

Volumen VI
Número 2
Septiembre
2016



*Psychopathology in
patients with spinal
cord injury: a narrative
review*

Psicopatología en pacientes con lesión medular

Pedro García Parajuá

Psiquiatra

Hospital Universitario Puerta de Hierro

Experto en Psicoterapia Breve, Experto en Medicina
Psicosomática y Psicología de la Salud por la SEMPYP

Abstract: Spinal cord injury, including traumatic spinal cord injury, is a frequent and serious cause of disability in young subjects worldwide. In this narrative review of the psychopathology in patients with spinal cord injury (SCI), we make an overview from the epidemiology of LM and the psychological adjustment of patients after an SCI. Finally, we summarize the main data on psychopathological problems that occur frequently in people with SCI (depression, post traumatic stress disorder and suicide). Depression is common as in other chronic diseases, and is closely related to pain, and both turn to the quality of life. The risk of suicide is five times higher than in non-diseased population, therefore it should be considered carefully in any assessment and / or psychotherapy of patients with LM.

Keywords: Spinal cord injury, psychiatric disorders, depression, suicide, post traumatic stress disorder.

Resumen: La lesión medular, en particular la lesión medular traumática, es una causa grave y frecuente de incapacidad de sujetos jóvenes a nivel mundial.

En la presente revisión, no sistemática, de la psicopatología en pacientes con lesión medular (LM), se realiza un recorrido desde la epidemiología de la LM, la elaboración y adaptación psicológica de los pacientes tras una LM, para finalmente resumir los principales datos sobre los problemas psicopatológicos que presentan con frecuencia en personas con LM (depresión, trastorno por estrés postraumático y suicidio).

La depresión es frecuente como en el resto de enfermedades crónicas, y guarda una estrecha relación con el dolor, y ambos a su vez con la calidad de vida. El riesgo de suicidio es hasta cinco veces superior al de la población no enferma, y por la tanto, se debe considerar con detenimiento en cualquier valoración y/o en la psicoterapia de pacientes con LM.

Palabras clave: lesión medular, trastornos psiquiátricos, depresión, suicidio, trastorno por estrés postraumático.

INTRODUCCIÓN

Las personas que sufren una lesión medular (LM) se enfrentan a una situación vital grave, esto les obliga a intentar adaptarse y afrontar una serie de limitaciones y cambios que pueden considerarse excepcionales. La incidencia de lesiones medulares no ha disminuido a nivel mundial y las LM de origen traumático son las más frecuentes. Predominan los accidentes de tráfico como principal causa de LM traumática, con una preponderancia en varones, y con una edad media inferior a los 30 años. Como es lógico, además de las secuelas físicas este tipo de lesiones conllevan una serie de repercusiones psicológicas y de salud mental que pueden no sólo repercutir en la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes, sino incluso en la supervivencia de los mismos (Singh y cols., 2014).

Existen numerosos trabajos que evalúan los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con LM. Así mismo, como en otras enfermedades, se ha observado la relación entre dolor, niveles de depresión y calidad de vida. También se han llevado a cabo otros tantos trabajos encaminados a evaluar los niveles de depresión con otras variables de tipo social (apoyo, matrimonio, nivel de independencia, trabajo), así como otras variables físicas (alteración de la función sexual, falta de control de esfínteres, etc.). Como en otros grupos de pacientes con enfermedades crónicas, la prevalencia de depresión o sintomatología depresiva es elevada, en torno al 20% (Williams y Murray, 2015). En los pacientes con LM, existen además cifras mayores de trastorno por estrés posttraumático así como un incremento considerable de suicidios. Sin embargo, quizá lo más sorprendente sea el gran número de pacientes con LM que logran adaptarse a su situación de gran limitación y dificultades físicas sin presentar psicopatología reseñable (Craig y cols., 2009).

A pesar de los avances en el tratamiento y cuidados de personas con LM todavía, como grupo, su esperanza de vida es menor que la de la población general, principalmente debido a complicaciones secundarias de la propia LM (infecciones respiratorias, septicemia,

insuficiencia renal, suicidio, etc.). Uno de los avances, quizá más esperanzador, aunque todavía se encuentra en fase experimental, es la implantación de células madre. Este tratamiento es el único que a priori se dirigiría al problema nuclear de la LM como es la regeneración del sistema nervioso dañado. Este tipo de avances, no obstante, que se encuentran en un proceso experimental inicial puede generar esperanzas falsas o desmedidas (Illes, 2011).

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión comprensiva, por ello no sistemática en un sentido cuantitativo, como parte de los trabajos previos a la elaboración de un protocolo de evaluación de pacientes con LM candidatos a tratamiento quirúrgico con células madres. La petición inicial del equipo de neurocirugía del hospital al equipo de psiquiatría de enlace, fue realizar un *screening* psicopatológico de candidatos a tratamiento experimental con células madre. Dicho *screening* trataría de detectar problemas psicopatológicos que pudieran comprometer los resultados del estudio y la intervención.

Dichos problemas podrían ir desde la falta de comprensión de la naturaleza del tratamiento, presencia de adicciones u otros trastornos que impidan un mínimo cumplimiento y compromiso con el tratamiento; o, por último, problemas psicopatológicos que pueden favorecer falsas creencias en relación con las expectativas y naturaleza del tratamiento como podría suponer algunos casos de psicosis. No obstante, y debido a la importancia de un estudio experimental de esta naturaleza, desde el equipo de interconsulta y enlace del hospital se pretende, además del *screening*, introducir una valoración previa y posterior a la intervención con objeto de conocer mejor la repercusión en la psicopatología.

En este trabajo de revisión, en primer lugar se revisan los datos epidemiológicos de LM para conocer la magnitud del problema y el tipo de población afectada. En segundo lugar, de forma sucinta, se revisa las etapas en la elaboración y adaptación psicológica que sufren en su mayoría los pacientes tras una LM. En tercer y último lugar, se revisan los estudios sobre problemas psicológicos y psicopatológicos en personas con LM, en

particular la patología depresiva, el trastorno por estrés postraumático y el suicidio.

EPIDEMIOLOGÍA Y TIPOS DE LESIÓN

La incidencia y la prevalencia de LM han aumentado en el transcurso de los años a pesar de los intentos de prevención (Jackson y cols., 2004). La tasa de incidencia estimada mundial de LM es de 15 a 40 casos por millón de habitantes. Las lesiones medulares producen una gran incapacidad en los sujetos, se dan sobre todos en varones jóvenes, con el consiguiente dolor individual y familiar. Las características epidemiológicas de los pacientes con LM varía en los diferentes países. En los países desarrollados, los pacientes con LM presentan una media de edad superior comparada con la media de los países en vías de desarrollo. Además, en los países desarrollados, debido al envejecimiento de la población, los pacientes con LM por caídas comienzan a cobrar más relevancia. Sin embargo, la cifras de incidencia varían muchos de un país a otro, y de una región con otra de un mismo país.

La prevalencia es la proporción de una población que padece una enfermedad en un tiempo concreto. Para su cálculo se tiene en cuenta la incidencia junto con la supervivencia media estimada de los pacientes con LM. En función de eso se han publicado cifras tan dispares de prevalencia que van de los 721 casos por millón de habitantes en los Estados Unidos (Harvey y cols., 1990) a los, por ejemplo, 250 casos por millón en la región francesa de Rhone-Alpes (Minaire y cols., 1983).

Por otro lado, la incidencia de una enfermedad es el número de casos nuevos en una población en riesgo en periodo de tiempo dado. La comparación de la incidencia, a pesar de la aparente claridad del concepto de lesión medular, no está exenta de dificultades. No todos los estudios incluyen las mismo códigos CIE de diagnóstico. Además, muchos estudios se han llevados a cabo a en regiones o ciudades, y esos mismo datos no son extrapolables al resto del país o estado en cuestión.

En Finlandia, por ejemplo, la incidencia anual de LM 2005 fue de 28 por millón (Dahlberg y cols., 2005), en Francia se ha comunicado una tasa de incidencia de 19,4 por millón, es decir unos 934 casos nuevos de LM por año (Albert y Ravaud, 2005). Fuera de Europa, en los Estados Unidos, la incidencia de LM traumática en 2012 fue de 40 por millón (Devivo, 2012), aunque la incidencia global en ese país a día de hoy se desconoce a falta de estudios nacionales desde la década de los años noventa. En Canadá la incidentes de LM traumáticas en población de 15 a 64 años fue de 42,4 por millón de habitantes en el periodo de 1997 a 2001.

En España van Den Berg y cols. (2011) estudiaron la incidencia de LM traumática en Aragón para el periodo de 36 años de 1972 a 2008. Hallaron para ese período un total de 540 casos, de los cuales casi el 80% fueron hombres. La tasa de incidencia para ese período fue de 15,5 por millón de habitantes (18,8 para hombres) con dos claros picos de incidencia en jóvenes de 20 a 29 años y en adultos de 60 a 69 años. Las causas más frecuentes, como se observa en otros países como los Estados Unidos, fueron los accidentes de tráfico y las caídas. Los mismo autores apuntan el incremento de LM por caídas en sujetos mayores de 60 años.

La LM, sobre todo traumática, se produce en adultos jóvenes, casi la mitad de las LM se producen entre los 16 y 30 años, aunque la edad media de LM ha ido aumentando con los años. Por otro lado, y merced al origen mayoritariamente traumático de las LM, casi el 80 % de ellas se producen en varones, aunque la proporción entre hombres y mujeres varían entre países. Los últimos años se observa una disminución de esa desproporción entre hombres y mujeres.

En función de su etiología, las lesiones de médula espinal se dividen en traumáticas y no traumáticas (O'Connor, 2002). En los pacientes con lesión medular (LM) se dañan las estructuras y funciones de la médula espinal debido a traumatismos, inflamaciones, tumores u otras causas, ocasionando disfunciones en la movilidad, la sensibilidad, el control de los esfínteres y el sistema nerviosos

autónomo por debajo del plano de la lesión. La LM es muy incapacitante y se asocia con una gran morbimortalidad. También, según la Asociación American de Lesión Medular (ASIA, del inglés American Spinal Injury Association), la gravedad de la lesión medular se clasifica como incompleta o completa. Se entiende como lesión completa cuando existe una pérdida de las funciones motoras y sensoriales de los segmentos sacros inferiores. En general, se ha producido una disminución de las lesiones completas a formas incompletas en las últimas décadas. Se ha atribuido este hecho, en parte, a la mejora en las medidas de primeros auxilios. Según datos de los Estados Unidos, de los pacientes con LM el 40,6% presentan tetraplejía incompleta, un 18,7% paraplejía incompleta, paraplejía completa el 18% y tetraplejía completa 11,6%. La recuperación neurológica completa es prácticamente excepcional hoy en día. De otra parte, el porcentaje de pacientes que trabaja tras la LM es minoritario al año de la lesión (inferior al 15%), y alcanza hasta un 30% a los 20-30 años de haberse producido la LM. Como la LM se produce en una población joven, el porcentaje de sujetos casados ronda el 50% en el momento de la lesión. Al menos en Estados Unidos, se observa que la probabilidad de que el matrimonio se mantenga, tanto en aquellos sujetos que estaban casados previo a la LM como de los que se casan una vez producida la LM, es inferior a la observada en la población general.

A nivel mundial, la causa más frecuente de LM es traumática y debida a un accidente de tráfico. Las LM por accidentes de tráfico suponen hasta el 35-40% de los casos. En segundo lugar se encuentran las caídas. En tercer lugar, con grandes variaciones entre países, están las LM traumáticas debidas a actos violentos, sobre todo por heridas de bala, frecuentes en países en guerra o los Estados Unidos.

Por último, entre las complicaciones descritas entre los pacientes con LM se incluyen:

- Complicaciones respiratorias
- Alteraciones electrolíticas
- Espasmos

- Dolor (neuropático, por ejemplo)
- Infecciones del tracto urinario
- Disreflexia autonómica
- Enfermedad cardiovascular
- Osteoporosis y fracturas óseas
- Miositis
- Trombosis venosa profunda
- Escaras
- Prurito

FASES EN LA ADAPTACIÓN TRAS UNA LESIÓN MEDULAR

Afrontar y adaptarse a las consecuencias y secuelas de una lesión medular es una buena muestra de la capacidad del ser humano para sobreponerse y sobrevivir. A priori no parece una tarea sencilla afrontar el dolor y las sensaciones de miembro fantasma, la afectación de la función sexual, la pérdida de control de esfínteres (anal y vesical), la frustración de la falta de movilidad, la pérdida de objetivos o planes vitales, la pérdida de la capacidad para ganar dinero, los sentimientos de inutilidad, el cambio de papel en la familia, y la consiguiente pérdida en la autoestima e incluso el estigma social de ser un “discapacitado”. Por lo tanto, en la atención psicológica y psiquiátrica a personas con LM deben considerarse las diferentes reacciones o etapas en la adaptación que pueden observarse. Muchas de ellas pueden considerarse “normales” o “no patológicas” (Hohmann, 1975), por otro lado, paralelas a las observadas en otras patologías graves.

Los sujetos que sufren una LM suelen experimentar una secuencia predominante de sentimientos y comportamientos en un intento por afrontar dicha lesión. Algunas de ellas pueden considerarse comunes a cualquier pérdida grave, como es en este caso, la pérdida del funcionamiento de una parte considerable del propio cuerpo. Las reacciones no parecen guardar una relación directa o proporcional a la gravedad objetiva de la lesión.

Siguiendo el trabajo de Hohmann (1975), este destaca una serie de reacciones que considera normales en sujetos sin psicopatología previa relevante. La primera reacción ante la pérdida

de la función corporal es la negación. Esta reacción se suele observar entre las primeras tres semanas y los dos primeros meses tras la lesión. En esta etapa, puede ser útil ofrecer al paciente información. Aunque fácilmente tenderá a interpretarla en función de su negación, no se puede favorecer o apoyar sus infundadas expectativas, puesto que esto supondría una pérdida de confianza ulterior. La negación suele comenzar a disminuir cuando el paciente ya ha tenido suficiente experiencia con su incapacidad como para poder advertir alguna experiencia gratificante o positiva a pesar de su LM.

La siguiente reacción, después de la negación y en la medida que este mecanismo de defensa va cediendo, es la depresiva. La reacción depresiva inicial típicamente comprendería el retraimiento y la hostilidad internalizada, en forma de intensos sentimientos de culpa, de castigo divino de algún tipo. En estos momentos el paciente puede manifestar que hubiera sido mejor estar muerto, no haber sobrevivido al accidente. Los pacientes muestran callados, con tendencia al aislamiento. No son extrañas las ideas de suicidio, en la mayoría de sujetos vagas y no estructuradas, salvo en algunos casos en los que en este momento pueden presentar ideas de suicidio con una planificación y método. Hay que tener presente que el suicidio es una de las principales causas de muerte y complicaciones de pacientes con LM. El paciente puede optar por conductas autodestructivas. También es un error minimizar el riesgo de suicidio de estos pacientes debido a sus limitaciones en la movilidad. Los pacientes ante los sentimientos de culpa e inutilidad pueden querer tomar decisiones como el divorcio. La hostilidad hacia sí mismo puede en un segundo momento externalizarse y entonces el paciente acusa a alguien de su pérdida, esta acusación puede dirigirse al equipo médico, a la familia o amigos. El paciente presenta hostilidad. A pesar de que el paciente pueda resultar desagradable en este periodo, puede ser una buena oportunidad para redirigir su agresividad y hostilidad hacia algún objetivo provechoso.

Una vez que los pacientes han progresado en su rehabilitación como para sentir cierto grado

de independencia, puede observarse una intensa reacción contra la dependencia. Esta se puede ser más acusada en jóvenes. La atención del paciente, que ya ha obtenido cierta mejoría, puede estar puesta en otros asuntos fuera del entorno de su rehabilitación incluido el hospital, las sesiones de rehabilitación, etc., y pueden conducir a un abandono prematuro de estas.

PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR

Depresión y trastornos de ansiedad

La depresión es una complicación frecuente en los pacientes con LM, y su prevalencia está por encima de las de la población general (18-26%) (Williams y Murray, 2015).

Kishi y cols., (1995) encuentran que los pacientes que presentan una depresión en una primera etapa (3-6 meses) esta se correlaciona con la gravedad de la lesión y con historia premórbida de depresión, en comparación con pacientes que presentan una depresión de inicio diferido. Sin embargo, la gran proporción de pacientes que presentan psicopatología, fundamentalmente ansiosa y depresiva, tras una LM, parece que no presentan antecedentes psiquiátricos previos (Judd y Brown, 1992).

En un estudio retrospectivo (Ullrich y cols. 2014) de las bases de datos de veteranos de 1997 a 2007 para el diagnóstico de depresión, con un tamaño muestral de 41.000 pacientes con LM; 28% estaban diagnosticados de depresión. De los que tenían depresión en 2007, (según datos de la administración), el 70% fueron diagnosticados también de otras enfermedades psiquiátricas (los más frecuentes TPEP y trastornos de ansiedad). En ese trabajo también se midió el uso de cuidados médicos y fármacos. Los autores concluyen que los pacientes con depresión y LM reciben más cuidados médicos y más fármacos que los que no tienen depresión pero sí LM.

Por otro lado, January y cols. (2014) encuentran que los síntomas depresivos fluctúan a lo largo de los años. Los factores predictores de síntomas depresivos serían el

aislamiento (falta de participación en actividades comunitarias), la presencia de una lesión incompleta de LM, consumo abusivo de alcohol, la presencia de dolor y de incontinencia urinaria. El estudio se basó en el seguimiento de 214 pacientes con lesión medular establecida durante la infancia (menos de 19 años). El seguimiento, aproximadamente anual, entre 2 y 9 años, y la mayoría de participantes realizaron al menos tres entrevistas. La edad media de los pacientes fue de 29 años, y la media de edad de la lesión a los 14 años. De estos el 71% presentaba una lesión completa y el 58% tetraplejia. Se obtuvieron medidas de evaluación del funcionamiento psicosocial, independencia física, participación y depresión en cada punto de seguimiento. Los síntomas depresivos al inicio eran mínimos pero fluctúan a lo largo del tiempo. Por último, estos autores hallaron que en este grupo de pacientes el matrimonio aparece como protector de depresión. En otro trabajo (Migliorini y cols., 2013), en el que siguieron a pacientes con LM y sin aparentes síntomas de enfermedad mental, durante cinco años, el bienestar subjetivo fue estable en el 57% de los pacientes, mientras que el 19% presentaba síntomas de malestar emocional en la evaluación final, sin que existieran entre ambos grupos diferencias significativas en la edad o el tiempo desde la lesión, ni tampoco ningún cambio sistemático en su estado de salud. Este estudio es importante porque los individuos con LM pueden padecer problemas de salud mental incluso aunque hayan presentado una adecuada resiliencia previa. Además el bienestar subjetivo puede no ser tan estable como se creía en la literatura sobre calidad de vida.

Por otro lado, Hartoonian y cols., (2014) para determinar los factores relacionados con síntomas somáticos y no somáticos de la depresión, así como la asociación de estos síntomas con la calidad de vida llevaron a cabo un estudio que incluyó a 4.976 pacientes. Estos completaron una entrevista un año después de la LM entre 2006 y 2011. El instrumento para detectar la depresión que se empleó fue el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en su versión de 9 ítems, para los síntomas somáticos y no somáticos de depresión, así como escalas de calidad de vida. Las medidas de factores relacionados con la salud como

gravedad del dolor, interferencia del dolor y estado de salud se relacionan de forma similar con los dos tipos de síntomas depresivos. Calidad de vida se relaciona negativamente con los síntomas no somáticos pero no se relaciona con los síntomas somáticos. Para mejorar el tratamiento de la depresión es importante mejorar el estado de salud, por ejemplo en el dolor, y mejorar los síntomas no somáticos para lograr una mejor calidad de vida.

En un estudio transversal Lidal y cols. (2013), comparan la prevalencia de fatiga en pacientes con LM desde hace más de 20 años y población general. Sorprendentemente, la prevalencia respecto a la población general no difería, sin embargo si aparecían puntuaciones más altas en lo referente a fatiga física y significativamente más bajas en lo que se refiere a fatiga mental en pacientes con LM. Estos mismo autores hallaron que altas puntuaciones en fatiga se relacionaban con fatiga causada por fármacos y con puntuaciones altas en la escala HADS, que por tanto parecen los que más contribuyen con la presencia de fatiga severa en LM.

Aunque las relaciones entre el dolor y la depresión son estrechas y conocidas, solo un estudio se ha dirigido específicamente a explorar esta relación en pacientes con LM (Ataoglu y cols., 2013). El trabajo se realizó con 140 pacientes con LM en rehabilitación hospitalaria y se medía el dolor y su efecto en la calidad de vida, la independencia funcional y la sintomatología depresiva. En esa muestra el 78% de pacientes presentaba dolor crónico. Los pacientes con empleo previo y con lesión completa tenían puntuaciones más bajas en la escala de dolor (*Numerical Rating Scale*). Los pacientes con dolor crónico presentaban más sintomatología depresiva y se esto se correlacionaba con algunos de los dominios de SF-36 (salud general, vitalidad, función social y salud mental). Los autores concluyen que es necesario tratar o aliviar el dolor para mejorar la clínica depresiva.

Trastorno por estrés postraumático

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TPEP) debería suponerse muy superior a la de la población general debido al

origen traumático vivenciado por muchos pacientes en el momento de la lesión. No obstante las cifras publicadas oscilan entre el 7-44% (Radnitz y cols., 1995), y en general son superiores a las cifras de prevalencia estimada en población general (7%).

En un trabajo reciente, Otis, Marchand y Courtois (2012) clasifican los factores de riesgo para el desarrollo de un TPEP en tres categorías: factores pretraumáticos, peritraumáticos y postraumáticos. Estos mismos autores detectan una prevalencia del TPEP del 11%. Por factores de riesgo pretraumáticos se entiende la características individuales previas al acontecimiento traumático. En pacientes con LM parece que los únicos factores pretraumáticos que se ha correlacionado de forma consistente con el desarrollo de síntomas de TPEP en paciente con LM es la exposición previa a situaciones traumatizantes.

Por otro lado, los factores peritraumáticos hacen referencias a las características del acontecimientos traumático así como las reacción del individuo durante o inmediatamente después de la exposición a dicho acontecimiento. En general, se sabe que son importantes factores de predicción para el desarrollo de un TPEP la reacciones emocionales y disociativas durante el hecho traumático, la gravedad percibida del trauma y la amenaza vital percibida, sin embargo estos factores no han sido estudiados en población de pacientes con LM. Entre los factores descritos en pacientes con LM, que se asocian con el desarrollo de un TPEP, a falta de más estudios, se encuentran lesiones medulares fruto de actos violentos, accidentes de tráfico y caídas, y el hecho de padecer un traumatismo craneoencefálico concomitante.

Por último, los factores postraumáticos son los factores de riesgo presentes después de acontecimiento traumático. El factor identificado con mayor consistencia que se relaciona con el desarrollo de un TPEP es el apoyo social. El apoyo social positivo se relaciona con menos síntomas de TPEP, y al contrario, la ausencia de apoyo social y la percepción del mismo son el mejor factores postraumático que predice la aparición de un TPEP. Por otro lado, con menos consistencia se

ha asociado con el aparición de TPEP o síntomas del mismo la extensión gravedad de la lesión (tetraplejía o paraplejía); si la lesión es completa o no; y la presencia de dolor neuropático.

Suicidio

Quizá una de la causas más destacadas de muerte prematura en pacientes con LM sea el suicidio. El suicidio en pacientes con LM se presenta con una frecuencia hasta cinco veces superior que en la población general (Hartkopp y cols., 1998) y por lo tanto la valoración del riesgo del mismo debe estar presente en los programas de rehabilitación de los paciente con LM. Hace ya unos años que Price (1973) en una comunicación de 11 casos de muerte de 227 pacientes con LM pone el acento en la importancia de la rehabilitación psicológica de los pacientes con LM. De esos 11 pacientes, cinco presentan graves trastornos de la personalidad que les condujo a una conducta negligente en sus cuidados y las consiguientes complicaciones, y de esos cinco, dos murieron por suicidio.

El suicidio está presente antes y después de la LM. Es decir, un número considerable de LM traumática por caídas pueden atribuirse a intentos fallidos de suicidio (Girard, 1980; Biering-Sørensen y cols., 1992). Por otro lado, el suicidio ha pasado a ser una de las principales causas de muerte por LM. Estas han variado a lo largo del tiempo, y hoy día se considera que las tres principales causas de muerte en pacientes con LM son neumonía, septicemia y suicidio. Los riesgo respiratorios son mayores en pacientes tetraplégicos (van den Berg y cols., 2010).

En un importante estudio de seguimientos realizado en Estados Unidos de 9.135 pacientes con LM seguidos hasta doce años, DeVivo y cols. (1991) al final del periodo de estudio, encuentran que 50 personas se habían suicidado (6,3% de las muertes). De este porcentaje sustraen el esperable por el grupo de edad, sexo y raza y encuentran una razón de mortalidad estandarizada (SMR del inglés, *standardized mortality ratio*) de 4,9. El suicidio fue la causa principal de muerte de los pacientes con paraplejía completa, y la segunda causa de muerte en los pacientes con

paraplejía incompleta. Además, los autores encuentran que la mayor proporción de suicidios se producen entre el primer y quinto año después de la LM, y también en particular durante el primer año, no así después del quinto año tras la lesión. La SMR la hallaron elevada para todos los grupos neurológicos, pero sobre todo fue más elevada en pacientes con una paraplejía completa. Así mismo dicha razón de mortalidad se presentaba el mayor número en el grupo de edad de 25 a 54 años, aunque también estaba elevada en pacientes menores de 25 años.

Instrumentos de medida de depresión empleados

En ausencia de instrumentos de medida y evaluación de la depresión y ansiedad específicos para pacientes con LM, algunos estudios –aunque pocos– se han dirigido a evaluar las propiedades psicométricas de algunos cuestionarios y test. En este sentido Sakakibara y cols., (2009) en una revisión sistemática reciente, destacan que al menos para 10 de los instrumentos de uso habitual en este tipo de trabajos, existen datos sobre sus propiedades psicométricas en pacientes con LM. Esto haría innecesario el desarrollo de instrumentos específicos para pacientes con LM, breves y autoaplicados para medir síntomas de depresión y ansiedad.

Los instrumentos que han sido evaluados en cuanto a sus propiedad psicométricas en pacientes con LM son:

- Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory (BDI) (Beck y cols., 1961).
- Inventario Breve de Síntomas (BSI) (Brief Symptom Inventory) (Derogatis y Melisaratos, 1983).
- Escala CESD (del inglés Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CESD-20 and CESD-10) (Radloff, 1977).
- Escala de estrés, depresión y ansiedad DASS-21 Depression, Anxiety, Stress Scales -21 (Lovibond y Lovibond, 1995).
- Cuestionario de Salud General (GHQ) (Goldberg y Hillier, 1979).
- Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS) Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983).
- Inventario de Síntomas Psiquiátricos de Itfeld (Ilfeld-PSI) Ilfeld Psychiatric Symptom Inventory (Itfeld, 1976).
- Escala Médica de Malestar Emocional (MEDS), la Medical Emotional Distress Scale (Overholser, 1993).
- Cuestionario de Salud del Paciente, Patient Health Questionnaire (PHQ-9 y PHQ-9-breve) (Kroenke y cols., 2002; Bombardier y cols., 2012).
- Symptoms Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1973).
- Escala de depresión autoaplicada de Zung, Zung Self-Rating Depression Scale (SRS) (Zung, 1965).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert T, Ravaud JF. Rehabilitation of spinal cord injury in France: a nationwide multicentre study of incidence and regional disparities. *Spinal Cord*. 2005;43: 357–365.
- Ataoglu E, Tiftik T, Kara M, Tunç H, Ersöz M, Akkuş S. Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2013;51(1):23-6.
- Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4:561–571.
- Biering-Sørensen F, Pedersen W, Müller PG. Spinal cord injury due to suicide attempts. *Paraplegia*. 1992;30(2):139-44.
- Bombardier CH, Kalpakjian CZ, Graves DE, Dyer JR, Tate DG, Fann JR. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 in assessing major depressive disorder during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012; 93(10):1838-45.
- Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2009; 47(2):108-14.
- Dahlberg A, Kotila M, Leppanen P, Kautiainen H, Alaranta H. Prevalence of spinal cord injury in Helsinki. *Spinal Cord*. 2005; 43:47–50.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. The SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*. 1973; 9:13–28
- Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*. 1983; 13:595–

605

- Devivo MJ. Epidemiology of traumatic spinal cord injury: trends and future implications. *Spinal Cord*. 2012 50: 365–372.
- Devivo MJ, Black KJ, Richards JS, Stover SL. Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia*. 1991;29:620–627.
- Girard R, Minaire P, Castanier M, Berard E, Perrineriche B. Spinal cord injury by falls: comparison between suicidal and accidental cases. *Paraplegia*. 1980;18(6):381-5.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 9:139–145.
- 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.
- Hartkopp A, Brønnum-Hansen H, Seidenschneur AM, Biering-Sørensen F. Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. *Arch Phys Med Rehabil*. 1998; 79(11):1356-61.
- Harvey C, Rothschild BB, Asmann AJ, Stripling T. New estimates of traumatic SCI prevalence: a survey-based approach. *Paraplegia*. 1990;28(9):537–544
- Hohmann GW. Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 1975; 112:81-88.
- Ilfeld FW. Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychol Rep*. 1976; 39:1215–1228.
- Illes J, Reimer JC, Kwon BK. Stem cell clinical trials for spinal cord injury: readiness, reluctance, redefinition. *Stem Cell Rev*. 2011; 7(4):997-1005.
- Jackson AB, Dijkers M, Devivo MJ, Poczatek RB. A demographic profile of new traumatic spinal cord injury—changes and stability over 30 years. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85: 1740–1748.
- 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.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann*. 2002; 32:509–515.
- Lidal IB, Jensen AE, Larsen TW, Stanghelle JK. Fatigue in persons who have lived with spinal cord injury for >20 years. *Spinal Cord*. 2013;51(2):103-8.
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther*. 1995; 33:335–342.
- Migliorini C, Callaway L, New P. Preliminary investigation into subjective well-being, mental health, resilience, and spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2013;36(6):660-5.
- Minaire P, Demolin P, Bourret J, et al. Life expectancy following spinal cord injury: a ten-years survey in the Rhône-Alpes Region, France, 1969–1980. *Paraplegia*. 1983;21(1):11–15.
- O'Connor P. Incidence and patterns of spinal cord injury in Australia. *Accid Anal Prev*. 2002; 34:405–415.
- 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.
- Overholser JC, Schubert DSP, Foliart R, Frost F. Assessment of emotional distress following a spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 1993; 38:187–198.
- Price M. Causes of death in 11 of 227 patients with traumatic spinal cord injury over period of nine years. *Paraplegia*. 1973;11(3):217-20.
- Radloff LS. CES-D scale: a self report depression scale for research in the general populations. *Appl Psychol Meas*. 1977; 1:385–401.
- Radnitz CL, Schlein IS, Walcsak S, et al. The prevalence of posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *SCI Psychosocial Process*. 1995; 8:145–149.
- Sakakibara BM, Miller WC, Orenczuk SG, Wolfe DL, SCIRE Research Team. A systematic review of depression and anxiety measures with individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2009; 47(12): 841–851.
- 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.
- Ullrich PM, Smith BM, Blow FC, Valenstein M, Weaver FM. Depression, healthcare utilization, and comorbid psychiatric disorders after spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2014;37(1):40-5.
- Van Den Berg M, Castellote JM, Mahillo-Fernandez I, de Pedro-Cuesta J. Incidence of traumatic spinal cord injury in Aragón, Spain (1972-2008). *J Neurotrauma*. 2011; 28(3):469-77.
- Van den Berg ME, Castellote JM, de Pedro-Cuesta J, Mahillo-Fernandez I. Survival after spinal cord injury: a systematic review. *J Neurotrauma*. 2010; 27(8):1517-28.
- Williams R, Murray A. Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(1):133-40.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 1983; 67:361–370
- Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; 12:63–