

**CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES EN PERSONAS
CON TRAUMA RAQUIMEDULAR**

DIANA LUCIA MENDOZA VIVAS

MANUEL ALEJANDRO MONTES GARCIA

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

2015

**CARACTERIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES EN PERSONAS
CON TRAUMA RAQUIMEDULAR**

DIANA LUCIA MENDOZA VIVAS

MANUEL ALEJANDRO MONTES GARCIA

Trabajo de Grado

Asesores

Margoth Consuelo Burbano

**Enfermera Especialista en Cuidado Intensivo del Adulto - Magíster en
Enfermería**

Profesora Asistente de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle

Juan Carlos Aristizábal

Estadístico – Magister en Epidemiología

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

2015

CONTENIDO

	Pág.
1 INTRODUCCIÓN	9
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GENERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	11
3.2 JUSTIFICACIÓN	13
4 MARCO CONCEPTUAL	14
4.1 TRAUMA RAQUIMEDULAR: ESTADO DEL ARTE	14
4.2 TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES DE ELIZABETH LENZ	15
4.3 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA	19
4.4 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES Y EL TRAUMA RAQUIMEDULAR	19
5 METODOLOGÍA	22
5.1 DISEÑO	22
5.2 MUESTRA	22
5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN	23
5.4 VARIABLES DEL ESTUDIO	24
5.4.1 VARIABLES DEPENDIENTES	24
5.4.2 VARIABLES INDEPENDIENTES	24
5.5 MEDICIÓN DE VARIABLES	25
6 DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	28
6.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	

	6.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	31
	6.3 ASPECTOS ÉTICOS	31
	6.4 CRONOGRAMA	33
	6.5 PRESUPUESTO	34
7	RESULTADOS	37
8	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	41
	CONCLUSIONES	43
	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	43
	BIBLIOGRAFIA	44

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Medición de las Variables Dependientes	25
Tabla 2. Medición de las Variables Independientes	27
Tabla 3. Presupuesto	35
Tabla 4. Caracterización Sociodemográfica de las Personas con TRM	37
Tabla 5. Caracterización de los Síntomas Desagradables Fisiológicos	38
Tabla 6. Caracterización de los Síntomas Desagradables Psicológicos	39
Tabla 7. Interrelación de los Síntomas Desagradables	40

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Modelo Teórico de los Síntomas Desagradables	16

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Síntomas Desagradables y Caracterización Sociodemográfica	48
Anexo B. Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo IDER	51
Anexo C. Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo STAI	53
Anexo D. Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo STAXI-2	56
Anexo E. Acta de Consentimiento Informado	59
Anexo F. Cartas de Aprobación Comités de Ética	61

RESUMEN

Introducción: Para fortalecer el cuidado de enfermería durante la rehabilitación de las personas con trauma raquímedular, es importante indagar sobre todos los fenómenos intervinientes y su interrelación. La rehabilitación integral de las personas con trauma raquímedular tiene en cuenta a la persona como un ser integral en lo físico, emocional y social, por lo tanto, es necesario desde los diferentes enfoques teóricos de las disciplinas profesionales en salud indagar sobre estos factores, de tal manera que el abordaje de las intervenciones sea incluyente y se pueda lograr una mejor calidad de vida de las personas con este tipo de lesión. **Objetivo:** Caracterizar los síntomas desagradables percibidos por las personas con trauma raquímedular a través de las distintas interrelaciones existentes entre los factores fisiológicos y psicológicos. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal, con 51 personas en dos Centros de Rehabilitación de la Ciudad de Cali. Las variables independientes fueron clasificación ASIA, nivel de la lesión y sexo; las variables dependientes fueron los síntomas desagradables fisiológicos y psicológicos. Se realizó análisis univariado mediante proporciones, indicadores de tendencia central, variabilidad, y posición. Para la identificación de las diferencias estadísticamente significativas se aplicó la prueba t para muestras independientes. **Resultados:** La disreflexia autonómica y las disfunciones tanto vesicales como intestinales son considerados los mayores síntomas desagradables que generan estados de depresión y expresión de ira y son más evidentes en los hombres que en las mujeres. **Conclusión:** Se requiere de apoyos importantes en el cuidado de la función vesical e intestinal y en la prevención de factores relacionados con la disreflexia autonómica para disminuir su impacto en la presencia de alteraciones psicológicas inevitables una vez generada la lesión.

Palabras claves: depresión, ira, ansiedad, trauma raquímedular, disreflexia autonómica, intestino neurogénico, vejiga neurogénica.

1. INTRODUCCIÓN

Los procesos de investigación en enfermería deben estar encaminados al fortalecimiento de la disciplina y la innovación dentro de la misma, pues esto asegura el crecimiento sostenido de la profesión. Ese fortalecimiento se logra a través de la aplicación tanto en el ámbito teórico-práctico como investigativo de las teorías de enfermería que han cimentado el arte del cuidado en el ejercicio de la profesión y de paso han dado forma al conocimiento epistemológico.

En la búsqueda por innovar y fortalecer dicho conocimiento a través de la presente investigación, se encontró que las teorías de mediano rango en enfermería permiten dar forma a la práctica del cuidado y evidenciar especialmente las respuestas humanas. Particularmente, son estas respuestas a una situación inesperada como lo es el trauma raquímedular, las que ocupan el interés del presente proyecto de investigación, considerando de gran utilidad para la disciplina caracterizarlas. Según Sánchez Upegui, desde la perspectiva de la investigación, la caracterización es una fase descriptiva con fines de identificación, entre otros aspectos de los componentes, acontecimientos, actores, procesos y contexto de una experiencia, un hecho o un proceso. Incluye un ordenamiento conceptual que se hace desde la perspectiva de la persona, indaga aspectos del pasado y del presente con relación a un fenómeno y está exenta de interpretaciones.

De aquí nace la idea de aplicar una teoría de rango medio en la presente investigación, encaminada a caracterizar lo que la persona con trauma raquímedular identifica como molesto de su proceso salud-enfermedad o en palabras de Elizabeth Lenz, lo que sería reconocido como síntomas desagradables.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar los síntomas desagradables percibidos por la persona con trauma raquimedular a través de las distintas interrelaciones existentes entre los factores fisiológicos y psicológicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los síntomas desagradables percibidos por la persona con trauma raquimedular.
- Describir los factores fisiológicos y psicológicos que influyen en la experiencia del síntoma desagradable.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Gadow (1980), planteó que hay una discrepancia entre la vivencia que tienen las personas de su cuerpo y la que tienen los profesionales de la salud, porque mientras para las primeras la experiencia puede ser desagradable, para los segundos puede ser “un objeto de estudio o un problema para ser resuelto”, lo cual tiene un efecto deshumanizante en la atención que se presenta con frecuencia. No obstante, desde el cuidado de enfermería se debe propender por la transformación de la experiencia desagradable hacia un aspecto positivo de interacción humana entre el cuidador y la persona objeto de cuidado.

En general en contexto salud enfermedad, las experiencias desagradables hacen referencia a los síntomas, que se conceptúa como las manifestaciones de una alteración orgánica o funcional que solo es capaz de apreciar el paciente (Armstrong T, 2003). Según Lenz (2014), los síntomas son indicadores de cambio percibido en el funcionamiento normal de cada persona, y es multidimensional.

En muchas ocasiones, estos indicadores de cambio en la normalidad del funcionamiento físico y psicoemocional, aparecen de manera súbita e inesperada en especial cuando se presenta un trauma, producto de mecanismos como los accidentes de tránsito o heridas por lesiones auto inflingidas o externas, que ocasionan daños en diferentes partes del cuerpo. Una de las estructuras comúnmente afectadas en nuestro contexto es el binomio columna-médula espinal, denominándose trauma raquimedular (TRM). Esta lesión, es considerada actualmente como un problema de salud pública por su incidencia en la población productiva, con un pico entre los menores de 20 años.

Según la OMS, la mayoría de estos afectados sufren síntomas desagradables como dolor crónico, y se estima que entre el 20 a 30% muestra signos de depresión, clínicamente significativa. Además, también corren el riesgo de desarrollar enfermedades secundarias que pueden ser debilitantes e incluso potencialmente mortales como la trombosis venosa profunda, infecciones del tracto urinario, úlceras por presión y complicaciones respiratorias. En el mismo informe, EtienneKrug afirma, que independiente de la gravedad de la lesión y sus secuelas estas personas no solo pueden sobrevivir, sino que también pueden tener una buena calidad de vida.

No obstante las afirmaciones de Krug, el TRM es una lesión compleja que altera la vida de quien la padece, producto de la lesión misma, de las barreras sociales y de los servicios de salud. En este último entre otras razones del hecho que, existe debilidad en el reconocimiento, la comprensión y el tratamiento de los síntomas desagradables que experimentan estas personas de manera aguda o crónica, que son preponderantes para ellos y no tanto para los sistemas de salud.

Algunas de las medidas para subsanar esta deficiencia es promover la adquisición de conocimientos y competencias especializadas entre los profesionales de salud, especialmente de enfermería, relacionadas con el conocimiento de la lesión medular, su tratamiento en general pero ante todo en la identificación de la experiencia de los síntomas desagradables para abordarlos de manera holística.

3.2 JUSTIFICACIÓN

Como se ha descrito anteriormente, los síntomas son una experiencia subjetiva que reflejan cambios en la función biopsicosocial, las sensaciones y la cognición de la persona(Armstrong, 2003)(Lenz, Elizabeth y Pugh Linda, 2014). Estos síntomas surgen en combinaciones que interfieren con cada proceso de la vida de las personas, como su estado funcional y/o disminución económica. Los síntomas que cada persona vive en el proceso de la salud-enfermedad están influenciados por las experiencias previas en la enfermedad, los aspectos socioculturales y las diferentes interacciones entre los profesionales de la salud (Haworth, 2001).

Los síntomas representan más pistas sobre un proceso de la enfermedad subyacente. Dentro de una perspectiva de enfermería el abordaje de los síntomas requiere de una comprensión de la experiencia de la persona y el significado asociado a cada síntoma. En la actualidad todas las intervenciones se realizan en su mayoría desde la perspectiva de la práctica basada en la evidencia, cuando lo que se requiere, es una intervención desde la comprensión del síntoma experimentado por cada individuo, y la aplicación de decisiones con participación del paciente con un enfoque holístico (Haworth, 2001).

Garrino L, Curto N, Decorte R, Felisi N, Matta E, Gregorino s, et al (2011), encontraron que la relación que establece enfermería y la persona con trauma raquimedular alrededor del cuidado durante la rehabilitación, es determinante en el proceso de aceptación, tratamiento y rehabilitación. Sin embargo aún existen vacíos en este aspecto, en especial en el cuidado de las personas con TRM desde enfermería; es por ello que se pretende abordar el problema apoyado en la Teoría de los Síntomas Desagradables de Elizabeth Lenz y se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la Caracterización de los Síntomas Desagradables en las Personas con Trauma Raquimedular?

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 TRAUMA RAQUIMEDULAR: ESTADO DEL ARTE

El último informe de la OMS en el 2013 titulado “International Perspectives on Spinal Cord Injuries”, al menos 500.0000 personas sufren lesiones medulares cada año. Estas personas tienen una probabilidad entre dos y cinco veces mayor de morir prematuramente, siendo los países de ingresos bajos y medios los que registran las peores tasas de supervivencia.

Es conocido que las lesiones medulares tienen un elevado costo para el individuo y la sociedad por el desempleo, ausencia escolar y los tratamientos para la rehabilitación. Sin embargo esto no es lo único que afecta a estas personas, la lesión raquimedular representa, en la vida de los individuos; un ataque a su independencia, su autonomía y los planes que tiene para si mismos tanto a nivel de realización personal como a nivel de la vida de pareja y como miembro productivo de la sociedad.

Moreno Ferguson ME y Amaya Rey MC (2012) encontraron que las personas con TRM manifiestan cambios en la corporalidad, que los hace dependientes para el auto-cuidado. Por ello deben esforzarse para recobrar la autonomía, reconocer nuevamente su cuerpo y establecer una nueva manera de relacionarse con los otros. Todas las acciones encaminadas a lograr estos procesos requieren tiempo, de valores personales y familiares que les permita superar sus sentimientos de indignación ante la pérdida en el control de esfínteres, de la pérdida del movimiento, de la sensibilidad, y en general valores que les ayuden a superar sentimientos de ira y culpabilidad.

La lesión raquimedular no sólo afecta la corporalidad de la persona, también la lleva a replantearse su vida, las metas y expectativas. Con el paso del tiempo las

personas aprender a ser más realistas y acordes a su nueva condición. Encuentran hobbies y se vuelven creativos a la hora de resolver problemas en su nueva vida(Moreno Ferguson ME y Amaya Rey MC (2012))

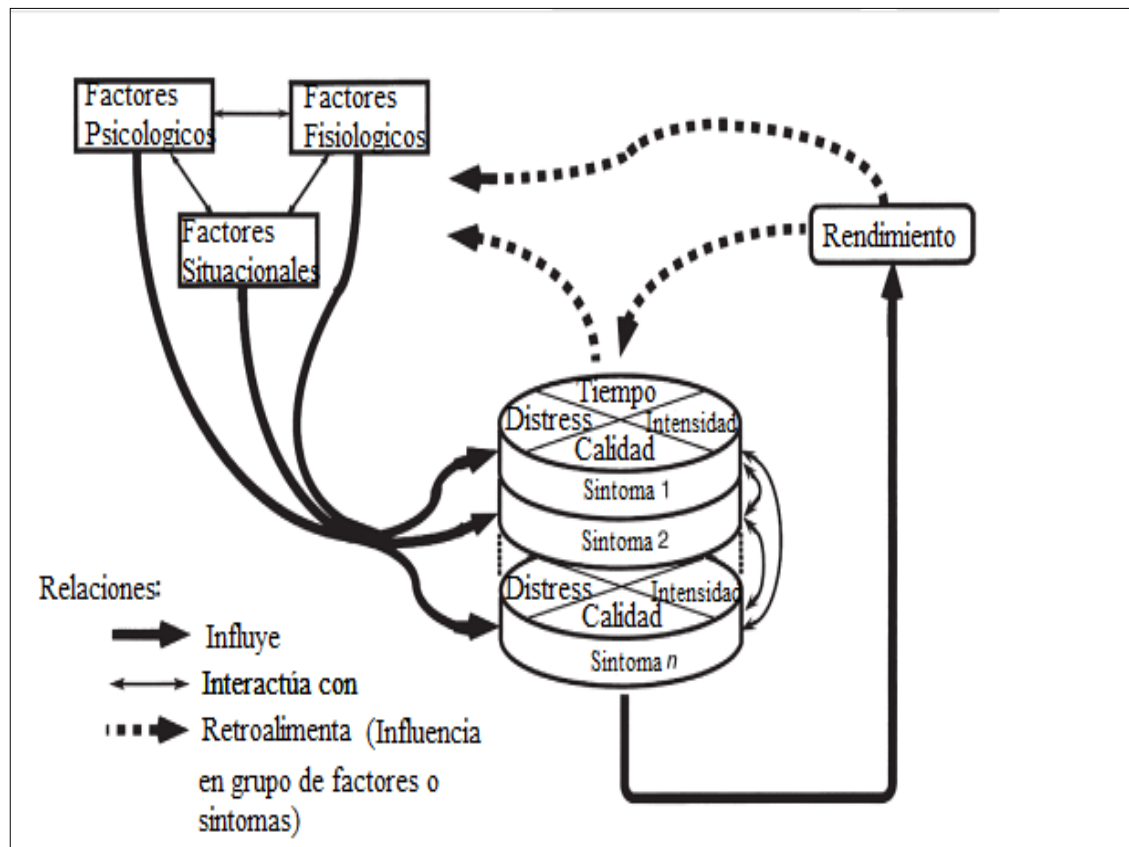
4.2 TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES DE ELIZABETH LENZ

Recientemente el manejo de los síntomas ha ocupado un punto central en el área de la investigación en enfermería, en particular en su comprensión y su correlación con las necesidades humanas en situaciones de enfermedad. Esto ha permitido al profesional de enfermería estructurar acciones de cuidados que respondan de manera asertiva, efectiva y significativamente a estas necesidades (Brant, 2010). Desde 1997, Elizabeth Lenz, Audrey Gift, Renee Milligan y Linda Pugh, consolidaron lo que denominaron la Teoría de los Síntomas Desagradables (TOUS), que resalta la multidimensionalidad de los mismos y plantea escenarios donde diversos síntomas cambian su significado según se presentan en conjunto o de manera aislada. La teoría plantea que la experiencia del síntoma, sin importar su variabilidad, tiene puntos en común a lo largo de los distintos contextos experimentados por los pacientes. Estas autoras, también proponen que un mejor entendimiento de la experiencia y de las consecuencias de padecer un síntoma, ayudará al profesional de enfermería tanto en el quehacer clínico como en el área investigativa.

Los estudios de Audrey Gift, Renee Milligan y Linda Pugh (1997), demostraron que la experiencia del síntoma es de naturaleza subjetiva y multidimensional porque están influenciados por factores fisiológicos, psicológicos y situacionales. Es decir la TOUS, no aísla ni al individuo que los padece, ni al contexto que los propicia, por lo tanto toma en cuenta las interacciones intrínsecas entre el síntoma, el individuo y su entorno, en otras palabras, propende por la integralidad al interrelacionar la experiencia humana con los niveles físico, cognitivo y social. A su vez, establecieron que los síntomas desagradables tienen algunas características

que denominaron dimensiones, estas son: intensidad, calidad, duración y grado de estrés experimentado (distress o ansiedad), también interrelacionadas entre sí y retroalimentan a los factores influyentes(Lenz, Elizabeth y Pugh Linda, 2014). Gráfico 1.

Gráfica 1. Modelo Teórico de los Síntomas Desagradables



Esta Teoría define tanto los factores influyentes y sus dimensiones así (Lenz, Elizabeth y Pugh Linda, 2014):

Factores influyentes

- Los factores fisiológicos son los procesos de alteraciones patológicas, de la funcionalidad de los sistemas, la nutrición, aquellos relacionados con el tratamiento. La teoría afirma que pueden existir, a su vez, complejas interacciones entre los diferentes factores fisiológicos influyendo en el o los síntomas.
- Los factores psicológicos son uno de los componentes más complejos del modelo. Incluye el repertorio de habilidades para el afrontamiento del síntoma.
- Los factores situacionales abarcan el entorno social y físico del individuo. Así el entorno cultural puede hacer variar la expresión de síntomas, porque hay un componente extrínseco que modifica la forma de interpretarlos y expresarlos. También están relacionados con el acceso a recursos financieros, a la atención de los servicios de salud en forma oportuna, eficaz y eficiente, y al cuidado brindado por personas con las competencias para el abordaje integral del TRM.

Las Dimensiones:

- *La dimensión intensidad o gravedad:* se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable.
- *La dimensión angustia o distress:* se refiere al aspecto afectivo o al grado de molestia que experimenta el paciente por los síntomas. Frente a un mismo síntoma los sujetos de cuidado pueden experimentar diferentes niveles de angustia. Dichos niveles están relacionados con la intensidad y/o naturaleza del síntoma; también tiene que ver con el sentido que el individuo le otorga al mismo.

- *La dimensión tiempo:* incluye la duración y frecuencia del o los síntomas. El tiempo permite diferenciar los síntomas agudos de los crónicos que tienden a ser de distinta naturaleza y que deben ser tratados de manera diferente.
- *La Dimensión calidad del síntoma:* se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma. Con lo anterior la teoría reconoce que cada síntoma tiene aspectos y características únicas. Existen descriptores específicos que pueden caracterizar a cada síntoma como por ejemplo: en el dolor se consulta el tipo de dolor, si es somático, visceral o neuropático, intensidad, frecuencia, duración, qué factores lo intensifican o lo atenúan.

Este aspecto de la teoría es muy relevante pues permite caracterizar el síntoma, reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Lo importante es reconocer que cada paciente tiene una capacidad propia para describir lo que él o ella está experimentando, por lo tanto se debe tener en cuenta la interpretación que debe hacerse de la descripción para categorizar el síntoma adecuadamente.

Resultado o Consecuencia de la experiencia del síntoma:

La experiencia de un síntoma afecta a la persona en la capacidad de las funciones cognitivas, motoras y de comportamiento social. Es decir, afecta la actividad física, la comprensión, el aprendizaje, la concentración, la capacidad para resolver problemas y la interacción social, en general la calidad de vida.

4.3 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES Y EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

La TOUS ha sido utilizada en diversas propuestas de cuidado con y por los pacientes alrededor del mundo; la claridad con la que las autoras de la teoría recalcan la importancia de considerar no sólo lo que el paciente describe, sino también lo que observa el enfermero/a, familiar o cuidador, hacen de esta teoría una herramienta de incalculable valor al momento de planear, priorizar y brindar acciones de cuidado integral.

Las interacciones entre los distintos elementos que componen la TOUS, permiten al enfermero(ra) participar y hacer partícipe al paciente activamente del proceso salud-enfermedad del paciente, redefiniéndolo constantemente en pro de sus necesidades e identificando nuevas perspectivas y percepciones propias hacia lo que debe convertirse en objeto de cuidado primordial.

4.4 RELACIÓN DE LA TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES Y EL TRAUMA RAQUIMEDULAR

Como se ha descrito anteriormente uno de los síntomas comunes ante cualquier alteración física o emocional es el dolor. Este síntoma en la persona que sufre TRM se presenta no solo por los trastornos fisiopatológicos propios de las raíces sensitivas pertenecientes a los segmentos medulares, sino también el dolor psicoemocional por la pérdida de una función vital como es también la movilidad. Las consecuencias de esto la alteración en la calidad de vida; estas personas inicialmente no pueden relacionarse con el grupo que normalmente frecuenta (dimensión social) generándole un aislamiento social, además de una creciente

necesidad de cuidados dependientes, que de no ser satisfechos podrían deteriorar aún más los resultados de la experiencia de los síntomas. (Forniés, Iturralde, Clerencia y Ortiz, 2004)

Otro síntoma relacionado con el TRM es la disreflexia autonómica, un síndrome caracterizado por una exacerbada descarga simpática como respuesta a un estímulo visceral aferente en lesionados medulares por encima de T6. Se debe a la pérdida del control inhibitorio supraespinal y se manifiesta con signos de activación parasimpática por encima del nivel de la lesión y activación parasimpática por encima del nivel de la lesión y activación simpática por debajo del mismo. Su sintomatología es variada, incluye la cefalea, náuseas, rubefacción, congestión nasal, visión borrosa, palidez y sudoración por debajo de la lesión (Broseta, 2011).

También la sintomatología incluye las alteraciones de los esfínteres, tanto vesical como rectal. Ambas incluyen la retención de desechos o las pérdidas involuntarias de los mismos. *El estreñimiento* es difícil de definir, sin embargo, definiremos estreñimiento o constipación como la evacuación de heces excesivamente secas, escasa la evacuación posterior a los dos días o menos de dos deposiciones a la semana (Martínez, Rodríguez, Jiménez y Yela, 2004). La incontinencia anal se define como la incapacidad de retener el contenido intestinal, hasta que el individuo considera que es el momento y el lugar adecuados para su evacuación (Martínez, Rodríguez, Jiménez y Yela, 2004). A nivel vesical se pueden mencionar la incontinencia urinaria, definida como cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico(vejiga hiperreflexica) (Obregon, Quiroz, Lagunez, Nudding, Peralta y Sanchez, 2012), a su vez, la retención urinaria es la imposibilidad de realizar el vaciamiento vesical (vejiga arrefléxica) (Obregon, Quiroz, Lagunez, Nudding, Peralta y Sanchez, 2012Aubry, Camacho y Orobio, 2012).

Entre la sintomatología desagradable relacionada con las alteraciones de la sensibilidad (Conrad y Jimenez, 2003) se encuentran:

- Anestesia, entendida como la pérdida de todas las sensaciones de una parte del cuerpo. También puede ser la desaparición completa de una modalidad sensitiva como la temperatura o la sensación de movimiento.
- Hipoestesia: Es la disminución de una sensación, menor a la esperada para la intensidad del estímulo aplicado.
- Hiperestesia: Se da cuando la sensación desencadenada por el estímulo, es más intensa de lo esperado según el estímulo aplicado.
- Parestesia: Es la sensación de hormigueo en una parte del cuerpo que no está siendo estimulada.

El trauma raquímedular expone a las mujeres a las alteraciones en el ciclo menstrual, una de ellas es la amenorrea, que puede ser primaria o secundaria; la primera se define como la ausencia de menstruación después de los 15 años de edad cuando coincide con la falta de la aparición de los caracteres sexuales secundarios (infantilismo sexual) y por arriba de los 18 años en presencia de desarrollo sexual. Por otra parte la forma secundaria es la desaparición de la menstruación, por más de tres meses, en una mujer que haya tenido varios ciclos previos (Hernandez-Valencia y Zarate, 2006). Esta última es la que frecuentemente experimentan las mujeres con TRM y posteriormente se continua con la menorragia, definida como las alteraciones que cursan en un intervalo de normal del ciclo, pero con un aumento en la cantidad y la duración del sangrado (Dueñas, Lopez, Gonzales, Santo y Sanchez, 2001).

En cuanto a alteraciones de la movilidad, se encuentra la espasticidad, es decir el endurecimiento o contracción involuntaria de los músculos.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO

Es un Estudio Descriptivo Transversal.

5.2 MUESTRA

La muestra está conformada por 51 personas mayores de 18 años, hombres y mujeres sin diferenciar grupo étnico, que ingresaron con diagnóstico de trauma raquimedular, entre el 2011 y 2013.

Cálculo de la muestra:

Teniendo en cuenta una población finita de 60 personas que asisten a la institución objeto de estudio, se realiza el cálculo de la muestra a partir de la siguiente fórmula:

$$n = (z \times pq)^2 \quad n = (1,96 \times 0,5)^2 = 384$$

El ajuste de la muestra para población finita es:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{384}{1 + \frac{384}{60}} = \frac{384}{1 + 6.4} = 51$$

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Edad mayor de 18 años.
- Con un tiempo posterior a la lesión mayor o igual a un mes.
- Género: Masculino o Femenino

Criterios de Exclusión

Personas con alteración del estado de conciencia

5.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

5.4.1 VARIABLES DEPENDIENTES:

Las variables dependientes son los factores fisiológicos: disreflexia autonómica (cefalea, náuseas, visión borrosa, diaforesis, rubefacción, palidez y congestión nasal) alteración de la función vesical, alteración de la función intestinal, alteración de la sensibilidad, alteración del ciclo menstrual, espasticidad y como factores psicológicos: depresión, ira, ansiedad.

5.4.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

Las variables independientes son: nivel de la lesión que para efectos del estudio fue categorizado en lesión alta para los niveles cervical y torácico, lesión baja para los niveles lumbar y sacro. También se constituyeron en independientes el sexo y la Clasificación ASIA.

5.5 MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Medición de las Variables Dependientes		
Indicador	Índice	Nivel de Medición
Disreflexia autonómica	Determinada por la evaluación que realiza el investigador de la presencia de dos o más de los siguientes síntomas y signos: (1) Cefalea. (2) Náusea. (3) Rubefacción. (4) Congestión nasal. (5) Visión borrosa. (6) Palidez. (7) Sudoración. (8) Ninguno.	Nominal
Alteración de la sensibilidad	Tomado de la historia clínica en notas de rehabilitación: (1) Anestesia. (2) Hipoestesia. (3) Hiperestesia. (4) Parestesia.	Nominal
Alteración de la función vesical	Tomado por el investigador al momento de la recolección de la información o por la urodinamia en la historia clínica:	Nominal

	(1) Con Alteración de la función Vesical (2) Sin Alteración de la función Vesical	
Alteración de la función intestinal	Tomado por el investigador al momento de la recolección de la información o por la historia clínica: (1) Con Alteración de la función Intestinal (2) Sin Alteración de la función Intestinal	Nominal.
Amenorrea	Consultada por el investigador al momento de la recolección de la información: (1) Con Alteración del ciclo menstrual. (2) Sin alteración del ciclo menstrual.	Nominal
Espasticidad	Consultada por el investigador al momento de la recolección de la información o por historia clínica: (1) Con espasticidad. (2) Sin espasticidad.	Nominal

Depresión	Obtenido del cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (IDER): ver anexo B	Ordinal
Ansiedad	Obtenido del cuestionario Inventario de evaluación de ansiedad estado-rasgo [STAI]. Ver anexo C	Ordinal
Ira	Obtenido del cuestionario Inventario de expresión de enojo estado-rasgo [STAXI]. Ver anexo D	Ordinal

Tabla 2. Medición de las Variables Independientes		
Indicador	Índice	Nivel de Medición
Clasificación del compromiso	Obtenida de la historia clínica: (1) Alta: A, B (2) Baja: C, D, E	Ordinal
Clasificación del nivel	Obtenido de la historia clínica: (1) ALTA: Cervical, Torácica (2) BAJA: Lumbar, Sacra.	Nominal
Edad	Se medirá a partir de los datos obtenidos en la historia clínica: Edad en años: _____	Razón

Sexo	Se medirá a partir de los datos obtenidos en la historia clínica: (1) Femenino (2) Masculino	Nominal
------	--	---------

6. DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

6.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información para medir las variables del estudio fue recolectada mediante el uso de cuatro instrumentos: uno que fue diseñado por los investigadores para la caracterización sociodemográfica y de factores fisiológicos (ANEXO A). Para el registro de los factores psicológicos se utilizaron tres instrumentos: Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo IDER (ANEXO B), Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (ANEXO C), Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo STAXI (ANEXO D).

El Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (IDER), presenta confiabilidad Alfa de Cronbach entre 0,71 y 0,92 en población general (Acuña, 2010). La finalidad del IDER es evaluar dos aspectos: el estado o grado de afectación y el rasgo o frecuencia de ocurrencia de síntomas activos de la depresión. Cada una de estas medidas (estado y rasgo) cuenta con 10 ítems que a su vez asignan una puntuación de 1 a 4 según la Escala Likert en “Casi nunca”, “Algunas veces”, “A menudo” y “Casi siempre”. La puntuación de cada escala se obtiene sumando los puntos de cada uno de los ítems. Para este estudio se establecieron promedios de la siguiente manera: promedio $\leq$ a 20 se considera depresión estado negativo y si el promedio $>$ a 20 depresión estado positivo. Para depresión rasgo el promedio

establecido fue: $\leq$ a 29 depresión rasgo negativo y promedio $>$ de 29 depresión rasgo positivo.

El Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado-Rasgo [STAI], presenta coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 (Acuña, 2010) (Fonseca-Pedrero, Paino, Sierra-Baigrie, Lemos-Giraldez y Muñiz, 2012). Permite realizar el diagnóstico de ansiedad a través de 40 ítems: 20 para ansiedad estado (condición emocional transitoria) y 20 para ansiedad rasgo (ansiedad relativamente estable). De igual manera este instrumento aplica Escala Likert con opciones “Nada”, “Algo”, “Bastante”, “Mucho” para ansiedad estado y “Casi nunca”, “A veces”, “A menudo”, “Casi siempre” para ansiedad rasgo. Cada uno de estos 28 ítems se califica de 1 a 4 y por lo tanto cada subescala va de 20 a 80 puntos. Para este estudio se estableció como ansiedad estado positivo promedios $>$ de 52 puntos y ansiedad estado negativo $\leq$ a 52 puntos; para ansiedad rasgo positivo $>$ de 47 puntos y para ansiedad rasgo negativo $\leq$ a 47 puntos.

Inventario de expresión de enojo estado-rasgo STAXI, presenta consistencia interna entre 0.61 y 0.92 (Dueñas, López, Gonzales, Navarro, Santo y Sánchez, 2001) Permite evaluar la experiencia de enojo como estado, rasgo y expresión. El inventario de evaluación STAXI mide 48 ítems, divididos en las 3 direcciones. Las respuestas puntúan entre 1 y 4 según sea “en absoluto”, “un poco”, “moderadamente” y “muchísimo”. Para el estudio se estableció como enojo estado negativo $\leq$ a 16 puntos, enojo estado positivo $>$ a 16 puntos; como enojo rasgo negativo $\leq$ a 16 puntos, para enojo rasgo positivo $>$ a 16 puntos; como enojo expresión positivo $>$ de 64 puntos y enojo expresión negativo $\leq$ de 64 puntos. Estado es la sensación subjetiva de ira, rasgo la frecuencia de aparición del estado de ira, y expresión de ira es la capacidad de afrontamiento, exteriorización y respuesta.

La información se recolectó mediante la revisión las historias clínicas disponibles en las instituciones, una vez fueron obtenidos los avales de los respectivos Comités Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle y de las instituciones participantes y al seleccionar aquellas personas que cumplían con los criterios de inclusión establecidos para la presente investigación.

El contacto se realizó mediante los datos de identificación presentes en las historias clínicas revisadas, vía telefónica; en este primer contacto se identificaron los investigadores, se explicó el objetivo del proyecto, los potenciales riesgos y beneficios que este estudio ofreció y se notificó de la información que se esperaba fuera proporcionada por cada participante. Se realizaron visitas institucionales a aquellas personas que aceptaron de manera voluntaria participar en el proyecto; en esta visita se diligenciaron 2 copias del consentimiento informado: una para el paciente y otra para los investigadores.

Los 4 instrumentos fueron autodilenciados por los participantes. No fue necesario el acompañamiento por parte de profesionales en el área de Salud Mental ni remisiones a dicha área de ninguno de los participantes.

Para mantener la confidencialidad de los datos suministrados por el paciente se les asignó un número serial según el orden en el que se recolectaron los datos.

6.2 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis univariado y en el caso de las variables cualitativas fueron usadas tablas de frecuencias, para las variables cuantitativas se usaron indicadores de tendencia central, variabilidad, y posición. Para la identificación de las diferencias estadísticamente significativas se aplicó la prueba t para muestras independientes, para definir la igualdad de varianzas en estas pruebas, fue utilizada la prueba F a

un nivel de significancia $p < 0.05$. La relación entre variables fue evaluada a través de un nivel de significancia $p < 0.1$. La digitación y el procesamiento de la información fueron realizados a través del uso de Epi-Info 3.4.5 y SPSS 20 respectivamente.

6.3 ASPECTOS ÉTICOS

Se obtuvo el aval de los respectivos Comités de Ética, tanto el de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, como el de los Comités de Ética de las dos instituciones de rehabilitación donde se realizó el estudio (Anexo F), y los cuales se encuentran regidos por la resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Este estudio fue de riesgo mínimo, se garantizó la privacidad y confidencialidad de la información, ya que el instrumento de recolección de datos se codificó según orden de revisión de historias clínicas y sin el nombre de pacientes o instituciones.

Se tuvo en cuenta la aplicación del principio de la *Autonomía*, proponiendo la participación libre y voluntaria en el proyecto y la obtención del consentimiento informado por parte de cada una de las personas participantes (Anexo E). Se explicó de manera individual a cada individuo mediante el consentimiento informado, el objetivo del estudio, los beneficios y riesgos, aclarando que su participación podía interrumpirse en cualquier momento durante la recolección de la información. También se explicó a la persona que los resultados obtenidos en la investigación, solo se utilizarán para fines académicos.

Se aplicó el principio de la *beneficencia* explicando a la persona que posteriormente se lograrán generar intervenciones de enfermería con las cuales se podrá proporcionar rehabilitación integral teniendo en cuenta que el propósito

de este estudio está en garantizar calidad de vida y que comienza por un oportuno tratamiento de los síntomas desagradables.

Para dar cumplimiento al principio de No Maleficencia, se tuvo en cuenta que este trabajo se considera una investigación con riesgo mínimo, según la resolución 8430 de 1993, la cual en su artículo 11 clasifica como investigación con riesgo mínimo a *“aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas (como en el caso del presente estudio), cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”*

La realización de este trabajo de investigación no representó riesgo físico, psicológico, social, legal o de otro tipo para seres humanos dado que no requiere intervención de ningún tipo con las personas relacionadas, ni con las historias clínicas que serán revisadas y se garantizará confidencialidad de los datos obtenidos a través de esta historia clínica y de la entrevista con los mismos, porque el instrumento de recolección de la información no contiene datos de información personal.

Los datos personales como números de teléfono y direcciones solo fueron conocidos por los investigadores y ninguna otra persona podrá acceder a los mismos.

6.4 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Sept- Dic 2013	Marzo 2014	Mayo - julio 2014	Agosto 2014	Sept - Nov 2014	Enero- Mayo 2015	Junio - Julio 2015
Diseño del proyecto.	X						
Consulta bibliográfica.	X	X	X				
Aval de los Comités de Ética				X			
Recolección de la información.					X		
Análisis de la información.						X	
Socialización de los resultados						X	
Informe final y envió a revista para posible publicación							X

6.5 PRESUPUESTO GENERAL

Tabla 3. Presupuesto

RUBROS	FUENTES		
	Contrapartida en especie	Otras fuentes	Total
PERSONAL:			
Directora del Proyecto	\$792.000	\$1.188.000	\$1.980.000
2 Investigadores Principales			
Asesoría Estadístico	-	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
Material y transporte (para personal que recolecta la información)	\$300.000	\$300.000	\$600.000
TOTAL			\$3.580.000

Las fuentes de financiación serán las obtenidas a través de los ingresos aportados por los investigadores para la realización de la investigación en su totalidad.

**a. Descripción de los gastos de investigadores (en miles de \$).
Otras Fuentes**

Nombre del participantes	Formación académica	Función dentro del proyecto	Dedicación (en h/s)	Recursos en especie
Consuelo Burbano López	Especialista en Cuidado Crítico y Mg en Enfermería	Directora del Proyecto	2hs/sem/ x 66 sem x \$7.000 hora	\$924.000
Diana Lucía Mendoza Vivas	Estudiante pregrado	Investigadora Principal	2hs/sem/ x 66 sem x \$4.000 hora	\$528.000
Manuel Alejandro Montes García	Estudiante pregrado	Investigador Principal	2hs/sem/ x 66 sem x \$4.000hora	\$528.000

b. Materiales y transporte (en miles de \$)

Rubro	Cantidad	Valor/unidad	Valor total \$
Fotocopia Formatos	328	\$ 100	\$ 32.800
Papel Impresora	2 Resmas	\$ 10.000	\$ 20.000
Lapiceros	1 Caja (6 und)	\$ 10.000	\$ 10.000
Cartucho de Impresora	2 Cartuchos	\$ 85.000	\$ 170.000
Transporte		\$ 600.000	\$ 600.000
Total			\$ 832.800

7. RESULTADOS

Esta población correspondió en un 62.7% al sexo masculino, 64.7% con escolaridad básica secundaria, el 80.4% pertenece al Sistema de Seguridad Social Subsidiado, y el 82.4% no contaba con algún tipo de trabajo. Tabla 1. La edad promedio fue de 38 años y coeficiente de variabilidad 31%. El 43.1% tenía clasificación ASIA A, seguido de clasificación ASIA C con 27.5%. El nivel de la lesión predominante fue el torácico con el 56,9%. También se encontró que el 45.1% de los participantes del estudio eran solteros.

Tabla 4. Caracterización Sociodemográficas de las Personas con TRM, Cali 2014

Características de la Población		n	%
Sexo	Masculino	32	62,7
	Femenino	19	37,3
Estado civil	Casado	12	23,5
	Soltero	23	45,1
	Unión libre	15	29,4
	Viudo	1	2,0
Escolaridad	Primaria	7	13,7
	Secundaria	33	64,7
	Técnico	7	13,7
	Universitario	4	7,8
Seguridad Social	Contributivo	9	17,6
	Sin afiliación	1	2,0
	Subsidiado	41	80,4
Empleo	No	42	82,4
	Si	9	17,6

Fuente: datos del estudio

Caracterización de los síntomas desagradables fisiológicos

El total de la población manifestó como síntoma desagradable la alteración de la sensibilidad. El 54,9% presentaba disreflexia autonómica, disfunción vesical el 94.1%, alteraciones intestinales el 78,4%, y espasticidad el 51%. Tabla 5.

Tabla 5. Caracterización de los Síntomas Desagradables Fisiológicos de las Personas con TRM, Cali 2014

Síntomas	n		%	
	Si	No	Si	No
Disreflexia Autonómica	28	23	54,9	45,1
Sensibilidad	51	0	100	0
Función vesical	48	3	94.1	5.9
Función Intestinal	40	11	78.4	21.6
Amenorrea	8	10	44.4	55.5
Espasticidad	26	23	51	45.1

Fuente: datos del estudio

Caracterización de los Síntomas Desagradables Psicológicos

Las personas del estudio presentan un grado de afectación positivo para depresión. Esto se encontró especialmente en las mujeres quienes presentan mayor tendencia a la depresión estado con un promedio de 20.53 puntos, mientras que en los hombres fue positivo el rasgo depresivo con promedio de 29.06 puntos. Los estados de ansiedad en esta población en general son transitorios, pero frecuentemente experimentan sensaciones relacionadas con enojo, ira o tensión y son exteriorizadas con mayor facilidad por los hombres quienes tienen un promedio de 65.69 en la expresión. Tabla 6.

Tabla 6. Caracterización de los Síntomas Desagradables Psicológicos de las Personas con TRM, Cali 2014

Síntoma		n	Promedio
Depresión	Estado	51	20,47
	Rasgo	51	28,47
Ansiedad	Estado	51	52,71
	Rasgo	51	46,73
Enojo	Estado	51	17,02
	Rasgo	51	17,29
	Expresión	51	64,41

Fuente: datos del estudio

Interrelación de los síntomas desagradables fisiológicos Vs Psicológicos en personas con TRM

Entre los síntomas desagradables fisiológicos que influyen en la depresión se encuentran la disreflexia autonómica y de esta sintomatología la cefalea ($p = 0.066$), náuseas ($p = 0.025$), palidez ($p = 0.07$) y la diaforesis ($p = 0.094$); tanto la disfunción vesical como intestinal se constituyeron como síntomas desagradables que influyen para que estas personas presenten depresión e ira. La amenorrea es un síntoma desagradable en las mujeres que conduce a la depresión. Tabla 7.

Otros factores que influyen en los aspectos psicológicos

Este estudio mostró por otra parte que el nivel de la lesión como el ASIA influyen en la presencia de depresión de estas personas, $p = 0.001$ y $p = 0.061$ respectivamente.

Tabla 7. Interrelación de los Síntomas Desagradables Vs Síntomas Psicológicos de las Personas con TRM, Cali 2014

Síntoma Desagradable	Presencia			Depresión Estado		Depresión Rasgo		Ansiedad Estado		Ansiedad Rasgo		Ira Estado		Ira -Rasgo		Ira Expresión	
		n	%	$\bar{X}$	P	$\bar{X}$	P	$\bar{X}$	P	$\bar{X}$	P	$\bar{X}$	P	$\bar{X}$	P	$\bar{X}$	P
Disreflexia Autonómica	Si	28	54,9	21,07	0.054	27,96	0.159	53,04	0.441	46,68	0.889	16,64	0.238	16,61	0.433	64,25	0.845
	No	23	45,1	19,74		29,09		52,30		46,78		17,48		18,13		64,61	
Alteración de la Sensibilidad	Si	51	100,0	20,47	-	28,47	-	52,71	-	46,73	-	17,02	-	17,29	-	64,41	-
	No	0	0,0	0		0		0		0		0		0		0	
Función Vesical	Si	48	94,1	20,56	0.086	28,31	0.015	52,71	0.969	46,63	0.277	16,96	0.488	16,85	0.065	64,31	0.625
	No	3	5,9	19		31		52,67		48,33		18,0		24,33		66	
Función Intestinal	Si	40	78,4	20,38	0.486	28,1	0.077	52,9	0.420	46,65	0.658	16,85	0.289	16,38	0.066	63,28	0.041
	No	11	21,6	20,82		29,82		52		47		17,64		20,64		68,55	
Amenorrea	Si	8	15,7	20,75	0.847	27,5	0.062	52,63	0.914	46,75	0.384	16,75	0.269	17	0.123	63,63	0.182
	No	10	19,6	20,5		28,1		52,5		45,4		18,4		21		61,68	
Espasticidad	Si	26	51	20,42	0.892	28,15	0.344	52,19	0.275	46,69	0.997	16,62	0.328	16,35	0.245	64	0.695
	No	23	45,1	20,52		28,91		53,26		46,7		17,3		18,65		64,74	

Fuente: Datos del Estudio

8. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Diversos estudios evidencian la importancia de relacionar las condiciones secundarias de salud asociadas al TRM en la rehabilitación integral para tomar las medidas necesarias que permiten impactar en la calidad de vida de las personas que padecen esta lesión (Bula, David y Morales, 2013)(Sanz, Magan, García-Vera, 2006)

Para el presente estudio, las condiciones secundarias de salud que se evidencian están interrelacionadas con factores psicológicos como la depresión y la ira, fueron las alteraciones de la sensibilidad, la vejiga neurogénica y la espasticidad. No se encontraron estudios que permitieran comparar estos resultados de manera específica, sin embargo, (Mahoney, Engerbreton, cook, Hart, Robinsin-Whelen, Sherwood, 2007) evidencian que las personas con TRM que presentan espasticidad sufren consecuencias en la calidad de vida por el dolor y la pérdida del patrón del sueño; esto conduce a un estrés psicológico.

En el presente estudio, el 51% de la población refirió como síntoma desagradable la espasticidad, pero no se encontró una relación significativa con los factores psicológicos.

Se evidencia que la depresión afecta la salud de las personas con TRM de manera permanente, resultado que concuerda con los mostrados por Craig A, Tran Y, Middleton J (Craig, Niddleton, 2009), donde la depresión es un estado prácticamente prevalente entre el 20 y 43% de los pacientes durante la etapa de rehabilitación. Las diferencias radican en la presencia de ansiedad, este autor reporta altos niveles de ansiedad perdurable en el tiempo, incluso Jiménez Herrera B, Serrano Miranda A, Enríquez Sandoval M, encontraron la ansiedad categorizada como moderada en el 63% de los casos y como “muy ansiosos” en el 33.3% de los casos. Sin embargo, el presente estudio evidencia la ansiedad como

una etapa transitoria en la vida de las personas y no representa un síntoma significativo a lo largo del proceso de rehabilitación.

Por otra parte, Aguado Díaz AL, Alcedo Rodríguez MA, García Carenas L, Arias Martínez B, no encontraron diferencias significativas en la presencia de sintomatología depresiva entre hombres y mujeres, contrario a los hallazgos de este estudio, que muestra una mayor tendencia a la depresión por parte de las mujeres y ansiedad e ira por parte de los hombres. Esta tendencia puede ser necesario analizarla bajo otras perspectivas, es decir, la posibilidad de diferencia entre hombres y mujeres para exteriorizar estos síntomas.

CONCLUSIÓN

El reconocimiento de los síntomas desagradables percibidos por las personas con TRM permite direccionar el cuidado de enfermería de manera integral y mediante el trabajo conjunto con equipos interdisciplinarios que aborden tanto los factores físicos como psicológicos, permitirá lograr un impacto positivo en la calidad de vida de estas personas.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No fue posible establecer la magnitud de las interrelaciones debido al tamaño pequeño de la muestra por lo cual se recomiendan estudios con poblaciones mayores para determinar de manera específica el síntoma desagradable que requiere más intervención.

BIBLIOGRAFÍA

ACUÑA, Dalia. Evaluación de la Ansiedad. Datos normativos de Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Buenos Aires. Tesina. Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades. 2010.

AGUADO DÍAZ Antonio, ALCEDO RODRÍGUEZ María de los Ángeles, GARCÍA CARENAS Lara, ARIAS MARTÍNEZ Benito. Personas con lesión medular: diferencias en variables psicológicas desde la perspectiva de género Personas con lesión medular: diferencias en variables psicológicas desde la perspectiva de género. Psicothema 2010; vol. 22 no 4.p. 659-663

ARMSTRONG, Terry. Symptoms Experience: A Concept Analysis. En Oncology Nursering Forum. 2003 vol. 30 no.4, p. 601-606.

BRANT, Jeannine, BECK, Susan, y MIASKOWSKI Christine. Building Dynamic Models and Theories to Advance the Science of Symptom Management Research. Journal of Advanced Nursing 2010, vol. 66 no 1. p. 228-240.

BROSETA, Enrique. Disreflexia autonómica. En Urología Practica. 3 ed. España: Hospital Universitario Y Politécnico La Fe, 2011. p. 49.

BULA Myriam, DAVID Susana, MORALES Sara. Depresión, Ansiedad e Ira Presentes en un Grupo de Personas de la Ciudad de Medellín-Colombia, Diagnosticadas con Síndrome de Intestino Irritable. Trabajo de Grado. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana. Facultad de Psicología. 2013.

CONRAD, Stephens y JIMENEZ, Oscar. Semiología de los síndromes sensitivos. En Temas de Neurología. Chile: Universidad de La Frontera, 2003. p. 26-30

CRAIG Aahley, TRAN Yvonne, MIDDLETON James. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. Spinal Cord 2009 vol. 47 no 2.p. 108-114

DUEÑAS DÍEZ Jose Luis, LÓPEZ ARREGUI Eduardo, GONZÁLEZ NAVARRO Jose, SANTO TOMÁS Juan, SÁNCHEZ BORREGO Rafael. Alteraciones menstruales por exceso. En manual de salud reproductiva en la adolescencia. 1 Ed. España: Sociedad Española de Contracepción 2001. p. 217-229.

FONSECA-PEDRERO Eduardo, PAINO Mercedes, SIERRA-BAIGRIE Susana, LEMOS-GIRÁLDEZ Serafin, MUÑIZ Jose. Propiedades psicométricas del "Cuestionario De Ansiedad Estado-Rasgo" (Stai) en Universitarios. Behavioral Psychology / Psicología Conductual 2012, vol. 20 no 3. p. 547-561.

FORNIÉS Ana, ITURRALDE GARCÍA DE DIEGO Francisco, CLERENCIA SIERRA Mercedes, ORTIZ DE LANDÁZURI José. Concepto de dolor. En Tratado de Geriatria para residentes. 1 ed. España: Sociedad Española De Geriatria Y Gerontología, 2004. p. 721-731.

GADOW, Sally. Body and Self: A Dialectic. En The journal of medicine and philosophy. 1980 vol. 5 no. 3, p. 172-185.

GARRINO, Lorenza, CURTO, Natacsia, DECORTE, Rita, FELISI, Nadia, MATTA, Ebe, GREGORINO Silbano, et al. Towards personalized care for persons with spinal cord injury: a study on patients' perceptions. The Journal of Spinal Cord Medicine, 2011vol. 34 no.1. p. 67-75.

HAWORTH, Sandra y DLUHY Nancy. Holistic symptom management: modelling the interaction phase. En Journal of Advanced Nursing JAN, 2001 vol. 36 no 2. p. 302-310

HERNÁNDEZ-VALENCIA Marcelino, ZARATE Arturo. Amenorrea y trastornos de la menstruación. Acta Médica Grupo Ángele 2006, vol 4 no 3.p. 197-201.

JIMÉNEZ HERRERA Blanca, SERRANO MIRANDA Aurelio, ENRÍQUEZ SANDOVAL Matilde. Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares. Acta Ortopédica Mexicana 2004 vol. 18 no 2. p. 54-60.

LENZ, Elizabeth. y PUGH Linda. The Theory of Unpleasant Symptoms. En Smith MJ, Liehr P. Middle Range Theory for Nursing. 3 ed. New York: Springer Publishing Company LLC, 2014.p. 165-195.

MAHONEY Jane, ENGBRETSON Joan, COOK Karol, HART Karen, ROBINSON-WHELEN Susan, SHERWOOD Arthur. Spasticity experience domains in persons with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2007, vol 88. p. 287-294

MARTÍNEZ PEROMINGO Javier, RODRÍGUEZ COUSO María, JIMÉNEZ JIMÉNEZ Maria Paz, YELA MARTÍNEZ Guillermo Estreñimiento e incontinencia fecal. En Tratado de Geriátría para residentes. 1 ed. España: Sociedad Española De Geriátría Y Gerontología, 2004. p. 161-168.

MORENO-FERGUSON, Maria Elisa y AMAYA REY María del Consuelo Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: Significado de los cambios. Avances En Enfermería 2012, vol. 30 no 1. p. 82-94.

OBREGON. Elvira, QUIROZ Jaime, LAGUNEZ Alma, NUDDING Herbert, PERALTA Maria y SANCHEZ Silvia Guía de diagnóstico y manejo parte ii retención urinaria. México: CENETEC; 2012.

OMS, "Spinal cord injury: as many as 500 000 people suffer each year" Internet: (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/spinal-cord-injury-20131202/es/3>.)

SÁNCHEZ UPEGUI, Alexander, "Definición del concepto de caracterización". Internet:(<http://www.ucn.edu.co/sistema-investigacion/Documents/instrumento%20para%20caracterizar%20experiencias.pdf>)

SANZ Jesus, MAGAN Ines, GARCÍA-VERA María. Personalidad y síndrome AHÍ (Agresión-Hostilidad-Ira): Relación de los cinco grandes con Hostilidad. Psicopatología clínica, legal y forense 2006 vol 6. p.153-176

ANEXOS



Caracterización de los Síntomas Desagradables en Personas con Trauma Raquimedular

Anexo A:

Síntomas desagradables y Caracterización Sociodemográfica

Síntomas desagradables:

1. Presenta disrreflexia autonómica?

(1) Si _____

(2) No _____

Cuál de los siguientes síntomas presenta? (Puede marcar varios):

Cefalea _____ Náuseas _____ Rubefacción _____ Congestión Nasal _____

Visión Borrosa _____ Palidez _____ Sudoración _____

2. Alteración de la sensibilidad?

(1) Anestesia _____

(2) Hipoestesia _____

(3) Hiperestesia _____

(4) Parestesia _____

3. Alteración de la función vesical?

(1) Vejiga disrreflética _____

(2) Vejiga arreflética _____

(3) Normal _____

4. Alteración de la función intestinal?

- (1) Incontinencia _____
- (2) Estreñimiento _____
- (3) Normal _____

5. Amenorrea?

- (1) Con Amenorrea _____
- (2) Menorragia _____
- (3) Ciclos Normales _____

6. Espasticidad?

- (1) Con Espasticidad _____
- (2) Sin Espasticidad _____

Factores Fisiológicos:

1. Nivel del compromiso, según clasificación ASIA:

- (1) A _____
- (2) B _____
- (3) C _____
- (4) D _____
- (5) E _____

2. Clasificación del nivel:

- (1) Sacra _____
- (2) Lumbar _____
- (3) Torácica _____
- (4) Cervical _____

Factores Situacionales:

1. Indique su edad en años cumplidos: _____

2. Seleccione su sexo

(1) Femenino _____

(2) Masculino _____

3. Indique su estado civil actual:

(1) Soltero _____

(2) Casado _____

(3) Unión Libre _____

(4) Viudo _____

4. Indique el último grado de escolaridad que completó:

(1) Universitario _____

(2) Técnico _____

(3) Secundaria _____

(4) Primaria _____

(5) Ninguno _____

5. Señale el tipo de afiliación actual al sistema de salud:

(1) Contributivo _____

(2) Subsidiado _____

(3) Sin afiliación _____

6. Dispone de un empleo actualmente?:

(1) Sí _____

(2) No _____



Caracterización de los Síntomas Desagradables en Personas con Trauma Raquimedular

Anexo B

Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo- IDER

Parte A

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo en la columna de respuestas el número de “1” (Casi Nunca) a “4” (Casi Siempre) que más se aproxime a cómo se siente generalmente. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

Ítem	Casi Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Disfruto de la vida	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado/a	1	2	3	4
3. Me siento pleno/a	1	2	3	4
4. Me siento dichoso/a	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
6. Estoy decaído/a	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
8. Estoy hundido/a	1	2	3	4
9. Estoy triste	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

Total A: _____

Parte B

Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Por favor, lea cada una de ellas y rodee con un círculo el número de “1” (Nada) a “4” (Mucho) que más se aproxime a cómo se siente en este momento. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en una sola frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos

ITEM	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado/a	1	2	3	4
3. Estoy decaído/a	1	2	3	4
4. Estoy animado/a	1	2	3	4
5. Me siento desdichado/	1	2	3	4
6. Estoy hundido/a	1	2	3	4
7. Estoy contento/a	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado/a	1	2	3	4
10. Me siento enérgico/a	1	2	3	4

actuales.

Total B: _____

Total ST-DEP: _____



Caracterización de los Síntomas Desagradables en Personas con Trauma Raquimedular

Anexo C

Inventario de Evaluación de Ansiedad Estado- Rasgo - STAI

Parte A

Instrucciones.

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, es decir, en la mayoría de las ocasiones.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente, tenga en cuenta que:

0 = casi nunca

1 = a veces.

2 = a menudo.

3 = Siempre.

1	Me siento bien	0	1	2	3
2	Me canso rápidamente	0	1	2	3
3	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4	Me gustaría ser tan feliz como los otros	0	1	2	3

5	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6	Me siento descansado	0	1	2	3
7	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8	Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10	Soy feliz	0	1	2	3
11	Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
12	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13	Me siento seguro	0	1	2	3
14	Trato de sacarle el cuerpo a las dificultades	0	1	2	3
15	Me siento melancólico	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19	Soy una persona estable	0	1	2	3
20	Cuando pienso sobre preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Parte B

Instrucciones.

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, es decir, en éste momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, tenga en cuenta que:

0 = casi nunca

1 = a veces

2 = a menudo

3 = siempre.

1	Me siento calmado	0	1	2	3
2	Me siento seguro	0	1	2	3
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy intranquilo	0	1	2	3
14	Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3



Caracterización de los Síntomas Desagradables en Personas con Trauma Raquimedular

Anexo D

Inventario de Expresión de Enojo Estado-Rasgo- STAXI-2

Parte A

Instrucciones. A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique cómo se siente ahora mismo, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: No, en absoluto B: Algo C: Moderadamente D: Mucho

ITEM	No,en Absoluto	Algo	Moderada- mente	Mucho
1. Estoy furioso	A	B	C	D
2. Me siento irritado	A	B	C	D
3. Me siento enojado	A	B	C	D
4. Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5. Estoy agotado	A	B	C	D
6. Me gustaría decir vulgaridades	A	B	C	D
7. Estoy disgustado	A	B	C	D
8. Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11. Quiero romper algo	A	B	C	D
12. Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13. Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14. Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15. Me gustaría regañar a alguien	A	B	C	D

Parte B

Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique cómo se siente normalmente, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: Casi Nunca B: Algunas veces C: A menudo D: Casi siempre

Cómo me siento normalmente

Item	Casi Nunc	Algu nas	A menudo	Casi siempre
16. Me enojo rápidamente	A	B	C	D
17. Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18. Soy una persona que se exalta fácilmente	A	B	C	D
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20. Tiendo a perder el control	A	B	C	D
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23. Me enfurezco con facilidad	A	B	C	D
24. Me enojo si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
25. Me enojo cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

Parte C

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique cómo reacciona o se comporta cuando está enfadado o furioso, utilizando la siguiente escala:

A: Casi Nunca B: Algunas veces C: A menudo D: Casi siempre

Cuando me Enojo o me Enfurezco

Item	Casi Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
26. Controlo mi carácter	A	B	C	D
27. Expreso mi ira	A	B	C	D
28. Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29. Hago comentarios irónicos	A	B	C	D
30. Mantengo la calma	A	B	C	D
31. Hago cosas como tirar las puertas	A	B	C	D
32. Aunque sienta rabia no lo demuestro	A	B	C	D
33. Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34. Discuto con los demás	A	B	C	D
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36. Puedo controlarme y no salirme de casillas	A	B	C	D
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38. Digo brutalidades	A	B	C	D
39. Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40. Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41. Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42. Huvo enfrentarme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de Ira	A	B	C	D
44. Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45. Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46. Trato de relajarme	A	B	C	D
47. Hago algo tranquilo para calmarme	A	B	C	D
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

Si ha terminado con esta prueba, ya ha finalizado, le agradecemos su esfuerzo y colaboración.



Caracterización de los Síntomas Desagradables en Personas con Trauma Raquimedular

Anexo E: Acta de Consentimiento Informado

Señor participante:

___ - 051

Nosotros los estudiantes Diana Mendoza y Manuel Alejandro Montes, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle en este momento nos encontramos realizando un estudio denominado **“Caracterización de los Síntomas Desagradables en Personas con Trauma Raquimedular”**. Esta investigación, la estamos realizando con el fin de conocer cuáles son los síntomas que ustedes consideran más desagradables, las causas que los producen o hacen que se sientan mayormente afectados.

Si usted acepta ser parte del estudio, se requiere que sea una de las 51 personas participantes que nos brinde información con relación a unas preguntas que tenemos escritas en cuatro formatos, esto requerirá al menos de 20 minutos. El diligenciamiento de estos formatos se puede realizar en su casa, en el sitio donde usted realiza la rehabilitación o en otro lugar que usted considere conveniente. La información que usted proporcione solo será utilizada para los propósitos de la investigación; además, su nombre no será publicado.

Debe saber que su participación dentro esta investigación no le representa riesgo físico, psicológico, social, legal o de otro tipo, y se garantizará confidencialidad de los datos obtenidos la misma porque los 4 instrumentos de recolección de la información no contienen datos de información personal.

Le recuerdo que la participación en la investigación es voluntaria y en caso de que decida retirarse lo podrá hacer en cualquier momento.

Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en el estudio pero tampoco le implicará gastos; tendrá derecho a recibir nueva información, si así la hubiera y de la manera más oportuna, acerca de modificaciones que se hagan dentro de la estructura de la investigación.

Su participación es muy importante para poder mejorar la rehabilitación que actualmente se brinda a todas las personas que presenta trauma de la médula y por lo tanto se podrá establecer mejores pautas para el cuidado. Además, los resultados de esta investigación podrán servir de base para el desarrollo de futuros avances en salud.

Agradecemos su colaboración.

Si desea mayor información usted puede llamar a los teléfonos de los investigadores principales: Diana Lucía Mendoza 315- 4407373 ó Manuel Alejandro Montes 320-3354869 en cualquier hora del día, así como también puede comunicarse al teléfono del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (**CIREH**): 5185677 en Cali.

Por favor conserve la copia que se le entrega de este documento.

Yo _____ identificado (a) con c.c. _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior, se me han resuelto mis interrogantes de manera satisfactoria, me aclararon que los resultados consignados podrán ser publicados o difundidos con el único propósito de la investigación y protegiendo mi identidad.

Por lo anterior decido participar de manera voluntaria de este proyecto de investigación.

Firma y CC de la Persona Participante.

Nombre Testigo 1

Firma y CC del Testigo.

Nombre Testigo 2

Firma y CC del Testigo.

Anexo F. Cartas de Aprobación Comités de Ética

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 011-014

Proyecto: **CARACTERIZACIÓN DE LOS SINTOMAS DESAGRADABLES EN PERSONAS CON TRAUMA RAQUIMEDULAR**

Sometido por: **MARGOTH CONSUELO BURBANO/ JUAN CARLOS ARISTIZABAL/ DIANA LUCIA MENDOZA VIVAS /MANUEL ALEJANDRO MONTES GARCIA**

Código Interno: **122-014** Fecha en que fue sometido: **04** **06** **2014**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (**CIREH**), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica** que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:
- ☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO
4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
- Lesiones a sujetos humanos.

Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.

- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
- 9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
- 10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:



Fecha:

14 11 2014

Nombre:

MARIA FLORENCIA VELASCO

Capacidad representativa:

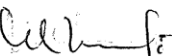
PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:



Fecha:

14 11 2014

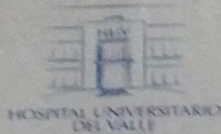
Nombre:

MAURICIO PALACIOS

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Teléfono: 5185680



02.20

Estudiantes
DIANA LUCIA MENDOZA VIVAS
MANUEL ALEJANDRO MONTES
Investigadoras Escuela de Enfermería
Universidad del Valle

Recd 6797
HOSPITAL UNIVERSITARIO
Investigación Documental
Fecha 31 OCT 2014
Firma [Firma]
Hora 10:21
703

Asunto: **Notificación de Comité de Ética en Investigación**

Cordial saludo:

Anexamos a la presente la notificación de **APROBACIÓN CON RECOMENDACIONES** del Comité de Ética en Investigaciones del proyecto **"CARACTERIZACIÓN DE LOS SINTOMAS DESAGRADABLES EN PERSONAS CON TRAUMA RAQUIMEDULAR"** el cual fue presentado y discutido en la sesión del (08/10/2014). Se sustenta dicha decisión en los siguientes aspectos generales y metodológicos:

- El trabajo de investigación es considerado con riesgo mínimo, pero los investigadores deben definir plan de intervención para atención en caso de que se desencadene crisis en el momento de aplicación de los formatos que hacen parte del proyecto de investigación.

Una vez finalizado el trabajo, toda publicación que se derive del protocolo de investigación debe ser revisada y avalada nuevamente por este Comité.

Agradecemos tener en cuenta estos requerimientos ya que solo bajo el cumplimiento de dichos requisitos se considera procedente la aprobación del estudio; en situación contraria sería revocada la autorización institucional.

Nota: Esta Aprobación tiene vigencia de un año a partir de la notificación a los investigadores.

Agradeciendo su atención,

Cordialmente,

EDUARDO CRUZ FERNANDEZ
Presidente Comité de Ética en Investigaciones

Anexos: Protocolo de Trabajo de Investigación

Proyectó: Claudia Muñoz Astudillo

Revisó :

CÓDIGO: REG/SSA/DOC/013

FECHA DE EMISIÓN: 23/11/2012

VERSIÓN: 0

BBK (47) (2) 620 4
Calle 3 No. 36
Cali - Colom



SUBDIRECCION DE MEDICINA FISICA Y
REHABILITACION
Telefax: 620 60 24 - 620 61 63

Santiago de Cali, 05 de Septiembre de 2014
02.15

Señores
COMITÉ DE ETICA Y BIOETICA
Facultad de Salud
UNIVERSIDAD DEL VALLE

Cordial saludo,

La Subdirección de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, aprueba la realización del trabajo "***Caracterización de los Síntomas Desagradables en Personas con Trauma Raquimedular***" Presentado por los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, bajo la dirección de la enfermera Consuelo Burbano López, docente de la escuela de Enfermería.

Atentamente,

LINA MARIA OSORIO VERGARA
Subdirectora
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación

Copia:

Archivo



CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN

SURGIR 22 Años

FISIOTERAPIA - FONOAUDIOLÓGIA - TERAPIA OCUPACIONAL - PSICOLOGÍA
EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA - APOYO PEDAGÓGICO

Santiago de Cali, Octubre 15-2014

Señor

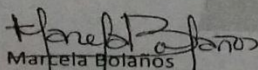
Manuel Alejandro Montes
Estudiante de Enfermería
Universidad del Valle

Cordial Saludo,

Por medio de la presente le informamos que a respuesta de su petición damos el aval para que usted realice su investigación en el centro de NeuroRehabilitación SURGIR, sobre su trabajo de grado cuyo título es "CARACTERIZACION DE LOS SINTOMAS DESAGRADABLES EN PERSONAS CON TRAUMA RAQUIMEDULAR"

Nos encontramos atentos a cualquier inquietud o comentario.

Atentamente


Marcela Botanos

Gerente Unidad de Conocimiento
Centro de Neuro rehabilitación SURGIR

www.surgir.net

SEDE GUADALUPE:
Calle 1A No. 55B - 118 B/Seminario
Tels: 379 76 76 - 513 6101
Cel: 316 3151443

SEDE SAN FERNANDO 1:
Cra. 37 No. 53B-56 B/ San Fernando
Tels: 514 3400 - 514 3474 - 557 6638

SEDE SAN FERNANDO 2:
Cra. 37 No. 54B-06 B/ San Fernando
Tels: 514 3400 - 514 3474 - 557 6638