, superación, recuperaciones y recaídas fluctuantes, lo que no estamos seguros es que se pueda omitir alguna de ellas, ya que a no ser que exista una psicopatología previa a la lesión que altere las

estructuras cognitivas y emocionales del sujeto, toda persona afectivamente normal, debe reaccionar normalmente ante determinados estímulos y todas estas personas sienten miedo a quedarse paralíticas, sienten angustia ante esta situación y se sentirán inútiles y desesperados cuando no le vean solución.

Otro aspecto no menos importante y que no se ha estudiado es la posibilidad de una prevención de estos problemas tan comunes en estos enfermos, y esto proporcionaría una garantía, tanto de buena rehabilitación, como de rentabilidad de dicho proceso, ya que posiblemente se pudiera, al aumentar la calidad de éste, disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes y los gastos innecesarios que un exceso de tiempo en dar el alta pudiera originar, con el consiguiente agravante que representa para el paciente una excesiva hospitalización. Para lograr esto sería necesario un estudio detallado e individualizado de todos los factores que están influyendo en el sujeto, a fin de poder anticipar cuales serán sus conductas futuras y cómo afectarán al proceso de rehabilitación. Como hemos dicho, esto hasta ahora es inexistente, lo que sí existen son algunas tentativas de terapia psicológica, aunque la mayoría de ellas se limitan a reflejar aspectos concretos que deben ser tratados, necesitándose una integración en

cuanto a la investigación, prevención y tratamiento de las variables psicológicas intervinientes en la rehabilitación.

A modo de conclusión podemos argumentar que éste es un trabajo pionero en el intento de agrupar, sistematizar y correlacionar el mayor número de variables que pueden influir en la rehabilitación de los lesionados medulares y por consiguiente en el ajuste a la lesión. Sin embargo, somos conscientes de las dificultades que supone el empleo del método correlacional, no sólo en cuanto al establecimiento de relaciones entre variables, sino también en cuanto a la selección de sujetos, al control de los factores distorsionantes, etc., no obstante y como afirma Arnau Gras (1978), estos métodos constituyen una valiosa ayuda, y aportan una información estimable en áreas donde la investigación experimental es difícil de aplicar, así mismo, estos métodos no sólo constituyen el puente de unión entre los procedimientos de observación natural y los estudios experimentales, sino que, además, se convierten en una inagotable fuente de sugerencias e hipótesis susceptibles de comprobación experimental. Por estos motivos, a la vista de los resultados obtenidos, se propone el considerar este trabajo como un punto de origen hacia futuras investigaciones a fin de profundizar en la comprobación experimental de hipótesis planteadas a partir de las cuestiones surgidas de esta tesis, como pueden ser:

- ¿Los resultados obtenidos son específicos de estos pacientes o comunes a todos los individuos, o a otros grupos como lesionados medulares crónicos, disminuídos sensoriales, disminuídos físicos a causa de una enfermedad, amputados, etc.?.

- ¿Es cierto que los lesionados medulares reaccionan del mismo modo ante la paraplejia?, si esto es así, ¿estas reacciones se dan en el mismo orden en todos los sujetos o cambian de unos a otros?.

- ¿Se dan estas reacciones unas tras otras o por el contrario se manifiestan todas juntas al mismo tiempo o en grupos?.

- ¿Se dan todas las reacciones en todos los sujetos o en algunos se omiten algunas de ellas?.

- ¿Son conscientes los lesionados medulares de que están reaccionando de esta forma?.

- Para estos enfermos, ¿es una forma normal de reaccionar?, o por el contrario ellos piensan que las otras personas no reaccionarían así.

- ¿Se puede predecir con anticipación cada una de estas reacciones y actuar sobre ellas de forma que no se hagan patológicas y pueda el sujeto superarlas adecuadamente?.

- ¿Es posible determinar de forma experimental las reacciones características del sujeto ante una situación parecida y utilizar los resultados del experimento para predecir su comportamiento en situaciones similares?.

- ¿Podemos precisar la fase en la que se encuentra el sujeto y así fijar el tratamiento adecuado para la resolución de las reacciones negativas que se produzcan en dicha fase?.

- ¿Es posible la creación de un instrumento de medida que nos proporcione los datos suficientes y necesarios para poder predecir el estado del lesionado medular, cómo está reaccionando y el pronóstico de ajuste a la lesión medular?.

- ¿Cómo influye el sexo, edad, estado civil, naturaleza, estudios, profesión, tiempo de hospitalización, nivel de lesión, tipo de lesión, dolor y nivel socio-económico en la rehabilitación y posterior ajuste a la lesión medular?.

6.- CONCLUSIONES

6.- CONCLUSIONES

Como consecuencia de esta investigación podemos considerar probado que:

1a.- Los sujetos tetraplégicos no están más deprimidos que los parapléjicos.

2a.- En los lesionados medulares con depresión no tiene por qué disminuir la autoestima.

3a.- La depresión reactiva no tiene por qué ser común a todos los lesionados medulares.

4a.- La depresión influye negativamente en la rehabilitación del lesionado medular.

5a.- La depresión y la ansiedad posteriores a la lesión medular no pueden ser consideradas como una enfermedad.

6a.- El tiempo no tiene por qué influir positivamente en la adaptación de los lesionados medulares.

7a.- Un cierto grado de ansiedad es necesario para la adaptación y facilitación de la rehabilitación del lesionado medular.

8a.- El mantenimiento de la autoestima después de la lesión medular influye positivamente en la rehabilitación del lesionado medular.

9a.- El factor Internalidad (I) de la Escala de locus de control de Levenson influye positivamente en la adaptación de los lesionados medulares, mientras que el factor Personas con poder (P) y el factor Casualidad, circunstancia o azar (C) lo hacen negativamente.

10a.- La asertividad es una condición necesaria para la adaptación satisfactoria de los lesionados medulares y como consecuencia para una buena rehabilitación.

11a.- Las dificultades sexuales son experimentadas como frustración y depresión.

12a.- El autocontrol en los lesionados medulares se relaciona inversamente con los niveles de depresión, independientemente del lugar de control.

7.- RESUMEN

7.- RESUMEN

El presente trabajo nace del interés por realizar un estudio objetivo y sistemático de aquellas variables psicológicas que influyen en el proceso de rehabilitación del lesionado medular, a fin de poderlas aislar, correlacionar y establecer cuáles son las que influyen positivamente y por tanto se deben mantener en caso de que ya existan en los sujetos y/o potenciar en caso de que carezcan de ellas y cuáles influyen negativamente y por consiguiente habrán de suprimirse o modificarse en el caso de que estén afectando e interfiriendo en la rehabilitación.

Después de analizar los conceptos de deficiencia, discapacidad, minusvalía, invalidez, paraplejia, tetraplejia, rehabilitación, integración, normalización y ajuste, hacemos un recorrido por la historia y evolución de la situación del lesionado medular desde que se tiene noticias fiables de su existencia hasta la actualidad. A continuación se efectúa un repaso a los diferentes tipos de fracturas vertebrales y su afectación neurológica, así como sus mecanismos de producción, para continuar con el estudio de las variables que influyen en el proceso de rehabilitación de estos sujetos, centrándonos más extensamente en las variables psicológicas y haciendo sólo

una breve descripción de las físicas y las socioeconómicas. Seguidamente, hacemos referencia a los dos modelos explicativos de las reacciones y adaptación a la lesión medular, como son el modelo de las etapas y el modelo de las diferencias individuales. Se concluye con un análisis pormenorizado de lo publicado hasta ahora sobre el proceso de rehabilitación y sobre el tratamiento de la lesión medular, centrándonos, al igual que se hizo con las variables, en lo referente a los aspectos psicológicos que influyen en el desarrollo de dicho proceso.

Para tal fin se establecen las siguientes hipótesis que se verificarán o rechazarán al final del análisis de las variables:

1a.- Los sujetos tetraplégicos no están más deprimidos que los parapléjicos.

2a.- En los lesionados medulares con depresión disminuye la autoestima.

3a.- La depresión reactiva es común a todos los lesionados medulares.

4a.- La depresión influye negativamente en la rehabilitación del lesionado medular.

5a.- La depresión y la ansiedad posteriores a la lesión medular no pueden ser consideradas como una enfermedad.

6a.- El tiempo influye positivamente en la adaptación de los lesionados medulares.

7a.- Un cierto grado de ansiedad es necesario para la adaptación y facilitación de la rehabilitación del lesionado medular.

8a.- El mantenimiento de la autoestima después de la lesión medular influye positivamente en la rehabilitación del lesionado medular.

9a.- El factor Internalidad (I) de la Escala de locus de control de Levenson influye positivamente en la adaptación de los lesionados medulares, mientras que el factor Personas con poder (P) y el factor Casualidad, circunstancia o azar (C) lo hacen negativamente.

10a.- La asertividad es una condición necesaria para la adaptación satisfactoria de los lesionados medulares y como consecuencia para una buena rehabilitación.

11a.- Las dificultades sexuales son experimentadas como frustración y depresión.

12a.- El autocontrol en los lesionados medulares se relaciona inversamente con los niveles de depresión, independientemente del lugar de control.

Estas hipótesis se intentarán verificar con una población de 47 lesionados medulares accidentados ingresados en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla

durante los años 1988 a 1991 y sin ninguna psicopatología previa conocida.

Se ha utilizado como material testológico los siguientes: Escala de asertividad de Rathus, Inventario clínico de auto-concepto (autoestima) de Vaz Serra, Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton, Cuestionario de autocontrol de Rosenbaum, Escala de valoración psiquiátrica para la depresión de Beck, Inventario de autoconcepto físico de Vaz Serra y Escala de Internalidad, (I) Poder (P) y Casualidad (C) de Levenson. Fueron elegidas estas pruebas por considerar que en ellas se reflejaban la totalidad de las variables susceptibles de estudio y con ello la posibilidad de englobar el mayor número posible de ellas.

Los datos se han tratado estadísticamente por medio de un estudio informático de coeficientes de correlación mediante el programa Sigma que nos ha dado los siguientes resultados:

Se confirma la hipótesis de que los sujetos tetraplégicos no están más deprimidos que los parapléjicos, es decir, los niveles de la lesión medular no están asociados con las diferencias en las puntuaciones sobre la depresión.

No hemos encontrado correlación significativa entre depresión y autoestima.

Igualmente, no hemos encontrado evidencias de que la depresión reactiva sea común a todos los lesionados medulares.

Estamos de acuerdo en que la depresión influye negativamente en la rehabilitación del lesionado medular, pero esto es cierto solamente en el caso de una depresión ya instituida como patología y que como tal actúa negativamente, pero no como reacción ante la desgracia, la cual puede resultar indispensable para el balance psicológico de los pacientes e incluso se puede afirmar que cuanto antes se resuelva el período de negación y se pase a la reacción depresiva, más posibilidades tendrá el sujeto de lograr un buen ajuste psicológico. Por este mismo motivo aceptamos la hipótesis de que la depresión y la ansiedad posteriores a la lesión medular no son una enfermedad, ya que por el contrario pueden servir al sujeto como motor de activación en su proceso de rehabilitación.

No hemos encontrado evidencias para afirmar que el tiempo influye positivamente en la adaptación de los lesionados medulares.

Se verifica la hipótesis de que el mantenimiento de la autoestima después de la lesión medular influye positivamente en la rehabilitación del lesionado medular.

Confirmamos la hipótesis de que el factor Internalidad (I) de locus de control influye positivamente en la adaptación de los lesionados medulares, mientras que el factor Personas con poder (P) y el factor Casualidad, circunstancia o azar (C), lo hacen negativamente.

Por otro lado, se verifica la hipótesis de que la asertividad es un condicionante importante para el buen ajuste a la lesión medular.

Queda también aceptada la hipótesis de que las dificultades sexuales son experimentadas por los lesionados medulares como frustración y depresión.

Por último, coincidimos en afirmar que el autocontrol en los lesionados medulares se relaciona inversamente con los niveles de depresión, independientemente del lugar de control.

Se han correlacionado así mismo otras variables que aunque no están reflejadas en ningún trabajo de los

publicados hasta ahora, consideramos que tienen su gran importancia en el ajuste de los lesionados medulares, como son el sexo, edad, estado civil, medio natural, estudios, profesión, tiempo de hospitalización, nivel de lesión y tipo de lesión.

Se sientan las bases para que en estudios experimentales posteriores se puedan verificar las hipótesis que como consecuencia de este trabajo se han planteado.

8.- BIBLIOGRAFIA

8.- BIBLIOGRAFIA

ABRAMSON, A.S. (1967). Modern concepts of management of the patient with spinal cord injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 48, 113-21.

ABRAMSON, L.; SELIGMAN, M.E.P. Y TEASDALE, J. (1978). Learned helplessness in humans. *Journal of abnormal psychology*, 87, 49-74.

AGUADO DIAZ, A.L. (1990). *Proceso de adaptación a la discapacidad: modelos e implicaciones terapéuticas*. Comunicación presentada a la XV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Córdoba.

AGUADO DIAZ, A.L. (1991). *Psicobiopatología de las deficiencias*. Proyecto docente. Universidad de Oviedo.

ALLAS, T. (1986). La sexualité de l'homme paraplegique. *La pratique médicale quotidienne*, 443, 5-8.

ALONSO TAPIA, J. (1983). Evaluación de la motivación (I): atribuciones y expectativas. En Fernández Ballesteros R. (Eds.). *Psicodiagnóstico*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. (1983).

ARNAU GRAS, J. (1978). *Psicología experimental*. México: Trillas.

BARBACH, J.L. (1968). Psychological assessment procedures as indicators of patients abilities to meet tasks in rehabilitation. *Journal of counseling psychology*, 15, 471-475.

BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy abd the emotional disorders*. N.Y. International Universities Press. En Fernández Ballesteros, R. (Eds.). *Psicodiagnóstico*. Madrid: U.N.E.D. (1983).

BLANCO PICABIA, A. (1983). Evaluación de construcciones psiquiátricas. En R. Fernández Ballesteros (Eds.). *Psicodiagnóstico*. 713-754. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

BRACKEN, M.B. Y SHEPARD, M.J. (1980). Coping and adaptation following acute spinal cord injury: a theoretical analysis. *Paraplegia*, 18, 74-85.

BRAVO PAYNO Y JARA SANZ. (1987). Las alteraciones psicológicas de los lesionados medulares y su tratamiento. *Rehabilitación*, 21 (1), 13-18.

BREITUNG, A. (1982). Preventive psychology-theory and practical application on the example of paraplegia patients. *Rehabilitation*, 21 (2), 60-68.

BRUCKER, B.S. (1983). Spinal Cord Injuries. En T.G. Burish y L.A. Bradley (Eds.). *Coping with chronic disease*. New York: Academic Press. Citado por Aguado Díaz, A.L. (1990). *Proceso de adaptación a la discapacidad: modelos e implicaciones terapéuticas*. Comunicación presentada a la XV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Córdoba.

BURGESS, E.P. (196)). The modification of depressive behaviors. Citado por Rubin, R.O. y Franks, C.M. *Advances in behavior therapy*. N.Y. Academic Press. En Ardila, R. (Eds.). *Terapia del comportamiento*. Bilbao: DDB. (1980).

CARLSON, C.E. (1979). Conceptual style and life satisfaction following spinal cord injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 60, 346-352.

COMARR, A.; ESTIN, M.D.; CRESSY, J.M. Y LETCH, M. (1982). *Sleep dreams of sex among traumatic paraplegics and quadriplegics. From the spinal injury service*. Rancho los Amigos Hospital. Downey. California.

CONDE LOPEZ, C. Y USEROS SERRANO, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Medicina Clínica*, 4, 305. En Fernández Ballesteros R. (Eds.). *Psicodiagnóstico*. Madrid: U.N.E.D. (1983).

COOK, D.W. (1979). Psychological adjustment to spinal cord injury: incidence of denial, depression and anxiety. *Rehabilitation Psychology*, 26 (3), 97-104.

COOK, D.W. (1981). A multivariate analysis of motivational attributes among spinal cord injured rehabilitation clients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 4 (1), 5-15.

COSTELLO, C.G. (1972). Depression: loss in reinforcers or loss of reinforcer effectiveness?. *Behavior Therapy*, 3, 240-247. En Ardila, R. (Eds.). *Terapia del comportamiento*. Bilbao: DDB. (1980)

COTTA, H.; HEIPERTZ, W. Y TEIRICH, H. (1974). *Tratado de rehabilitación*. Barcelona: Labor.

CREWE, N.M.; ATHELSTAN, G.T. Y KRUMBERGER, J. (1979). Spinal cord injury: a comparison of preinjury and postinjury marriages. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, 252-256.

DAVIDOFF, G.N.; ROTH, E.J. Y RICHARDS, J.S. (1992). Cognitive deficits in spinal cord injury: epidemiology and outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73 (3), 275-284.

DAVIS, E. (1983). *Liaison psychiatry -A step toward biopsychosocial medicine?*. Course organised by departament of psychiatry, school of medicine, University of Auckland, in association with the postgraduate medical committee in the University of Auckland.

DECKER, S.D. Y SCHULZ, R. (1985). Correlates of life satisfaction and depression in middle-age and elderly spinal cord injured persons. *American Journal Occupational Therapy*, 39 (11), 740.

DE PALACIOS Y CARVAJAL, J. (1971). *Polifracturados*. 8º Congreso Luso-Español de Ortopedia y Traumatología, Estoril.

DIJKERS, M. Y CUSHMAN, L.A. (1990). Differences between rehabilitation disciplines in views of depression in spinal cord injury patients. *Paraplegia*, 28 (6), 380-391.

DUNN, M.; LLOYD, E. Y PHELPS, G.H. (1979). Sexual assertiveness in spinal cord injury. *Sexuality and disability*, 2 (4), 293-300.

ERNST, F.A. (1987). Contrasting perceptions of distress by research personnel and their spinal cord injured subjects. *America Journal Physical Medicine*, 66 (1), 12-15.

FERINGTON, F.E. (1986). Personal control and coping effectiveness in spinal cord injured persons. *Res Nurs Health*, 9 (3), 257-265.

FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1983). *Psicodiagnóstico*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

FISHMAN, S. (1978). Alteraciones psicológicas debidas a la amputación de miembros inferiores. Ponencia del II Symposium Internacional de Rehabilitación "Problemática de los amputados de la extremidad inferior". Madrid: Fundación MAPFRE. Citado por Aguado Díaz, A.L. (1990). *Proceso de adaptación a la discapacidad: modelos e implicaciones terapéuticas*. Comunicación presentada a la XV Reunión

Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.
Córdoba.

FRANK, R.; KASHANI, J.; WONDERLICH, S.; LISING, A. Y VISOT, L.R. (1985). Depression and adrenal function in spinal cord injury. *America Journal Psychiatry*, 142 (2), 251-253.

FRASER, A. (1982). The psychiatrist in the spinal unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16, 246-250.

HEINEMANN, A.W.; MCGRAW, T.E.; BRANDT, M.J.; ROTH, E. Y DELL'OLIVER, C. (1992). Prescription medication misuse among persons with spinal cord injuries. *International Journal Addict*, 27 (3), 301-316.

HOHMANN, G.W. (1975). Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person. *Clinical Orthopaedic and Related Research*, 112, 81-88.

JOERRES, S.G.; BONIFAY, R.E.; HASTINGS, J.E.; SALTZSTEIN, R.J. Y HAYES, T.J. (1992). Seasonal affective disorder in a spinal cord injury population. *Journal American Paraplegia Soc*, 15 (2), 66-70.

JUDD, F.K. Y BURROWS, G.D. (1986). Liaison psychiatry in a spinal injuries unit. *Paraplegia*, 24 (1), 6-19.

KATZ, V., GORDON, R., IVERSEN, D. Y STANLEY, J.M. (1979). Past history and degree of depression in paraplegic individuals. *Paraplegia*, 16, 8-14.

KEMP, B.J. Y WASH, C.L. (1971). Productivity after injury in a sample of spinal cord injured persons: a pilot study. *Journal of chronic disorders*, 24, 259-275.

LAW, H.; WILSON, E. Y CRASSINI, B. (1979). "A principal components of the Rathus assertiveness schedule. Citado por Vizcarro Guarch, C. En Fernández Ballesteros, R. (Eds.). *Psicodiagnóstico*. Madrid: U.N.E.D. (1983).

LAWSON, N.C. (1973). A methodological study of depressive reactions in persons hospitalized with spinal cord injuries. *Proceedings of the 81 st Annual Convention of the American Psychological Association, Montreal, Canadá, Vol. 8*, 789-790.

LAWSON, N.C. (1978). Significant events in the Rehabilitation process: the spinal cord patient's point of view. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 59, 573-579.

LEVENSON, H. (1981). Differentiating among internality, Powerfull others and chance. Citado por Lefcourt, H.M. Research with the locus of control construct. Nueva York: Academic Press, Inc. En Fernández Ballesteros, R. (Eds.). *Psicodiagnóstico*. Madrid: U.N.E.D. (1983).

LOPEZ FERNANDEZ, B. (1958). *Rehabilitación del presunto inválido y seguridad social*. Symposium médico social en el Instituto Nacional de Previsión. Madrid.

McDONALD M.R.; NIELSON W.R. Y CAMERON M.G. (1987). Depression and activity patterns of spinal cord injured persons living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68 (6), 339-343.

MAYER, J.D. Y EISENBERG, M.G. (1982). Self-concept and the spinal cord injured: an investigation using the tennessee self-concept scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50 (4), 604-605.

MAYER, T. Y ANDREWS, H.B. (1981). Changes in self-concept following a spinal cord injury. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 12 (3), 135-137.

MAYOR Y LABRADOR, F.J. (1988). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.

METALSKY, G.I. Y ABRAMSON, L.Y. (1981). Attributional stiles: toward a framework for conceptualization and assessment. Citado por Kendall, P.C. y Hollon, S.D. *Assessment Strategies for cognitive-Behavioral interventions*. Nueva York: Academic Press Inc. En Fernández Ballesteros, R. (Eds.). *Psicodiagnóstico*. Madrid: U.N.E.D. (1983).

MUÑOZ RIVERO, E. (1970). *Los factores psicológicos de la paraplejia en la rehabilitación del parapléjico*. Curso Simposium del Ministerio de Trabajo. I.N.P. Madrid: Ciudad Sanitaria La Paz.

NELSON, M. Y GRUVER, G.G. (1978). Self steem and body-image concept in paraplegics-rehabilitation. *Counseling bulletin*, 22 (2), 108-113.

NESTOROS, J.N.; DEMERS-DESROSIERS, L.A. Y DALICANDRO, L.A. (1982). Levels of anxiety and depression in spinal cord injury patients. *Psychosomatics*, 23 (8), 823-830.

PALMER, J.B. (1985). Depression and adrenocortical function in spinal cord injury patients: A review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66, 253-256.

PARREÑO RODRIGUEZ, J.R. (1978). El minusválido y su rehabilitación a través de la historia. *Rehabilitación*, 12 (4), 421-429.

PELECHANO, V. (1984). Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos. Análisis y modificación de conducta, 10, 1-224. En AGUADO DIAZ, A.L. (1991). *Psicobiopatología de las deficiencias*. Proyecto docente. Universidad de Oviedo.

PRIETO, L.; SANTO, J. Y BACA, E. (1977). *Rehabilitación*. Asociación Iberoamericana de Rehabilitación. Madrid.

RABINOWITZ, H.S. (1961). Motivation for recovery: four socialpsychologic aspects. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 42, 799-807.

RAY, C. Y WEST, J. (1983). Spinal cord injury: the nature of its implications and ways of coping. *International Journal of Rehabilitation Research*, 6 (3), 364-365.

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACION. (1987).
Editorial.

RODRIGUEZ MARIN, J. (1986). Algunos aspectos psicosociológicos de la rehabilitación. Ponencia para las 1ª Jornadas de Psicología y Salud. Santander. Citado por Aguado Díaz, A.L. (1990). *Proceso de adaptación a la discapacidad: modelos e implicaciones terapéuticas.* Comunicación presentada a la XV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Córdoba.

SCHULZ, R. Y DECKER, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: the role of social support, perceived control and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (5), 1162-1172. Citado por Aguado Díaz, A.L. (1990). *Proceso de adaptación a la discapacidad: modelos e implicaciones terapéuticas.* Comunicación presentada a la XV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Córdoba.

SEARLE, J.A. (1975). *La rehabilitación en el contexto general de la asistencia sanitaria.* Ministerio de trabajo I.N.P. Madrid.

SELIGMAN, M.E.P. (1975). Helplessness: on depression, development and death. San Francisco: Freeman. En Fernández Ballesteros, R. *Psicodiagnóstico*. Madrid: U.N.E.D. (1983).

SHADISH, W.R.; HICKMAN, D. Y ARRICK, M.C. (1981). Psychological problems of spinal cord injury patients: emotional distress as a function of time and locus of control. *Journal of consulting and clinical psychology*, 49 (2), 297.

SOMASUNDARAM, O.; BALAKRISHNAN, S.; RAVINDRAN, O.S. Y SHANMUGASUNDARAM, T.K. (1992). A psychological study of spinal cord injured patients involved in the Madras Paraplegia Project. *Paraplegia*, 30 (11), 799-802.

STEWART, T.D. (1977). Spinal cord injury: A role for the psychiatrist. *America Journal of Psychiatry*, 134 (5), 538-541.

SUMMERS J.D.; RAPOFF, M.A.; VARGHESE, G.; PORTER, K. Y PALMER, R.E. (1991). Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain*, 47 (2), 183-189.

THEUERKAUF, S. Y STEWART, A. (1992). Partnership in dignity. *Spinal Cord Injury Nurs*, 9 (1), 4-7.

TRIESCHMANN, R.B. (1974). Coping with a disability: a sliding scale of goals. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 55, 556-560.

TRIESCHMANN, R.B. (1978-79). The role of the psychologist in the treatment of spinal cord injury. *Paraplegia*, 16, 212-219.

TRIESCHMANN, R.B. (1984). The psychological aspects of spinal cord injury. En C.J. Golden (Eds.). *Current Topics in rehabilitation psychology*. Orlando: Grune y Stratton, 125-137. Citado por Aguado Díaz, A.L. (1990). *Proceso de adaptación a la discapacidad: modelos e implicaciones terapéuticas*. Comunicación presentada a la XV Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Córdoba.

UNDERWOOD, B.J. Y SHAUGHNESSY, J.J. (1978). *Experimentación en psicología*. Barcelona: Omega.

VIZCARRO GUARCH, C. (1983). Evaluación de repertorios clínicos de conducta. En Fernández Ballesteros, R. (Eds.). *Psicodiagnóstico*. 797-831. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. (1983).

WEINER, B., RUSSELL, B. Y LERMAN, D. (1978). Affective consequences of causal ascriptions. Citado por Harvey, J.H., Ickes, J. y Kiod, R.F. (1978). New directions in attribution research, vol 2, Hillsdale N.J. Erlbaum. En Fernández Ballesteros, R. (Eds.). *Psicodiagnóstico*. Madrid: U.N.E.D. (1983).

WELLER, D.J. Y MILLER, P.M. (1977a). Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury: Part 1a. *Social work in health care*, 2 (4), 369-376.

WELLER, D.J. Y MILLER, P.M. (1977b). Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury: Part 2a. *Social work in health care*, 3 (1), 8-17.

WILLARD, H. Y SPACKMAN, C.S. (1973). *Terapéutica ocupacional*. Barcelona: Jims.

WILCOX, N.E. Y STAUFFER, E.S. (1972). Follow-up of 423 consecutive patients admitted to the spinal cord centre, Rancho Los Amigos Hospital. *Paraplegia*, 10, 115-122.

9.- ANEXO

ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS

NOBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

FECHA: _____ Ha. CLINICA: _____

INSTRUCCIONES:

Indique, mediante el código siguiente, hasta qué punto le describen o caracterizan cada una de las afirmaciones de la lista:

- + 3 muy característico en mí, muy descriptivo.
- + 2 bastante característico en mí, bastante descriptivo.
- + 1 algo característico en mí, ligeramente descriptivo.
- 1 algo raro en mí, poco descriptivo.
- 2 bastante extraño en mí.
- 3 muy poco característico en mí.

- * 1. Mucha gente parece ser más agresiva y autoafirmativa que yo.
- * 2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.
- 3. Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo al camarero o camarera.
- * 4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.
- * 5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no".
- 6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.
- 7. Hay veces en que provocho abiertamente una discusión.
- 8. Luchó, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.
- * 9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.
- 10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.
- * 11. Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.
- * 12. Rehúyo telefonar a instituciones o empresas.
- * 13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución, preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales.
- * 14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.
- * 15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.
- * 16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto.
- * 17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.
- 18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi propio punto de vista.
- * 19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores.

SIGUE...

Indique, mediante el código siguiente, hasta qué punto le describen o caracterizan cada una de las afirmaciones de la lista:

- 3 muy característico en mí, muy descriptivo
- 2 bastante característico en mí, bastante descriptivo
- 1 algo característico en mí, ligeramente descriptivo
- 1 algo raro en mí, poco descriptivo.
- 2 bastante extraño en mí.
- 3 muy poco característico en mí.

- ___ 20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.
- ___ 21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.
- ___ 22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le (la) busco cuanto antes para poner los puntos sobre las íes.
- * ___ 23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".
- * ___ 24. Suelo reprimir mis emociones antes que hacer una escena.
- ___ 25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio.
- * ___ 26. Cuando me alaban con frecuencia, no sé que responder.
- ___ 27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.
- ___ 28. Si alguien se me cuele en una fila, le llamo abiertamente la atención.
- ___ 29. Expreso mis opiniones con facilidad.
- * ___ 30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.

INVENTARIO CLINICO DE AUTO-CONCEPTO

(A. Vaz Serra 1985)

Nombre..... Edad..... Estado civil..... Fecha...../...../.....
 Sexo..... Estudios..... Profesión.....
 Lugar de nacimiento..... Domicilio.....

F1(1+4+9+16+17)=.....F2(3+5+8+11+18+20)=.....F3(2+6+7+13)=.....F4(10+15+19)=.....Total=.....

Instrucciones

Todas las personas tienen una idea acerca de si mismas. Seguidamente serán expuestos distintos atributos capaces de describir cómo es una persona. Lea cuidadosamente cada cuestión y responda de forma sincera , espontánea y rápida a cada una de ellas. Al dar la respuesta considere, sobre todo, su forma de ser habitual y no su estado de ánimo en este momento. Marque con una cruz en el casillero que piense que refleja mejor sus características personales.

	Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Se que soy una persona simpática	()	()	()	()	()
2.- Acostumbro a ser sincero al expresar mis opiniones.	()	()	()	()	()
3.- Suelo abandonar mis tareas cuando encuentro dificultades.	()	()	()	()	()
4.- Cuando me relaciono con los demás acostumbro a ser un individuo hablador	()	()	()	()	()
5.- Normalmente soy rápido en la realización de mis tareas	()	()	()	()	()
6.- Soy una persona tolerante con los demás	()	()	()	()	()
7.- Soy capaz de asumir una responsabilidad hasta el final, aunque eso me traiga consecuencias desagradables	()	()	()	()	()
8.- En general tengo la costumbre de enfrentar y solucionar mis problemas	()	()	()	()	()
9.- Normalmente soy una persona bien aceptada por los demás	()	()	()	()	()
10.- Cuando tengo una idea que me parece válida la suelo poner en práctica	()	()	()	()	()
11.- Tengo la costumbre de ser persistente en la búsqueda de soluciones para mis problemas	()	()	()	()	()
12.- No se por qué a la mayoría de las personas no les caigo bien	()	()	()	()	()
13.- Cuando me preguntan sobre cosas importantes digo siempre la verdad	()	()	()	()	()
14.- Me considero competente en lo que hago	()	()	()	()	()
15.- Normalmente me gusta hacer y hago lo que me viene en gana	()	()	()	()	()
16.- Mi manera de ser hace que me sienta en la vida con razonable bienestar	()	()	()	()	()
17.- Me considero una persona agradable en el trato con los demás	()	()	()	()	()
18.- Cuando tengo problemas no consigo solucionarlos sin ayuda de los demás	()	()	()	()	()
19.- Procuro siempre salir bien en las cosas que hago	()	()	()	()	()
20.- Siempre tengo energía para superar mis dificultades	()	()	()	()	()

ESCALA Nº 15

Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton (1959).

Nombre y apellidos Estado civil

Origen 1

Residencia 1

Sexo Edad

Profesión Nivel cultural

Fecha

INSTRUCCIONES: Rellene todos los datos anteriores. A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 15 apartados. Deíds de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

- 1.— Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | Algunas veces | Bastantes veces | Casi siempre | Siempre |
| <input type="checkbox"/> |
- 2.— Tengo sensación e inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Temblo. Lloro con facilidad.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | Algunas veces | Bastantes veces | Casi siempre | Siempre |
| <input type="checkbox"/> |
- 3.— Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | Algunas veces | Bastantes veces | Casi siempre | Siempre |
| <input type="checkbox"/> |

4.— Tengo dificultad para conciliar el sueño (dormirme) Me despierto varias veces durante la noche. Me levanto cansado y con sensación de haber dormido mal. Tengo pesadillas. Tengo terrores nocturnos.

Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

5.— Tengo mala memoria. Me cuesta concentrarme.

Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

6.— No tengo interés por lo que me rodea. Las distracciones no me producen placer. Me siento triste. Me desentendo temprano y no puedo volver a conciliar el sueño. Me adormezco durante el día y no puedo dormirme por la noche.

Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

7.— Siento dolores y molestias musculares (espasmos, saltambres, contracciones, rigidez). Me rechaman los codos. Tengo la voz poco firme e insegura.

Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

8.— Tengo zumbidos de oídos. Horrosidad de la vista. Siento oleadas de calor o de frío. Tengo picores y sensación de debilidad.

Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
<input type="checkbox"/>				

9.— Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, latir fuertemente el pulso en mi cuerpo. Mi corazón cambia de ritmo. Siento que me voy a desmayar.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Casi siempre Siempre

10.— Tengo sensación de ahogo y de falta de aire. Necesito respirar. Siento en el pecho una opresión o pena.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Casi siempre Siempre

11.— Tengo dificultad al tragar. Siento ardores o pesadiz o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Creo que he perdido peso. Tengo dolores abdominales. Hago deposiciones blandas o estoy estreñido. Tengo ruidos en las tripas.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Casi siempre Siempre

12.— Necesito imperiosamente orinar muchas veces al día, echando poca cantidad de orina. Me falta la regla o es muy poco abundante. No tengo interés por el sexo. No siento nada en mis relaciones sexuales. He perdido potencia sexual.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Casi siempre Siempre

13.— Siento la boca seca, me ruborizo y palidezco con facilidad, sudo abundantemente. Noto que me mareo y que las cosas me dan vueltas; tengo un dolor sordo permanentemente en la cabeza. Se me ponen los pelos de punta

Nunca Algunas veces Bastantes veces Casi siempre Siempre

14.— Me he sentido incómodo, inquieto, tenso e impaciente, contraído, con temblores, con dificultad al respirar, con necesidad de tragar saliva, con sudoración en las manos y con el pulso acelerado al contestar estas preguntas.

Nunca Algunas veces Bastantes veces Casi siempre Siempre

Tratamiento..... Via de administración.....

Forma de tratamiento..... Dosis actual.....

Tiempo de to. actual..... Tiempo catamnesis.....

Diagnósticos.....

Puntuación total..... Claves diagnósticas.....

Global Rating (G.R.)..... Prueba N°.....

Fecha.....

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bibliografía

1. HAMILTON, M.: The assessment of anxiety states by rating *Brit J med Psychol* 32 50-55, 1959
2. COMDE V. Y FIANCHI, J. I.: Escala de autoaplicación para la evaluación de la Ansiedad de Hamilton Adaptación española. *Revista de Psicología*
3. HAMILTON, M.: Diagnosis and Rating of Anxiety by Letter. *Br J Psychiatry* 116:79 1969

CUESTIONARIO A. C.

M. Rosenbaum (1960)

Traducido por A. Capalón y P. Barreto
Universidad de Valencia

(Edición Preliminar)

Nombre y Apellidos
Edad Sexo Fecha de aplicación Teléfono
Domicilio

Instrucciones

Indique en qué medida le caracterizan y describen cada una de las siguientes afirmaciones, usando el código siguiente:

Código: Me caracteriza y me describe muchísimo-3; Me caracteriza y me describe bastante-2; Me caracteriza y describe ligeramente-1; No me caracteriza y describe casi nunca--1; Dista mucho de caracterizarme y describirme--2; No me caracteriza y me describe en absoluto--3.

1. Cuando realizo una tarea aburrida, pienso en aquellas partes de la tarea menos aburridas y en la recompensa que recibiré cuando haya finalizado.....
2. Cuando he de hacer una tarea que me produce ansiedad, intento ver cómo puedo vencerla mientras la realizo.....
3. A menudo cambiando mi manera de pensar, soy capaz de cambiar mis sentimientos acerca de casi todas las cosas.....
4. A menudo me es difícil vencer mis sentimientos de nerviosismo y tensión sin ayuda externa.....
5. Cuando me siento deprimido intento pensar en cosas agradables.....
6. No puedo evitar pensar en los errores que he cometido en el pasado
7. Cuando me enfrento con un problema difícil, intento buscar su solución de modo sistemático.....
8. Normalmente cumplo mis obligaciones más rápido cuando alguien me presiona.....
9. Cuando me enfrento a una situación difícil, pretiero posponer el tomar una decisión incluso si tengo a mi disposición todos los elementos de juicio.....

10. Cuando noto que tengo dificultades al concentrarme en la lectura busco modos de aumentar mi concentración.....
11. Cuando planifico un trabajo, retiro todos los elementos irrelevantes a él.....
12. Cuando intento librarme de un mal hábito, primero intento detectar todos los factores que lo mantienen.....
13. Cuando me molesta un pensamiento desagradable, intento pensar en algo agradable.....
14. Si fumara dos paquetes de cigarrillos al día, probablemente necesitaría ayuda externa para dejar de fumar.....
15. Cuando estoy deprimido, intento hacer cosas divertidas para cambiar mi estado de ánimo.....
16. Si llevara pastillas conmigo, tomaría un tranquilizante cada vez que me sintiera tenso o nervioso.....
17. Cuando estoy deprimido, intento mantenerme ocupado haciendo cosas que me gustan.....
18. Tiendo a posponer las tareas desagradables aunque las pueda hacer de inmediato.....
19. Necesito de ayuda externa para librarme de algunos de mis malos hábitos.....
20. Cuando me cuesta ponerme a hacer un determinado trabajo, busco los modos de facilitármelo.....
21. No puedo evitar el pensar en todo tipo de catástrofes futuras.....
22. Prefiero terminar el trabajo que tengo que hacer, antes de empezar a hacer las cosas que realmente me gustan.....
23. Cuando me duele alguna parte del cuerpo, intento no pensar en ello
24. Mi auto-estima aumenta en la medida en que soy capaz de sobreponerme a un mal hábito.....
25. Para lograr sobreponerme a los malos sentimientos que acompañan el fracaso, a menudo me digo a mí mismo que lo que sucedió no es tan catastrófico y que puedo hacer algo al respecto.....
26. Cuando siento que estoy siendo muy impulsivo me digo a mí mismo: "Para y piensa antes de hacer nada".....
27. Incluso cuando estoy terriblemente furioso con alguien, considero mis acciones muy cuidadosamente.....
28. Si me enfrento a la necesidad de tomar una decisión, habitualmente considero todas las alternativas posibles, en vez de decidir rápidamente y espontáneamente.....

- 29. Habitualmente hago primero las cosas que me gustan, aún cuando hay otras cosas urgentes por hacer.....
- 30. Cuando me doy cuenta de que no puedo hacer nada para impedir llegar tarde a una reunión importante, me irrito a mí mismo a mantener la calma.....
- 31. Cuando siento dolor, me distraigo de él.....
- 33. Cuando tengo varias cosas que hacer, en general planifico mi trabajo.....
- 36. Cuando tengo poco dinero, decido anotar todos mis gastos para planificar cuidadosamente el futuro.....
- 34. Si me es difícil concentrarme en un trabajo determinado, lo divido en partes más pequeñas.....
- 35. Frecuentemente no puedo superar los pensamientos desagradables que me molestan.....
- 36. Cuando tengo hambre y no puedo comer, intento alejar mis pensamientos de mi estómago e imaginar que estoy satisfecho.....

ESCALA DE VALORACION PSIQUIATRICA DE BECK PARA LA DEPRESION

Enfermo.....	Fecha.....
--------------	------------

Para cada número señale la frase que identifica la respuesta que mejor caracteriza al paciente

1	<p>No me encuentro triste. Me siento triste o deprimido. Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar. Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos. Ya no puedo soportar esta pena.</p>
2	<p>No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal. Me siento desanimado cuando pienso en el futuro. No espero nada bueno de la vida. Creo que nunca recuperaré de mis penas. No espero nada. Esto no tiene remedio.</p>
3	<p>No me considero fracasado. He tenido más fracasos que la mayoría de la gente. Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena. Veo mi vida llena de fracasos. He fracasado totalmente como persona (padre, marido, hijo, esposo, profesional, etc.).</p>
4	<p>No estoy especialmente insatisfecho. Me encuentro aburrido casi siempre. Ya no me divierto lo que antes me divertía. Ya nada me llena. Estoy harto de todo.</p>
5	<p>No me siento culpable. A veces me siento despreciable y mala persona. Me siento bastante culpable. Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable. Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable.</p>
6	<p>No pienso que esté siendo castigado. Presiento que algo malo me puede suceder. Siento que me están castigando o me castigarán. Siento que merezco ser castigado. Quiero que me castiguen.</p>
7	<p>No estoy desengañado de mí mismo. Estoy desengañado de mí mismo. No me aprecio. Estoy asqueado de mí. Me odio (me desprecio).</p>
8	<p>No creo ser peor que otros. Me critico mucho a causa de mis debilidades o errores. Me acuso a mí mismo de todo lo que me va mal. Siento que tengo mucho y muy graves defectos. Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.</p>

<p>9</p>	<p>No tengo pensamientos de hacerme daño. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo. Tengo planes decididos de suicidarme. Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera. Siento que estaría mejor muerto. Me mataría si pudiera.</p>
<p>10</p>	<p>No lloro más de lo habitual. Ahora lloro más de lo normal. Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo. Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo.</p>
<p>11</p>	<p>No estoy más irritable que normalmente. Me irrito con más facilidad que habitualmente. Me siento irritado todo el tiempo. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.</p>
<p>12</p>	<p>No he perdido mi interés por los demás. Me Intereso por la gente menos que antes. He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos para ellos. He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto.</p>
<p>13</p>	<p>Tomo mis decisiones como siempre. Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro aplazar el tomar decisiones. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.</p>
<p>14</p>	<p>No me siento con peor aspecto que antes. Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado. Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen desagradable. (O menos atractivo). Me siento feo y/o repulsivo.</p>
<p>15</p>	<p>Puedo trabajar tan bien como antes. Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo. No trabajo tan bien como lo hacía antes. Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa. No puedo trabajar en nada.</p>
<p>16</p>	<p>Duermo tan bien como antes. Me despierto más cansado por la mañana. Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir. Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas.</p>
<p>17</p>	<p>No me canso más de lo normal. Me canso más fácilmente que antes. Cualquier cosa que haga me fatiga. Me canso tanto que no puedo hacer nada.</p>
<p>18</p>	<p>Mi apetito no es menor que antes. Mi apetito no es tan bueno como antes. Mi apetito es ahora mucho menor. He perdido totalmente mi apetito.</p>
<p>19</p>	<p>No he perdido peso últimamente. He perdido más de 2,5 Kgs. He perdido más de 5 Kgs. He perdido más de 7,5 Kgs.</p>
<p>20</p>	<p>No me preocupa mi salud más de lo normal. Estoy preocupado por dolores y trastornos. Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas. Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y cómo me encuentro.</p>
<p>21</p>	<p>No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo. Estoy menos interesado por el sexo que antes. Apenas me siento atraído sexualmente. He perdido todo mi interés por el sexo.</p>

	NADA DE ACUERDO	POCO DE ACUERDO	MODERADAMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
23. Acostumbro a causar buena impresión física a los demás.....()	()	()	()	()	()
24. Cuando hablo con otra persona me gusta mirarle bien a los ojos.....()	()	()	()	()	()
25. Arrugo con frecuencia la frente u otras zonas de mi cara cuando hablo con los demás.....()	()	()	()	()	()
26. Siempre soy precevido con lo que como.....()	()	()	()	()	()
27. Me considero una persona activa.....()	()	()	()	()	()
28. En comparación con los demás puedo decir que soy rápido haciendo las cosas.....()	()	()	()	()	()
29. Cuando alguien habla conmigo, durante cierto tiempo, no puedo evitar dejar de bostezar.....()	()	()	()	()	()
30. Cuando me comparo con los otros, reconozco que soy lento haciendo lo que tengo que hacer.....()	()	()	()	()	()
31. Capto con facilidad los detalles de lo que observo.....()	()	()	()	()	()
32. En comparación con los demás, puedo decir que soy una persona rápida de reflejos.....()	()	()	()	()	()
33. Tengo usualmente un caminar decidido.....()	()	()	()	()	()
34. A las personas del sexo opuesto les gusta mi aspecto físico.....()	()	()	()	()	()
35. Mis movimientos son armoniosos.....()	()	()	()	()	()
36. Me siento satisfecho con la vida sexual que tengo.....()	()	()	()	()	()
37. Con <u>entre</u> 5 horas de sueño soy capaz de aguantar bien el día siguiente, para hacer lo que tenga que hacer....()	()	()	()	()	()

	NADA DE ACUERDO	POCO DE ACUERDO	MODERADAMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
38. En mi cuerpo, una de las regiones que más me satisface, por la impresión que causa en los demás es la de los miembros inferiores.....()	()	()	()	()	()
39. Considero que tengo una cara perfecta.....()	()	()	()	()	()
40. Toleró fácilmente el dolor.....()	()	()	()	()	()

INVENTARIO DE AUTO-CONCEPTO FISICO

(A. Vaz Serra 1.988)

Nombre _____ Fecha ____/____/____
 Sexo _____ Edad _____ años E. Civil _____ Natural _____
 Estudios _____ Profesión _____
 F1(2+3+13+23+34+38+39) = _____ F6(22+24) = _____
 F3(1+9+15+27+28+30+32+33) = _____ F2(16+17+20+25) = _____
 F4(6+10+36) = _____ Total = _____

INSTRUCCIONES

Todas las personas tienen una idea de cómo son. Seguidamente se exponen diversos atributos que describen cómo es una persona desde el punto de vista físico. Lea cuidadosamente cada cuestión y responda sincera, espontánea y rápidamente a cada una de ellas. Al dar la respuesta considere, sobre todo, su manera de ser habitual o de reaccionar y no su estado emocional en este momento. Coloque una cruz (x) en el casillero que corresponda a su forma más característica de ser.

TOTALMENTE DE ACUERDO

MUY DE ACUERDO

MODERADAMENTE DE ACUERDO

POCO DE ACUERDO

NADA DE ACUERDO

- | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 1. De modo general se puede decir que siempre fui una persona con vitalidad.....() | () | () | () | () |
| 2. Comparándome con los demás, considero que mis dientes son estéticamente perfectos.....() | () | () | () | () |
| 3. Me considero una persona físicamente atractiva.....() | () | () | () | () |
| 4. Acostumbro a tener grandes alteraciones del apetito.....() | () | () | () | () |
| 5. Me gusta el timbre de mi voz.....() | () | () | () | () |
| 6. Me gustaría ser sexualmente más activo de lo que realmente soy.....() | () | () | () | () |
| 7. Me gusta el tipo de cabello que tengo.....() | () | () | () | () |
| 8. Me aborrece tener una barriga grande() | () | () | () | () |
| 9. Siempre me consideré una persona fuerte.....() | () | () | () | () |
| 10. Creo que mi vida sexual es gratificante.....() | () | () | () | () |
| 11. Mi voz causa buena impresión a la gente.....() | () | () | () | () |
| 12. Suelo tener demasiado apetito.....() | () | () | () | () |
| 13. Físicamente causo buena impresión a los demás.....() | () | () | () | () |
| 14. Aborrezco oler frecuentemente a sudor, al más mínimo esfuerzo.....() | () | () | () | () |
| 15. Me considero generalmente una persona con energía.....() | () | () | () | () |
| 16. Cuando estoy sentado cerca de alguien, tengo la necesidad de caminar con frecuencia la posición de mi cuerpo.....() | () | () | () | () |
| 17. Cuando me comparo con otros reconozco que tengo con frecuencia una actitud más rígida.....() | () | () | () | () |
| 18. Me gustaría realizar trabajos que no me cansen.....() | () | () | () | () |
| 19. Cuando estoy con otras personas, me doy cuenta que me toco con las manos en varios sitios de mi cuerpo.....() | () | () | () | () |
| 20. Cuando estoy sentado junto con otras personas, casi siempre me siento tenso.....() | () | () | () | () |
| 21. Considero que mis gestos son armoniosos.....() | () | () | () | () |
| 22. Cuando escucho a alguien que se dirige a mí, me gusta mirarlo a los | () | () | () | () |

TOTALMENTE DE ACUERDO

MUY DE ACUERDO

MODERADAMENTE DE ACUERDO

POCO DE ACUERDO

NADA DE ACUERDO

ESCALA I.P.C. DE LEVENSON (1.972)

Nombre _____ Fecha ____ / ____ / ____
 Sexo ____ Edad ____ años. E.Civil ____ Natural ____
 Estudios _____ Profesión _____

INSTRUCCIONES

Se presentan aquí algunas cuestiones relativas al modo cómo piensa, siente y actúa Ud. Responda rápidamente y no se pare a pensar mucho sobre la misma pregunta; deseamos su primera impresión y no el resultado de un largo juicio sobre el asunto. En contestar a la totalidad de las preguntas no se deberá tardar más que algunos minutos. No existen respuestas correctas ni incorrectas pues ésta no es una escala de inteligencia ni de aptitudes, sino una medida de su forma de pensar.

Detrás de cada cuestión existen seis puntuaciones. Rodee con un círculo el número que corresponde a su manera de ser de acuerdo con la siguiente distribución.

- 1.- Absolutamente en desacuerdo.
- 2.- Muy en desacuerdo.
- 3.- En desacuerdo.
- 4.- De acuerdo.
- 5.- Muy de acuerdo.
- 6.- Absolutamente de acuerdo.

- 1. Si consiguiera llegar a ser jefe, dependería principalmente de mis aptitudes.....1 2 3 4 5 6
- 2. En gran medida mi vida está condicionada por factores accidentales.....1 2 3 4 5 6
- 3. Tengo la sensación de que lo que me pasa depende en gran medida de otras personas poderosas.....1 2 3 4 5 6
- 4. Si tengo un accidente de automóvil depende principalmente de ser o no ser un buen conductor.....1 2 3 4 5 6

- 5. Cuando hago planes, estoy seguro de conseguir ponerlos en práctica.....1 2 3 4 5
- 6. Muchas veces no puedo proteger mis intereses personales de acontecimientos fortuitos.....1 2 3 4 5
- 7. Cuando consigo lo que quiero, es habitualmente porque tengo suerte.....1 2 3 4 5
- 8. Aunque tenga buenas aptitudes, no podré conseguir cargos de responsabilidad sin ayuda de los que están en posiciones de poder.....1 2 3 4 5
- 9. La cantidad de amigos que tengo depende de lo simpático que sea.....1 2 3 4 5
- 10. Con frecuencia pienso que lo que tenga que suceder, sucederá haga lo que haga.....1 2 3 4 5
- 11. Mi vida está controlada principalmente por otras personas poderosas.....1 2 3 4 5
- 12. Si tengo o no un accidente de automóvil dependerá fundamentalmente de la suerte.....1 2 3 4 5
- 13. Centes como yo tienen pocas posibilidades de proteger sus intereses personales cuando se enfrentan con personas de grupos de presión fuertes.....1 2 3 4 5
- 14. No siempre es sensato hacer planes con demasiada antelación, porque muchas cosas acaban por ser una cuestión de buena o mala suerte.....1 2 3 4 5

5. Para obtener lo que quiero es necesario agradecer a los que están por encima de mí.....1 2 3 4 5 6
6. Si consigo o no ser jefe depende bastante de la suerte de estar en el lugar correcto en el momento oportuno.....1 2 3 4 5 6
7. Si personas importantes decidieran que yo no les gustaba, posiblemente no conseguiría hacer muchos amigos.....1 2 3 4 5 6
8. Puedo perfectamente determinar lo que pasará en mi vida.....1 2 3 4 5 6
9. Frecuentemente soy capaz de proteger mis intereses personales.....1 2 3 4 5 6
10. Si tengo o no un accidente de automóvil depende principalmente de otro conductor.....1 2 3 4 5 6
11. Cuando consigo lo que quiero es porque trabajé bastante para conseguirlo.....1 2 3 4 5 6
12. Para poder llevar mis planes para adelante, me aseguro de que estén de acuerdo con los deseos de las personas que tienen poder sobre mí.....1 2 3 4 5 6
13. Mi vida está determinada por mis propias acciones.....1 2 3 4 5 6
14. El tener pocos o muchos amigos es principalmente una cuestión de suerte.....1 2 3 4 5 6

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Reunido el Tribunal Integrado por los señores firmantes
 el día de la fecha, para juzgar la Tesis Doctoral de
 D. JOSE DE LOS REYES SALAS MARQUEZ
 titulada FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AJUSTE PSICOLÓGICO
A LA LESIÓN MEDULAR

acordó otorgarle la calificación de apto

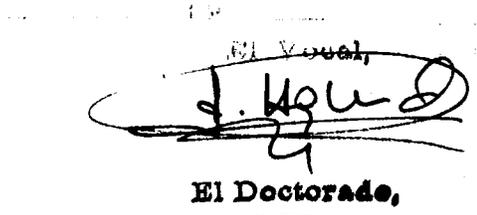
Sevilla, de _____ de _____

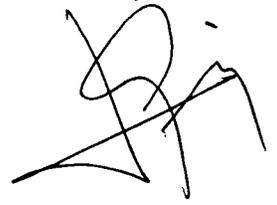
El Vocal,

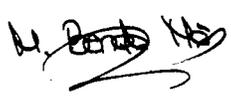
 El Presidente

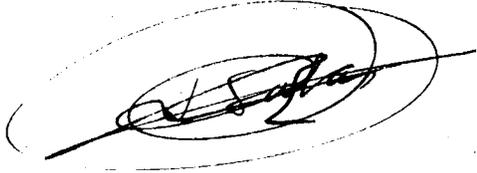
El Secretario,

 El Secretario

El Vocal,

 El Doctorado,







ANEXO 22

ACTA DE COLACION DEL GRADO DE DOCTOR

En Sevilla, a 18 de FEBRERO mil novecientos NOVENTA Y CUATRO

D. JOSE DE LOS REYES SALAS MARQUEZ con título oficial

de LICENCIADO EN FILOSOFIA Y C.C.E. (PSICOLOGIA) que ha obtenido el

reconocimiento de suficiencia investigadora en el Programa de Doctorado SALUD

MENTAL del Departamento PSIQUIATRIA, PERSONALIDAD, EVAL-

Y TIT. PSICOLOGICOS defiende públicamente la Tesis doctoral titulada FACTORES QUE INFLU-

YEN EN EL AJUSTE PSICOLOGICO A LA LESION MEDULAR dirigida por J. ALFONSO BLANCO

PICABIA y D. LUIS RODRIGUEZ FRANCO para optar al grado de Doctor en PSICOLOGIA

ante el Tribunal nombrado al efecto
constituido por:

Presidente: Dr. D. JOSE GINER UBAO

Vocales: Dr. D. MIGUEL TOLEDO GONZALEZ

Dr. D. JOAQUIN POCH I BULLICH

Dr. D. ANTONIO LEON AGUADO

Secretario: Dr. D. MERCEDES BORDA NAS

Procedió el doctorando a hacer exposición de la labor preparatoria realizada, contenido de la Tesis y conclusiones obtenidas en la misma, haciendo especial mención de sus aportaciones originales.

Defendida la Tesis por el doctorando, los miembros del Tribunal pasaron a exponer su opinión sobre la Tesis presentada, formulando cuantas cuestiones y objeciones consideraron oportunas, que fueron debidamente contestadas por el doctorando.

Terminada la intervención de los miembros del Tribunal y las oportunas contestaciones del doctorando, el Presidente abre un turno de intervenciones para los Doctores presentes en el acto, a fin de que formulen las cuestiones u objeciones que consideren pertinentes, en el momento y forma que señala.

Reunido, a continuación, el Tribunal en sesión secreta y tras votación, se acordó por unanimidad otorgar la calificación de Apto (1)

A juicio de este Tribunal y habiendo obtenido ningun votos de sus miembros, se otorga a la Tesis, la mención de (2)

Y para que conste, se extiende la presente firmada por todos los miembros del Tribunal en el lugar y fecha ut supra.

EL PRESIDENTE,



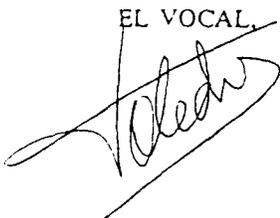
EL SECRETARIO,



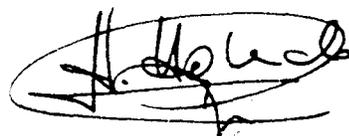
EL VOCAL,



EL VOCAL,



EL VOCAL,



(1) Apto o No Apto

(2) Cum Laude