



+

**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Enfermería

***¿Afecta el estado anímico en la evolución de pacientes
con lesión medular adquirida?***

Alumno: María Jiménez de Pedro

Director: Calixto Plumed Moreno

Madrid, abril de 2021

ÍNDICE

ÍNDICE	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
PRESENTACIÓN	5
ESTADO DE LA CUESTIÓN	6
1. FUNDAMENTACIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL	6
1.1 CONCEPTOS.....	6
1.1.1 Lesión medular.....	6
1.1.2 Tratamientos	9
1.1.3 Estado de ánimo	11
1.1.4 Escalas de medición.....	17
1.2 EPIDEMIOLOGÍA	18
2. JUSTIFICACIÓN	20
3.OBJETIVOS	21
4. METODOLOGÍA.....	21
4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	21
4.2 SUJETOS DE ESTUDIO.....	22
4.3 VARIABLES.....	23
4.4 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS	25
4.5 FASES DEL ESTUDIO, CRONOGRAMA	26
4.6 ANÁLISIS DE DATOS	27
5. ASPECTOS ÉTICOS	27
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	28
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	32
ANEXO 1: Escala EVEA	33
ANEXO 2: Información del estudio	34
ANEXO 3: Consentimiento informado	35
ANEXO 4: Formulario de identificación	36
ANEXO 5: Formulario de calidad de vida	38
ANEXO 6: Cuestionario MAE	47
ANEXO 7: Cuestionario de habilidades de afrontamiento actuales	51

RESUMEN

Introducción: El siguiente proyecto de investigación aborda la temática de la lesión medular, dicha lesión incapacita de forma crónica a la persona, generando síntomas negativos tanto físicos como psicológicos.

Objetivos: Comprobar la afectación que genera el estado de ánimo en la evolución de los pacientes con lesión medular adquirida que se encuentran en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

Metodología: Se va a desarrollar un diseño observacional descriptivo de tipo longitudinal, con una población diana de 57 pacientes en tratamiento en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo comenzando en septiembre de 2021 y acabando en agosto de 2022. Se analizarán variables diagnósticas, sociodemográficas y anímicas mediante cuestionarios y escalas.

Implicaciones para la enfermería práctica: Aportar un marco teórico y unos resultados que mejoren el contexto de los lesionados medulares al haber un estudio que maneje variables anímicas y clínicas. Ayudar a ver desde una perspectiva más global las necesidades que tienen estos pacientes y a otorgarles el apoyo que realmente necesiten. Asimismo, se demostrará si la evolución depende del estado de ánimo o viceversa.

Palabras clave: Traumatismo de la médula espinal, estado de ánimo, medición, emociones, adaptación psicológica.

ABSTRACT

Introduction: The following research project deals with the topic of spinal cord injury, which chronically incapacitates the person, generating negative symptoms which are both physical and psychological.

Objectives: To test the effect of mood on the progress of patients with acquired spinal cord injury who are in the National Hospital of Paraplegics in Toledo.

Methodology: A longitudinal descriptive observational design will be developed, with a target population of 57 patients under treatment at the Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo starting in September 2021 and ending in August 2022. Diagnostic, socio-demographic, and mood variables will be analyzed using questionnaires and scales.

Implications for practical nursing: To provide a theoretical framework and results that improve the context of spinal cord injury patients through a study that considers mood and clinical variables. It helps to see the needs of these patients from a more global perspective and to provide them with the support they really need. Additionally, it will show whether progress depends on state of mind and vice versa.

Keywords: Spinal cord injury, mood, measurement, emotions, psychological adaptation.

PRESENTACIÓN

Mediante el siguiente estudio se tratarán de evaluar las posibles afectaciones que tiene el estado de ánimo sobre los pacientes con lesión medular adquirida.

Ha sido elegida esta temática porque desde enfermería, generalmente nos centramos en los cuidados o buena praxis que debemos realizar hacia la persona, o la educación sanitaria que debemos darles a los pacientes en situaciones de enfermedad o previas a la misma.

Pero ¿qué pasa con el estado de ánimo de una persona cuando su vida sufre un cambio tan drástico? ¿Puede este afectar a su evolución? Sabemos que sus metas y objetivos pueden cambiar, esto les puede producir rechazo hacia los demás y hacia ellos mismos. Son totalmente conscientes de todas las modificaciones, incluso las personas a su alrededor cambian su actitud hacia ellos, la forma en la que les hablan, como les tratan.

Tienen dos formas de vivir su nueva realidad, con la mayor positividad posible y trabajo duro, haciendo rehabilitación cuando esté indicada, fortaleciendo así los músculos para poder probar técnicas que les ayuden a volver a tener cierta movilidad e independencia.

Asimismo, es posible que vean su nueva realidad desde un punto de vista más negativo, no es un nuevo reto para ellos sino el fin de lo que conocían como vida, pueden sentir que no merece la pena todo ese trabajo porque no se van a recuperar, tendrán secuelas y no es suficiente, quieren su “antiguo yo”.

Con este trabajo se quiere investigar si el estado de ánimo con el que afrontan esta nueva etapa influye en que consigan mejoras, si estas son posibles o si, por el contrario, esto afecta a que reduzcan las posibilidades.

Puede ser importante para la enfermería centrarnos en dar un apoyo más holístico en algunas ocasiones, tener buena comunicación con nuestro paciente, es importante saber o tener una idea de cómo se siente y que piensa y si es necesario saber cuándo debemos derivarlo con el psicólogo o trabajador social y así aumentar las posibilidades que tienen para mejorar. Si tenemos esta información se le podrá guiar hacia un tipo de terapia u otra.

Además, enfermería tiene un papel activo en esta dinámica ya que tanto en las necesidades de Virginia Henderson como en la Pirámide de Maslow se hace referencia a la autorrealización, a la aceptación de hechos y resolución de problemas y ambas pueden estar en conflicto dado el caso de una lesión medular.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para realizar el estado de la cuestión, primeramente, se realizará una presentación sobre la lesión medular, etiología y clasificación. Posteriormente se recogerán los tratamientos a estudio o las actividades que ayuden a la rehabilitación de personas que sufren esta patología. Y finalmente, se estudiarán las emociones y motivaciones, así como la relación que tienen con la salud y cómo podemos medirlas a través de escalas.

La búsqueda bibliográfica ha sido realizada mediante las principales bases de datos: Dialnet, Pubmed, Cinahl y Ebsco, también mediante organizaciones estatal y mundialmente conocidas como: la Organización Mundial de la Salud (OMS), Real Academia Nacional de Medicina (RANM), Hospital Nacional de Parapléjicos, y American Spinal Injury Association (ASIA).

Se utilizaron los términos que veremos en la tabla 1 añadiendo operadores booleanos (OR y AND).

TÉRMINOS MESH	Spinal cord injury Mood Measurement Emotions Psychological adaptation
TÉRMINOS DeCS	Traumatismo de la médula espinal Estado de ánimo Medición Emociones Adaptación psicológica

Tabla 1: Términos MESH y DECS. Elaboración propia

1. FUNDAMENTACIÓN, ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

1.1 CONCEPTOS

1.1.1 Lesión medular

La médula espinal se encuentra dentro del sistema nervioso central, está situada dentro del conducto raquídeo. Es una estructura cilíndrica alargada que se extiende desde el agujero magno, donde se continúa por arriba con el tronco del encéfalo, hasta el borde

inferior del cuerpo de la primera vértebra lumbar. No es homogénea y en ella se observan dos engrosamientos: las intumescencias cervical y lumbosacra, equivalentes a la salida de los plexos braquial y lumbosacro para la inervación de las extremidades superior e inferior, respectivamente; la porción terminal de la médula espinal es cónica y se extiende con una condensación de la piamadre, el *filum terminale*, que queda incluido en el centro de la cola de caballo en la cisterna lumbar. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012).

Por lo anteriormente dicho referente a la médula espinal, una lesión en la misma es todo proceso patológico sea por contusión, sección o compresión y que puede ser de etiología traumática como no traumática. Conlleva alteraciones en la función motora y/o sensitiva debido a que al dañarse la médula se interrumpe la comunicación nerviosa y a partir del lugar donde se ha producido la lesión hay una interrupción de las órdenes cerebrales. (Montoto, Ferreiro & Rodríguez, 2006).

Con esta interrupción se pierde el movimiento voluntario, la sensibilidad y pueden producirse trastornos neurovegetativos, alteraciones de las funciones vesicales e intestinales, del sistema cardiovascular, de la función sexual y otras posibles complicaciones por debajo de la zona afectada.

Etiología de la lesión medular

Podemos agrupar las causas de lesiones medulares en dos grupos generales, que serían causas congénitas y adquiridas.

Las lesiones medulares de origen congénito se producen durante el embarazo y la enfermedad es conocida como espina bífida. Genera una discapacidad desde el nacimiento, tanto a nivel físico como a nivel cognitivo, memoria, orientación espacial, coordinación etc.

Las lesiones medulares adquiridas se producen de forma repentina a lo largo de la vida y pueden ser de etiología traumática o no traumática (causa médica).

Las causadas por traumas son repentinas y vienen tras una contusión, un golpe directo o indirecto sobre la columna. La clasificación de etiología traumática más común se especifica en la Tabla 2.

Las lesiones de causa no traumática o médica, al contrario de las traumáticas, suelen ser progresivas, aunque hay excepciones en los que la pérdida de sensibilidad, o movilidad voluntaria se produce en un periodo de tiempo corto. A continuación, en la Tabla 3. veremos algunas causas médicas por las que se generan lesiones medulares.

TRÁFICO	Automóvil, camión, motos Atropellos a peatones y ciclistas
DEPORTIVAS	Deportes extremos: paracaidismo, rappel, puénting Deportes de contacto: fútbol americano, rugby, hockey Otros: zambullidas (aguas poco profundas), equitación
LABORALES	Accidente con maquinaria pesada Soterramientos
CAÍDAS	
OTROS	Violencia: lesiones por arma de fuego, por arma blanca Autolisis

Tabla 2: Lesiones medulares de etiología traumática. Elaboración a partir de la ASIA (2011).

INFLAMATORIAS	Esclerosis múltiple Mielitis transversa
INFECCIOSAS	Bacteriana Viral Fúngica
NEOPLÁSICAS	Cáncer primario Metástasis
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL SNC	ELA Atrofia espinal muscular
REUMATOLÓGICAS DEGENERATIVAS	Y Artritis reumatoide Patología discal Estenosis
VASCULARES	Malformación arterio-venosa Disección aórtica Trombosis, embolismo
IATROGÉNICAS	Colocación de catéter epidural Punciones medulares

Tabla 3: Lesiones medulares de causa médica. Elaboración a partir de la ASIA (2011).

Clasificación de la lesión medular

Las lesiones medulares se pueden clasificar según el lugar o punto de la lesión, según esta clasificación encontraríamos la paraplejia y la tetraplejia. Además, podemos clasificar según la extensión o severidad de la lesión. En las siguientes Tablas 4 y 5 veremos la clasificación por lugar y extensión respectivamente.

CERVICAL — TETRAPLEJIA	Pérdida de la función sensitiva y motora desde los segmentos cervicales, ocasionando que los brazos, piernas y órganos pélvicos no reaccionen.
DORSAL LUMBAR — PARAPLEJIA SACRA	Pérdida de la función sensitiva y motora desde los segmentos torácicos, lumbares o sacros ocasionando que los brazos se mantengan, mientras que el tronco, las piernas y los órganos pélvicos se verán afectados dependiendo del lugar de la lesión.

Tabla 4: Lugar de la lesión medular. Elaboración a partir de la adecuación y traducción de ASIA (2011).

COMPLETA	ASIA A	No hay función sensorial o motora conservada por debajo de la lesión.
SENSORIAL INCOMPLETA	ASIA B	Hay función sensorial conservada pero ninguna función motora.
MOTORA INCOMPLETA	ASIA C	Hay función motora conservada pero los músculos tienen un grado <3, no compatibles con funcionalidad
MOTORA INCOMPLETA	ASIA D	Hay función motora conservada y la mayor parte de los músculos tiene un grado ≥3, es decir, son funcionales
	ASIA D	Las funciones motoras y sensitivas se conservan (no hay lesión).

Tabla 5: Extensión de la lesión medular. Elaboración a partir de la adecuación y traducción de ASIA (2011).

1.1.2 Tratamientos

En estos casos las consecuencias son tanto para la persona como la familia, por ello es recomendable realizar un tratamiento integral que incluya la clínica, de cuyos cuidados

se puede encontrar una extensa guía en la biblioteca de este mismo hospital, los aspectos psicológicos, sociales como la parte pedagógica, la futura integración, etc.

En el Hospital de Paraplégicos realizan una rehabilitación por fases:

- La fase de shock medular que consta de un tratamiento de fisioterapia y dependiendo del nivel de la lesión y de las complicaciones esta puede durar 6/8 semanas.
- La fase de sedestación, cuando el usuario aprende a usar la silla de ruedas y a poder ganar independencia suficiente para poder realizar las actividades de su vida diaria (Hospital Nacional de paraplégicos, 2020).

A continuación, veremos algunas de las técnicas que se están trabajando en el Hospital de Paraplégicos y que nos dan una idea de los posibles tratamientos o terapias que pueden ser útiles en este tipo de pacientes.

Aquí tendrán diversas unidades especializadas que se centrarán en el tratamiento desde su área específica.

Desde la unidad de Trabajo Social darán un apoyo individualizado al paciente y la familia ocupándose de los aspectos psico-sociales, siendo ellos el eje fundamental. La duración suele ser durante el periodo hospitalario más todo el proceso de rehabilitación, de esta manera se puede realizar una valoración continuada para detectar las necesidades sociales y planificar las intervenciones sociales necesarias.

La unidad de Salud Mental tendrá como objetivo la rehabilitación de la parte psíquica, ayudando al paciente y de igual forma a la familia para que acepten las pérdidas originarias de la lesión y puedan hallar alternativas adaptativas a la nueva realidad. Trabajan la identificación de la lesión, la mayor adaptabilidad posible y la capacidad de resolución de problemas.

El tratamiento fisioterápico en este centro se basa en 4 fases que dependerán de las capacidades que posea el paciente. La fisioterapia en estos casos es diaria y de acción progresiva, se consigue paso a paso, realizando todos durante el recorrido.

- La primera etapa es la fisioterapia desde la cama, se efectúan las movilizaciones oportunas para mantener un movimiento articular continuo y así poder evitar las deformidades o adherencias por desuso, en esta fase también se trabajará la fisioterapia respiratoria.

- La siguiente fase se trabaja la fisioterapia de plano inclinado, con la cama se baja a la sala de cinesiterapia, se utilizará un plano inclinado para que el paciente se vuelva a acostumbrar a una posición vertical, cuando ya sea tolerable se valorará sedestación.
- La terapia de sedestación, el paciente se vale de una silla de ruedas y se ejecutan ejercicios que le sirven para fortalecer los músculos del tren inferior, así como el correcto manejo de la silla.
- La fisioterapia de bipedestación el paciente hará ejercicios en las paralelas para ganar equilibrio, utilizará además aparatos bitutores, aunque esta última fase no la conseguirán alcanzar todos los pacientes.

Mientras los usuarios estén recibiendo estos tratamientos fisioterápicos pueden recibir paralelamente otros como reeducación de la marcha, hidroterapia o electroestimulación.

También tienen la posibilidad de acudir a la unidad de Rehabilitación Complementaria donde los animarán para realizar actividades que les puedan ayudar a recuperar una actividad normalizada. Estas van desde cursos prácticos de informática, deporte o incluso el carné de conducir.

Además de las unidades que les facilitan unos tratamientos o terapias más convencionales, pueden trabajar con el laboratorio de investigación, el cual tiene varias posibilidades abiertas, siendo estudiadas para encontrar nuevas estrategias reparadoras. Estas pueden ser investigación básica, la cual trabaja a nivel neural o investigación clínica, más centrada en la biomecánica y ayudas técnicas o funcionales.

1.1.3 Estado de ánimo

La definición de estado de ánimo hace referencia a Sentimiento mantenido y constante, experimentado y expresado de forma subjetiva y perceptible por los demás. Si es intenso y perseverante influye de un modo particular en el conocimiento del mundo. (Real Academia Nacional de Medicina, 2012).

Aspectos comunes y diferenciales de motivación y emoción

Seguidamente vamos a embarcarnos tanto en la motivación como en la emoción y veremos además la relación que tiene con la salud y cómo podemos gestionar dichas emociones.

Motivación y emoción son procesos básicos que forman parte de los recursos adaptativos que usamos los humanos, aunque estos también están presentes en otros

animales. Los usamos para la consecución de un objetivo o para la evitación de consecuencias, a nuestro parecer desagradables.

Por otra parte, la motivación se podría definir como la fuerza consciente o no, que conduce a un organismo para iniciar o dirigir una conducta para satisfacer necesidades. Mientras que la emoción se definiría como una respuesta multidimensional y subjetiva, episódica que tiene diversos componentes que ayudan a mantener la adaptación.

La motivación

El aspecto esencial de la motivación es su direccionalidad, ya que es la potencia o potencias, conscientes o inconscientes, que actúan sobre una entidad para iniciar y guiar su conducta con el fin de gratificar una o varias necesidades, y, por tanto, conservar la probabilidad de supervivencia del sujeto, tanto biológica como socialmente. (Poves Plumed, A.B, 2015).

Tipos básicos de motivación

En la siguiente tabla 6 veremos resumidos los tipos de motivaciones.

<p>MOTIVOS BÁSICOS O PRIMARIOS</p>	<p>Mantenimiento de energía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hambre - Sed - Sueño <p>Protección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autodefensa - Defensa del grupo <p>Preferencias sexuales</p>
<p>MOTIVOS SOCIALES</p>	<p>Logro</p> <p>Poder</p> <p>Conducta de ayuda</p> <p>Afiliación o intimidad</p>

Tabla 6: Tipos de motivaciones. Elaboración a partir de Poves Plumed, A.B. (2015).

Dentro de la motivación encontramos dos tipos, los motivos básicos o primarios y los motivos sociales. Los primeros son procesos imprescindibles para mantener la supervivencia y son comunes para los humanos, no obstante, se manifiestan con cierta

independencia debido a influencias externas o culturales. Mientras que los segundos son más específicamente humanos, lo que implica que tienen mayores determinantes sociales y cognitivos.

Elementos que intervienen en la motivación

Primeramente, para empezar el proceso motivacional se necesita un estímulo de carencia o deseo que sea percibido por la persona, seguidamente se debería realizar una evaluación-valoración de la situación para decidir qué se va a llevar a cabo. El valor que tiene el objeto y la expectativa de conseguirlo son claves, el valor sería entre el placer-displacer, mientras que la expectativa ente alta-baja, si sumamos ambos, podemos conseguir una activación positiva o negativa.

Si es positiva, el organismo se manifiesta de forma activa buscando la resolución del objetivo que debe ser persistente hasta que se obtiene el objetivo completamente, si por el contrario es negativa, no habrá activación y tanto la conducta como la resolución serán nulas.

Se finalizará con la atribución causal tras la elección más correcta, mas si no conseguimos el objetivo, la atribución causal nos indicará por qué no lo hemos conseguido, y habrá que realizar un cambio en la acción o en la meta final.

La emoción

La emoción se puede definir como respuesta multidimensional y subjetiva, eventual o de corta duración, con componentes cognitivos, fisiológicos y motrices, generada por la valoración subjetiva de un estímulo o situación, externo o interno, como latentemente amenazante para el sostenimiento del equilibrio del sujeto, en definitiva, para su ajuste. (Poves Plumed, A.B, 2015).

Tipos básicos de emoción

En la emoción, al igual que en la motivación, se puedes distinguir dos tipos, emociones básicas y emociones sociales. Las primeras se rigen por patrones generalizados y tienen características similares en las personas, mientras que las segundas son más complejas y se ven influenciadas por la cultura, la sociedad y no son entendidas sin su entorno.

En la siguiente tabla 7 veremos resumidos los tipos de emociones.

BASICAS O PRIMARIAS	Miedo Asco Ira Tristeza Alegría
SOCIALES	Vergüenza Culpa Orgullo Envidia Celos

Tabla 7: Tipos de emociones. Elaborado a partir de Poves Plumed, A.B. (2015).

Elementos que intervienen en las emociones

Debemos aclarar que existen dos tipos de procesamiento de la emoción, están los automáticos y los controlados. Los primeros hacen referencia a la emoción antes de haber efectuado la evaluación-valoración y, al contrario, los segundos se refieren a los procesos que han sido previamente evaluados y valorados. Es decir, en la evaluación-valoración cognitiva, el etiquetado de la emoción siempre está presente. Además, existen otros elementos destacables como afecto, humor y sentimiento.

Motivación, emoción y su relación con la salud

El profesional de salud puede motivar a los usuarios para que aprendan a mejorar comportamientos con el fin de prevenir enfermedades o remitir sus manifestaciones. Las intervenciones se centran en que el usuario desarrolle estilos de autorregulación de manera autónoma que satisfagan sus necesidades y garanticen que a largo plazo las conductas serán saludables.

Principalmente las emociones se vuelven negativas por una manifestación relativamente intensa y recurrente en el tiempo que se relaciona con el desarrollo de enfermedades psicosomáticas, así mismo las emociones negativas se han relacionado con trastornos fisiológicos y orgánicos, distorsiones cognitivas o pensamientos derrotistas y de desesperanza.

Podemos encontrar teorías psicológicas que reconocen la relación entre emociones y salud, algunas de las evidencias son: las emociones negativas son un riesgo para la salud, los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud mientras que los

agudos agravan ciertas enfermedades, influyendo en el grado de incapacitación y deterioro. Además, las emociones pueden modificar la conducta de los enfermos, eligiendo decisiones que compliquen la curación.

Seguidamente se relacionarán la lesión medular con las emociones, para hacerse una idea sobre cómo puede influir psicológicamente en la persona.

Lógicamente, además de las secuelas físicas, con este tipo de lesiones se añaden las repercusiones psicológicas y de salud mental que repercutirán en la funcionalidad de los pacientes e incluso en su calidad de vida o supervivencia. (Singh et al., 2014).

En estos pacientes se aprecian cifras mayores de estrés postraumático y se aprecia un considerable aumento en los casos de suicidios. Aunque lo más llamativo son la gran cantidad de pacientes que logran adaptarse a su nueva situación con dificultades físicas y grandes limitaciones, sin presentar psicopatologías reseñables. (Craig et al., 2009).

Fases en la adaptación tras una lesión medular

Afrontar y adaptarse a las repercusiones y secuelas de una lesión medular es una muestra de la capacidad que tiene el ser humano para sobrevivir. Primeramente, no parece fácil enfrentarse al dolor, las afectaciones, la pérdida de objetivos o planes de futuro, la frustración por la falta de movilidad, el cambio de rol dentro de la familia, y la consiguiente pérdida de autoestima. Por ello, la atención psiquiátrica y psicológica a personas con esta lesión debe considerarse durante las diferentes etapas en la adaptación (Hohmann., 1975).

Según el trabajo de Hohmann (1975), se destacan unas reacciones normales: la negación, la depresión y reacción contra la dependencia.

La negación se suele observar alrededor de las tres primeras semanas y los primeros dos meses tras la lesión, en estos momentos es útil dar información al paciente. La negación suele empezar a disminuir cuando ya se ha tenido la suficiente experiencia con la incapacidad.

La reacción depresiva se externaliza con retraimiento y hostilidad internalizada, con intensos sentimientos de culpa y manifestaciones sobre la preferencia de estar muerto antes que vivo y en esta situación. Aunque el trato con el paciente en esta fase resulta complicado, puede ser oportuno el dirigir su agresividad hacia un objetivo beneficioso.

Y, por último, cuando los pacientes han progresado lo suficiente en su rehabilitación como para sentir cierta independencia, aparece una intensa reacción contra la

dependencia. Esto puede conllevar el abandono prematuro. Suele ser más acusada en jóvenes.

Psicopatología en pacientes con lesión medular

La depresión es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes con lesión medular, su prevalencia está por encima de las de la población general (18-26%) (Williams y Murray., 2015).

Kishi y cols., (1995) encontraron que la depresión se presenta en los primeros 3-6 meses y está relacionada con la gravedad de la lesión y con los antecedentes de depresión. Sin embargo, Judd y Brown (1992) expusieron que había gran proporción de pacientes que presentaban psicopatologías sin antecedentes.

Por otro lado, se encontraron que los síntomas depresivos fluctúan a lo largo de los años y estos síntomas serían el aislamiento, la presencia de una lesión incompleta de la médula y el dolor que predisponen a un consumo abusivo de alcohol. (January y et al., 2014).

Hartoonian et al., (2014) determinaron los factores relacionados con síntomas somáticos y no somáticos que pueden presentarse durante la depresión y que afectan a la calidad de vida, vieron que esta se relaciona negativamente con los síntomas no somáticos pero que no se relaciona con los somáticos. Por ello para mejorar el tratamiento es importante tener un buen estado de salud.

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático es superior a la de la población general en un 11%, Otis et al., (2012), clasificaron los factores de riesgo para desarrollarlo, estos son pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos.

Los factores pretraumáticos serían aquellas características previas a la lesión, generalmente en estas personas sería la exposición a situaciones traumatizantes. Los peritraumáticos son las características del suceso y la reacción del individuo durante e inmediatamente después del mismo, son trascendentales las reacciones emocionales y la gravedad percibida. Por último, los factores postraumáticos son los riesgos presentes tras el suceso, el factor más relacionado es el apoyo social, tenerlo o no tenerlo, así como la extensión de la lesión, es decir, si la lesión es completa o no, si es paraplejía o tetraplejía y si hay presencia de dolor neuropático.

1.1.4 Escalas de medición

En cuanto a las escalas de medición, tras realizar una búsqueda de aquellas que pueden valorar el estado de ánimo, se encuentran sobre todo datos de la escala EVEA, aunque hay otras como el POMS-VIC, nos centraremos en la primera.

Escala EVEA

A continuación, se verá la ficha técnica de la escala EVEA (anexo 1), la cual tiene como objetivo evaluar el estado anímico transitorio, en un principio era utilizado en procedimientos de inducción del estado de ánimo, pero en la actualidad se emplea en cualquier circunstancia necesaria de medición.

Se estima que el tiempo de duración es de 1-2 minutos, se debe hacer énfasis en que la evaluación es de estado de ánimo actuales. Se evalúan los cuatro estados de ánimo generales, alegría, ira-hostilidad, ansiedad y tristeza-depresión. El orden de los 16 ítems se encuentra de manera aleatoria en la evaluación para que no haya posibilidad de encontrar dos seguidos que midan el mismo estado.

Interpretación: cada ítem se valora de 0 a 10 en función del valor dado por la persona. Posteriormente se suman los puntos de cada estado individualmente y dividirlo entre 4. En estos casos para evaluar la alegría se emplearán los ítems de alegre, jovial, optimista y contento; evaluando la ira-hostilidad se utilizarán los ítems irritado, enfadado, molesto y enojado; para calificar la ansiedad los ítems de tenso, ansioso, nervioso e intranquilo, y por último para calificar la tristeza-depresión se manejarán los ítems alicaído, apagado y melancólico. Aunque hay autores que prefieren no dividir la suma y la puntuación fluctúa de 0 a 40 (Hervas y Vázquez, 2013).

En ambos casos, cuanto más alta es la puntuación, mayor es el nivel de alegría, ira-hostilidad, ansiedad y tristeza-depresión.

POMS-VIC

El POMS-VIC es un método de medición psicológica tridimensional basado en tres escalas: de intensidad, agrado y control. En la práctica, esta escala, aunque las repercusiones se consideran amplias, suele utilizarse en el ámbito deportivo, es decir, en la psicología deportiva.

Hay varias versiones del POMS, pero utilizaremos una adaptación de éste porque es más comprensible y cada factor tiene 4 ítems como mínimo. (Andrade, Arce, Armental, Rodríguez y De Francisco, 2008).

Los ítems que se valoraron son amistad, confusión, fatiga, vigor, depresión, tensión y cólera, utilizando una puntuación de 0-4. Como ya hemos dicho anteriormente se utilizaron 3 escalas, la intensidad del estado anímico que se valora con nada-mucho; la valencia del estado de ánimo que trabaja con el desagrado-agrado y, por último, el control del estado de ánimo se evalúa mediante el control-descontrol.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Se puede considerar que todas las personas durante su vida se exponen a padecer una lesión medular ya que esta puede ser a consecuencia de traumatismos, enfermedad o degeneración.

No hay estimaciones reales sobre la prevalencia mundial, pero se calcula que su incidencia mundial es entre 25 y 30 casos por millón de habitantes al año, siendo en un 90% debido a causas traumáticas (WHO, 2013).

En el Hospital Nacional de Parapléjicos se realizó durante el año 2015 un estudio descriptivo retrospectivo para estudiar las características epidemiológicas y clínicas de esta población.

Los resultados fueron los siguientes: el número de nuevos casos fue de 275 pacientes. La lesión medular de origen no traumático fue la principal causa de lesión medular (58%) seguidamente de las lesiones medulares traumáticas (42%), ha aumentado mayoritariamente en la población de más edad. El (51%) de los lesionados medulares padecían una fractura vertebral dorsal, seguida de las lesiones cervicales (36%), y lumbosacras (13%). (Angustias Torres Alaminos, M, 2018).

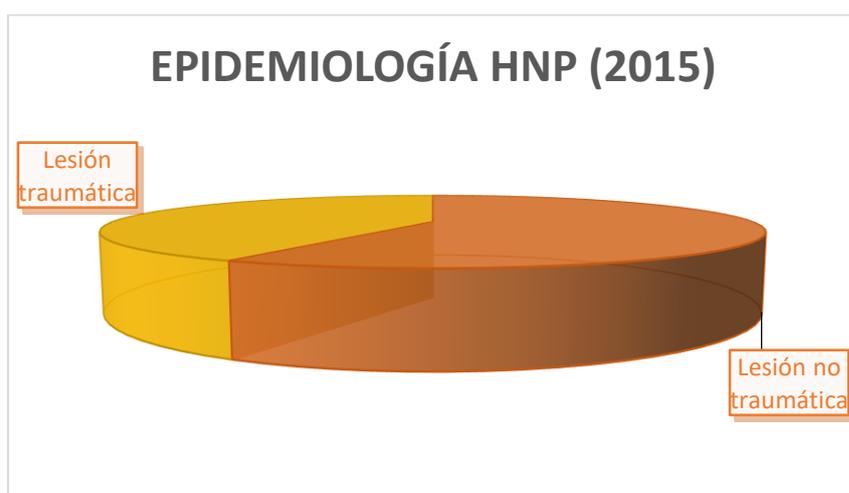


Figura 1: Epidemiología HNP (2015). Elaboración propia basada en Angustias Torres Alaminos, M. (2018).

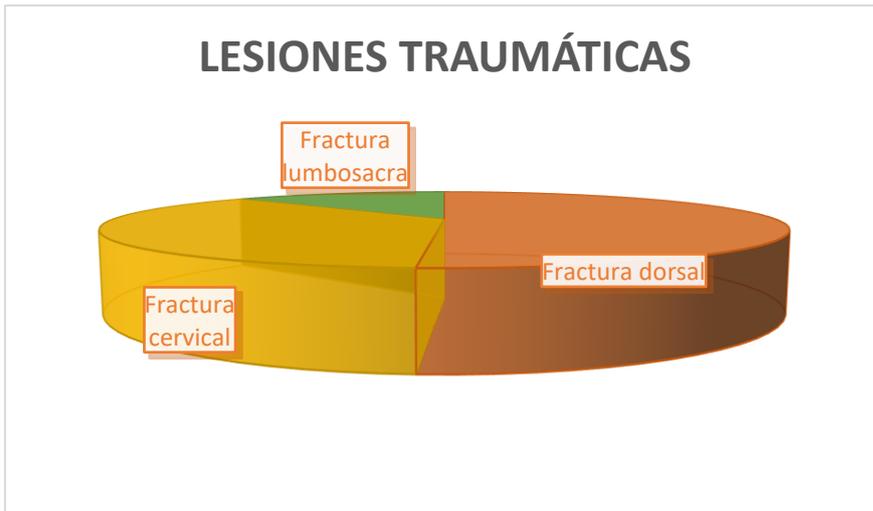


Figura 2: Clasificación de las lesiones traumáticas en HNP (2015). Elaboración propia basada en Angustias Torres Alaminos, M. (2018).

Observando la prevalencia podremos ver que en las últimas 2 décadas ha habido un descenso del índice de mortalidad debido a la mejoría de los cuidados en el tratamiento de la clínica de estos usuarios.

Las expectativas y calidad de vida son buenas y mejores respectivamente, siempre que se aplique el tratamiento adecuado, como hemos visto anteriormente, y que se realice desde el momento inicial de la lesión medular. Posteriormente deberán ser revisados para tener un seguimiento y así evitar o controlar las complicaciones.

Podríamos calcular una prevalencia de unos 20.000 lesionados aproximadamente, aunque no es un dato seguro, ya que no existe un censo a nivel nacional.

2. JUSTIFICACIÓN

Como hemos visto, las lesiones medulares afectan al sistema nervioso central puesto que hay una interrupción del movimiento voluntario y de ciertas funciones fisiológicas por debajo de la zona afectada.

Especificando, las lesiones medulares en las que nos centramos son las adquiridas, es decir, aquellas que se producen de forma repentina y además que son afectadas desde la zona dorsal o lumbar, produciendo una pérdida desde los segmentos torácicos, lumbares o sacros, manteniendo el funcionamiento de los brazos.

Pero igualmente, los cambios que sufren los pacientes, las consecuencias que acarrearán, les afecta tanto física como psicológicamente y por ello se siguen estudiando e investigando terapias que puedan curar o por lo menos atenuar los signos y síntomas que padecen estas personas.

Asimismo, el estado de ánimo ha sido estudiado como factor modificante de la mejora o adherencia al tratamiento en ciertas patologías, o se ha estudiado para ver la relación que tiene con la salud y cómo podría modificarla.

Como por ejemplo el estudio que fue realizado para evaluar el estado de ánimo y las conductas de adherencia en deportistas lesionados. Estos concluyeron que generalmente, aunque hay fluctuaciones, la depresión y la cólera disminuyen cuanto mayores son las mejoras perceptibles y aunque la fatiga aumenta no afecta negativamente (Abenza, L. et al., 2010).

Es por esto por lo que se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las principales bases de datos para estudiar el fenómeno de afectación del estado de ánimo en estas personas, pero se ha encontrado con que no hay intervenciones o no son suficientes y que hay un vacío en esta área.

Por ello se detecta la necesidad de realizar un proyecto de investigación de estudio observacional, con el objetivo de llenar dicho vacío y comprobar la afectación que genera el estado de ánimo en la evolución de los pacientes con lesión medular adquirida que se encuentran en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.

3.OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es comprobar la afectación que genera el estado de ánimo en la evolución de los pacientes con lesión medular adquirida que se encuentran en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.

4. METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El tiempo previsto para el estudio es de un año, específicamente desde septiembre de 2021 hasta agosto de 2022. Se presentará un estudio observacional descriptivo y longitudinal, que tiene como objeto comprobar la afectación que genera el estado de ánimo en la evolución de los pacientes con lesión medular adquirida que se encuentran en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, ya que este es un centro innovador y centrado en la investigación de terapias para lesiones medulares.

El tipo de estudio seleccionado para realizar la investigación ha sido un estudio descriptivo, porque se pretende conocer las características generales de la lesión medular adquirida asociándola con el estado de ánimo que pueden tener las personas que padezcan esta patología, pero sin generar una causalidad entre variables, ya que estas no están influenciadas. Igualmente, posibilita conocer un amplio abanico de conocimientos puesto que responde a preguntas sobre el ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿quiénes? y ¿cómo?

En estos casos de manera similar se puede usar como referencia de información diversas fuentes como sería el propio paciente, realización de cuestionarios específicos, observación y vigilancia del propio personal (Questionpro).

Se pretende describir los hechos o situaciones de una manera sistémica para poder definir el tema de interés siendo objetivos, y posibilitar la elaboración de teorías y posteriormente realizar un diagnóstico de la realidad. (Cubo Delgado, S., Martín Marín, B., Ramos Sánchez, J.L.,2011).

Asimismo, esta investigación tendrá un carácter longitudinal ya que realiza una recogida de datos empleando medidas continuas para poder tener un seguimiento del grupo de individuos durante un período prolongado de tiempo (Questionpro).

4.2 SUJETOS DE ESTUDIO

Población diana y población accesible

En este estudio la población diana serán los usuarios con una lesión medular adquirida mayores de 18 años, aunque la población accesible de elección serán las personas con lesión medular adquirida que se encuentren en tratamiento en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, por lo que excluirémos a aquellos que tengan tetraplejia o lesiones medulares congénitas de cualquier tipo.

Tipo de muestreo

Para llevar a cabo la selección de la población que llevaremos a estudio utilizaremos un método de muestreo no probabilístico, debido a que no todos los individuos del planeta pueden formar parte de esta investigación ya que solo afecta a las personas con lesión medular y por tanto el resultado tampoco incluyen a toda la población.

Igualmente, son los investigadores quienes seleccionan a los candidatos, porque deben cumplir unos criterios que convengan para la investigación, no dejando nada al azar por lo que los criterios de inclusión y exclusión a utilizar deberán ser muy claros y deben cumplirse muy rigurosamente.

Criterios de inclusión

- Edad (>18 años y < 65).
- Pacientes con diagnóstico de lesión medular adquirida en tratamiento en el Hospital de Paraplégicos de Toledo.
- Pacientes con paraplejia.
- Pacientes en fase de bipedestación.
- Disponibilidad de Historia Clínica.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de lesión medular congénita.
- Pacientes con tetraplejia.
- Pacientes en cualquier otra fase de tratamiento fisioterápico.

Tamaño previsto de la muestra

Para el cálculo previsto de la muestra se considera que ingresan en el hospital aproximadamente 250 pacientes al año, entre usuarios hospitalizados y ambulatorios.

Por ello, como se conoce el número de pacientes posibles, efectuaremos la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N \times Z^2 \alpha \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \alpha \times p \times q}$$

Sabiendo que:

- N= Total de la población (250)
- $Z^2 \alpha = 1.96^2$ (seguridad del 95%)
- p= proporción esperada (5%)
- q= 1-p (1-0.05 = 0.95)
- d= precisión (5%)

Se obtendrá un resultado de 57 personas, cifra que propondremos para el estudio.

4.3 VARIABLES

Para el estudio se tendrán en cuenta las siguientes variables:

Variables diagnósticas:

- Tipo de lesión medular: variable independiente de tipo cualitativa nominal. Según la extensión de la lesión puede ser completa, sensorial incompleta o motora incompleta. Se utiliza la historia clínica para la recogida de datos.
- Etiología de la lesión: variable independiente, de tipo cualitativa nominal. Las posibles categorías son traumáticas o médicas. Se utiliza la historia clínica para la recogida de datos.
- Lugar de la lesión: variable independiente de tipo cualitativa nominal. Las posibles categorías son dorsal, lumbar o sacra. Se utiliza la historia clínica para la recogida de datos.
- Posibilidad de recuperación: variable dependiente de tipo cualitativa nominal. Las posibles categorías son sí o no. Se utiliza la historia clínica y se realiza una entrevista con los doctores responsables para investigar las posibilidades reales.

Variables sociodemográficas:

- Sexo: variable independiente de tipo cualitativa nominal. Puede ser femenino o masculino. Recogida de datos mediante una entrevista con el paciente y a través de un formulario.
- Edad: variable independiente de tipo cuantitativa. Las categorías se diferenciarán en grupos, de 18 a 35, de 36 a 50 y de 51 a 65. Recogida de datos mediante una entrevista con el paciente y a través de un formulario.

Variables anímicas:

- Calidad de vida: variable dependiente de tipo cualitativa nominal. Los datos se trabajan mediante un formulario en la entrevista con el paciente, se efectuarán preguntas personales tanto de carácter clínico, historial médico, antecedentes personales y familiares, como datos personales del individuo y su familia, relación con los demás, relaciones sexuales, actividades de ocio, nuevas dificultades percibidas.
- Motivación: variable dependiente de tipo cualitativa nominal. La recogida de datos se realiza a través de la “Escala de motivación y ansiedad de ejecución (MAE)” (Pelechano, V. 1974). Se recogen cuestiones relacionadas con el percibir, actuar o razonar de cada individuo aplicando la elección pertinente (Sí o No), se utilizan 72 elementos. Se usará una estrategia factorial para analizar los resultados obtenidos.
- Afrontamiento actual: variable dependiente de tipo cualitativa discreta. La recogida de datos se realizará mediante un “Formulario de habilidades de afrontamiento actuales”, el cual fue redactado por Pelechano, y adaptado para las personas con lesión medular. Aproxima la reacción en pacientes somáticos e incurables (Pelechano, 1992) (Pelechano, V., Matud, P., De Miguel, A.1993). Son 81 enunciados referentes a hechos y formas de reflexión, las posibles respuestas son A, B, C y D.
- Estado de ánimo: variable dependiente de tipo cualitativa nominal. La recogida de datos se realizará mediante la “Escala EVEA”. Se recogen cuestiones de los 4 estados de ánimo, puntuando de 0-10 las afirmaciones.

En la siguiente tabla 8, se encontrará una tabla-resumen de las variables utilizadas en el estudio.

VARIABLE	TIPO	CARACTERISTICAS	CATEGORIAS
Tipo de lesión medular	Independiente	Cualitativa nominal	Completa Sensorial incompleta Motora incompleta
Etiología de la lesión	Independiente	Cualitativa nominal	Traumáticas Médicas
Lugar de la lesión	Independiente	Cualitativa nominal	Dorsal Lumbar Sacra
Posibilidad de recuperación	Dependiente	Cualitativa nominal	Si No
Sexo	Independiente	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Edad	Independiente	Cuantitativa	18 - 35 35 - 50 51 - 65
Calidad de vida	Dependiente	Cualitativa nominal	
Motivación	Dependiente	Cualitativa nominal	Si No
Afrontamiento actual	Dependiente	Cualitativa discreta	A - D
Estado de ánimo	Dependiente	Cualitativa nominal	0 - 10

Tabla 8: Variables. Elaboración propia.

4.4 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

El primer procedimiento que se realizará será concretar una cita con el director del Hospital para darle a conocer la investigación y pedir permiso para poder realizarla con los pacientes del centro, así como pedir su colaboración para poder acceder a las instalaciones.

A raíz de su autorización, se contactará con las personas preseleccionadas según nuestros criterios de inclusión, para concretar una cita presencial donde se detallará la información sobre la investigación y los objetivos de esta. Se ofrecerá un documento con la información resumida para mayor entendimiento del individuo (anexo 2), así como el consentimiento informado (anexo 3), el cual se entregará con un margen de una semana en la recepción del hospital.

Se les aclarará que no recibirán compensación económica de ningún tipo, además se les garantizará la confidencialidad de sus datos, y que estos serán anónimos durante todo el estudio.

Seguidamente cuando hayan aceptado formar parte del estudio se realizará la entrevista, donde se adjuntará un formulario de identificación (anexo 4) y el formulario de calidad de vida (anexo 5).

En las siguientes sesiones se entregará el cuestionario MAE (anexo 6), el formulario de habilidades de afrontamiento actuales (anexo 7) y la escala EVEA (anexo 1).

Cuando se tenga toda la información del paciente se realizarán sesiones clínicas con los profesionales encargados de estos pacientes para tratar la parte médica.

Cada tres meses se repetirá la entrega de cuestionarios y la sesión clínica, para ver la evolución del paciente, y si hay fluctuaciones y dependencia entre las variables anímicas y las recuperaciones clínicas.

4.5 FASES DEL ESTUDIO, CRONOGRAMA

El estudio se realizará en tres fases:

Fase I: búsqueda de información relacionada con el tema, la cual se hará entre septiembre y octubre, seguidamente, en noviembre se fundamentarán los objetivos que tendrá el estudio y la metodología que se seguirá, centrándose en cómo será la extracción de la muestra, la población diana, variables a estudio, etc.

En diciembre se confeccionarán los presupuestos y la organización final, siendo el último paso presentar el organigrama del estudio al consejo de ética para su conocimiento y aprobación.

Fase II: durante enero se entregarán los cuestionarios a los participantes que hayan sido aceptados en el estudio y hayan dado su consentimiento, a lo largo de febrero se realizarán las entrevistas individualizadas, a continuación, se realizará un análisis con los datos recogidos, este se llevará a cabo en marzo.

Por último, se volverán a entregar los cuestionarios en mayo, dejando el mes de abril libre, para que sigan avanzando en su tratamiento sin interrupciones, en junio se analizarán los nuevos datos para estudiar si hay variaciones en el tiempo.

Fase III: en julio se llevará a cabo el traslado de los datos a la aplicación estadística para valorar su validez, se expondrán los resultados según la relación de las variables. Para finalizar en agosto se terminará realizando las conclusiones y difundiéndolo.

A continuación, veremos en la tabla 9 el cronograma estimado para el estudio.

CRONOGRAMA DEL ESTUDIO												
TAREAS	MESES											
FASE I	sep-21	oct-21	nov-21	dic-21	ene-22	feb-22	mar-22	abr-22	may-22	jun-22	jul-22	ago-22
Búsqueda de documentación												
Objetivos y metodología												
Presupuesto y organización												
FASE II												
Cuestionarios												
Entrevistas												
Análisis de datos												
FASE III												
Tratamiento de datos												
Conclusiones y difusión												

Tabla 9: Cronograma del estudio. Elaboración propia.

4.6 ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se examinarán mediante la aplicación estadística para las ciencias sociales SPSS Statistics versión 22:

- Observación descriptiva de las distintas variables cualitativas y cuantitativas, realizando frecuencias acumuladas, desviaciones típicas, medias y también el grado de dispersión y centralización.
- Analizar la conexión entre variables cualitativas con la prueba Chi cuadrado.
- Considerar la relación del afrontamiento con las otras variables mediante la fórmula de correlación de Pearson.
- Comparación de medias a través de pruebas T-Student y no paramétricas.
- Contraponer las medias a través del ANOVA de un factor o la prueba de kruskal-Wallis.
- Comprobación mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov de la normalidad de las variables, teniendo en cuenta el nivel de confianza del 95%.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Como normativa ética de buena práctica clínica nos guiamos por la declaración de Helsinki, conjuntamente a la Ley 14/2007 de 3 de julio de investigación biomédica, según la cual exige enviar el estudio elaborado al consejo de ética del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, para su evaluación y aceptación.

Este proyecto se realiza en armonía con los principios éticos fundamentales, como son la equidad, la consideración por las demás personas, la beneficencia y la humanidad, así como de otros principios como la honestidad del individuo y la salubridad.

Los usuarios colaboran voluntariamente y con toda la información necesaria, transmitida adecuada y detalladamente, informando sobre los métodos, objetivos y riesgos posibles mediante el documento para informar a los participantes (anexo 2), junto con el consentimiento informado (anexo 3).

Se garantizará la intimidad de los participantes elaborando un documento para cumplir la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales. También se certificará que los datos y expedientes se utilizarán convenientemente para los objetivos del estudio y no para otros distintos, siendo estos preservados por el responsable.

Se informará según la Ley 12/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, asegurando que han entendido todos los conceptos y procedimientos, así como sus derechos de cancelar su participación en el estudio.

Cuando se haya finalizado el estudio y se tengan analizados todos los datos, se darán a conocer las conclusiones a todos los participantes del estudio.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A medida que se realizaba el estudio, se han exteriorizado ciertas limitaciones. Una de las más importantes ha sido la utilización de escalas de evaluación que no han sido adaptados para personas con lesión medular.

Otra limitación ha sido la extensión de los sujetos ya que solo han sido aceptados aquellos con lesión medular pero que estén en fase de bipedestación, por ello hay muchos pacientes del hospital que se han visto excluidos y esto limita la muestra.

Nos hemos centrado en un único hospital, en el Nacional de Parapléjicos de Toledo, por esto la muestra está sesgada ya que el territorio elegido ha sido limitado. Puede interferir a la hora de externalizar los datos obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

Abenza, L., Olmedilla, A., Ortega, E., Ato, M., García-Mas, A. (2010). Análisis de la relación entre el estado de ánimo y las conductas de adherencia en deportistas lesionados. *Anales de Psicología*, 26 (1), 159-168

Alonso, M. (2020). Estrategias de afrontamiento de las personas con lesión medular: un proyecto observacional. Universidad Pontificia de Comillas. Visitado el 28/03/2021

Andrade, E. M., Arce, C., Armental, J., Rodríguez, M. y De Francisco, C. (2008). Indicadores del estado de ánimo en deportistas adolescentes según el modelo multidimensional del POMS. *Psicothema*, 20, 630-635

Angustias Torres Alaminos, M. (2018). Aspectos Epidemiológicos De La Lesión Medular en El Hospital Nacional De Parapléjicos. *ENE Revista de Enfermería*, 12(2), 1–18.

Arroyo, M. J. (2015). Calidad de vida en personas con lesión medular. Universidad Complutense de Madrid. Visitado el 28/03/2021

ASIA: American Spinal Injury Association (2011). *Standards for neurological classification of spinal injury patients*. Chicago: ASIA

Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity, and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2009; 47(2):108-14

Cubo Delgado, S., Martín Marín, B., Ramos Sánchez, J.L. (2011). Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud. *Pirámides* (p. 373-386). España

De la Vega Marcos, R., Ruíz Barquín, R., Borges Hernández, P., & Tejero González, C. M. (2014). Una nueva medida tridimensional del estado de ánimo deportivo: el POMS-VIC. *Cuadernos De Psicología Del Deporte*, 14(2), 37-46. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/cpd/article/view/199231>

Del Pino, T., Peñate, W., Bethencourt, J.M. (2010). La escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36 (153-154), 19-32.

Gadget. Diferencia entre muestreo probabilístico y no probabilístico. Retrieved 8 March 2021, from <https://es.gadget-info.com/difference-between-probability>

García P. (2016). Psicopatología en pacientes con lesión medular. *Revista digital de Medicina y Psicosomática y Psicoterapia*, 6(2)

Hartoonian N, Hoffman JM, Kalpakjian CZ, Taylor HB, Krause JK, Bombardier CH. Evaluating a spinal cord injury-specific model of depression and quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014; 95:455-65

Hervas, G., y Vázquez, C. (2013). Low spirits keep rewards subdued: decreases in sensitivity to reward and vulnerability to dysphoria. *Behavior Therapy*, 44, 62- 74.

Hohmann GW. Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 1975; 112:81-88.

Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo. SESCAM (2005). Guía de cuidados. Disponible en [Documento RICHII II \(castillalamancha.es\)](http://Documento RICHII (castillalamancha.es)) . 28/03/2021

Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo. SESCAM. Guía de información y acogida para pacientes y familiares. Disponible [guia2017 c Maquetación 1 \(castillalamancha.es\)](http://guia2017 c Maquetación 1 (castillalamancha.es)) 28/03/2021

January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Mental health and risk of secondary medical complications in adults with paediatric-onset spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2014;20(1):1-12

Judd FK, Brown DJ. Psychiatric consultation in a spinal injuries' unit. *Aust N Z J Psychiatry*. 1992;26(2):218-22.

Kishi Y, Robinson RG, Forrester AW. Comparison between acute and delayed onset major depression after spinal cord injury. *J Nerv Ment Dis*. 1995; 183(5):286-92.

Lesión medular espinal | Hospital Nacional de parapléjicos. (2020). Recuperado de <https://hnparaplejicos.sanidad.castillalamancha.es/es/pacientes/lesion-medular>

Montoto, A., Ferreiro, M.E. & Rodríguez, A. (2006). Lesión medular. En: Sánchez, I (coord). *Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física* (pp. 505-519). Madrid: Medicina panamericana

Otis C, Marchand A, Courtois F. Risk factors for posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2012; 18(3):253–263.

Pelechano, V. (1974). El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución. Madrid: Fraser Ibérica

Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18 (58), 167-201.

Pelechano, V., Matud, P., De Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (63), 91-149

Poves Plumed, A.B. (2015). Conducta hacia la meta: motivación y emoción. Ediciones DAE (Grupo Paradigma), *Psicología general* (p. 186-217). España.

Questionpro ¿Qué es la investigación descriptiva? [comentario en el blog “questionpro”]
URL: [¿Qué es la investigación descriptiva? \(questionpro.com\)](http://questionpro.com), Fecha de consulta: 28 de febrero de 2021

Questionpro ¿Qué es una investigación longitudinal? [comentario en el blog “questionpro”] URL: [¿Qué es una investigación longitudinal? \(questionpro.com\)](http://questionpro.com), fecha de consulta: 28 de febrero de 2021

Sanz, J. (2013). An English version of the “Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA): the Scale for Mood Assessment. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Singh A, Tetreault L, Kalsi-Ryan S, Nouri A, Fehlings MG. Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury. *Clin Epidemiol*. 2014; 6:309-31.

Terminología médica | Real Academia Nacional de Medicina. (2012) Recuperado de [Inicio - Real Academia Nacional de Medicina \(ranm.es\)](http://ranm.es)

Williams R, Murray A. Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehab*. 2015;96(1):133-40.

WHO. (2013). Lesiones medulares.: who.int. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>

ANEXOS

ANEXO 1: Escala EVEA

CUESTIONARIO ESCALA EVEA

*siendo 0 la puntuación mínima y 10 la máxima.

1. Nervioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Irritado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Alegre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Melancólico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Tenso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Optimista	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Apagado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Enojado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Ansioso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Alicaído	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Molesto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Jovial	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Intranquilo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Enfadado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Contento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO 2: Información del estudio

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Proyecto observacional descriptivo orientado a personas con lesión medular para comprobar la afectado del estado de ánimo en la evolución de estos pacientes. La investigación ha sido debidamente aceptada por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas y el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.

La información se recogerá mediante la contestación de las escalas y cuestionarios, además de sesiones clínicas con vuestros responsables médicos y entrevistas personales con los participantes.

La participación en el estudio es voluntaria y no remunerada, usted podrá retirarse en cualquier momento y retirar su consentimiento, sin tener ninguna repercusión en la atención médica o tratamiento que recibirá. Se seleccionarán 57 pacientes entre 18 y 65 años que entren en los criterios de inclusión.

Se avalará la confidencialidad de los datos obtenidos y el tratamiento y cesión de los datos de carácter personal según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales. También se garantizará que los datos y expedientes se utilizarán convenientemente para los objetivos del estudio y no para otros distintos, siendo estos preservados por el responsable del estudio.

Puede plantear sus dudas y consultas que crea necesarias, a través de la dirección de correo electrónico mariajimenezdepedro@gmail.com o personalmente al investigador, el cual estará deseoso de responderle.

ANEXO 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participación en el estudio de investigación para comprobar si el existe afectación del estado de ánimo en la evolución de las personas con lesión medular adquirida, o bien no están relacionadas.

D/D^a con DNI

Manifiesto que he sido informada adecuadamente, con claridad y veracidad sobre el estudio indicado y mis dudas planteadas han sido complacidamente respondidas por el investigador. Igualmente, se me ha garantizado la confidencialidad de mis datos e información, sin riesgo para mi integridad física o mental.

Accedo a colaborar en la aportación de datos, así como autorizo el acceso a mi historia clínica.

Igualmente, soy conocedor de mi autonomía para retirarme en cualquier momento sin necesidad de justificación alguna cuando no esté de acuerdo con seguir en el estudio.

En Toledo, a de de

El paciente

El investigador

Fdo.:

Fdo.:

ANEXO 4: Formulario de identificación

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN

1. Número de historia clínica

2. sexo:

- a. Mujer
- b. Varón

3. Fecha de nacimiento

4. Lugar de nacimiento

5. Vivienda

6. Ocupación:

- a. Estudiante
- b. En activo
- c. En paro
- d. Ama/o de casa
- e. Pensionista
- f. Jubilado
- g. Otros

7. Tipo de discapacidad:

- a. Paraplejia
- b. Paraparesia

8. Tipo de lesión:

- a. Lesión completa
- b. Lesión incompleta

9. Nivel de la lesión:

- a. Dorsal
- b. Lumbar
- c. Sacro
- d. Desconocido

10. Causa de la lesión:

- a. Accidente de tráfico
- b. Accidente laboral
- c. Accidente deportivo

- d. Enfermedad
- e. Desconocida
- f. Otra

ANEXO 5: Formulario de calidad de vida (Alonso, M. 2020)

FORMULARIO DE CALIDAD DE VIDA

DATOS PERSONALES/FAMILIARES

1. Número de hijos:	_____	
2. Trabajo del cónyuge o pareja:		
1: Sí		1
2: No		2
3: No procede		3
3. Estado de salud de la familia (padres, hermanos):		
1: Bueno		1
2: Regular		2
3: Malo		3
4: No procede		4
4. Estado de salud de la pareja:		
1: Bueno		1
2: Regular		2
3: Malo		3
4: No procede		4
5. Estado de salud de los hijos:		
1: Bueno		1
2: Regular		2
3: Malo		3
4: No procede		4
6. Casi todo el mundo tiene algunos problemas familiares.		
¿Cuáles son los suyos?:		
1: Ninguno		1
2: Problemas de pareja		2
3: Problemas de hijos		3
4: Problemas de padres y familia		4
7. ¿Hay algún problema que tenga que ver con su discapacidad? ¿Cuáles?:		
1: Ninguno		1
2: Protección familiar		2
3: Dependencia		3
4: Barreras arquitectónicas		4
5: Limitación de la movilidad		5
6: Problemas médicos		6
7: Dificultades de adaptación		7
8. ¿Qué consecuencias ha tenido su discapacidad para su vida de pareja?:		
1: Ninguna		1
2: Mayor unión		2
3: Distanciamiento		3
4: Ruptura		4
5: No procede		5
9. ¿Para sus hijos?:		

1: Ninguna	1
2: Mayor unión	2
3: Distanciamiento	3
4: No procede	4
10. ¿Para sus relaciones con sus hermanos, primos?:	
1: Ninguna	1
2: Mayor unión	2
3: Distanciamiento	3
4: Ruptura	4
5: No procede	5
11. ¿Para sus relaciones con la familia y amigos de su pareja?:	
1: Ninguna	1
2: Mayor unión	2
3: Distanciamiento	3
4: Ruptura	4
5: No procede	5
12. ¿Existe algún miembro de la familia que sufra de alcoholismo, drogadicción o algún otro problema médico o psicológico?:	
1: Sí	1
2: No	2
13. ¿Qué piensa su familia de su discapacidad?:	
1: Nada en especial o no lo manifiestan	1
2: Mala suerte o desgracia	2
3: Apoyo, ayuda	3
4: Mala suerte pero apoyo	4
5: No procede	5
14. ¿Ha tenido problemas con la familia o con los amigos de su pareja:	v131
1: Ninguno	1
2: Distanciamiento	2
3: Rechazo, ruptura	3
4: No procede	4

DATOS DE HISTORIA CLÍNICA

15. ¿Ha tenido intervenciones quirúrgicas?:	
1: Sí	1
2: No	2
16. ¿Sigue algún tratamiento farmacológico?	
1: Sí	1
2: No	2
17. Juicio estimado por su médico acerca de su recuperación:	
1: Queda igual que antes	1
2: Pierde aproximadamente el 20% de su capacidad	2
3: Pierde entre el 21-40%	3
4: Pierde entre el 41-60%	4
5: Pierde entre el 61-80%	5

6: Pierde más del 80%	6
7: No le ha dicho nada	7
18. Describa los problemas actuales por los que ha consultado al médico:	
01: Ninguno	1
02: Infección orina	2
03: Escaras	3
04: Dislocación / ruptura huesos	4
05: Enfermedad aguda (gripe, virus, etc.)	5
06: 02 y 03	6
07: 02 y 04	7
08: 03 y 04	8
09: 04 y 05	9
10: 02 y 05	10
11: Espasmos	11
12: 02 y 11	12
13: Problemas psicológicos	13
14: 02 y 13	14
15: Otros	15
19. ¿Qué ha hecho hasta ahora para resolver sus problemas médicos?:	
1: Nada	1
2: Acudir al médico	2
3: Remedios caseros	3
4: Acudir al curandero	4
5: 2 y 3	5
6: No procede	6
20. ¿Ha recibido anteriormente tratamiento por sus problemas actuales?:	
1: Sí	1
2: No	2
21. ¿Cuáles fueron los resultados?:	
1: Buenos	1
2: Regulares	2
3: Malos	3
4: No procede	4
22. ¿Cómo cree que se encuentra ahora con relación a antes de tener la discapacidad?:	
1: Igual que antes en cuanto a eficacia y competencia. Puede hacer prácticamente lo mismo que antes.	1
2: Pérdida del 20% de su capacidad	2
3: Pérdida entre el 21-40%	3
4: Pérdida entre el 41-60%	4
5: Pérdida entre el 61-80%	5
6: Pérdida de más del 80%	6
7: No procede	7

DATOS LABORALES

23. Situación laboral actual:	
1: Invalidez temporal	1

2: Invalidez provisional	2
3: Incapacidad parcial	3
4: Incapacidad total	4
5: Incapacidad absoluta	5
6: Gran invalidez	6
7: En activo	7
24. Tipo de trabajo que desempeña:	
1: Estudiante	1
2: Ama de casa	2
3: En activo	3
4: En paro y/o sin empleo	4
5: Jubilado [Incapacidad laboral o similar]	5
6: Pensionista [pensión propia]	6
7: Otras pensiones	7
8: Actividades no remuneradas	8
25. ¿Qué trabajos desempeñó en el pasado?:	
1: Ninguno	1
2: Obrero sin cualificación	2
3: Obrero cualificado	3
4: Profesional de grado medio	4
5: Profesional de grado superior	5
6: Empresario	6
26. ¿Se encuentra satisfecho con su trabajo actual?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
27. ¿Tiene problemas económicos?:	
1: Sí	1
2: No	2
28. ¿Tiene problemas laborales?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
29. ¿Qué puesto le gustaría desempeñar en el trabajo?:	
1: El mismo que desempeño	1
2: Uno más acorde con mi profesión	2
3: No procede	3
4: El mismo que desempeñaba	4
5: Otros	5
30. ¿Tiene que pedir la baja por la discapacidad que posee?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
31. ¿Con qué frecuencia?:	
1: Cada 2-3 meses	1
2: Cada 6 meses	2

3: Una vez al año	3
4: Cada 2 años o más	4
5: No procede	5
32. ¿Los compañeros/as de trabajo piensan que Ud. se aprovecha de su discapacidad?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
33. ¿Qué cree que piensan sus compañeros/as de trabajo sobre su discapacidad?:	
1: Nada en especial o no lo manifiestan	1
2: Mala suerte o desgracia	2
3: No procede	3
4: Me ayudan	4
34. ¿Qué les responde Ud. ante sus comentarios?:	
1: Me callo	1
2: Protesto	2
3: Les hago ver que están equivocados	3
4: No procede	4

RELACIONES SOCIALES

35. Sus relaciones sociales son:	
1: Como las de los demás	1
2: Más intensas que las de sus amigos/as	2
3: Menores que las de sus amigos/as	3
36. Desde que está siendo tratado por su discapacidad:	
1: Ha perdido amigos	1
2: No han cambiado los amigos que tiene	2
3: Ha ganado amigos	3
37. Desde que tiene su discapacidad:	
1: Piensa que tiene más dificultades para conocer a gente y establecer relaciones personales	1
2: Piensa que tiene las mismas dificultades que antes	2
3: Piensa que tiene menos dificultades que antes porque al haber pensado más en el ser humano sabe mejor qué hacer	3
38. Desde que sufre de su discapacidad:	
1: Sale menos de casa porque puede ir a menos sitios	1
2: Sale igual de casa que antes	2
3: Sale más de casa que antes a buscar diversión	3

RELACIONES SEXUALES

39. ¿Ha notado cambios en sus relaciones sexuales desde que tiene la discapacidad? ¿Cuáles?:	
1: Ninguno	1
2: Pérdida de sensibilidad	2
3: Pérdida de satisfacción	3
4: Pérdida de libido	4

6: No procede	6
7: Relaciones distintas pero satisfactorias	7
40. ¿Cree que su pareja le rehuye desde que Vd. se encuentra discapacitado?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
41. ¿Han hablado francamente sobre el sexo desde que está discapacitado?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
42. ¿Ha tenido antes de su lesión problemas en sus relaciones sexuales? ¿Cuáles?:	
1: Ninguno	1
2: Impotencia	2
3: Eyaculación precoz	3
4: Otros	4
5: No procede	5
43. ¿Experimenta ansiedad, miedo o culpa a causa de su vida sexual?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
44. ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
45. ¿Va a hablar con su pareja sobre lo que les pasa sexualmente?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
46. ¿Ha recibido Vd. después de su lesión algún tipo de información sobre sexualidad o relaciones sexuales?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
47. ¿Le hubiera gustado a Vd. recibir este tipo de información?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
48. ¿Considera Vd. que todos los nuevos lesionados medulares deberían recibir este tipo de información?:	
1: Sí	1
2: No	2
3: No procede	3
49. ¿Estaría Vd. dispuesto a informar a los nuevos lesionados medulares sobre estas cuestiones?:	
1: Sí	1
2: No	2

3: No procede 3

ACTIVIDADES DE CONSOLACIÓN

50. ¿En qué religión ha sido educado?:
- 1: Ninguna 1
 - 2: Católica 2
 - 3: Protestante 3
 - 4: Otras _____ 4
51. ¿Cuál es su religión en la actualidad?:
- 1: Ninguna 1
 - 2: Católica 2
 - 3: Protestante 3
 - 4: Otras _____ 4
52. ¿En qué medida es importante la religión para Ud.?:
- 1: Nada 1
 - 2: Algo 2
 - 3: Bastante 3
 - 4: Mucho 4
53. ¿Cree que es bueno que las personas que sufren de problemas como el suyo se reúnan y formen asociaciones para ayudarse mutuamente?:
- 1: Sí 1
 - 2: No 2
54. Explique las razones para el asociacionismo:
- 1: Ninguna 1
 - 2: Apoyo, fuerza, unión 2
 - 3: Otras _____ 3
55. ¿Cree que la familia debe apoyarle en su estado actual?:
- 1: Sí 1
 - 2: No 2
56. ¿Por qué?:
- 1: No, porque no necesitamos protección 1
 - 2: Sí, la familia es la base de la convivencia 2
 - 3: Por necesidad 3
 - 4: Otras _____ 4
57. ¿Qué piensa del hospital? ¿Le ayuda?:
- 1: Atención inmejorable 1
 - 2: Atención deficiente, necesita mejorar 2
 - 3: Muy mal servicio 3
 - 4: Otras _____ 4
 - 5: No contesta 5
58. ¿Cómo se podría mejorar la asistencia hospitalaria?:
- 1: Servicios más especializados 1
 - 2: Personal mejor formado 2
 - 3: 1 y 2 3
 - 4: Trato más humano 4
 - 5: No necesita mejora 5

6: Otras	6
7: No contesta	7

PROBLEMAS GENÉRICOS

59. Marque con una cruz cualquiera de los siguientes problemas que sean aplicables a su caso: (Puede marcar hasta CUATRO)

00: Ninguno	0
01: Dolores de cabeza	1
02: Mareos	2
03: Desmayos	3
04: Calambres	4
05: Problemas de estómago	5
06: Pánico	6
07: Diarrea	7
08: Estreñimiento	8
09: Fatiga	9
10: Pesadillas	10
11: No puedo conservar el trabajo	11
12: Ideas de suicidio	12
13: Tensión	13
14: Problemas sexuales	14
15: Problemas económicos	15
16: Ambición excesiva	16
17: Miedo a casi todo	17
18: No veo salida a mi situación	18
19: No me gustan los fines de semana	19
20: No me gustan las vacaciones	20
21: No puedo hacer amistades	21
22: Malas condiciones en el hogar	22
23: No puedo divertirme	23
24: Dificultades de concentración	24
25: Sentimientos de inferioridad	25
26: Alcoholismo	26
27: Insomnio	27
28: Dificultades para relajarme	28
29: Drogas	29
30: Timidez	30
31: Falta de apetito	31
32: Problemas de memoria	32
33: Incapaz de tomar decisiones	33
34: Pocas ganas de vivir	34
35: Miedo a la muerte	35
36: Palpitaciones en el corazón	36

OCIO Y DIVERSIÓN

60. ¿Qué hacía cuando era más joven para divertirse?:

1: Actividades deportivas	1
2: Salir con amigos, fiestas, bailes, discoteca	2
3: Lectura, cine	3
4: Viajar	4
5: 1 y 2	5
6: Todas las anteriores	6
7: Otras	7
<hr/>	
61. ¿Qué hace los fines de semana?:	
1: Nada, en casa	1
2: Actividades deportivas	2
3: Salir con amigos, fiestas, bailes, discoteca	3
4: Lectura, cine	4
5: Viajar	5
6: 2 y 3	6
7: 3 y 4	7
8: Colaboración gratuita en asociaciones diversas	8
9: Otras	9
<hr/>	
62. ¿Qué hace en las vacaciones?:	
1: Nada, lo mismo que el resto del año	1
2: Viajar	2
3: Descansar y tomar el sol	3
4: Actividades deportivas	4
5: 2 y 3	5
6: Otras	
63. ¿En qué le gustaría ocupar su tiempo libre?:	
1: Leer, escuchar música, cine	1
2: Salir con amigos, fiestas, bailes, discoteca	2
3: Viajar	3
4: Estudiar o trabajar	4
5: Colaboración gratuita en asociaciones diversas	5
6: Actividades deportivas	6
7: Manualidades	7
8: Nada	8
9: Otras	9
<hr/>	
64. Mencione cinco cosas o actividades que antes de su discapacidad hacía y le gustaba hacerlas y ahora no puede hacer?:	
0: Ninguna, NC	0
1: Actividades deportivas	1
2: Viajar	2
3: Salir con amigos, fiestas, bailes, discoteca	3
4: Trabajar	4
5: 1 y 2	5
6: 1, 2 y 3	6
7: 1 y 3	7
8: 1, 2, 3 y 4	8
9: Otras	9
<hr/>	

ANEXO 6: Cuestionario MAE (Pelechano, V. 1974)

CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN Y ANSIEDAD DE EJECUCIÓN

Las siguientes afirmaciones se refieren a su modo de comportarse en la vida diaria. No importan las causas o razones que lo provoque. Todas las respuestas son igualmente correctas. La tarea por realizar consiste en responder a estas cuestiones con sinceridad.

Ejemplo: La lluvia es buena.

Sí No Si cree que la lluvia es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "Sí".

Si cree que la lluvia no es buena, redondee o señale con una cruz el lugar correspondiente al "No".

SEA SINCERO, por favor. No deje NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR.

EL OBJETIVO QUE PERSIGUE ESTE ESTUDIO ES INTENTAR OFRECER AYUDA MÁS EFICAZ A LAS PERSONAS QUE LO NECESITEN. Con ello a la vez que les ayudamos a ellas nos ayudamos a nosotros mismos. Puede tener la seguridad de que sus datos de identificación personal se mantienen en secreto.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Si algo no entiende, este es el momento de preguntar. Espere la señal de comenzar.

Si hago algunos fallos seguidos, mi estado de ánimo se va a pique.	SI	NO
Las tareas demasiado difíciles... las echo de lado con gusto.	SI	NO
Frecuentemente empiezo cosas que después no termino.	SI	NO
Muchas veces dejo de lado mis planes porque me falta la suficiente confianza en mí mismo/a como para ponerlos en práctica.	SI	NO
Yo podría rendir más si no me exigiesen tanto.	SI	NO
Cuando no cumplo perfectamente con mis deberes, la crítica de los demás me produce gran ansiedad.	SI	NO
Estoy contento/a cuando hago trabajos difíciles por el mero hecho de hacerlos, aunque no obtenga por ello gratificación especial alguna.	SI	NO
Una vida sin trabajar sería maravillosa.	SI	NO

El trabajo es para mí un asunto especialmente importante.	SI	NO
Yo hago, como máximo, lo que se pide, y no más.	SI	NO
Ya cuando iba a la escuela me propuse llegar muy lejos.	SI	NO
En el trabajo que he hecho siempre he tenido ambiciosas pretensiones.	SI	NO
Normalmente trabajo más duro que mis compañeros/as.	SI	NO
El trabajo duro y el disfrutar de la vida hacen buena pareja.	SI	NO
Yo me haría cargo de un puesto de responsabilidad aun cuando no estuviera pagado como debiera.	SI	NO
Frecuentemente tomo a la vez demasiado trabajo.	SI	NO
Cuando hago algo, lo hago del mismo modo como si estuviera en juego mi propio prestigio.	SI	NO
El estar nervioso/a me aguijonea para rendir más.	SI	NO
Siento ansiedad cuando espero un mal resultado de una prueba o gestión que he realizado.	SI	NO
Logro más cosas gracias a mi aplicación que a mi talante.	SI	NO
Aprendo más del modo de vivir de las personas que triunfan que de mi propia experiencia.	SI	NO
Me siento inquieto/a si estoy algunos días sin trabajar.	SI	NO
Después de hacer una prueba o tomar una resolución sobre un asunto importante, estoy en tensión hasta que conozco los resultados.	SI	NO
Mi rendimiento mejora si espero alguna recompensa especial por él.	SI	NO
Sentimiento ligeros de ansiedad aceleran mi pensamiento.	SI	NO
Interrumpo con gusto mi trabajo si se presenta oportunidad para ello.	SI	NO
Una de mis principales dificultades es la ansiedad que siento ante una situación difícil.	SI	NO
A mayor responsabilidad de la tarea a realizar yo exigiría una mayor recompensa.	SI	NO
Lo más difícil, para mí, es siempre el comienzo de un nuevo trabajo.	SI	NO
Cuando trabajo en colaboración con otros, frecuentemente rindo más que ellos.	SI	NO

Pienso para mí que en este mundo hay que trabajar mucho y divertirse más, si ello es posible.	SI	NO
Creo que soy bastante ambicioso/a.	SI	NO
Nada puede distraerme en cuanto empiezo a hacer un trabajo.	SI	NO
Algunas veces me hago cargo de tanto trabajo que no tengo tiempo ni para dormir.	SI	NO
Los fracasos me afectan mucho.	SI	NO
Alguna vez dejo de lado gustosamente el trabajo para divertirme.	SI	NO
Tiendo a superarme cada vez más a mí mismo/a.	SI	NO
No sé por qué, pero la verdad es que trabajo más que los demás.	SI	NO
He sido considerado/a siempre como muy ambicioso/a.	SI	NO
En las ocasiones importantes estoy casi siempre nervioso/a.	SI	NO
Un sentimiento de tensión antes de una prueba o de una situación difícil me ayuda a lograr una preparación mejor.	SI	NO
En las situaciones difíciles llega a apoderarse de mí una sensación de pánico.	SI	NO
No me puedo concentrar cuando trabajo contrarreloj.	SI	NO
En las situaciones difíciles siento a veces tal ansiedad que me da casi lo mismo el resultado final.	SI	NO
Hago lo posible por rehuir los trabajos muy difíciles, si puedo, porque de estos fracasos me cuesta mucho salir.	SI	NO
Si estoy un poco nervioso/a aumenta mi capacidad para reaccionar ante cualquier circunstancia.	SI	NO
Con tal de hacer algo soy capaz de trabajar, aunque el pago de mi trabajo sea, a todas luces, insuficiente.	SI	NO
Mis amigos me dicen alguna vez que soy un/a vago/a.	SI	NO
Prefiero llevar muchas cosas a la vez, aunque no las termine todas.	SI	NO
Los demás encuentran que yo trabajo demasiado.	SI	NO
Aunque no sé muy bien la razón, lo cierto es que siempre ando más ocupado/a que mis compañeros/as.	SI	NO
El trabajo duro y continuado me ha llevado siempre al éxito.	SI	NO
Puedo trabajar mucho sin fatigarme.	SI	NO

En una situación difícil mi memoria se encuentra fuertemente bloqueada.	SI	NO
Si estoy en un aprieto trabajo mejor de lo que lo hago normalmente.	SI	NO
En principio trabajo con más ganas si tengo mucho trabajo.	SI	NO
Prefiero hacer trabajos que lleven consigo cierta dificultad a hacer trabajos fáciles.	SI	NO
El trabajo ocupa demasiado tiempo en mi vida.	SI	NO
Mi propia falta de voluntad se demuestra al comparar mi éxito con el éxito de los demás.	SI	NO
Normalmente alcanzo mejores resultados en situaciones críticas.	SI	NO
Trabajo únicamente para ganarme la vida.	SI	NO
Me importa muy poco el que los demás trabajen más duro que yo.	SI	NO
Cuanto más difícil se torna una tarea, tanto más me animo a hacerme con ella.	SI	NO
Sinceramente, encuentro que en la actualidad las personas trabajan demasiado.	SI	NO
Se tiene que trabajar, pero de ningún modo más de lo necesario o lo debido (hacer horas extraordinarias, por ejemplo).	SI	NO
Yo me calificaría a mí mismo como vago.	SI	NO
Muchas veces los demás exigen demasiado de mí mismo.	SI	NO
En cuanto entro en la sala donde se va a hacer una prueba (o de una situación comprometida) me siento nervioso/a. Cuando empiezo a realizar la prueba o comienza la situación, desaparece mi nerviosismo.	SI	NO
El triunfo de los demás me estimula.	SI	NO
Las situaciones difíciles, más que paralizarme ... me estimulan.	SI	NO

ANEXO 7: Cuestionario de habilidades de afrontamiento actuales (Pelechano, V. 1992) (Pelechano V, Matud P, De Miguel A. 1993)

CUESTIONARIO DE HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ACTUALES

A continuación, se exponen una serie de acciones y modos de pensar posibles durante una situación de crisis, enfermedad o ataque que se sufre. La tarea por realizar consiste en elegir, de entre cuatro alternativas de respuesta, aquella que se corresponda con lo que usted hace o piensa.

Las preguntas se refieren al presente, cuando usted sabe que padece de esta enfermedad o dolencia.

Ejemplo: El ser humano ha nacido para sufrir: A B C D

En la hoja de respuestas se encuentran cuatro alternativas:

A significa "en absoluto, de ninguna manera"

B significa " en alguna medida, ligeramente de acuerdo"

C significa "bastante o bastante de acuerdo"

D significa "en gran medida"

Señale, por favor, en el lugar correspondiente al "ejemplo" la letra que más se aproxime a lo que usted piensa al respecto.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS, POR FAVOR.

EL OBJETIVO QUE PERSEGUIMOS ES PODER AYUDARLE A USTED Y A OTRAS PERSONAS QUE TENGAN PROBLEMAS SIMILARES, LOS DATOS SERÁN SECRETOS Y SERÁN EMPLEADOS SOLAMENTE PARA AYUDA DE LAS PERSONAS Y EN NINGÚN CASO EN PRESENTACIÓN DE CASOS INDIVIDUALES. SUS DATOS DE IDENTIFICACIÓN SERÁN CODIFICADOS EN ORDENADOR.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Pienso en lo que puede sucederme.	A	B	C	D
Intento analizar el problema para conocerlo mejor.	A	B	C	D

Intento tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creo que saben sobre él.	A	B	C	D
Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.	A	B	C	D
Pienso que, como la gripe, es una cosa pasajera y que el tiempo lo arreglará todo.	A	B	C	D
Voy al médico para saber a qué atenerme.	A	B	C	D
Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando.	A	B	C	D
Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada.	A	B	C	D
Visito a más de un médico para ver si me dicen lo mismo porque no me acabo de fiar de los médicos.	A	B	C	D
Después de ir al ambulatorio, visité a otro médico privado.	A	B	C	D
Me critico a mí mismo/a porque creo que yo tengo parte de la culpa, al menos.	A	B	C	D
Confío en que lo que me dicen no sea verdad. Que lo mío no puede ser eso.	A	B	C	D
Sigo adelante igual que antes (creo que mi destino está fijado).	A	B	C	D
Intento resolver el problema por mí mismo/a.	A	B	C	D
Voy solo/a al médico y no le digo nada a mi familia.	A	B	C	D
Guardo para mí lo que me pasa para no preocupar a mi familia.	A	B	C	D
Se lo digo a mi familia para que me puedan ayudar.	A	B	C	D
Intento mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debe tener.	A	B	C	D
Me desespero y pienso que el mundo es injusto.	A	B	C	D
Desde que lo sé duermo más de lo habitual.	A	B	C	D
Desde que lo sé no puedo dormir, pero no digo lo que pasa.	A	B	C	D
Me siento más irritable que lo de costumbre y lo pagan los que están más cerca de mí.	A	B	C	D

Pienso más de una vez que la culpa la tiene mi familia, por los disgustos que me dan.	A	B	C	D
Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella.	A	B	C	D
Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.	A	B	C	D
Me digo a mí mismo/a cosas que me hacen sentirme mejor.	A	B	C	D
Pienso que es una señal y me siento más creativo/a que normalmente.	A	B	C	D
Pienso que tengo que arreglar las cosas con mi familia.	A	B	C	D
Pienso que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada.	A	B	C	D
Intento olvidarme de todo.	A	B	C	D
Estoy cambiando; creo que estoy madurando como persona.	A	B	C	D
Espero a ver lo que pasa antes de hacer cualquier cosa.	A	B	C	D
Me desespero y lloro solo/a durante un rato.	A	B	C	D
Pienso que ya nada puede ser como antes.	A	B	C	D
He pensado un plan de acción y lo estoy siguiendo.	A	B	C	D
Pienso que yo soy el (la) principal responsable del problema.	A	B	C	D
No puedo concentrarme porque las ideas sobre lo que me pasa me vienen una y otra vez a la cabeza.	A	B	C	D
Procuró hablar con los especialistas para que me digan lo que tengo que hacer.	A	B	C	D
Me "alejo" del problema. Me tomo unos días en los que no pienso sobre ello.	A	B	C	D
Intento sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...).	A	B	C	D
Tomo más decisiones arriesgadas que antes de que me dijeran lo que me pasa.	A	B	C	D

Pienso que no puede pasarme nada.	A	B	C	D
Pienso que, dentro de todo, tengo suerte.	A	B	C	D
Intento no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me digo que tengo que tomarme las cosas con calma.	A	B	C	D
Busco tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida).	A	B	C	D
Mantengo el tipo y "a mal tiempo", buena cara".	A	B	C	D
Me doy cuenta de lo que es importante en la vida.	A	B	C	D
He cambiado algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida.	A	B	C	D
Hago lo posible para que los problemas que tengo con mi familia y amigos se arreglen.	A	B	C	D
Evito estar con la gente.	A	B	C	D
No permito que la enfermedad me venza: sigo mi vida normal y evito pensar en el problema.	A	B	C	D
Pienso que mi vida ha cambiado radicalmente.	A	B	C	D
Me siento una persona lisiada.	A	B	C	D
Oculto a mis amigos qué me pasaba de verdad	A	B	C	D
Digo lo que me pasaba a mis amigos. Así llegan a respetarme más.	A	B	C	D
No tomo en serio la situación: me niego a tomarla en serio.	A	B	C	D
Recurso a experiencias pasadas: busco entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones.	A	B	C	D
Me prometo a mí mismo/a que mi vida va a cambiar y que voy a coger las cosas verdaderamente en serio.	A	B	C	D
Me prometo a mí mismo/a que mi vida va a cambiar y que voy a coger las cosas verdaderamente en serio	A	B	C	D
Después de pensarlo bien, me propongo un par de soluciones distintas.	A	B	C	D
Pienso que los médicos se han equivocado. Esas cosas no me pueden pasar a mí.	A	B	C	D

Lo he aceptado porque no puedo hacer otra cosa.	A	B	C	D
Intento que mis sentimientos y preocupaciones no interfieran con las cosas que hago todos los días.	A	B	C	D
Deseo cambiar lo que está ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto.	A	B	C	D
Pienso que es menos grave de lo que me dicen porque los médicos siempre tienden a exagerar un poco para asustarte.	A	B	C	D
Sueño o imagino otro tiempo en el que las cosas me iban mejor	A	B	C	D
Rezo.	A	B	C	D
Pienso que sólo Dios sabe lo que está pasando y me dan ganas de ir a una iglesia.	A	B	C	D
Repaso mentalmente lo que tengo que hacer y decir.	A	B	C	D
Pienso cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomo como modelo.	A	B	C	D
Intento verme "desde fuera", cómo lo vería una persona distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas.	A	B	C	D
Me digo a mí mismo/a que las cosas pueden ser peor.	A	B	C	D
Pienso que he tenido muy mala suerte en la vida.	A	B	C	D
Pienso que, como soy una persona con suerte, el futuro no va a ser tan malo como parece.	A	B	C	D
No puedo pensar nada y estoy como ido/a.	A	B	C	D
Me siento como si me hubiesen dado un mazazo en la cabeza.	A	B	C	D
Pienso que no soy la única persona en el mundo con ese problema y, por ello, saldré adelante.	A	B	C	D
Me aferro al especialista que me ha ayudado desde el principio como un rayo de esperanza.	A	B	C	D
Pienso que debería haberme cuidado más antes de ahora.	A	B	C	D

Pienso que, en definitiva, me habían "pasado" a lo largo de mi vida muchas cosas.	A	B	C	D
Pienso que lo que me queda debe ser mejor que lo que he pasado y me propongo pasarlo mejor.	A	B	C	D