

Capacidad de afrontamiento, en los pacientes con lesión medular de etiología traumática y no traumática

Capacity of facing in patients with medullar lesions of traumatic and non-traumatic etiology

^ILic. Marilyn Zaldivar Bermúdez 

^{II}Dra. Elizabeth Hernández González 

^{III}Dra. Francisca Zamora Pérez 

^{IV}Lic. Maidel Martínez Rodríguez 

^IEspecialista de I grado en Psicología de la Salud. Investigador Agregado. Instructor. Servicio de Neuropsicología Clínica. Centro Internacional de Restauración Neurológica. Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. La Habana, Cuba. Correo electrónico: marilyn@neuro.ciren.cu

^{II}Especialista de I grado en Medicina General. Investigador Agregado. Instructor. Clínica de lesiones medulares y enfermedades neuromusculares. Centro Internacional de Restauración Neurológica. Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. La Habana, Cuba. Correo electrónico: eliza@neuro.ciren.cu

^{III}Especialista de I grado en Medicina General Integral. Investigador y Profesor Auxiliar. Clínica de lesiones medulares y enfermedades neuromusculares. Centro Internacional de Restauración Neurológica. Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. La Habana, Cuba. Correo electrónico: francisca@neuro.ciren.cu

^{IV}Licenciada en Enfermería. Clínica de lesiones medulares y enfermedades neuromusculares. Centro Internacional de Restauración Neurológica. La Habana, Cuba. Correo electrónico: mmtinez@neuro.ciren.cu

Autor para la correspondencia. Lic. Marilyn Zaldivar Bermúdez.  Correo electrónico: marilyn@neuro.ciren.cu

RESUMEN

Introducción:

La lesión medular, constituye un proceso que puede limitar al individuo, requiere de habilidades y recursos cognitivos y conductuales, muchas veces desconocidos por el propio paciente.

Objetivo:

Identificar las diferencias en la capacidad de afrontamiento, entre los pacientes con lesión medular de etiología traumática y no traumática.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, correlacional y comparativo de 50 pacientes

con lesión medular (36 traumáticas y 14 no traumáticas) atendidos, en el Centro Internacional de Restauración Neurológica, en el año 2016. Se aplicó la entrevista estructurada, Escala de afrontamiento de Lazarus; Escala ansiedad Beck, Escala depresión Hamilton; Cuestionario autoestima de Coopersmith, Apgar familiar; rasgos de personalidad e Índice de Katz. Se utilizó la estadística descriptiva y no paramétrica, significación estadística $p \leq 0.05$.

Resultados:

Predominó el sexo masculino, 78 %, la edad media $34 \pm 11SD$. El 71% de los casos con lesión medular no traumática presentó un afrontamiento en riesgo para la salud. En ambos grupos se obtuvo una relación negativa entre afrontamiento y personalidad (traumático $r = -0.67$) y (no traumático $r = -0.54$). Se identificaron diferencias significativas, entre los grupos en la depresión ($p = 0.003$), índice de Katz ($p = 0.02$) y capacidad de afrontamiento ($p = 0.009$).

Conclusiones:

Se comprueban las diferencias, en la capacidad de afrontamiento entre la lesión medular traumática y no traumática, estas repercuten en la presencia de depresión, en la dependencia de las actividades de la vida diaria y la capacidad de afrontamiento, este se relaciona con la personalidad y la lesión medular.

Palabras clave: lesión medular, afrontamiento, ansiedad, depresión, autoestima, personalidad, familia

Descriptores: médula ósea/lesiones; médula ósea /patología; adaptación psicológica; ansiedad; depresión; autoimagen; personalidad; familia

ABSTRACT

Introduction:

Medullar lesions constitute a process that can limit individuals, it requires abilities and cognitive and behavioral resources which can be unknown by the patient.

Objective:

To identify the differences in the capacity of facing, among patients with medullar lesions of traumatic and non-traumatic etiology.

Methods:

A descriptive cross-sectional, correlational and comparative study was carried out in 50 patients with medullar lesions (36 traumatic and 14 non-traumatic) assisted at the Neurologic International restoration Center in 2016. A structured interview, Lazarus Facing Scale; Beck anxiety scale, Hamilton Depression Scale, Coopersmith Self-esteem Questionnaire, Family Apgar; personality Traits and Katz Index were applied. The descriptive statistics and non-parametric, Statistical significance $p \leq 0.05$ were used.

Results:

Male sex prevailed, 78 %, mean age $34 \pm 11SD$. The 71 % of the cases with non-traumatic medullar lesions presented a facing with risk for health. In both groups a negative relation between facing and personality was obtained (traumatic $r = -0.67$) y (non-traumatic $r = -0.54$). Significant differences were obtained among the groups in depression ($p = 0.003$), Katz index ($p = 0.02$) and facing capacity ($p = 0.009$).

Conclusions:

Differences were proved, in the facing capacity between traumatic and non-traumatic medullar lesions, these ones have repercussions in the presence of depression, in the

dependence of the daily life activities and the facing capacity, which is relational with the personality and the medullar lesions.

Key words: medullar lesions, facing, anxiety, depression Self-esteem personality, family

Descriptor: bone marrow /injuries; bone marrow /pathology; adaptation, psychological; anxiety; depression; self-concept; personality; family

Historial del trabajo.

Recibido: 01/06/2020

Aprobado:10/08/2021

Publicado:31/08/2021

INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades de origen neurológico, las lesiones medulares (LM), son de etiología diversa, afectan la función que se encuentra por debajo de la lesión y pueden tener manifestaciones autonómicas, físicas, psicológicas y sociales, interfiere en la calidad de vida del paciente y su familia.⁽¹⁻³⁾

La incidencia de las LM varía en distintos países del mundo.⁽⁴⁾ Se cree que las LM de etiología traumática (T) son las más frecuentes, aunque existe un número inferior de causas no traumáticas(noT), estas deben ser consideradas.⁽⁵⁾

La aparición de una LM es un suceso vital paranormativo que puede ocasionar estrés o desestructuración del equilibrio biopsicosocial en función de la causa de la LM y de los recursos que posea el individuo y su familia.⁽⁶⁾

Dentro del proceso de afrontamiento a una LM se destacan las habilidades y recursos de la persona que le permite enfrentarse o no, a los problemas derivados de una enfermedad crónica.⁽⁷⁾ Las características personalógicas, los estados emocionales; los estilos afrontamiento, las redes de apoyo familiar y social; son aspectos imprescindibles para la adaptación a la LM.

El afrontamiento de las LM ha sido abordado en investigaciones internacionales^(1, 2, 5-8) y con menor medida en nuestro contexto, con resultados diversos.⁽⁹⁾

En las LM se expone una relación entre el afrontamiento evitativo y estados emocionales negativos de pacientes y cuidadores.⁽¹⁰⁾ Se demuestra que el afrontamiento proactivo, la autoestima y el soporte social predicen la esperanza en la recuperación de las pérdidas de la LM.⁽¹¹⁾

Algunos autores⁽²⁾ afirman que la presencia de depresión y el estilo de afrontamiento pueden contribuir a una mortalidad prematura en los LM, y otros⁽¹²⁾ refieren que el afrontamiento va a depender de las características de la personalidad del paciente con esta enfermedad.

Si se tiene en cuenta la divergencia de opiniones en la comunidad científica sobre el afrontamiento en las LM y los insuficientes estudios vinculados con esta temática, en el ámbito de acción de los autores, es que adquiere relevancia este estudio. El objetivo de esta investigación es identificar las diferencias en la capacidad de afrontamiento en los pacientes con LM de etiología traumática y no traumática.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, comparativo y correlacional, en el año 2016. El universo de estudio estuvo conformado por todos los pacientes con diagnóstico de LM, atendidos en la consulta de Neuropsicología del Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN), para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico intencional, la misma quedó constituida por 50 pacientes con LM (36 T y 14 noT), que se ajustaron a los criterios de selección.

Criterios de inclusión: Pacientes con LM y los que dieron su consentimiento de participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Pacientes con trastorno del desarrollo intelectual.

Las variables estudiadas fueron:

Variabes demográficas: Se utilizó la entrevista estructurada para la obtención de estos datos.

- La edad, indicadores: de 19 a 29, de 30 a 39; de 40 a 49, de 50 a 59; de 60 a 69 y >70 años.
- El sexo, indicadores: femenino y masculino.
- La escolaridad, indicadores: primaria, secundaria; técnico medio, preuniversitario y universitario.

Variabes clínicas:

- La etiología de LM, indicadores: traumáticas (impactos por arma de fuego, accidentes automovilísticos, inmersión en aguas) y no traumáticas (infecciosas y no infecciosas). Estos datos se recogieron de la revisión de la historia clínica.
- Complicaciones, indicadores: esfínteres, espasticidad, dolor, otras. Estos datos se recolectaron de la entrevista estructurada.

Variabes psicológicas:

- El conocimiento de LM, indicadores: adecuado, sobrevaloración o subvaloración. Se obtuvo de la entrevista estructurada.
- La autoestima, indicadores: alta, media, baja. Se aplicó el Inventario de autoestima de Coopersmith.
- La ansiedad, indicadores: alta, leve o ausencia de ansiedad. Se empleó el inventario de ansiedad Beck.
- La depresión, indicadores: no depresión, depresión menor; menos que depresión mayor, depresión mayor; más que depresión mayor. Se utilizó el Inventario de depresión Hamilton.
- Los rasgos de personalidad, indicadores: patológico y no patológico. Se obtuvo del Inventario de rasgos de personalidad.
- Los estilos de afrontamiento, indicadores: centrados en el problema, centrado en las emociones, mixtos. Se aplicó la Escala de modos de afrontamiento de Lazarus.

- La valoración de las actividades de la vida diaria, indicadores: leve, moderado, severo. Se uso la Escala índice de Katz.
- El funcionamiento familiar, indicadores: funcionales y disfuncionales leves o graves de 0-6 puntos (0-2 graves y 3-6 leves). Se aplicó del inventario del Apgar familiar.

Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes que participaron en este estudio y la aprobación del comité de ética de la institución. Para la obtención de la información se pidió la autorización al jefe de la Clínica de LM y de enfermedades neuromusculares del CIREN. El reclutamiento fue secuencial a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La investigación se realizó en dos sesiones de trabajo, donde se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Entrevista estructurada: datos demográficos, conocimiento y complicaciones de LM. Esta entrevista se validó a partir de criterios de expertos por el método Delphi.
- Inventario de la autoestima de Coopersmith: constó de 25 ítems, el sujeto debió responder de manera afirmativa o negativa. La calificación se realizó con 1 punto en los ítems que estuvieron redactados en sentido positivo y el sujeto respondió que sí, estos fueron: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20. Cuando el sujeto contestó no, en los ítems se le asignó un punto. Al final fueron sumados estos puntajes y se obtuvo una puntuación total. Interpretación: nivel alto de autoestima, de 19 a 24 puntos, nivel medio de autoestima, de 13 a 18 puntos; nivel bajo de autoestima, menos de 12 puntos.
- Inventario de la ansiedad de Beck: compuesto por 21 ítems, que describieron síntomas de ansiedad. Cada ítem se puntuó de 0 a 3, se correspondió la puntuación en 0 en absoluto, 1 leve, no me molesta mucho; 2 moderado, fue muy desagradable; pero logré soportarlo y la 3 severo, casi no pude soportarlo. La puntuación total fue la suma de todos los ítems. Los síntomas hicieron referencia a la última semana y al momento actual. El rango de la escala fue de 0 a 63. La puntuación media, en pacientes con ansiedad fue de 25.7 % (desviación estándar 11.4 %) y en sujetos normales 15.8 %, (desviación estándar 11.8 %).
- Inventario de depresión de Hamilton: constó de 17 ítems que evaluaron el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. La puntuación global se obtuvo con la suma de las puntuaciones de cada ítem. Existieron distintos puntos de corte o normas de interpretación: las clasificaciones: de 0 a 7 no depresión, de 8 a 12 depresiones menores; de 13 a 17 menos que depresión mayor, de 18 a 29 depresiones mayores y de 30 a 52 más que depresión mayor.
- Inventario de rasgos de la personalidad: constó de 94 ítems. El sujeto debe responder afirmativo o negativo a los ítems. Las respuestas positivas se le asigna un punto. Cada rasgo tiene predefinido algunos ítems que si el sujeto responde negativamente se le asigna un punto. Asimismo, existen preguntas de sinceridad. Según la cantidad de puntos por cada rasgo se considera la presencia o no de rasgos patológicos de personalidad, (obsesivos, paranoides, esquizoides, histéricos, inmaduros, agresivos, psicasténicos).⁽¹³⁾
- Escala de estilos de afrontamiento de Lazarus: constó de 67 índices; se respondió en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó, como describió cada uno de ellos. Se otorgaron las puntuaciones: 0, en absoluto, 1, en alguna medida; 2, bastante, 3, en gran medida. Para su evaluación ordinaria los 67 índices estuvieron clasificados en 2 dimensiones: centrada en el problema y en las emociones. Las

puntuaciones se sumaron y se obtuvieron totales que delimitaron cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

- Índice de Katz: constó de 6 ítems que evaluaron la valoración que realizó la persona en la ejecución de las actividades de la vida diaria como: aseo, vestido; uso del retrete, movilidad; continencia y alimentación. Clasificación: de 0 a 1, ausencia de incapacidad o incapacidad leve, de 2 a 3, incapacidad moderada; de 4 a 6, incapacidad severa.
- Inventario de la percepción del funcionamiento familiar, Apgar familiar: constó de 5 ítems, se debieron contestar de la manera siguiente: casi nunca, 0, a veces, 1, siempre 2. Las puntuaciones se sumaron y los resultados se clasificaron en: funcionales de 7 a 10 y disfuncionales de 0 a 6 puntos; de 0 a 2 graves y de 3 a 6 leves.

Se realizó el análisis documental para eso se revisaron las historias clínicas de los pacientes para identificar la etiología de la LM. Los instrumentos de evaluación psicológica fueron aplicados y evaluados por especialistas entrenados.

La categorización para la valoración de la capacidad de afrontamiento.⁽¹⁴⁾

- Capacidad de afrontamiento adecuada: adecuado conocimiento de LM; autoestima alta, ansiedad baja; ausencia de depresión, funcionalidad familiar y personalidad normal.
- Capacidad de afrontamiento de riesgo para la salud: conocimiento de LM medio, autoestima baja o media; ansiedad media o alta, depresión media o alta; familia disfuncional leve y rasgos de personalidad patológicos.
- Capacidad de afrontamiento inadecuada: dificultades en el conocimiento de LM, niveles bajos de autoestima; ansiedad alta, depresión severa; familia disfuncional grave y rasgos de personalidad patológicos.

Los datos fueron plasmados y procesados en una base de datos, con la utilización del programa Statistic, versión 8.0. Se realizó un análisis descriptivo. Estadística no paramétrica, comparación de proporciones y medias. Se realizó Spearman Test para correlacionar variables y Mann-Whitney U Test para comparar grupos. Se utilizó el nivel de significación estadística $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

Predominó la etiología de la LM traumática, 36 pacientes para un 72 %; constituyeron los impactos por arma de fuego, lo que prevaleció en 20 pacientes para un 56 %, accidentes automovilísticos, 13 un 36 % e inmersión en aguas, 3 un 8 %. Se identificó la LM no traumáticas de etiología no infecciosa en 14 pacientes para un 28 %, tumor medular, 9 un 64 % y Mielomeningocele, 5 un 36 %.

Predominó el grupo LM traumática, el rango de edad de 19 a 29 años, con grado de escolaridad de técnico medio y preuniversitario. No se observaron diferencias significativas en los grupos, según el sexo, tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de LM traumática y no traumática

Variables demográficas		Lesionados medulares				Comparación de proporciones Valores de p
		Causa				
		Traumática		No traumática		
		N: 36	72 %	N: 14	28 %	
Rango de edad	19 a 29	14	38	6	43	0.41
	30 a 39	11	31	4	29	0.47
	40 a 49	11	31	0	0	-
	50 a 59	0	0	1	7	-
	60 a 69	0	0	1	7	-
	+70	0	0	2	14	-
Sexo	Femenino	6	17	5	36	0.24
	Masculino	30	83	9	64	0.11
Escolaridad	Primaria	1	3	3	21	-
	Secundaria	4	11	1	7	-
	Técnico medio	10	28	5	36	0.37
	Preuniversitario	13	36	1	7	-
	Universitario	8	22	4	29	0.39

Comparación de proporciones, Significativo $p \leq 0.05^*$. Leyenda (-) no se realiza el análisis estadístico por el tamaño de las observaciones

Desde el punto de vista psicológico se constató que 36 pacientes, 72 % presentaron un adecuado conocimiento de la enfermedad. Predominaron rasgos de personalidad no patológicos, 38 un 76 %; ausencia de ansiedad, 43 un 86 %, ausencia de depresión, 30 un 60 %; autoestima alta, 29 un 58 %, familias funcionales, 43 un 86 % y dependencia leve en las actividades de la vida diaria, 33 un 66 %, tabla 2.

Tabla 2. Características psicológicas de LM, traumática y no traumática según la etiología o causa

Variables psicológicas e indicadores		Lesionados medulares			
		Causa			
		Traumática		No traumática	
		N: 36	72 %	N: 14	28 %
Conocimiento de LM	Adecuado	28	78	8	57
	Sobrevaloración	3	8	2	14
	Subvaloración	5	14	4	29
Personalidad	Patológica	6	17	6	43
	No patológica	30	83	8	57
Ansiedad	Ausencia de ansiedad	32	89	11	79
	Leve ansiedad	4	11	3	21
Depresión	No depresión	25	69	5	36
	Depresión menor	10	28	6	43
	Menos que depresión mayor	1	3	3	21
Autoestima	Bajo	0	0	3	21
	Medio	14	39	4	29
	Alto	22	61	7	50
Apgar familiar	Funcionales	30	83	13	93
	Disfuncionales	6	17	1	7
Índice Katz	Leve	22	61	11	79
	Moderado	8	22	0	0
	Severo	6	17	3	21

Fuente: Resultados de las Escalas psicológicas

Los estilos de afrontamiento más utilizados por los pacientes fueron mixtos. No se observaron diferencias entre los estilos centrados en el problema y centrados en las emociones), tabla 3.

Tabla 3. Estilos de afrontamiento utilizados por los pacientes con LM

Estilos de afrontamiento	Media (\pm desviación estándar SD)	Valores de p
Centrados en el problema	2.0 (\pm 0.78)	0.10
Centrados en las emociones	2.2 (\pm 0.82)	

Fuente: Resultados de las Escalas psicológicas. Análisis estadístico: Diferencia entre dos medias. Significativo $p \leq 0.05^*$

A partir de la categorización de la capacidad de afrontamiento realizada en esta investigación, se constató mayor cantidad de casos con LM no traumáticas, en riesgo para la salud comparado con las traumáticas ($p=0.04$), tabla 4.

Tabla 4. Capacidad de afrontamiento de los LM traumática y no traumática

Capacidad de afrontamiento	LM traumática	LM no traumática	Valores de p
	No (%)	No (%)	
Adecuada	25 (69)	4 (29)	0.06
En riesgo para la salud	11 (31)	10 (71)	0.04*

Fuente: Resultados de las Escalas psicológicas. Análisis estadístico: Diferencia entre dos proporciones. Significativo $p \leq 0.05^*$

Se realizó una comparación entre los rangos de cada una de las variables analizadas en la investigación, según la etiología de la lesión y se identificaron diferencias en la depresión, el Índice de Katz y la capacidad de afrontamiento, tabla 5.

Correlación entre las variables de la investigación en los grupos de LM traumática y no traumática: En ambos grupos se obtuvo una relación negativa entre afrontamiento y personalidad (T $r=-0.67$ y no T $r=-0.54$).

Tabla 5. Comparación de las variables psicológicas entre las LM traumáticas y no traumáticas

Variables psicológicas	Lesionados medulares		Estadística		
	LM Traumática N: 36	LM No Traumática N: 14	U	Z	Valores de p
Conocimiento de LM	865.0000	410.0000	199.0000	-1.14516	0.145904
Personalidad	984.000	291.0000	186.0000	1.42605	0.053929
Ansiedad	898.500	376.5000	232.5000	-0.42133	0.671823
Depresión	785.500	489.5000	119.5000	-2.86290	0.003995*
Autoestima	961.000	314.0000	209.0000	0.92909	0.345022
Apgar familiar	887.000	388.0000	221.0000	-0.66981	0.486630
Índice de katz	1018.500	256.5000	151.5000	2.17148	0.026610*
Capacidad afrontamiento	815.000	460.0000	149.0000	-2.22550	0.009247*

Fuente: Programa estadístico Statistic 8.0. Estadística no paramétrica. Comparación de rangos, Mann-Whitney U test. Significativo $p \leq 0.05^*$

DISCUSIÓN

En esta investigación se identifican diferencias en la capacidad de afrontamiento entre los LM de etiología traumática y no traumática, se constatan las diferencias en depresión, dependencia a las actividades de la vida diaria y capacidad de afrontamiento.

Se identifica la causa no traumática, coincide con investigaciones⁽⁵⁾ que reportan que esta etiología ha incrementado su ocurrencia. Se hace alusión a la etiología infecciosa, causada

por virus, esta no es identificada en este estudio, puede estar vinculado con el muestreo de los casos en un corto tiempo.

Dentro de las complicaciones de la LM, los resultados coinciden con las dificultades esfinterianas, la espasticidad y el dolor. Algunos⁽¹⁵⁾ reportan que a medida que una persona alcance independencia funcional y el manejo de dolor en el proceso de rehabilitación, va a tener mejor adaptación a las consecuencias de una LM.⁽¹⁶⁾

El haber obtenido más del 50 % de los pacientes con un adecuado conocimiento de las LM es un aspecto que va a desempeñar un papel esencial en el proceso de afrontamiento, coincidimos con la idea que a mayor autoconocimiento la persona dispone de más herramientas para afrontar la situación estresante e incluso situaciones de cronicidad.⁽⁷⁾

Se reporta⁽¹²⁾ que la esperanza y el estilo de afrontamiento está determinado por el tipo de personalidad. Se considera que una personalidad saludable o sin trastorno, puede jugar un rol esencial en el proceso de adaptación a la LM, según la complicación que se presente.

En los pacientes evaluados, la autoestima se muestra de manera positiva, (autoestima media y alta) puede constituir un factor protector en el proceso de adaptación. Se destaca que el soporte social, la autoeficacia y la autoestima facilitan la comunicación e integración entre las personas con LM.⁽¹⁷⁾ La autoestima se asocia con la satisfacción en la vida, como una forma de predecir la esperanza en la recuperación de las pérdidas de una LM.^(8,11) Los autores consideran que las características de la personalidad juegan un papel primordial en la actitud hacia sí mismo y en los estados emocionales.

En las LM, se plantean dos modelos en el análisis de las emociones (modelo de las etapas y el modelo de las diferencias individuales). Predomina en la actualidad este último, donde la depresión y la ansiedad no siempre deben acompañar a los pacientes con LM.⁽¹⁸⁾

Los resultados obtenidos coinciden con lo expresado por los defensores del modelo actual;⁽¹⁸⁾ sin embargo, difieren con lo expuesto por los defensores del modelo de las etapas donde la reacción emocional es un elemento obligado en todo el proceso de adaptación a la LM.⁽¹⁹⁾ En los casos analizados el tiempo de evolución de la LM y las características de personalidad varían en los individuos, lo que puede influir en la aparición de estados emocionales negativos.

El haber encontrado en la casuística de este estudio una percepción de alta satisfacción con el funcionamiento familiar habla a favor del cumplimiento de las funciones básicas relacionadas con la organización familiar, los procesos interactivos, relacionales y la adaptación a los cambios. Entre otros aspectos, la familia constituye un punto de soporte que facilita la mejor adherencia al tratamiento en los LM.⁽²⁰⁾

La valoración de la dependencia a las actividades de la vida está vinculada con elementos objetivos (actividades que pueda realizar de forma independiente y con ayuda parcial) y subjetivos (percepción del sujeto). La interrelación entre estos factores lo ayuda a sentirse útil y retomar algunas de las actividades que realizaba antes de la LM. En este sentido se

reporta la pérdida de las capacidades en función del tipo de LM y la comorbilidad asociada.⁽²¹⁾

En el presente estudio se tiene en cuenta la comorbilidad psiquiátrica, en investigaciones posteriores deben analizarse otras, asociadas a la LM que puedan influir en el proceso de afrontamiento.

Los estilos de afrontamiento heterogéneos constituyen recursos cognitivos y conductuales que influyen en el éxito adaptativo, no obstante, se considera la necesidad de desarrollar un afrontamiento constructivo y positivo en la LM y sus cuidadores,⁽¹⁰⁾ deben enfocarse en las variables positivas, como la resiliencia.⁽²²⁾

Las comparaciones realizadas y las relaciones encontradas en este estudio en algunas de las variables psicológicas según la etiología de LM, adquieren importancia práctica y ayudan al proceso de rehabilitación personalizado, puede influir en la calidad de vida de estos.⁽³⁾

En investigaciones futuras se sugiere contar con mayor número de casos, incluir otras comorbilidades; realizar estudios longitudinales relacionados con el estilo de vida y la calidad de esta, como variables medidoras de la evolución del paciente.

Se concluye que se comprueban las diferencias en la capacidad de afrontamiento entre la lesión medular traumática y no traumática, estas repercuten en la presencia de depresión, en la dependencia de las actividades de la vida diaria y la capacidad de afrontamiento, este se relaciona con la personalidad y la lesión medular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chuang CH, Yang YO, Kuo LT. Finding a Way to Cope: a qualitative study of the experiences of persons with spinal cord injury. *J Neurosci Nurs* [Internet]. 2015 [citado 29 May 2020]; 47(6):313-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283493085_Finding_a_Way_to_Cope_A_Qualitative_Study_of_the_Experiences_of_Persons_With_Spinal_Cord_Injury/link/5c7f157792851c695058b879/download
2. Kennedy P, Kilvert A, Hasson L. A 21-year longitudinal analysis of impact, coping, and appraisals following spinal cord injury. *Rehabil Psychol* [Internet]. 2016 [citado 29 May 2020]; 61(1):92-101. Disponible en: <https://content.apa.org/record/2015-51746-001>
3. Gibbs K, Beaufort A, Stein A, Leung TM, Sison C, Bloom O. Assessment of pain symptoms and quality of life using the International Spinal Cord Injury Data Sets in persons with chronic spinal cord injury. *Spinal Cord Ser Cases* [Internet]. 2019 [citado 29 May 2020]; 5:32. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41394-019-0178-8.pdf>
4. GBD 2016 Traumatic Brain Injury and Spinal Cord Injury Collaborators. Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2020;18(1):56-87. doi: [http://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30415-0](http://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30415-0)
5. Wayne New PW, Biering-Sorensen F. Review of the History of Non-traumatic Spinal Cord Dysfunction. *Topics Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2017;23(4):285-298. doi: <https://doi.org/10.1310/sci2304-285>

- 6.Hancock KM, Craig AR, Chris T. The Influence of Spinal Cord Injury on Coping Styles and Self-Perceptions: a controlled study. Aust N Z J Psychiatry [Internet]. 1993 Sep 27(3):450-6. [citado 29 May 2020];307-12. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1080/00048679409075644>
- 7.Ortega AJ. Estrés, salud, sexualidad. La Habana: Editorial Capitán San Luis; 2009.
- 8.Smedema SM. Evaluation of a concentric biopsychosocial model of well-being in persons with spinal cord injuries. Rehabil Psychol [Internet]. 2017 [citado 29 May 2020]; 62(2):186-97. Disponible en: <https://content.apa.org/record/2017-22652-003>
- 9.Jiménez LM, Ramón EL, Gelaver CA, Falero JR, Pensado J. Metodología para el perfeccionamiento del tratamiento de hidrocinesiterapia al lesionado medular del Hospital Nacional de Rehabilitación 'Julio Díaz'. EFDeportes.com, Revista Digital[Internet]. 2012[citado 29 May 2020]; 17(175). [aprox. 9 p.] Disponible en <https://www.efdeportes.com/efd175/hidrocinesiterapia-al-lesionado-medular.htm>
- 10.January AM, Kelly EH, Russell HF, Zebracki K, Vogel LC. Patterns of coping among caregivers of children with spinal cord injury: Associations with parent and child well-being. Fam Syst Health [Internet]. 2019[citado 29 May 2020];37(2):150-61.Disponible en: <https://content.apa.org/record/2019-32072-002>
- 11.Phillips BN, Smedema SM, Fleming AR, Sung C, Allen MG. Mediators of disability and hope for people with spinal cord injury. Disabil Rehabil [Internet]. 2016[citado 29 May 2020];38 (17): 1672-83. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2015.1107639>
- 12.Dorsett P, Geraghty T, Sinnott A, Acland R. Hope, coping and psychosocial adjustment after spinal cord injury. Spinal Cord Ser Cases[Internet]. 2017 [citado 29 May 2020] 21(3):17046. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607448/pdf/scsandc201746.pdf>
- 13.Capítulo 3. Instrumentos de evaluación psicológica. En: López Angulo LM. Compendio de instrumentos de evaluación psicológica [Internet]. La Habana: Ecimed; 2010 [citado 29 May 2020] p. 312-16. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/compendio_instrumentos/compendio_instrumentos_completo.pdf
- 14.Zaldívar Bermúdez M, Morales Chacón LM, Fernández Martínez E, Quintanal Corder N. Capacidad de afrontamiento y calidad de vida de pacientes con epilepsia fármaco resistente tratados con lobectomía temporal. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía [Internet]. 2018[citado 29 May 2020];8(1):1-25. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/270/445>
- 15.Adams M, Weatherall M, Bell E. A cohort study of the association between psychosocial factors and pain in patients with Spinal Cord Injury and Stroke. Neuro Rehabilitation[Internet]. 2019[citado 29 May 2020];45(3):419-27. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.3233/NRE-192872>
- 16.Galvis Aparicio M, Carrard V, Morselli D, Post MWM, Peter C; SwiSCI Study Group. Profiles of Psychological Adaptation Outcomes at Discharge From Spinal Cord Injury Inpatient Rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil[Internet]. 2020 [citado 29 May 2020]; 101(3):401-11. Disponible en: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(19\)31112-8/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(19)31112-8/fulltext)
- 17.Gupta S, Jaiswal A, Norman K, DePaul V. Heterogeneity and Its Impact on Rehabilitation Outcomes and Interventions for Community Reintegration in People With Spinal Cord Injuries: an integrative review. Top Spinal Cord Inj Rehabil Spring [Internet]. 2019 [citado 29

- May 2020];25(2):164-85.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6496968/pdf/i1082-0744-25-2-164.pdf>
- 18.Aguado AL, Alcedo MA. Las estadísticas españolas de minusválidos físicos: Una revisión crítica. Análisis y modificación de conducta[Internet]., 1990 citado 29 May 2020]; 16 (50): 507-48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7088266>
- 19.Antonak RR, Livneh H. A hierarchy of reactions to disability. International Journal of Rehabilitation Research, 1991; 14 (1), 13-24.
- 20.Serpanou I, Sakellari E, Psychogiou M, Zyga S, Sapountzi-Krepia D. Physical therapists' perceptions about patients with incomplete post-traumatic paraplegia adherence to recommended home exercises: a qualitative study. Braz J Phys Ther[Internet]. 2019 [citado 29 May 2020]; 23(1):33-40. Disponible en: <http://www.rbf-bjpt.org.br/en-physical-therapists-perceptions-about-patients-articulo-S1413355517302708>
- 21.Patarraia A, Crevenna R. Challenges in rehabilitation of patients with nontraumatic spinal cord dysfunction due to tumors: A narrative review. Wien Klin Wochenschr[Internet]. 2019 [citado 29 May 2020];131(23):608-13. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6908546/pdf/508_2019_Article_1528.pdf
- 22.Rohn EJ, Nevedal AL, Tate DG. Narratives of long-term resilience: two cases of women aging with spinal cord injury. Spinal Cord Ser Cases[Internet]. 2020 Abr 17 [citado 29 May 2020];6(1):23. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165166/pdf/41394_2020_Article_267.pdf

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

Citar como: Zaldivar Bermúdez M, Hernández González E, Zamora Pérez F, Martínez Rodríguez M. Capacidad de afrontamiento, en los pacientes con lesión medular de etiología traumática y no traumática. Medimay [Internet]. 2021 Jul-Sep[citado: fecha de citado];28(3):323-35.Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1631>

Contribución de autoría.

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

Autor	Contribución
Lic. Marilyn Zaldivar Bermúdez	Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación redacción (borrador original, revisión y edición).
Dra. Elizabeth Hernández González	Conceptualización, redacción (borrador original, revisión y edición).
Dra. Francisca Zamora Pérez	Conceptualización, redacción (borrador original, revisión y edición).
Lic. Maidel Martínez Rodríguez	Análisis formal y redacción (borrador original, revisión y edición).

Este artículo se encuentra protegido con [una licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.

