

Sucesos de vida y ansiedad en adolescentes con lesión medular en rehabilitación

María Teresa Sánchez Guzmán,* Amelia Castellanos Valencia**

RESUMEN

Objetivo: Medir el impacto de los sucesos de vida (SV) en la ansiedad de pacientes adolescentes con lesión medular (LM) del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Occidente. **Diseño:** Estudio ambispectivo, prolectivo transversal, descriptivo, comparativo. **Métodos:** Los pacientes adolescentes con LM, del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente, previa firma de consentimiento informado, se les aplicó dos pruebas estandarizadas y validadas de forma individual, sucesos de vida y escala de ansiedad. Se usó estadística paramétrica. **Resultados:** 19 adolescentes con lesión medular incluidos, edad promedio 14 años, 63% mujeres, ellos refirieron más sucesos de vida malos que buenos promedio 52/12 $p < .001$, se encontraron con ansiedad total en el percentil 92. Hubo correlación significativa de sucesos malos con ansiedad total $p = .04$, ansiedad fisiológica $p = .007$, los adolescentes < 14 años perciben más sucesos buenos $p = .009$, los > 16 años presentan mayor inquietud hipersensibilidad $p = .02$, las mujeres refieren más sucesos malos y mienten menos $p = .04$, los de etiología tumoral presentan mayor ansiedad $p = .06$. **Conclusiones:** Todos los pacientes presentaron ansiedad, por encima de los valores esperados y es predecible en proporción al número de sucesos de vida malos, hay diferencias según edad, género y etiología.

Palabras clave: Lesión medular, adolescencia, ansiedad, sucesos de vida.

ABSTRACT

Objective: To measure the impact of life-events in the anxiety level of adolescent patients with spinal cord injury at the Teletón Pediatric Rehabilitation Center (CRIT Occidente). **Design:** Ambispective, prolective, cross-sectional, descriptive, comparative. **Method:** All adolescent patients with spinal cord injury at the CRIT Occidente with signed informed consent, were given individually two standardized and validated tests: life-events questionnaire and the anxiety scale test. Parametric statistics were applied. **Results:** 19 adolescents with spinal cord injury were included in the sample. Mean age: 14 years. 63% were females. All of them reported more negative life-events. A mean of 52/12 $p < .001$ were reported with total anxiety in the 92 percentile. There was significant correlation of negative life-events with total anxiety ($p = .04$), physiological anxiety, ($p = .007$). Adolescents < 14 years of age view more positive life-events ($p = .009$) and those > 16 years of age have more concern and hypersensitivity ($p = .02$). Women refer more negative life-events and lie less ($p = .04$). Those with tumoral etiology have more anxiety ($p = .06$). **Conclusions:** All patients showed anxiety levels above the expected values and were predictable in proportion to the negative life-events. There are differences according to age, sex and etiology.

Key words: Spinal cord injury, adolescence, anxiety, life-events.

* Licenciada en Psicología.

** Pediatra, Maestría en Ciencias Médicas.

Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente.

Recibido para publicación: abril, 2011.

Aceptado para publicación: mayo, 2011.

Abreviaturas:

DTN: Déficit de cierre de tubo neural

LM: Lesión medular

SV: Sucesos de vida

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

INTRODUCCIÓN

La lesión medular (LM) es la interrupción parcial o completa de las fibras nerviosas¹. En niños y adolescentes es secuela principalmente del déficit de cierre de tubo neural (DTN) siendo el defecto congénito externo de mayor prevalencia en el nacimiento^{2,3}. México es el segundo país del mundo con mayor frecuencia en DTN⁴. La LM adquirida es la principal secuela en sobrevivientes de accidentes⁵, la clasificación se incorpora en una escala de discapacidad con 5 grados, los cuales son el grado A que es una LM completa; los grados B, C y D son lesiones incompletas en diferentes grados y el E, indica una función sensitiva y motora normales⁶.

La calidad de la movilidad sólo es posible con múltiples auxiliares ortopédicos y cirugías. La incontinencia urinaria y fecal sufrida ocasiona un serio problema socio-emocional, resultado de vejiga e intestino neurogénicos, estos adolescentes con frecuencia enfrentan conflictos emocionales que disminuyen su calidad de vida,⁷ se incrementan los riesgos emocionales a los que están expuesto, sumada la discapacidad y otras causas asociadas, como experiencias en su vida, muchos de ellos no reciben el tiempo y atención emocional suficiente dando mayor importancia la atención física o médica dejando vulnerable algún suceso de la vida del ser humano⁸.

En la adolescencia se logra la plenitud del desarrollo sexual que define el término del periodo. Las edades aproximadas en las que se inician las modificaciones sexuales giran en torno a los 10 y 12 años y la culminación de este crecimiento se logra cerca de los 20 años⁹.

Existen tensiones normales que se espera impacten en el adolescente y que son consecuencia de cambios en sus diferentes sucesos de vida, experiencias objetivas que desorganizan o amenazan desorganizar las actividades usuales de un individuo como: físicos, intelectuales, cognoscitivos, cambios de escolaridad elemental, presiones académicas, expectativas sociales, cambios en las relaciones familiares, maduración sexual, definición de género, salud, en conducta, logros y fracasos personales. También hay causas inesperadas de tensión que se relacionan con aspectos sociales estresantes que provocan ansiedad, como enfermedades, accidentes, limitaciones físicas, retardo exagerado del desarrollo, cambios de residencia, divorcio o muerte de los padres, muerte de un amigo cercano, maltrato físico, abuso sexual y presencia de patología en los padres, entre otras¹⁰. Dependiendo de su intensidad, duración, secuencia e importancia, cada organismo responderá con distintos estados de ánimo: tristeza, enojo, sorpresa, ansiedad, angustia, tensión e incluso síntomas físicos o inespecíficos de ansiedad (dolor de cabeza, malestar estomacal, vómito, alteraciones del sueño), que en ocasiones indican uno o varios trastornos psicofisiológicos¹¹. Se ha observado que las características personales del propio adolescente, así como la dinámica familiar, las relaciones extrafamiliares en general y en particular con los amigos o compañeros pueden ser identificadas como posibles factores de riesgo, o bien, de protección en el desarrollo de problemas de conducta¹².

La ansiedad es un factor difícil de medir. Existen relaciones complejas entre los estresores, sucesos de vida (SV) y los efectos que éstos producen. Lazarus recomienda que en las mediciones de ansiedad se tome en cuenta que éste es un fenómeno principalmente subjetivo, más que objetivo; medir su incidencia e intensidad con la escala de ansiedad manifiesta en adolescentes que es adecuado¹³, la ansiedad en reacción a un estímulo amenazante externo puede impulsar al adolescente a tomar una acción rápida y algunas veces drásticas para evitar una situación dañina^{14,15}. La resiliencia o la resistencia

en todos los niveles de riesgo, el tiempo y los dominios de ajuste, se pueden beneficiar centrado y fortaleciendo el rol protagónico del paciente con LM reinsertándose a su medio y contribuyendo a mejorar la calidad de vida y su autonomía¹⁶ los adolescentes con LM frecuentemente se enfrentan a un sinnúmero de restricciones para su desenvolvimiento personal y social, no sólo por las deficiencias que pueden presentar, sino, también, por actitudes y conductas inapropiadas de los aparentemente «normales» que los rodean. Ello se hace más evidente por los prejuicios, tabúes y estigmas relacionados con su discapacidad que impiden muchas veces que puedan expresar y vivenciar adecuadamente la experiencia que ofrecen los diferentes sucesos de vida, con mejores formas de adaptarse o resolver la ansiedad que les generan¹⁷.

MATERIAL Y MÉTODOS

En enero de 2011 en el Centro de Rehabilitación Infantil Tetelón de Occidente, con autorización de la Comisión de Ética en Investigación se realizó el estudio ambispectivo, prolectivo, transversal, descriptivo, comparativo, dónde participaron todos los adolescentes de 13 a 17 años con diagnóstico de LM con citas activas, turno matutino. Con un coeficiente intelectual mayor de 69 (Escala Wechsler). Iniciando el proyecto con firma de carta de consentimiento informado de padres y pacientes. Se aplicaron cuestionarios de manera individual, cada participante fue autodidacta. El escenario fue un cubículo de consulta con la presencia permanente de su psicóloga.

Los instrumentos de aplicación fueron: el cuestionario SV (forma para adolescentes de Lucio y Durán 2003) que consta de 129 reactivos con cuatro opciones de respuestas para determinar los eventos que catalogaron como: a) me sucedió y fue bueno para mí, b) me sucedió y fue malo para mí, c) me sucedió y no tuvo importancia, d) no me sucedió; cuestionario relacionado con siete áreas: escolar, familiar, personal, salud, social, logros y fracasos, y problemas de conducta.

El segundo cuestionario denominado escala de ansiedad CMAS-R o «Lo que Siento y Pienso» que determina la ansiedad que manifiesta el niño y el adolescente en: lo fisiológico (trastornos orgánicos, del sueño, cansancio, inestabilidad), inquietud e hipersensibilidad (frustración, inquietud, angustia, temor, inseguridad y labilidad emocional) preocupaciones sociales/concentración (distorsión de la realidad, insatisfacción, autocastigo, desconcentración) y mentira (optimismo, sobreestima, enmascaramiento). En 37 reactivos se respondió la pregunta «¿Así soy yo?», encerrando en un círculo la respuesta «SÍ» si pensó que así era o «NO» si pensó que no tenía una relación con él o ella.

Se usó estadística paramétrica. Las frecuencias de las características de los pacientes las presentamos según datos en media, desviación estándar y proporciones, se hizo comparación de la distribución de promedios en la variable

Cuadro 1. Características generales que presentaron los pacientes.

Variable	Frecuencia (%)	Variable evaluada	Frecuencia
Edad promedio (Años)	14	Sucesos de vida buenos, número promedio	12
Género M/F	37/63	Sucesos de vida malos, número promedio	52
Lesión a nivel LM, lumbar	68	Sucesos de vida indiferentes, número promedio	3
Lesión a nivel LM, torácico	32	Ansiedad total, percentil	92
Causa congénita	79	Ansiedad fisiológica, percentil	91
Causa tumor	21	Inquietud /hipersensibilidad, percentil	70
Coficiente Intelectual promedio	85	Preocupaciones sociales/concentración, percentil	81
Escolaridad primaria	16	Mentira, percentil	63
Escolaridad Secundaria	68		
Escolaridad preparatoria	16		

dependiente numérica ansiedad y las variables independientes edad, género, etiología, escolaridad con ANOVA. Evaluamos coeficiente de correlación de sucesos de vida y ansiedad con r Pearson. Se usó SPSS y PRIMER.

RESULTADOS

Se evaluaron 19 pacientes, edad promedio 14 años, rango 13-17 años, 63% mujeres y 37% hombres, 68% LM lumbar y 32% torácica, 79% congénita, 21% un tumor (*Cuadro 1*).

Los sucesos de vida malos se presentan con mayor frecuencia o se reconocen más que los buenos 52/12, en el área personal 31% y familiar 15% en los problemas de conducta es de 1%, los adolescentes no identifican como un problema sus actitudes (*Cuadro 2*).

Los adolescentes menores aún ligados a la infancia (13-14 años) identifican más sucesos de vida buenos 13/9. Los adolescentes mayores más cercanos a la edad adulta (16-17 años), manifiestan más grados de ansiedad, en inquietud/hipersensibilidad y concentración 80/61, estadísticamente significativo (*Figura 1*).

Las mujeres adolescentes expresan más sucesos de vida malos 55/47 y mayor ansiedad 90/81 fisiológica, a diferencia de los hombres, con mayor negación 76/56 (mentira) en expresar lo que sienten y piensan (*Figura 2*).

Independientemente de la edad, los adolescentes con educación primaria perciben en su vida más sucesos de vida malos 75/47, su ansiedad la manifiestan a nivel fisiológico 93/74; los de educación preparatoria, mayor inquietud e hipersensibilidad (reconocimiento); los de educación secundaria presentan mayor negación 71/45 (*Figura 3*).

La etiología o causa de su lesión marca una gran diferencia en los niveles de ansiedad que proyectan 92/79, aquellos pacientes con tumor diagnosticado tiempo después del nacimiento identifican mayores sucesos de vida malos y ansiedad a diferencia de los que nacieron con ella, que sólo manifiestan la necesidad de aceptación y reconocimiento (*Figura 4*).

Cuadro 2. Frecuencia de eventos de sucesos de vida en cada una de las áreas.

Sucesos de vida por áreas (%)	Positivos	Negativos	Indiferentes
Familiar	6	15	3
Social	12	5	
Personal	5	31	2
Problemas de conducta	1	1	3
Logros y fracasos	3	2	1
Salud	2	2	2
Escolar	2	1	1

La mentira enmascara la ansiedad de los pacientes $r = 0.75$. Aun cuando los sucesos de vida malos marquen una diferencia significativa por el trastorno que los adolescentes manifiestan, más no por la honestidad de sus respuestas, hay correlación inversa significativa de mentira y ansiedad (*Figura 5*).

Existe la congruencia de que a mayores sucesos de vida buenos, la falsificación de expresar las emociones por parte de los adolescentes con lesión medular es menor (*Figura 6*).

Los sucesos de vida buenos no enmascaran la ansiedad, no hay correlación significativa de ésta con la mentira $r = 0.28$ (*Figura 7*).

Los sucesos de vida malos marcan una diferencia significativa por la ansiedad que los adolescentes manifiestan. Hay una condición necesaria como la mentira o falsificación de sus respuestas como mecanismo de defensa ante los sucesos estresantes que viven. Hay correlación $r = 0.6$ significativa $p = .007$ (*Figura 8*).

A mayores sucesos de vida malos, los adolescentes internalizan gran parte de su ansiedad siendo hipersensibles a las presiones ambientales. Estos eventos que los adolescentes identifican en autocomparación con otras personas, les genera mayor ansiedad dificultando su concentración e interacción social.

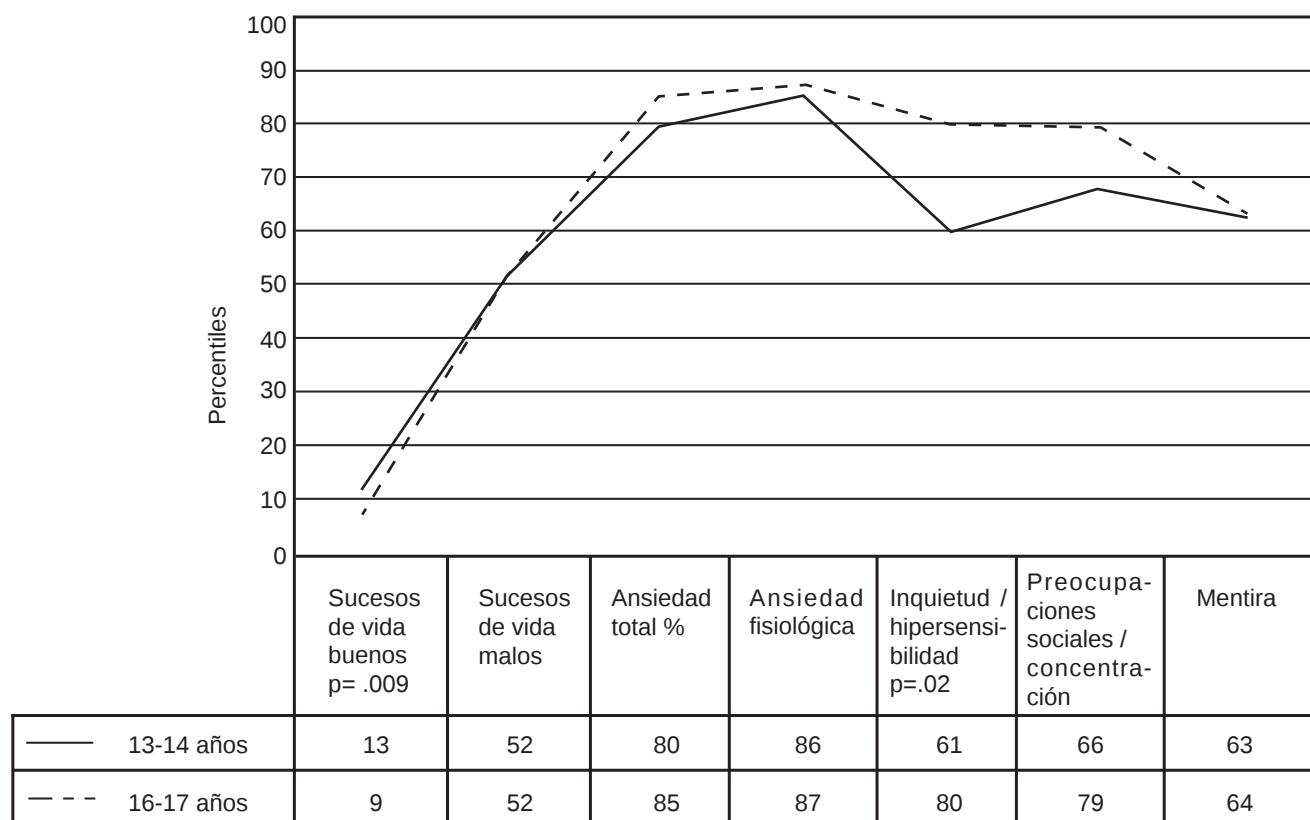


Figura 1. Sucesos de vida/ansiedad, relacionados por grupo de edad.

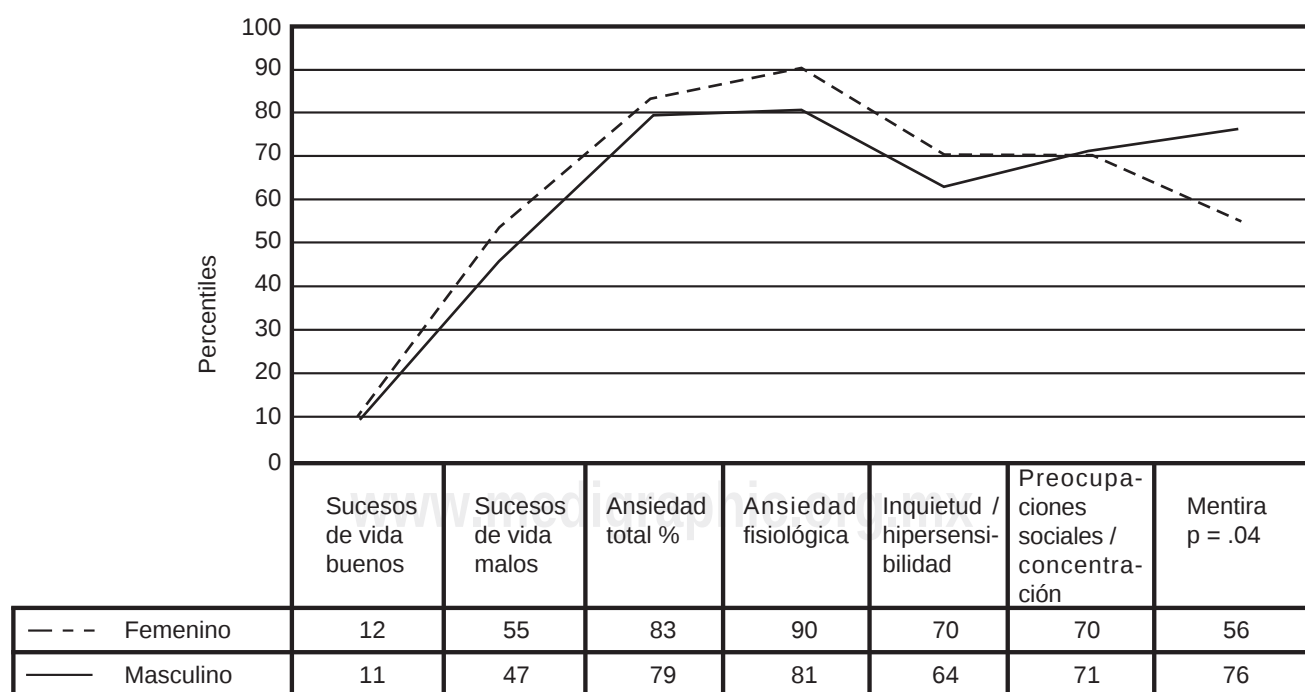


Figura 2. Sucesos de vida/ansiedad, relacionados por género

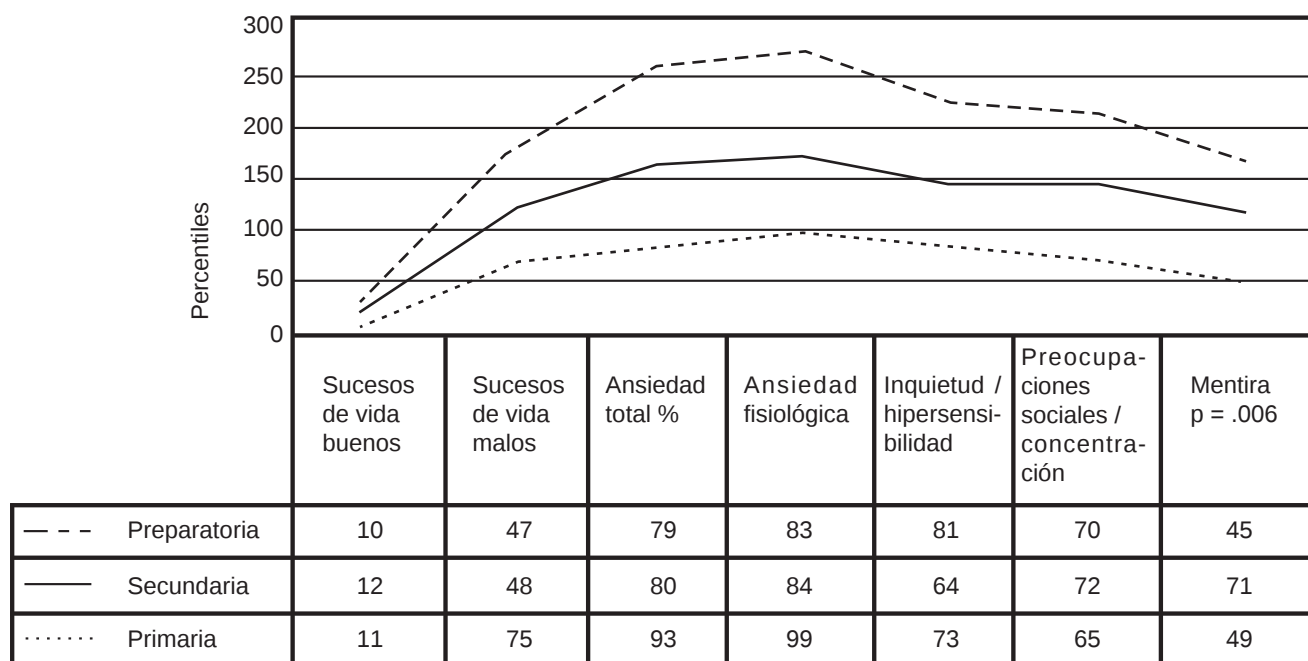


Figura 3. Sucesos de vida/ansiedad, relacionados con grado de preparación escolar.

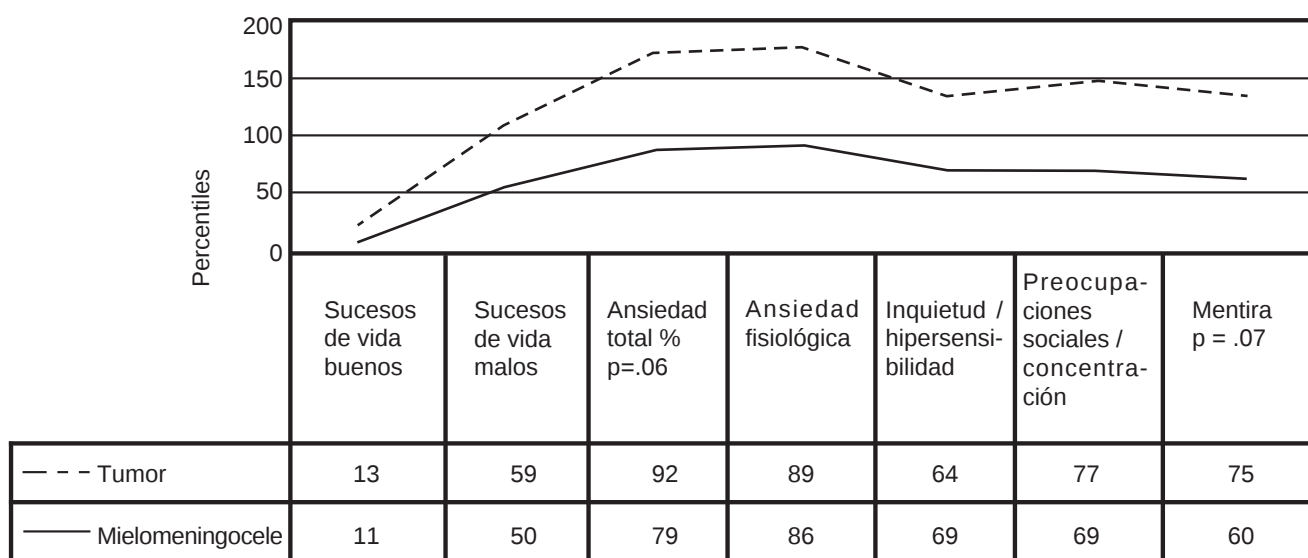
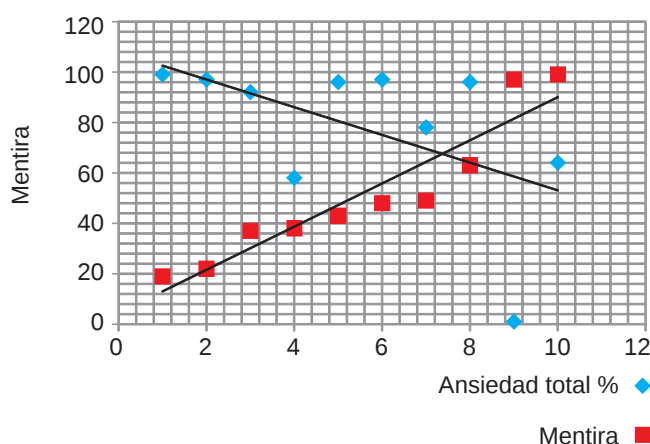


Figura 4. Sucesos de vida/ansiedad, relacionados con causa congénita o tumor postnacimiento

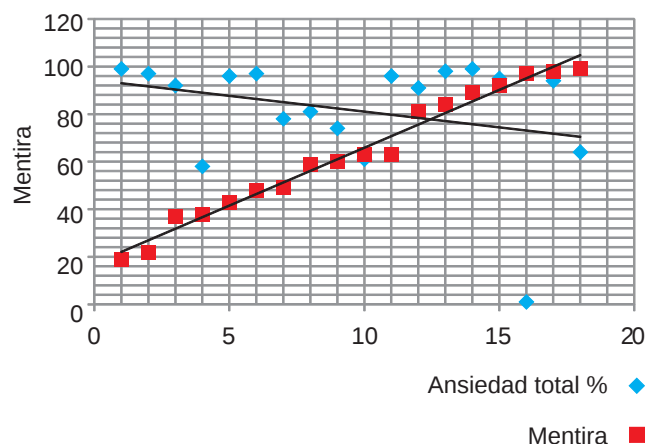
Quando los sucesos de vida buenos son mayores, los adolescentes logran mayor control en las presiones y exigencias de su entorno. Aun cuando los sucesos de vida son marcados como buenos, el adolescente busca su aprobación y necesidad de pertenecer a un grupo social y por ende estará en constante autocomparación con otros dificultando en mayor o menor grado su concentración.

DISCUSIÓN

Se encontró en este estudio la relación significativa en los sucesos de vida malos y niveles altos de ansiedad en adolescentes con lesión medular en áreas familiar y personal, manifestando su ansiedad con inquietud e hipersensibilidad



Correlación de mentira y ansiedad en sucesos de vida malos $r = 0.75$, $p = .03$



Correlación de mentira y ansiedad en sucesos de vida buenos $r = 0.28$, $p = 0.2$

Figura 5. Correlación de mentira y ansiedad en sucesos de vida malos

Figura 7. Mentira y ansiedad en sucesos de vida buenos

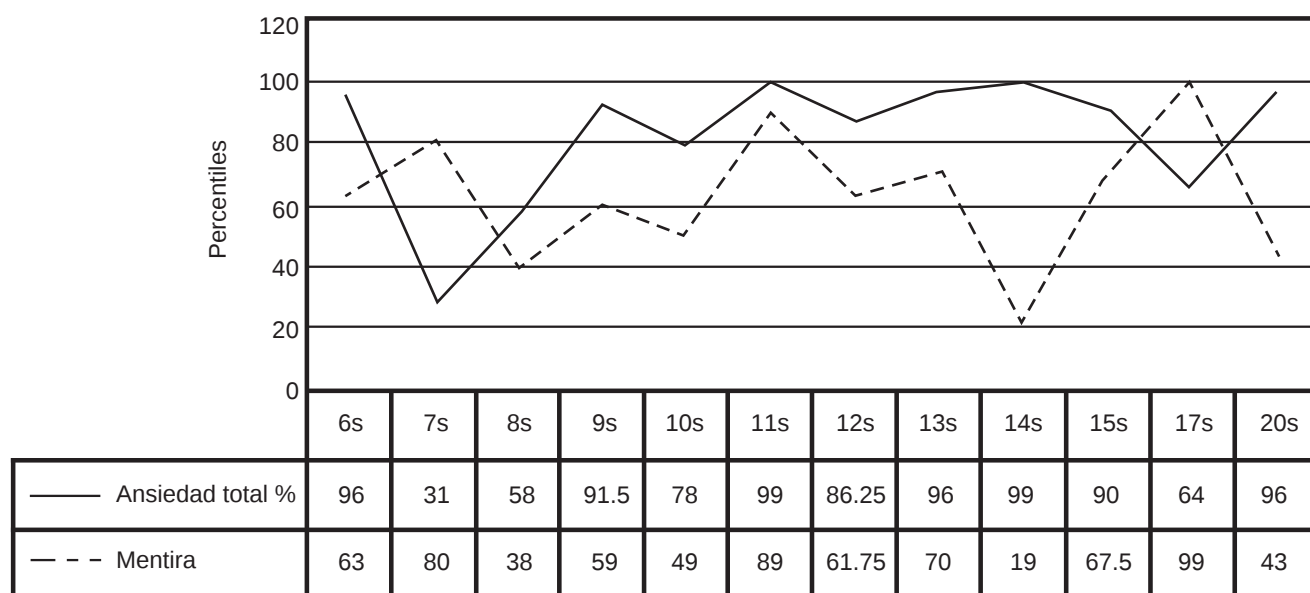


Figura 6. Mentira y ansiedad en sucesos de vida buenos

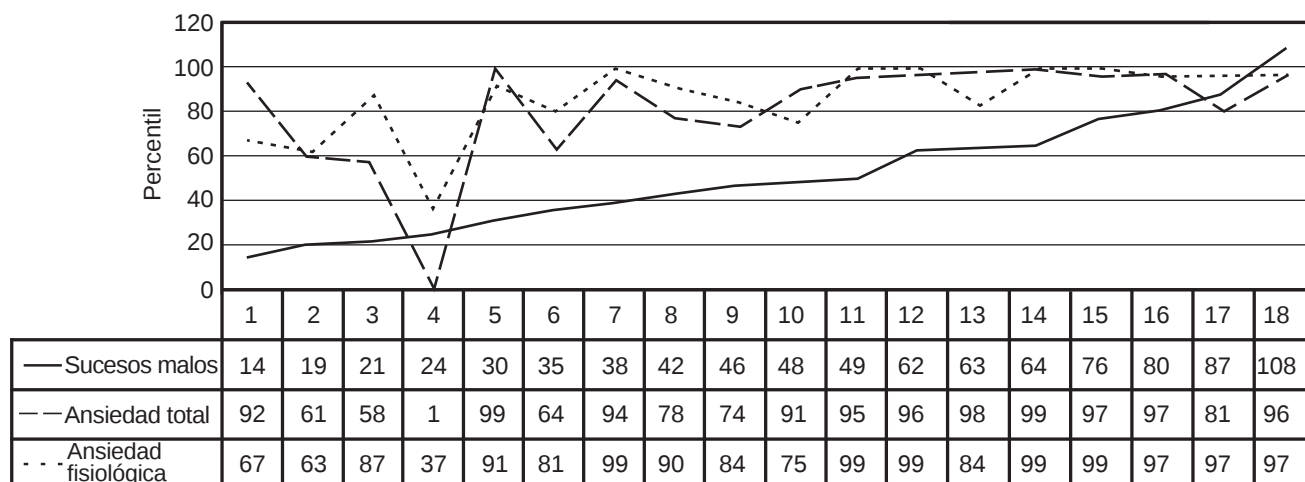
a las presiones ambientales, compensando algunos de ellos esta ansiedad con los sucesos de vida positivos que viven en su interacción social.

Coincidiendo con estudios, en donde plantean que la presencia de malestar emocional en los adolescentes asociados con aspectos sociodemográficos^{18,19} personales, como la baja autoestima, carencia de metas, salud física y discapacidad para enfrentan una serie de dificultades que le impiden alcanzar la mejor calidad de vida acorde a sus capacidades²⁰⁻²² y su relación con los problemas de salud emocional²³.

También se observó que existe mayor ansiedad en los adolescentes mayores (16-17 años), quienes más identifican los sucesos de vida malos que experimentan de lo cotidiano, además es mayor la responsabilidad personal, compromiso, presiones sociales y ambientales.

CONCLUSIONES

De acuerdo a estos resultados, los adolescentes con lesión medular son más susceptibles a las exigencias por la limi-



n= 18, Ansiedad total r= 0.5, p= .04, Ansiedad fisiológica r= 0.6, p= .007

Figura 8. Sucesos de vida malos y ansiedad

tación física y su entorno familiar, sobre todo aquellos que se encuentran en una edad que implica mayor compromiso y respuesta asertiva, aunque algunos eventos pueden ser considerados como universales por la etapa en la que se desarrollan, dan como resultado niveles altos de ansiedad y responden de diferente manera según su edad, escolaridad, género y etiología. Los sucesos de vida malos pueden predecir la aparición de ansiedad.

REFERENCIAS

- McDonald JW, Sadowsky, CL. Spinal-cord injury seminar. *Lancet* 2002; 359: 417-25.
- Botto LD, Moore CA, Khoury MJ, Erickson JD. Neural tube defects. Review. *The New Eng J Med* 1999; 341(20): 1509-19.
- Au KS, Tran PX, Tsai CC et al. Characteristics of a spina bifida population including North American Caucasian and Hispanic individuals. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2008; 82: 692-700.
- Valdés-Hernández J, Canún-Serrano S, Reyes-Pablo AE, Navarrete-Hernández E. Mortalidad por defectos en el cierre del tubo neural en menores de 5 años de edad en México de 1998 a 2006. *Salud Pública Méx* 2010; 52: 341-349.
- El National Spinal Cord Injury Statistical Center, University of Alabama at Birmingham, 2009 Annual Statistical report, February 2010.*
- Ditunno JF, Ditunno PL, Graziani V, Scivoletto G, Bernardi M, Castellano V, Marchetti M, Barbeau H, Frankel HL, D'Andrea Greve JM, Ko H-Y, Marshall R, Nance P. Walking index for spinal cord injury (WISCI): an international multicenter validity and reliability study. *Spinal Cord* 2000; 38: 234-43.
- Findlay JA. An Appraisal of the management of spina bifida cystica. *Dev Med Child Neurol* 1969; 20: 86-90.
- Takanishi R. Changing views of adolescence in contemporary society. *Teachers College Record* 1993; 94(3): 459-65.
- Krauskopf D. *Adolescencia y Educación*. San José, C.R: Eunet 2007: 21-22.
- Lucio E, Barcelata B, Durán C. Propiedades psicométricas del cuestionario de sucesos de vida del adolescente. *Revista Mexicana de Psicología* 2003; 20(2): 211-23.
- Lucio GM, Gallegos E, Durán PC, Jurado S. Factores de personalidad y Sucesos de vida que inciden en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica. *Revista del Centro Dermatológico Pascua* 1999; 5(3): 66-75.
- Dekovic M. Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth & Adolescence* 1999; 28(6): 667-85.
- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50: 992-1003.
- Spielberger CD. Anxiety as an emotional state. In: Spielberger CD, (Ed.), *Anxiety: current trends in theory research*. New York: Academic Press. 1972: 24-49.
- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. *Social status and psychological disorder*. New York: Wiley. 1969.
- Gore S, Eckenrode J. Context and process in research on and resilience. In: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garmezy N, Rutter M. (Eds.) *Stress, Risk, Resilience in Children and Adolescents: Processes Mechanisms, and Intervention*. Nueva York, NY, EUA: Cambridge University Press. 1994: 19-64.
- Anderson KD, Borisoff JF, Johnson RD, Stiens SA Elliott SL. The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *Spinal Cord* 2007; 45: 328-37.
- González-Fortaleza C, Villatoro J, Medina-Mora M, Juárez F, Carreño S, Berenzón S, Rojas E. Los indicadores demográficos de riesgo de estrés psicosocial en estudiantes en la República Mexicana. *Salud Mental* 1997; 20(4): 1-7.
- Lucio E, Durán C. *Sucesos de vida versión para adolescentes*. México: Manual Moderno 2003.
- International Statistical Classification of Functioning, disability and Health Geneva: World Health Organization. 2001.*
- Castillo CJJ. Discapacidad, ser sexuado y sociedad. *Temas* 2006; 47: 56-63.

22. Palomino S. Influencia de un programa para la modificación de los factores de riesgo de la farmacodependencia sobre el nivel de consumo de SPA en jóvenes bachilleres del municipio de Campoalegre. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud* 1999; 1(2).
23. Compas B, Davis G, Forsythe C, Wagner B. Assessment of major and daily stressful events during adolescence. *The Adolescent Perceived Events Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55(4): 534-41.

Dirección para correspondencia:
María Teresa Sánchez Guzmán
Centro de Rehabilitación Infantil Teletón de Occidente.
Copal Núm. 4575,
Fracc. Arboledas del Sur,
44980, Guadalajara, Jalisco México.
Tel. 33 31 34 25 44, Fax 33 31 34 25 25
terry.sanchezguzman@yahoo.com.mx