

El rol del psicólogo en la Unidad de Lesionados Medulares

José R. SALAS MARQUEZ

Hospital Universitario «Virgen del Rocío». Sevilla

Resumen

La labor psicológica en la Unidad de Lesionados Medulares no es tenida en cuenta a pesar de que su importancia es crucial para la rehabilitación de este tipo de pacientes. Hasta ahora tan sólo se han considerado los aspectos físicos, dejando a un lado los psicosociales. Sin embargo, el ajuste psicológico del paciente es el factor crítico determinante del éxito de su rehabilitación.

Actualmente no existe un programa de rehabilitación psicológica en la Unidad de Lesionados Medulares, sin embargo, con el desarrollo de éste, el psicólogo estará en disposición de poder enseñar al lesionado medular a enfrentarse con la inferioridad que siente en un mundo de personas «enteras». Se defiende que con el trabajo psicológico se puede establecer una gran diferencia entre lo que se piensa que puede hacer un lesionado medular y lo que realmente puede lograr.

Palabras clave: Lesión medular, paraplejia, tetraplejia, rehabilitación, ajuste psicológico.

Abstract

Although psychological intervention in the Spinal Cord Injury Unit is crucial for the rehabilitation of this kind of patient, it is not taken into account. Until now only the physical aspects have been considered, leaving aside the psychological and social ones. However, the psychological adjustment of the patient is the critical determining factor in the success of his rehabilitation.

At the present moment, there is no psychological rehabilitation programme in the Spinal Cord Injury Unit. However, with the development of this programme, the psychologist will be able to teach the spinal cord injured to deal with the inferiority he feels in a world of «whole» persons. We are convinced that with a psychological intervention it is possible to establish a difference between what is believed a spinal injured person is able to do and what he can actually achieve.

Key words: Spinal cord injury, paraplegia, tetraplegia, rehabilitation, psychological adjustment.

En este trabajo se pretende evidenciar el importante papel que el psicólogo puede desempeñar en la Unidad de

Lesionados Medulares, ejerciendo como consejero del equipo rehabilitador físico, como investigador del proceso de

rehabilitación, de evaluador de la fortaleza y habilidad del paciente y como confidente de éste (Trieschmann, 1978-79).

El ajuste psicológico, más que la capacidad intelectual o grado de aceptación de dicha lesión, es el factor crítico determinante del éxito de la rehabilitación. Actualmente, no existe referencia expresa de un programa de rehabilitación psicológica en la Unidad de Lesionados Medulares que proporcione al sujeto las estrategias adecuadas para lograr ese ajuste, sin embargo, con la creación y desarrollo de ese programa, el psicólogo estará en disposición de poder enseñar al paciente a enfrentarse con la inferioridad que siente en un mundo de personas «enteras».

La confección de un programa de actuación psicológica en una Unidad de Lesionados Medulares es algo sumamente complejo, ya que la labor del psicólogo no se puede regir por unos patrones delimitados, sino que tiene que ir adaptándose a las necesidades del paciente en todo momento. Todo el trabajo psicológico de varios días puede verse interrumpido en un momento por cualquier circunstancia no controlada, que influye en el sujeto y que obligará a empezar nuevamente todo el proceso con el agravante del problema ocasionante del retraso.

No obstante, se pueden dar algunas pautas de conductas a seguir en la Unidad con cada uno de los núcleos que interactúan en ella influyendo en la rehabilitación, con lo que se pueda confeccionar un programa de trabajo, más o menos estructurado, el cual deberá seguirse con la debida flexibilidad, ya que como se apuntó anteriormente, habrá

que condicionarlo en todo momento a las exigencias del estado del paciente.

Estamos convencidos de que con el trabajo psicológico se puede establecer una gran diferencia entre lo que se piensa que puede hacer un lesionado medular y lo que realmente puede lograr.

Conceptos básicos

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

En este trabajo se empleará el concepto de lesionado medular a fin de englobar tanto a los sujetos parapléjicos como a los tetrapléjicos, así como a los demás tipos de afectaciones medulares (aunque existen notables diferencias como veremos a continuación), y por considerarlo suficientemente específico, no peyorativo y representativo de lo que queremos enunciar, como es la patología que presentan las personas con este tipo de afectación, y dejaremos el término discapacidad para cuando hablemos de las consecuencias de la deficiencia desde el punto de vista de las capacidades o posibilidades de actuación referentes a

la rehabilitación; y los de minusvalía e invalidez cuando nos refiramos a los aspectos laborales y legales.

La voz *paraplejía* se emplea comunemente para designar la parálisis de los miembros inferiores, pero su interpretación más correcta es la *parálisis más o menos completa de partes simétricas*.

El parapléjico es una persona que a consecuencia de una lesión de la médula espinal, sufre una parálisis de la musculatura localizada por debajo de la lesión, una pérdida de la sensibilidad al tacto, al dolor y a la temperatura y una pérdida de las funciones vegetativas (vejiga, intestino, función sexual, etc.).

Sus causas pueden ser no sólo traumatismos vertebrales, sino también traumatismos cráneo encefálicos, tumores, infecciones y enfermedades vasculares de la médula; dependiendo el grado de esta parálisis de la amplitud de la lesión que ha afectado a la médula.

Generalmente, cuando nos referimos en forma coloquial a estos pacientes lo hacemos con el nombre de parapléjicos, aunque podemos distinguir dos tipos de afectación según la altura de la lesión medular:

- *Tetraplejía*: es la parálisis que afecta en mayor o menor medida a las cuatro extremidades y también recibe el nombre de cuadriplejía. En este síndrome, la médula espinal se halla lesionada a nivel de la columna cervical, ocasionando parálisis de los brazos, dedos, tronco, pelvis, piernas y pies.
- *Paraplejía*: es la parálisis bilateral de las extremidades inferiores. Según la altura de la lesión, la parálisis puede extenderse a gran parte del tronco, incluyendo la pelvis, las piernas y los pies.

Igualmente determinado por el nivel de la lesión, siguiendo a Searle (1975), en ambos síndromes se producen otras alteraciones como:

- a) Falta de control de esfínteres con la incomodidad física, psíquica y social que ello representa.
- b) La disregulación del Sistema Nervioso Vegetativo que se manifiesta por crisis vasomotoras y de sudoración.
- c) Alteraciones del tono muscular, con espasmos frecuentes.
- d) Riesgo de complicaciones urinarias y respiratorias.
- e) Perturbaciones de la función sexual.

Entre los lesionados medulares podemos también encontrarnos otros tipos de parálisis, dependiendo del grado de afectación medular que presente el sujeto. Y así tenemos:

- *Tetraplejía incompleta*: cuando la lesión medular no es completa, estando afectados solamente algunos grupos musculares y sensitivos de las cuatro extremidades.
- *Paraplejía incompleta*: igual que la anterior, pero la lesión sólo afecta a los miembros inferiores.
- *Tetraparesia*: cuando la lesión no es completa y afecta solamente a algún grupo muscular en las cuatro extremidades pero no así a la sensibilidad.
- *Paraparesia*: igual que la anterior pero que afecta solamente a las extremidades inferiores.
- *Hemiplejía*: parálisis de un brazo y de una pierna del mismo lado.

- *Monoplejía*: parálisis limitada a un solo miembro.

La Unidad de Lesionados Medulares

La Unidad de Lesionados Medulares es el lugar donde se reciben, se controlan, se cuidan y se rehabilitan a las personas que han sufrido una lesión medular. Aquí se reúnen una serie de profesionales, cada uno con sus misiones específicas, que tratan de hacerle al paciente su estancia lo más efectiva, agradable y cómoda posible, a fin de poder desarrollar al máximo el proceso de rehabilitación.

Una serie de aspectos generales a tener en cuenta y que afectan directa y positivamente la rehabilitación, pueden ser los siguientes:

1. Disponer del suficiente espacio físico para las camas de que consta la Unidad, evitando en todo momento la masificación.
2. Suficiente personal para evitar el exceso de trabajo y que esto pueda repercutir negativamente en los pacientes.
3. Personal suficientemente especializado, motivado y capacitado, dadas las características de este tipo de pacientes.
4. Aparatos y tecnología adecuados y suficientes.
5. Criterios de alta con buen margen de seguridad, no sólo física sino también psicológica y social.
6. Hábitat suficientemente soleado y aireado.
7. Posibilidad de acceso fácil a zonas abiertas.

Estos son algunos de los condicionantes, que teniéndolos en cuenta pueden mejorar la calidad de la rehabilitación. Indudablemente, esta lista se puede aumentar y de hecho es recomendable realizar un estudio para analizar otra serie de factores que podrían sumarse a los descritos y que conjuntamente hagan que la estancia del paciente en la Unidad sea lo más adecuada y rentable posible.

En cuanto al componente humano de la Unidad, podemos establecer tres grandes núcleos bien diferenciados que interactúan y que son preciso estudiar, tanto aisladamente, como en esas interacciones.

Estos núcleos son:

A) *Pacientes.*

Constituye un grupo relativamente homogéneo en cuanto a la patología que presentan, aunque hay diferencias significativas en otros aspectos, como pueden ser el sexo, edad, nivel de la lesión, causa de la lesión, nivel socio-económico, nivel cultural, personalidad, etc.

Sea como fuere, en todos estos pacientes se van a dar una serie de factores o condiciones que hacen que la labor psicológica vaya encaminada en gran medida a paliar las anomalías producidas por dichos factores y que pueden repercutir negativamente en la rehabilitación. Estos son:

- 1) *Dependencia*: es una situación que se da en toda discapacidad y que se puede traducir en dos actitudes con respecto a las personas que rodean al paciente, el cual las puede percibir como benefactores o bien como agentes represores con autoridad.

- 2) *Pérdida de control*: La propia dependencia de fármacos y actuaciones sanitarias hacen que el paciente se sienta en manos de otros, con la convicción de que su bienestar dependerá de las acciones y medidas que adopten otras personas. Esto hará que pierda el control de su propia vida con las consiguientes reacciones que ello conlleva.
- 3) *Cambio en las normas de comportamiento*: el estar enfermo y tener que permanecer en el hospital, hacen que el paciente experimente un cambio en sus expectativas y en su propio rol, que en la mayoría de los casos es de pasividad, supeditándose en todo momento a las órdenes de los profesionales.
- 4) *Miedo*: lo imprevisto, la incertidumbre de su recuperación hacen que estos pacientes sientan un gran temor, que se puede generalizar a multitud de situaciones, desde la muerte, al dolor, pasando por el miedo a las intervenciones, a la soledad, a estar encerrado, etc.
- 5) *Preocupación por las respuestas de otras personas*: la separación de su mundo habitual y de los seres queridos, aunque vayan a visitarlo, hacen que el paciente se sienta preocupado por el posible cambio que encontrará cuando sea dado de alta y tenga que reincorporarse a la vida social, pero con sus limitaciones impuestas por la lesión.

Además de estos factores, hay que tener en cuenta otras reacciones que se

dan en el lesionado medular y que el psicólogo deberá descubrir para tratar a tiempo, o mucho mejor sería la prevención de estas reacciones, que aunque para algunos autores (Bravo y Jara, 1987; Hohmann, 1975; Muñoz Rivero, 1970) son necesarias para el ajuste psicológico de estos enfermos, no dejan de ser distorsionantes, sobre todo si se prolongan demasiado, por lo que podrían reducirse al mínimo a fin de que el sufrimiento fuese menor y el ajuste mucho más rápido. Estas reacciones son:

- a) *Schok emocional*. El Yo se defiende del ataque contra su seguridad o integridad mediante un bloqueo emocional, bien por medio del pánico o por medio de la pasividad. La mayoría de los pacientes manifiestan el pánico con llantos e histeria. La histeria y el pánico se pueden calmar hablándoles con amabilidad y autoridad repetidamente.

Es vital informar al paciente para ayudar en su control, para ello es eficaz, en caso de que tenga lagunas de lo que le sucedió, hablarle sobre lo sucedido antes, durante y después del accidente (si es que fue éste el origen de la lesión), para ayudarle a contactar con la realidad objetivamente.

- b) *Negación*. Es también una defensa contra el trauma. Es una espera hasta que el Yo esté preparado para dar una solución. Si se prolonga demasiado este período puede interferir el proceso de rehabilitación. En algunos pacientes puede durar toda la vida en forma de esperanza de un milagro; no

quieren ver ni saber la verdad de su paraplejia y no le preguntan al médico directamente sobre su pronóstico, sin embargo lo hacen a otras personas, como celadores, asistentes sociales o A.T.S. El paciente en esta situación debe ser ayudado a trabajar con la realidad presente.

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

c) *Angustia*. Cuando el paciente pierde la habilidad de seguir negándose a admitir su desgracia, puede aparecer la angustia en forma de ira o encolerizamiento. En este momento se debe procurar dirigir adecuadamente esta ira para que no entorpezca el tratamiento, ya que puede recaer sobre sí mismo, las personas que le rodean o la misma vida.

d) *Depresión*. Representa la reacción ante la desgracia. Consiste en un período de melancolía activa que el paciente experimenta al enfrentarse con la realidad abrumadora de su paraplejia.

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

Durante el estado depresivo, el paciente puede manifestar abiertamente su pena y desesperación, gritando y lamentando al mismo

tiempo que nada ni nadie puede ayudarle, o también esconderse de los demás para sufrir a solas, rechazando cualquier tipo de ayuda.

La aceptación de los sentimientos del paciente como persona y sin establecer diferencias por motivos de su incapacidad, es fundamental para ayudarlo a soportar su depresión con el propósito de que consiga un nuevo sentido de su propia existencia, sentido basado en su propia valía personal. Se debe trabajar activamente en la búsqueda de su propia realidad. Se le debe permitir retirarse para estar solo si así lo desea, pero cuidando de estar a mano para en caso de que desee expresar sus sentimientos, tenga alguien en quien apoyarse. El paciente necesita que haya alguien con él, para así evitarle el sentimiento de que es rechazado por los demás, lo que daría lugar a un reforzamiento de su introversión y apartamiento.

Durante el período crítico es cuando más importancia tienen los aspectos psicológicos, tanto para superar las crisis como para pasar al subsiguiente y largo período de ajuste.

A la hora de establecer tratamientos y fines durante esta fase, se debe tener muy en cuenta las reacciones de los pacientes, familia y *staff* profesional.

e) *Ajuste*. Si las reacciones anteriores se resuelven normalmente, llegamos a la última que llamaremos de ajuste o adaptación.

Existe ajuste o adaptación cuando la persona es capaz de aceptar sus propias limitaciones. Esta reacción hace que el paciente se identifique con todas las limitaciones que lleva consigo la lesión medular y aproveche todas las posibilidades que tiene, quedando dichas limitaciones reducidas a lo estrictamente impuesto a su lesión medular.

Es labor del psicólogo, que ha trabajado con el paciente durante todas las fases reactivas, el potenciar este ajuste y hacerlo lo más efectivo posible.

Sin embargo, es imprescindible contar con la ayuda no sólo del enfermo, sino también del medio socio-familiar de éste, por lo que la acción psicológica irá asimismo encaminada a favorecer este medio mediante el trabajo con la familia del paciente para que una vez dado de alta hospitalaria pueda integrarse con las máximas garantías de adaptación.

B) Familiares.

La familia es la base de la sociedad y en la que se forma la personalidad de los individuos. Pero la familia es también un sistema que funciona con sus propias leyes y en la que se establecen unas normas que son las seguidas para mantener un equilibrio que asegure la unidad de ésta. Cualquier cambio que se produzca dentro de ella, va a presentar un peligro para ese equilibrio interno, por lo que la familia reaccionará para que todo vuelva a la normalidad. Pero cada familia tiene normas diferentes y reaccionará de forma distinta, tanto conjun-

ta como individualmente cada uno de sus miembros.

La adaptación al cambio producido depende del tipo de familia, pudiéndose clasificar en dos tipos: 1^a) Familias flexibles o abiertas..2^a) Familias rígidas o cerradas.

Según a que tipo pertenezca, la adaptación del lesionado medular será más o menos rápida y/o efectiva y sus reacciones diferirán de una a otra.

Ante una situación tan grave como la paraplejia de uno de sus miembros, el sistema familiar se va a alterar globalmente, por lo que el problema afectará a la totalidad de sus componentes, haciéndose necesario una serie de cambios en su dinámica.

En las familias abiertas o flexibles, se reconoce que el problema ha producido unas modificaciones en su estructura, a las cuales es necesario adaptarse a fin de que el grupo continúe su evolución normal.

En las familias cerradas o rígidas, cuando el equilibrio aparente se ve amenazado, se genera una actitud de rechazo ante la enfermedad y el sujeto que la padece, o también puede suceder que la enfermedad quede incluida dentro de la propia estructura familiar, convirtiéndose en la base para el equilibrio y la dinámica de ésta.

Independientemente del tipo de familia a que pertenezcan, durante los primeros días de ingreso, los familiares pueden mostrar un sentimiento de desesperanza incluso mayor que el propio paciente. Sus emociones aumentan al sentirse marginados e impotentes ante la situación de su ser querido. En esta situación es crucial facilitarles la comunicación de sus sentimientos y el desaho-

go verbal. También puede ser muy positivo el darles la oportunidad de tomar decisiones y llevar a cabo acciones concretas que haga que se reduzca su sensación de inutilidad. Sin embargo, alguno de ellos será incapaz de realizar acción alguna debido a su estado de dependencia psicológica, por lo que requerirá mayor atención por parte del psicólogo.

En estos momentos, según Weller y Miller (1977), se pueden dar dos tipos de comportamientos en algunos familiares:

- Una preocupación excesiva (paseos continuos, preguntas reiterativas al personal sanitario y signos evidentes de gran nerviosismo).
- Huida del hospital como medio de evitar la gran angustia de su impotencia.

En ambos casos, pueden perjudicar al enfermo si entran en contacto con él, por lo que es importante que se regulen las visitas y que éstas sean limitadas a fin de asegurar la tranquilidad del paciente.

Durante el período de negación, el paciente puede conseguir de los familiares una cierta complicidad. El psicólogo deberá trabajar con los familiares para conocer sus reacciones emocionales y ayudarles a que las descarguen.

Cuando el paciente se da cuenta de su impotencia, frecuentemente arranca en accesos de ira que descarga sobre sus familiares y personas que están más cerca de él y de las cuales depende. La respuesta frecuente por parte de éstos es de tomar el ataque como algo personal, mostrando asimismo sentimientos de culpa, insuficiencia e incluso enfado. Esto no debería producirse, ya que sería

el reflejo de la angustia del propio paciente. La participación conjunta del personal en la búsqueda de soluciones al analizar el caso, sería efectiva. El psicólogo, en estos casos, debe analizar la situación y buscar la forma de trasladar la agresividad hacia comportamientos más positivos y adaptativos.

La fase depresiva es la que más ansiedad genera en los que rodean al lesionado medular. Se producen sentimientos de culpa, desesperanza, exagerado sentimiento de responsabilidad, frustración, etc. Los familiares necesitan en estos momentos tanta ayuda como el propio paciente.

El trabajo psicológico con los familiares es de vital importancia para el buen funcionamiento de las relaciones de éstos con el paciente y de la correcta evolución de éste hacia el ajuste, ya que influyendo en los familiares y dirigiéndoles correctamente en sus comportamientos, se va a beneficiar a la vez el propio desarrollo del paciente.

C) Personal asistencial.

Se incluyen aquí el conjunto de personas que colaboran en la atención y cuidados del paciente en la Unidad. Hasta ahora, la figura del psicólogo no se ha contemplado en las Unidades de Lesionados Medulares, a pesar de que su presencia es indispensable para la completa rehabilitación de estos pacientes.

El ambiente de la Unidad está cargado de emociones y actitudes negativas e incluso hostiles, que hacen imprescindible la existencia del psicólogo en estos centros, el cual debe saber analizar y convertir esa actitud negativa en motor favorable para la rehabilitación. Además, como hemos apuntado anteriormente, la

labor psicológica tendrá que ampliarse a la familia, ya que del buen funcionamiento de ésta depende en gran manera el éxito de la rehabilitación. Por último, las actuaciones del psicólogo deben abarcar también al *staff* profesional, con el cual deberá estar en estrecha relación de cooperación y actuar como consejero de todo el equipo de rehabilitación.

En este núcleo se engloban:

1) *Personal médico*. Es el encargado de los controles neurológicos y vigilancia del organismo del enfermo. Además de poseer suficiente experiencia médica, sobre todo en este tipo de patología, debe ser capaz de dirigir y sintetizar los esfuerzos de los demás núcleos profesionales que participan de forma activa en la rehabilitación del paciente. La cooperación entre psicólogo y médico debe ser estrecha ya que ambos se complementan. El médico debe ofrecer el diagnóstico, el estado actual del paciente, las limitaciones y precauciones que deben observarse, el pronóstico, los resultados obtenidos y la frecuencia y duración del tratamiento. Pero todo esto, muchas veces, se ve alterado y retrasado por la situación psicológica del lesionado medular, por lo que el psicólogo deberá ofrecer al médico un estudio detallado del estado psíquico del paciente, su personalidad, motivaciones, actitudes, fase reactiva en la que se encuentra, psicoterapia seguida y todos los aspectos psicológicos que le estén afectando y que el médico debe conocer y tener en cuenta para la correcta valoración de todo el proceso rehabilitador.

El psicólogo deberá vigilar pues, las variaciones emocionales que se produzcan en el paciente y ponerlas en conocimiento del médico.

2) *Personal de enfermería*. Está compuesto por los A.T.S. (Ayudantes Técnicos Sanitarios) y/o D.U.E. (Diplomados Universitarios de Enfermería). Es este personal el que con mayor frecuencia y de forma más prolongada establece contactos directos con los pacientes, por lo que el estudio de este estamento profesional es especialmente interesante ya que es considerado por el enfermo como el que más le ayuda durante su estancia en el hospital.

Las labores que ejercen con respecto al paciente son múltiples y muy variadas, entre otras muchas tenemos la vigilancia de las constantes vitales, la administración de los cambios posturales, la realización de los balances hídricos, administración de la medicación y alimentación, entrenamiento de vaciado de vejiga por el arco reflejo, entrenamiento del intestino, etc.

Al ser los profesionales que están durante más tiempo al lado del paciente, son los que más al tanto están de los problemas que presenta, de sus inquietudes y angustias y, en la medida de sus fuerzas y posibilidades, en ausencia del psicólogo, es el que realiza la labor psicológica, más intuitivamente que de una manera formal y sistematizada. Es necesario por tanto que esté informado del estado psicológico de todos ellos, ya que esto ayudará extraordinariamente en su labor, por cuanto que un estado emocional no previsto y conocido puede entorpecer todo el trabajo. El A.T.S./D.U.E. pondrá en conocimiento del psicólogo esta situación, para que éste, con el estudio y tratamiento oportuno, pueda sacarlo de tal estado e integrarlo nuevamente al proceso normal de rehabilitación.

Además, el A.T.S./D.U.E. debe continuar la labor psicológica en ausencia del psicólogo, potenciando y alentando al paciente en aquellos aspectos detectados y que le ayuden a seguir optimista en su evolución.

3) *Fisioterapeutas*. Son los encargados de la rehabilitación física de los pacientes y su función, por tanto, considerada como muy importante por éstos, ya que de su trabajo dependerá el grado de perfección que consigan lograr en su cuerpo dañado.

Algunos de los actos fisioterapéuticos son: el cuidado de las vías respiratorias, entrenamiento muscular, movilización pasiva intensa de las articulaciones por debajo de la lesión y entrenamiento activo de la musculatura sana, etc. El fisioterapeuta debe contribuir a la restauración física del paciente, pero para el logro efectivo de esta meta, éste debe encontrarse en unas condiciones psicológicas lo mejor posibles, labor que el psicólogo debe realizar y tener al corriente al fisioterapeuta para que pueda trabajar según qué aspectos en ese determinado momento.

El fisioterapeuta podrá informar de la forma en que realiza el paciente su trabajo, las dificultades motivacionales que encuentra y los impedimentos psicológicos que se presenten durante las sesiones de rehabilitación física, a fin de que el psicólogo pueda actuar en dichos aspectos.

Uno de los problemas más graves del lesionado medular es el dolor. El tratamiento fisioterapéutico puede aliviarlo, pero este dolor a veces está sostenido y aumentado por cogniciones que el psicólogo debe analizar y establecer la oportuna terapia complementaria a la física.

4) *Terapeutas ocupacionales*. Es igualmente indispensable en la Unidad. Debe poseer profundos conocimientos de la capacidad laboral en relación con los diferentes grados de disminución física y el ritmo de entrenamiento en general. Conociendo la fisiología del trabajo y la capacidad del paciente, debe dar una orientación eficaz para evitar la fatiga innecesaria y el exceso de cuidados. El terapeuta ocupacional selecciona las ocupaciones que considere apropiadas para el estado físico y psicológico del paciente, por lo que el psicólogo deberá aportarle dicho estado mediante una historia clínica completa, así como orientar acerca de las actitudes de cada enfermo para el aprendizaje de un trabajo.

5) *Asistentes sociales*. El asistente social se ocupa de la relación entre el paciente y su ambiente familiar y laboral. Es sumamente importante su labor en aportar datos referentes a estos factores para el diagnóstico adecuado a una correcta terapia, así como para el pronóstico. Debe poseer el asistente social un profundo conocimiento de las relaciones humanas, así como poseer una personalidad lo suficientemente estable como para hacer frente a los aspectos negativos que se le presenten en su intento de integración del lesionado medular a la vida cotidiana. El psicólogo puede obtener valiosas informaciones por parte del asistente social respecto al pasado del paciente, a su familia y a sus problemas, tanto de relación como financieros, que van a influir en su rehabilitación. Asimismo, el psicólogo debe suministrar al asistente social datos referentes al estado psicológico del paciente que le ayuden en su orientación para la elección de empleo o dirección de su vida laboral.

6) *Auxiliares de enfermería.* El trabajo que desempeñan en la Unidad es el de apoyo al A.T.S./D.U.E., realizando tareas como la del aseo general del paciente, alimentación, etc., así como el trato humano que durante este contacto y servicio proporcionan. Dado el trabajo tan íntimo que realizan con estos pacientes y la gran cantidad de tiempo que están a su lado, este personal es muy querido y valorado por ellos, por lo que es muy importante que el psicólogo tenga conocimiento de estas relaciones y de las posibles alteraciones que se produzcan en ellas, ya que pueden influir notablemente en el estado emocional del paciente, tanto positiva como negativamente.

La rehabilitación

Actualmente, la rehabilitación del lesionado medular se centra casi exclusivamente en el aspecto físico, relegando los aspectos psicológicos y sociales a un segundo plano, tocados somera e intuitivamente por el personal de enfermería en su contacto diario con el enfermo.

La rehabilitación, sin embargo, no debe limitarse solamente a la reeducación funcional del aparato locomotor, de los trastornos vesicales, etc., sino que debe considerar al individuo en su totalidad, dependiendo el éxito de su reintegración de la capacidad de adaptación psicoafectiva del paciente a su hándicap y del apoyo moral que consiga de su entorno, es por esto que las relaciones entre el paciente y el medio hospitalario van a ser de gran importancia en el buen funcionamiento y resultados del programa de rehabilitación. Es evidente la falta de comunicación entre el personal

asistencial y los familiares, que generalmente están excluidos en el programa de rehabilitación, por lo que este aspecto debe tenerse en cuenta, ya que a la postre es la familia quien va a convivir con el paciente cuando sea dado de alta en el hospital.

Otro aspecto no menos importante es el de la participación del propio paciente en su rehabilitación. Los pacientes, en la mayoría de los casos, son tratados como niños, sin ningún tipo de responsabilidad ni posibilidad de influir en decisiones sobre sus propias actividades sociales y recreativas (Prieto, Santo y Baca, 1977). Para Willard y Spackman (1973), la rehabilitación no es un procedimiento *per se*, sino una filosofía, que trata de que el paciente pueda conseguir la máxima recuperación independientemente de la causa de su afección, considerándose no sólo los aspectos médicos, sino también los aspectos psicológicos y vocacionales.

Asimismo, Muñoz Rivero (1970) afirma que para que la rehabilitación sea completa, además de la física se debe lograr la recuperación moral y afectiva de los paraplégicos. Y para lograr esto, hay que realizar un estudio de:

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

Y para esto debe colaborar estrechamente todo el personal en íntima y estrecha cooperación. Una rehabilitación que no contemple todos y cada uno de estos aspectos no podrá ser considerada como tal, ya que los pacientes no recibirán la plena asistencia que necesitan.

Conclusiones

En definitiva, la actuación del psicólogo en la Unidad de Lesionados Medulares está encaminada a:

- Analizar los factores psicológicos del paciente, tanto los rasgos característicos de su personalidad como su estado actual, para detectar posibles alteraciones psicológicas desadaptativas, tratarlas y transformarlas en comportamientos positivos y efectivos para la adecuada rehabilitación del paciente.
- Asistir al paciente para favorecer el proceso de desarrollo normal o la aplicación más adaptativa de las tareas de desarrollo.
- Lograr establecer unas metas o expectativas congruentes y posibles de acuerdo con las capacidades de cada persona, que hagan que ésta se sienta capaz de realizarlas.
- Cambiar los pensamientos erróneos del paciente cuando se produzcan, por otros más lógicos y adaptativos.
- Trabajar con los familiares para conocer sus reacciones emocionales y ayudarles a que las descarguen, ya que influyendo en ellos y dirigiéndoles correctamente en sus comportamientos, se va a beneficiar a la vez el propio desarrollo del paciente.

- Asesorar al equipo rehabilitador en todo lo que concierne a los factores psicológicos que influyen en la rehabilitación del lesionado medular.

- Investigar en el proceso de rehabilitación a fin de conseguir descubrir datos cada vez más precisos para poder aplicar los resultados obtenidos y lograr una rehabilitación más completa y efectiva.

Estos son los principales objetivos que debe tener en cuenta el psicólogo para una correcta rehabilitación del lesionado medular. Confiamos que muy pronto, su labor sea considerada como imprescindible y se produzca su inclusión en todas las Unidades de Lesionados Medulares, por el bien de los enfermos y de la propia sociedad.

Referencias

- AGUADO DIAZ, A.L. (1991). *Psicopatología de las deficiencias*. Proyecto Docente. Universidad de Oviedo.
- BRAVO PAYNO y JARA SANZ. (1987). Las alteraciones psicológicas de los lesionados medulares y su tratamiento. *Rehabilitación*, 21 (1), 13-18.
- HOHMANN, G.W. (1975). Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person. *Clinical Orthopaedic and Related Research*, 112, 81-88.
- MUÑOZ RIVERO, E. (1970). *Los factores psicológicos de la paraplejía en la rehabilitación del parapléjico*. Curso Simposium del Ministerio de Trabajo. I.N.P. Madrid: Ciudad Sanitaria La Paz.

- PRIETO, L.; SANTO, J. y BACA, E. (1977). *Rehabilitación*. Madrid: Asociación Iberoamericana de Rehabilitación.
- SEARLE, J.A. (1975). *La rehabilitación en el contexto general de la asistencia sanitaria*. Madrid: Ministerio de Trabajo. I.N.P.
- TRIESCHMANN, R.B. (1978-79). The role of the psychologist in the treatment of spinal cord injury. *Paraplegia*, 16, 212-219.
- WELLER, D.J. y MILLER, P.M. (1977). Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury. *Social Work in Health Care*, 2 (4), 369-376.
- WILLARD, H. y SPACKMAN, C.S. (1973). *Terapéutica ocupacional*. Barcelona: Jims.