

Afrontament en lesió medul·lar: una proposta d'intervenció

Perspectiva en l'estudi de l'afrontament en lesió
medul·lar i propostes pràctiques de treball terapèutic

David Valls Lanàquera
Institut Guttmann
Any 2017

Afrontament en lesió medul·lar: una proposta d'intervenció

David Valls Lanàquera

Índex

1.	Rehabilitació de la lesió medul·lar i estrès	3
2.	Afrontament de l'estrès com a ferramenta de treball	5
2.1.	Definició del concepte d'afrontament	5
2.2.	Perspectiva històrica breu: evolució del concepte d'afrontament	6
3.	Models d'afrontament en població general.....	8
3.1.	Model de Sandín i model de Lazarus i Folkman	8
3.1.1.	Les demandes com desencadenant de la resposta d'estrès.....	9
3.1.2.	Avaluació cognitiva.....	10
3.1.3.	Resposta d'estrès i afrontament	12
4.	Resposta neurofisiològica d'estrès	12
4.1.	L'eix hipotalàmic-hipofisiari-adrenal (HHA).....	12
4.2.	Efectes de l'activació de l'eix hipotalàmic-hipofisiari-adrenal en el sistema nerviós central	15
4.3.	Efectes de l'activació del hipotalàmic-hipofisiari-adrenal en el sistema immunològic	16
5.	Models d'afrontament en lesió medul·lar	17
5.1.	Primers treballs d'afrontament en població amb lesió medul·lar	19
6.	Model d'afrontament actual en lesió medul·lar	22
6.1.	Set I: característiques personals, complicacions mèdiques i recursos socials	
	23	
6.1.1.	Variables sociodemogràfiques.....	23

6.1.2.	Recència de la lesió.....	24
6.1.3.	Context social i el cuidador	24
6.1.4.	Factors psicològics	25
6.2.	Set II: avaluació cognitiva	26
6.3.	Set III: tasques d'adaptació a la lesió.....	27
6.3.1.	Característiques de la lesió.....	27
6.3.2.	Emocions.....	28
6.3.3.	Autocura	28
6.3.4.	Incertesa sobre la lesió.....	29
6.3.5.	Conseqüències de la lesió medul·lar	29
6.4.	Set IV: estratègies d'afrontament.....	31
6.4.1.	Estratègies d'afrontament proactiu	32
6.4.2.	Estratègies d'afrontament d'evitació	38
6.5.	Set V: benestar resultant	45
6.5.1.	Úlceres per pressió.....	45
6.5.2.	Dolor neuropàtic	46
6.5.3.	Trastorn Depressiu Major (TDM)	47
6.5.4.	Ansietat	49
	Proposta d'intervenció psicològica	50
7.	Proposta d'intervenció psicològica	50
7.1.	Models teòrics d'intervenció en lesió medul·lar.....	51
7.1.1.	Teràpia Cognitiu-Conductual	51
7.1.2.	Logoteràpia	52
7.1.3.	Intervenció familiar.....	53
7.1.4.	<i>Coping Effectiveness Training</i>	53
7.2.	Aspectes previs al grup terapèutic a tenir en compte.....	55
7.3.	Pla d'actuació.....	57
7.3.3.	<i>Sessió 3ª: Rumiament</i>	64
7.	Conclusió.....	77

8. Referències	78
9. Annex	89
9.1. Taula resum de les sessions de la intervenció psicològica	89

1. Rehabilitació de la lesió medul·lar i estrès

Lluny de ser una interrupció de l'existència, un trauma intensifica l'experiència, portant a primer plànol elements de l'experiència fàcilment emmascarats per la

seductora predictibilitat del dia a dia, de la mal anomenada “vida normal”. Des del primer moment, una lesió traumàtica ens ensenya a que la vida ha de ser contínuament reinventada.

John Hockenberry (1995)

Dins de l'àmbit de la discapacitat física, la lesió medul·lar és una de les deficiències més importants i incapacitants, sent la majoria dels casos causats per traumatismes causats a accidents de tràfic o caigudes. Una lesió medul·lar suposa la pèrdua o alteració de la mobilitat i la sensibilitat a causa d'un trastorn en les cèl·lules nervioses de la medul·la espinal. En funció de la localització de la lesió trobarem una simptomatologia o altra, fent de la lesió medul·lar un tipus de discapacitat física adquirida molt idiosincràtica o particular de cada cas.

És per tot açò que quan parlem de rehabilitació en lesió medul·lar no hi ha cap mena de dubte que parlem d'un procés complex on hi ha tot un cúmul de factors que afecten a la qualitat i als temps de la mateixa. Dins d'aquests factors, la millor forma d'afrontar adaptativament una situació inicialment tan desbordant com és la lesió medul·lar és una qüestió recurrent entre els pacients i els professionals dedicats a l'atenció d'aquests.

En el món de la neurorehabilitació, la tendència dels darrers anys ha estat la de tenir cada vegada més en compte el temps, els costos i la qualitat del procés rehabilitador. Això fa pensar cada vegada més que no només compten els aspectes mèdics clàssics, sinó que la dimensió psicològica del pacient s'ha de prendre molt seriosament com a una variable més dins del marc de la rehabilitació que pot millorar substancialment el temps i qualitat d'aquesta.

Però, la importància de la psicologia en el marc de la rehabilitació que pot semblar clara des de la teoria, pot trobar-se de difícil aplicació en el dia a dia dels centres de rehabilitació. Com podem encaixar el treball del psicòleg dins del treball dels equips multidisciplinars?

La resposta la tenim quan ens centrem en la ferramenta terapèutica dels psicòlegs; la conducta. Des d'aquest paradigma ens trobem front a tot un ventall de conductes que veiem en el dia a dia de la rehabilitació, una de les quals tractarem en aquest treball per ser comuna a tots els pacients: l'afrontament de l'estrès.

Anomenem estrès a tota una **sèrie de canvis que produeix l'organisme en resposta a una amenaça per tal d'afrontar-la adaptativament**. La percepció d'amenaça a la integritat tan física com social del pacient es pot considerar en primera instància una resposta adaptativa, tenint en compte la gran demanda de canvis que requereix la situació, però si aquest estat es manté en el temps acaba derivant en complicacions mèdiques i en un empitjorament del benestar del pacient, com veurem a la llarga del treball.

Sense cap mena de dubtes, un accident o malaltia que causa una lesió medul·lar és una font gran d'estrès en pacients i familiars. Una lesió medul·lar s'hi dona quan la columna vertebral s'hi fractura o es comprimeix, tallada o els discs medul·lars s'hi desplacen (Kennedy P., 2001). **S'estima que un de cada tres pacients amb lesió medul·lar (d'ara endavant LM), tenen deteriorada la seua percepció de benestar**. Al voltant d'un 23-35% dels pacients amb lesió medul·lar presenten simptomatologia ansiosa, i un 23-38%¹ simptomatologia depressiva (Charlifue & Gerhart, 1991) (Kennedy, Kilvert, & Hasson, 2016), el que ens mostra la gran diversitat en reaccions front a un mateix tipus de lesió. Des del punt de vista del treball a psicologia, l'estrès i tots els mecanismes que el regulen no deixen de ser conducta i, per tant, també és susceptible de l'estil personal de cada persona de percebre-ho, ajustar-se i actuar-hi; en definitiva, de ser treballat des de la psicologia amb un objectiu terapèutic.

2. Afrontament de l'estrès com a ferramenta de treball

2.1. Definició del concepte d'afrontament

Per què en situacions d'estrès no ens venim avall i podem continuar el dia a dia? Els éssers humans disposem de mecanismes per sobrepassar els moments durs i continuar els nostres quefers. Però no tots portem igual de bé les situacions estressants. Hi ha de gent més hàbil que quasi no es deixa afectar

¹ Les dades poden variar molt en funció de l'estudi i de l'escala emprada. El instrument de mesura de referència és el BDI (*Beck Depression Inventory*), i aquests resultats corresponen a les puntuacions en simptomatologia depressiva moderada.

i hi ha de gent amb reaccions més emotives i que, com diguem dins de la cultura popular, “s’ofeguen a un got d’aigua”.

A aquests mecanismes volitius pel que hom confronta a l’estrès es coneix des de la psicologia amb el nom d’**afrontament**. L’afrontament fa referència a tot un **ventall de recursos cognitius i conductuals que tothom utilitza en resposta a una situació estressant, per tal de guanyar control sobre la seua situació i el seu medi immediat** (Sisto, Druin, & Macht, 2008) i d’aquesta manera mantenir la situació d’estrès controlada dins de les capacitats de cadascú. És l’esforç conductual que fa la persona en un estat d’alerta front a la percepció d’una amenaça per resoldre l’estressor i per controlar l’emotivitat resultant de l’activació orgànica. És d’aquesta manera com aconseguim minimitzar en última instància al màxim possible les conseqüències negatives de l’estrès sobre la salut i el benestar, com per exemple l’estat emocional resultant o una major susceptibilitat a caure malalt. Dins del camp de la LM, des de la psicologia entenem que les conductes d’afrontament són totes aquelles que estan orientades a l’adaptació dins de les noves condicions vitals idiosincràtiques del pacient amb lesió medul·lar.

Aquest afrontament és un procés intrínsec de cada persona, i condueix a una millor o pitjor adaptació a la situació. És a dir, no totes les estratègies d’afrontament són igual de bones. L’estudi de l’afrontament s’aborda des d’aquest axioma, tenint en ment esbrinar quines són les estratègies d’afrontament que més ajuden als pacients amb LM en la seua adaptació a la lesió.

2.2. **Perspectiva històrica breu: evolució del concepte d’afrontament**

A la llarga de la història de la psicologia ha hagut sempre un interès especial pels mecanismes mentals amb el que les persones fem front als esdeveniments negatius estressants (Lazarus & Folkman, 1984) . L’afrontament és la part més conductual i per tant més observable d’aquests mecanismes interns.

En un primer moment, des de les teories psicodinàmiques inicials, se considerava que l'afrontament de l'estrès venia donat per una sèrie de mecanismes innats i inaccessibles per al pacient que s'anomenaven **mecanismes de defensa**. Segons aquesta primera perspectiva, no era el pacient qui proactivament cercava formes d'afrontar els problemes, sinó que aquest afrontament li ve donat de forma innata i fins i tot inconscient (Zeidner & Endler, 1996), fora del seu control. Des d'aquest paradigma, el psicòleg es limitava a cercar i analitzar aquests mecanismes per exposar-los al pacient, limitant-ho tot a una interpretació passiva de la situació que no buscava canviar la manera pràctica d'afrontar els problemes. Es tractava, per tant, d'un paradigma molt poc pragmàtic i amb poc marge per al treball terapèutic, però que d'altra banda introduïa la idea revolucionària que certs mecanismes interns a la persona ajuden a la resolució i superació de conflictes (Moos & Holahan, 2007).

Anys més tard, ja en la dècada dels 60, dins del context de les noves corrents psicològiques crítiques amb la psicologia clàssica, es replantejà el rol del pacient en el procés de l'afrontament per tal de crear una aproximació més pragmàtica a la pràctica terapèutica. Amb el sorgiment de tota una sèrie de corrents crítiques amb el model passiu de pacient que proposaven les teories clàssiques de la psicologia, el treball dels psicòlegs passà a centrar-se en les conductes d'afrontament del conscient del pacient.

En aquest nou paradigma el pacient podia modificar i millorar la seua relació amb l'estrès a través de conèixer els seus recursos d'adaptació a la seua nova situació. Així doncs, el psicòleg desenvolupava un rol de guia i suport en aquest procés d'una forma ja no directiva i interpretativa com antigament sinó col·laboradora i empàtica. És així com neix l'afrontament com una nova eina terapèutica, i el pacient quedava empoderat per poder canviar la seua pròpia situació.

El canvi de paradigma suposà una revolució en el món de la psicologia i un canvi en la perspectiva de les teràpies psicològiques. **Al ser ara les conductes d'afrontament considerades com conscients, ja podien ser quantificades** a través d'autoinformes i podien per tant mesurar-se en escales i inventaris de conducta. Així és com apareixen les primeres escales de mesura com la celebèrrima *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), la

escala R-S o la *Califòrnia Personality Inventory* (CPI) desenvolupades durant la dècada dels 60 i encara emprades ocasionalment hui dia amb un alt nivell de validesa (Hentschel, Smith, & al., 1993). La quantificació feu més fàcil el desenvolupament científic i l'assentament de distints marcs teòrics com els que estem exposant en aquest treball; especialment en els darrers 15 anys ha hagut un creixement exponencial en el volum d'investigacions (Dezarnaulds & Ilchef, 2014) gràcies a tots aquests canvis de paradigma.

3. Models d'afrontament en població general

3.1. Model de Sandín i model de Lazarus i Folkman

Des de la psicologia actual, es considera **l'estrès com una resposta multimodal que inclou cognició, conducta i emoció**. Aquesta diversitat dóna com a resultat una complexitat en la conceptualització, i per tant l'existència de molts models distints. El model clàssic més acceptat internacionalment i també el més emprat en el món de la rehabilitació és el **model transaccional de Lazarus i Folkman** (Lazarus & Folkman, 1986). Aquesta teoria tendeix a emfatitzar les variables psicològiques en l'estrès. La idea fonamental dins d'aquest model és que la persona interacciona amb l'estressor i és la que valora si aquest excedeix els seus propis recursos. L'element més important d'aquesta teoria és l'*appraisal*, l'avaluació cognitiva de l'estímul. La idea que s'introdueix amb aquest model és que la persona no és un subjecte passiu front a l'estrès, sinó que realitza una interacció amb aquest de forma activa i altera la dinàmica de l'estrès. En altres paraules, tot el sistema de resposta a l'estrès és una sèrie de relacions interdependents que varien la freqüència, intensitat o durada de la resposta conductual i somàtica (Lazarus & Folkman, 1984).

De forma didàctica, utilitzarem un dels models de referència en el camp de la psicologia a Espanya, el del psicòleg Sandín (2008). Aquest model usa com a referència el model d'estrès de Lazarus i Folkman afegint aportacions posteriors com el model de Cox i Mackay (Cox, 1978), i estructurant-ho tot en una gràfica. Està estructurat en quatre grans blocs: demanda, avaluació

cognitiva, resposta d'estrès i estatus de salut com a output resultant de tot el model (Sandín, 2008)(fig.1).

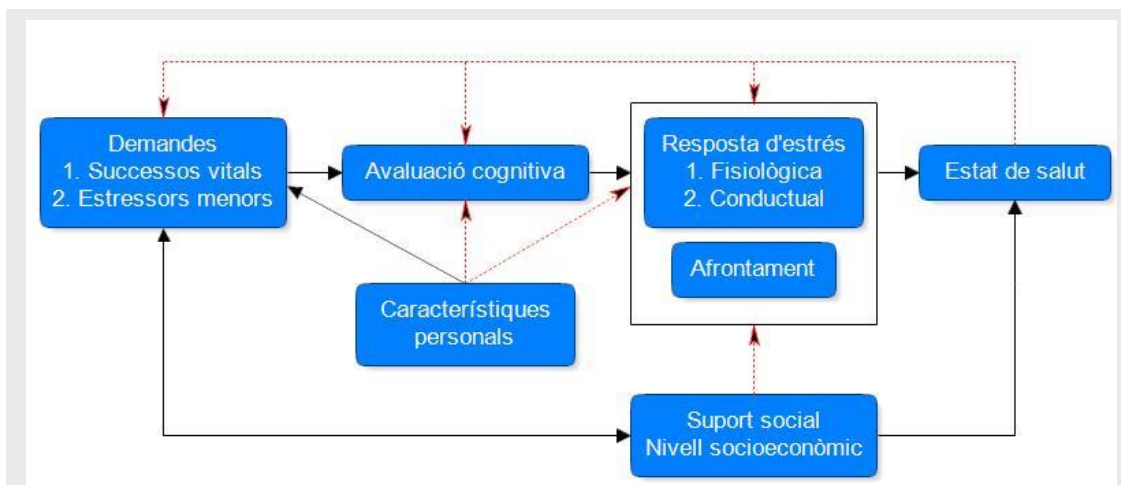


Fig.1 Model de l'estrès segons Sandín (2008), el més estudiat i acceptat en el camp de la psicologia clínica a Espanya. La salut es concep com el resultat final del procés i com a punt central en la retroalimentació de cada element del procés, inclòs l'afrontament.

3.1.1. Les demandes com desencadenant de la resposta d'estrès

El primer element de tot el sistema de resposta d'estrès, i per tant el desencadenant de la resposta d'estrès, són les demandes percebudes pel pacient a les quals anomenem estressors. **Perquè s'iniciï la resposta d'estrès és imprescindible la percepció de demanda, d'amenaça.** Hi ha molts tipus distints d'estressors: ambientals, físics, naturals, psicosocials, etc. En el cas d'un pacient amb lesió medul·lar, podríem posar com a exemple els reptes de la rehabilitació, les limitacions físiques de la lesió o la reestructuració familiar com demandes típiques que provoquen estrès. Però una mateixa demanda en sí pot provocar moltes reaccions distintes segons la persona, o fins i tot provocar estrès en una persona i no en altra. És **l'avaluació cognitiva** que fa el pacient d'aquestes demandes, les quals venen conformades per les seues característiques personals i la seua personalitat, les que donaran una resposta d'estrès o altra (Lazarus & Folkman, 1984).

El que s'ha vingut demostrant des de la psicologia experimental, és que el tarannà de l'estrès, és a dir, si aquest és estrès físic o social, no afecta a aquest

model (Engelmann, Landgraf, & Wotjak, 2004). **L'estrès**, com es coneix bé des de la pràctica terapèutica a psicologia, **és una resposta general, indeterminada i que es generalitza no només a la situació estressant sinó a totes les esferes del dia a dia de la persona afectada.**

El que sí que té un efecte en l'output de tot el model és el tipus de presentació d'aquesta demanda que desencadena l'estrès, és a dir, amb quina freqüència o intensitat s'hi manifesta l'estressor. Una demanda pot aparèixer de forma sostinguda i perllongada o de forma intermitent. O bé pot ser una gran demanda, percebuda com molt amenaçant, o més bé la suma de moltes petites demandes. El que s'ha vist per part de molts estudis, és que el tipus d'aparició de la demanda més nociva per a la salut és aquella que se dona en períodes breus de temps però de forma ininterrompuda, per sobre altre tipus d'estrès com per exemple l'estrès agut (una única presentació de l'estressor i de forma molt contundent). En estudis amb persones a càrrec de malalts crònics com són els pacients d'Alzheimer o persones amb lesions que afecten el transcurs de la vida diària com és el cas de la lesió medul·lar, la resposta d'estrès es manté de manera continuada en dosis menudes, i això s'ha vist que està relacionat amb un augment del perill d'aparició o agreujament de processos patològics (Kiecolt-Glaser, 2002), fruit de les alteracions immunològiques que analitzarem amb més detall més endavant.

3.1.2. Avaluació cognitiva

Quan hem introduït el model de Lazarus i Folkman, hem parlat de l'appraisal o avaluació cognitiva com un dels elements centrals. L'avaluació cognitiva, es troba al bell mig entre la demanda i la resposta d'estrès, i és el vertader iniciador de la resposta orgànica i conductual d'estrès, ja que en funció de com es dona aquesta avaluació la persona organitzarà la seua conducta. És important tenir en compte que aquest és el primer element intrínsec al pacient, i el primer factor que fa de la resposta d'estrès una resposta estretament lligada a la individualitat de cadascú.

Lazarus i Folkman distingeixen dins de l'avaluació cognitiva dels elements que envolten al individu entre avaluació primària i avaluació secundària. **L'avaluació primària** és una primera valoració que fa el individu i que pot donar tres resultats distints:

1. Irrellevància: si l'estressor no té significació per al individu. No generaria ninguna resposta significativa.
2. Positivitat: si l'element es considera positiu per millora el benestar.
3. Estressor: serien els elements que donarien lloc a la resposta d'estrès, el quals s'hi poden subclassificar en:
 - 3.1. Pèrdua o dany: la persona ha tingut alguna experiència negativa relacionada amb l'estímul i dona lloc una resposta d'estrès condicionada.
 - 3.2. Amenaça: anticipació de la pèrdua o el dany. El individu anticipa les conseqüències de l'estímul. S'hi dona una resposta emotiva negativa i el individu busca estratègies d'afrontament anticipatòries.
 - 3.3. Desafiament: anticipació de pèrdua o dany però percepció que s'hi tenen recursos d'afrontament suficients per dominar l'estímul. La resposta emotiva seria positiva.

Un cop feta aquesta primera avaluació cognitiva sobre el tarannà de l'estímul, el individu realitza una **avaluació secundària**. En aquesta s'hi tenen en compte el repertori de conductes o habilitats necessàries per fer front als estressors amenaçants o desafiants. Si no s'hi tenen estratègies d'afrontament eficaces, la persona tindrà una resposta d'estrès i una tendència a escollir estratègies d'evitació per no confrontar l'estressor.

En conclusió, el factor cognitiu està estretament lligat al factor fisiològic que és l'estrès, tant que és quasi impossible delimitar un i altre, i que ens demostra per una banda la importància de l'avaluació cognitiva tal i com suggerien Lazarus i Folkman, i d'altra banda la complexitat de la resposta d'estrès com a resposta multiorgànica.

3.1.3. Resposta d'estrès i afrontament

Tal com descriviren Lazarus i Folkman (1984), **l'afrontament es relaciona estretament amb l'avaluació cognitiva de la situació**, fins al punt de fer difícil distingir què és què. Són dos processos simultanis i inseparables.

Una vegada la demanda ha passat el filtre de l'avaluació cognitiva, estant aquesta lligada a les característiques personals, ja es produeix la resposta orgànica d'estrès. Des del punt de vista neurofisiològic, la resposta d'estrès quan l'estressor és psicològic és un procés top-down: s'inicia a l'escorça i va baixant per distintes estructures fins a les glàndules adrenals. Així doncs, si bé és l'escorça és la que ha fet l'avaluació cognitiva, una vegada que aquesta percep l'estímul com desbordant per als recursos dels que disposa, inicia una preparació de l'organisme orientada a l'estressor, la qual seria la resposta d'estrès. La mesura en la que la resposta d'estrès es dona està lligada intrínsecament amb la disponibilitat d'estratègies d'afrontament, les quals alleujaran en major o menor mesura el grau en què l'estrès afecta l'organisme i pot alterar el benestar del individu.

Com podem deduir de tot açò, l'afrontament actua com el terreny més tangible per al *management* del pacient des del punt de vista del psicòleg clínic. Tenint en compte que l'èxit en el control de l'estrès té repercussions en l'estat de salut, podem inferir que variant l'estil d'afrontament del pacient podem inferir sobre la seua adaptació a la situació i sobre el seu estat de salut final. Nosaltres, com a psicòlegs, ens centrarem en l'estil d'afrontament del pacient per tal de minvar l'efecte de la demanda sobre la salut i el benestar, dels quals parlarem més endavant.

4. Resposta neurofisiològica d'estrès

4.1. L'eix hipotalàmic-hipofisiari-adrenal (HHA)

La resposta d'estrès i el seu efecte en l'organisme ha estat extensament debatut per la comunitat científica i ha sigut una qüestió prou controvertida que ha necessitat de molts anys d'estudis i experimentació.

En l'actualitat sabem que existeix tota una sèrie de relacions entre el cervell i el cos amb repercussions a la salut. A la connexió entre el cervell i totes les estructures responsables de la resposta d'estrès se l'ha anomenat **l'eix hipotalàmic-hipofisiari-adrenal** (d'ara endavant eix HHA). Aquest eix és un sistema complex d'interaccions i retroalimentacions que comença des del hipotàlem, passant per la glàndula hipofisiària i que acaba en glàndula suprarenal, localitzada en la part superior dels ronyons. És l'explicació neurobiològica de per què l'estrès va alterant el nostre benestar, ja que l'activació d'aquest eix desencadena la secreció de diverses hormones amb fortes implicacions en el sistema immunològic i el sistema adrenal. El HHA és per tant l'actor principal en la resposta d'estrès, i pot regular diversos processos corporals com la digestió, les emocions o el sistema immune.

El primer element d'aquest eix, una vegada l'escorça ha percebut quelcom com amenaçant, és l'hipotàlem, el qual s'activa front a un estressor. El hipotàlem, a través del seu nucli paraventricular, i allibera dues hormones: el CRF (factor d'alliberació de la corticotropina, *corticotropin-releasing factor* pel seu nom en anglès), i la vasopressina, el qual és un potent vasoconstrictor que té la funció de reabsorció de l'aigua present en la sang. Tot aquest sistema és engegat o inhibït en gran part pel hipocamp, el qual té emmagatzemada informació sobre els estímuls que són nocius per a l'organisme, pel que l'aprenentatge juga un paper essencial en el desencadenament d'aquest eix.

Mentre que la vasopressina és alliberada immediatament a la sang, el CRF viatja a través del sistema portal a la neurohipòfisi on s'unirà als receptors CRF1, els quals estan darrere de la resposta *Fight-or-flight* (lluïta o fugida) típica de la resposta d'estrès en el món animal, i que generaran altra hormona, l'ACTH (adrenocorticotrofina) que serà alliberada per l'adenohipòfisi al torrent sanguini.

L'ACTH viatja a través de la sang fins la glàndula adrenal (fig.2), i ací genera una resposta en totes les capes d'aquesta, on cal destacar la producció de **cortisol i corticosterona** a la zona fasciculada a partir del colesterol i la producció d'**andrògens** en la zona reticular. També viatja fins la medul·la adrenal on estimula la producció d'**adrenalina i noradrenalina**. Són aquestes dues últimes hormones les que al ser alliberades produeixen els símptomes més coneguts de l'estrès físic: taquicàrdia, broncodilatació, vasoconstricció i augment de la taxa metabòlica.

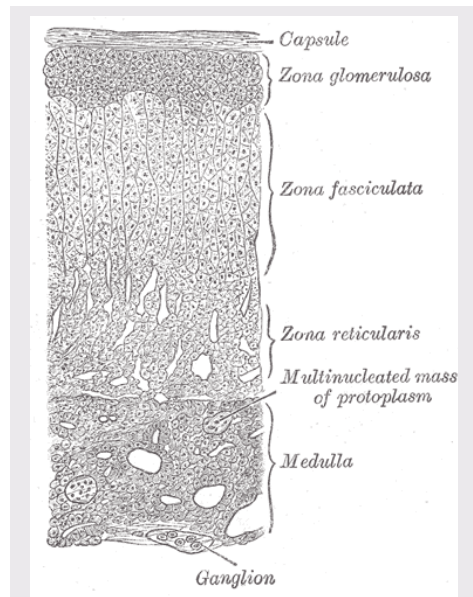


Fig.2 Representació de la glàndula adrenal de l'anatomia de Grey. Histològicament, la medul·la, en la part inferior, està dividida de la glàndula.

Pel que fa als glucocorticoides, especialment el colesterol, tenen implicacions de retroalimentació a la baixa a tot el sistema (hipòfisi, hipotàlem i escorça cerebral) però també activa el sistema simpàtic junt a les catecolamines, facilitant els efectes sobre l'organisme ja descrits. Alhora, les cèl·lules immunes tenen receptors adrenèrgics que al ser activats generen una resposta proinflamatòria alliberant citocines. Aquesta resposta de la via inflamatòria del sistema immune s'ha considerat la resposta primitiva de prevenció a una possible lesió de l'organisme, però també té efectes rellevants en l'escorça com veurem més endavant.

Un aspecte important a tenir en compte és que la resposta d'estrès no és en sí patològica. La tenim a diari en in comptables situacions. El propi cicle son-vigília és una resposta d'estrès, i el mateix podem dir per a l'esforç físic o la gran majoria d'activitats diàries. És la presentació constant i patològica dels estressors, així com la seua avaluació cognitiva i la falta de bones estratègies d'afrontament que minimitzen el seu efecte, el que genera l'anomenat **Síndrome General d'Adaptació** (Seyle, 1978). Aquest síndrome es caracteritza per un canvi estructural de totes les glàndules del HHA com ara:

1. Major grandària de la hipòfisi.
2. Hipertròfia de la glàndula adrenal

3. Hipertròfia de les glàndules simpàtiques.
4. Disminució de la grandària del timó i medul·la òssia.
5. Disminució de la grandària del hipocamp, acompanyat d'expansió ventricular.

La complexitat en les retroalimentacions del HHA el fa un sistema efectiu, però aquesta mateixa complexitat és la responsable de què, paradoxalment, una vegada s'ha desequilibrat, li costa tant tornar al seu estat inicial i es dona aquest síndrome que provoca tota la psicopatologia associada a l'estrès.

4.2. Efectes de l'activació de l'eix hipotalàmic-hipofisiari-adrenal en el sistema nerviós central

Tots els canvis neuroquímics adaptatius a la resposta d'estrès estan implicats en el desenvolupament, tractament i prevenció dels desordres de l'estat d'ànim (Keck & Holsboer, 1995). Les persones sota estrès crònic i les diagnosticades amb Trastorn Depressiu Major (d'ara endavant TDM) exhibeixen canvis funcionals i estructurals a l'escorça cerebral derivats dels canvis hormonals de l'estrès.

Les àrees corticals prefrontal, amígdala i hipocamp tenen receptors específics als glucocorticoides, pel que l'activació per part de l'eix HHA provoca canvis funcionals en aquestes àrees. Quan aquesta hormona és alliberada a la sang per la glàndula adrenal i aplega a l'escorça, aquestes tres estructures s'inhibeixen, mentre que al sistema límbic s'hi produeix una excitació (Sullivan & Gratton, 2002). Açò és el que provoca els canvis conductuals visibles en la gent estressada i l'etiologia dels símptomes d'ansietat en estrès crònic. La pèrdua d'inhibició del prefrontal provoca una desinhibició sobre la conducta que és a l'hora el causant dels canvis d'humor i dels problemes d'impulsivitat i de regulació emocional, a banda de la disminució en la interacció social, conducta sexual i disminució d'ingesta calòrica i de l'activitat física. Els canvis en el hipocamp són els que causen l'afectació cognitiva i els problemes en la consolidació de records associat a moments estressants, el que està darrere de l'amnèsia posttraumàtica (APT) i d'altres psicopatologies com el trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT).

Simultàniament, els glucocorticoides augmenten la demanda noradrenèrgica per part del Locus Coeruleus. Aquest increment en noradrenalina sumat a la inhibició del prefrontal i a l'efecte inflamatori de les citocines s'ha considerat darrerament el factor essencial desencadenant del TDM i dels Trastorns d'Ansietat per part de l'estrès en els últims anys (Moret, 2011). Des del punt de vista neurofisiològic, el TDM és un procés inflamatori del cervell producte de l'augment de citocines pel sistema immunològic que vindria facilitat a més per tota la dinàmica de l'estrès a nivell cortical.

4.3. Efectes de l'activació del hipotalàmic-hipofisiari-adrenal en el sistema immunològic

En els estudis clàssics de Hans Selye a principis de segle XX, ja se comprovà que hi havia una relació directa entre els nivells d'estrès i la grandària del timus, pel que no era cap misteri que l'estrès afectés a la capacitat immunològica. Era aquest canvi el que causava a llarg termini les patologies abans esmentades.

Com hem descrit abans, l'activació del sistema simpàtic i l'alliberament de catecolamines per part d'aquest i de la medulla adrenal, afecta a varies estructures implicades en el sistema immunològic del cos com ara la medulla òssia o la melsa. L'acció d'aquestes regula l'alliberament de les citocines² i els òrgans limfoides, especialment el timus (Martínez, 2006), el que es considera el responsable últim dels canvis immunològics en estats d'estrès crònic.

L'efecte perllongat de l'estrès sobre el sistema immunològic és el que fa que aquest siga especialment danyós per a la salut, ja que l'alliberament de glucocorticoides i la mobilització de les citocines proinflamatòries provoca senyals que interfereixen en la resposta i organització del sistema immunològic. Ja a curt termini, provoca una descens brusc en la producció de noves citocines,

² En situacions d'estrès agut la disponibilitat plasmàtica de citocines minva dràsticament. Molts autors han tendit a pensar que per aquest motiu l'estrès provoca una efecte anti-inflamatori, però seria contraintuïtiu pensar que una resposta orientada a la supervivència afecta a una de les respostes orgàniques de defensa més importants. Realment s'ha d'entendre això des d'un punt de vista de redistribució dels recursos. Les citocines realment es mobilitzen cap a la pell i els nòduls limfàtics, on serien més necessàries en cas de presència d'un patògen extern. Això explica per què els resultats en quant a recompte de citocines pot variar d'uns estudis a altres (Dhabhar & Ewen, 1999).

capacitat citotòxica dels limfòcits NK, disponibilitat de limfòcits T tant col·laboratius com citotòxics i en la seua capacitat proliferativa (Halvorsen & Cohen, 1993). Són especialment els limfòcits NK els més afectats pel increment de glucocorticoides. Com s'ha vist en estudis realitzats sobre paracaigudistes, el nombre i capacitat citotòxica dels limfòcits NK descén dràsticament una hora abans de fer el salt, i no es recuperen els nivells previs fins quatre hores després del salt (Benschop & al, 1996). Tots els estudis apunten que l'estrès és un potent estímul que fa minvar els nombre de limfòcits NK i l'activitat proliferativa dels limfòcits en global (Herbert & Cohen, 1993) (Kanemi, Zhang, Sakamoto, Ebina, & Nagatomi, 2005).

En resum, podem afirmar que l'estrès provoca una reacció multiorgànica que afecta especialment al cervell i al recompte, disponibilitat i capacitat dels limfòcits al sistema immunològic, el que seria un factor essencial per comprendre l'empitjorament de la salut observat en la clínica i la major susceptibilitat a caure malalt.

Autor	Any	Resultats
M. Keck, F. Holsboer	1995	L'eix HHA i concretament l'alliberació de CRH és el responsable dels canvis clínics en pacients psiquiàtrics.
R. Sullivan; A. Gratton	2002	L'àrea prefrontal pot regular l'activitat de l'eix HHA , i la seua disfunció va lligada a una resposta anòmala d'estrès.
C. Moret, M. Briley	2011	Inhibició de la recaptació de la 5-HT. La disfunció en NA està relacionada amb la qualitat de les relacions socials en pacients deprimits.
T. Herbert, S. Cohen	1993	Metanàlisi sobre la relació entre estrès i els canvis en glòbuls blancs, nivells d'immunoglobulina i recompte d'anticossos.
R. Benschop et al.	1996	L'estrès afecta al recompte de limfòcits NK i als seus mecanismes d'acció.
O. Kanemi, X. Zhang, Y. Sakamoto, M. Ebina, R. Nagatomi	2005	En resposta a l'estrès, el recompte de limfòcits NK decau en el sistema immunitari immediatament després de la resposta d'estrès.

Fig. 3 Taula resum dels articles revisats per al nostre treball sobre l'efecte de l'estrès en l'organisme.

5. Models d'afrontament en lesió medul·lar

Fins ara hem parlat del model d'estrès i afrontament en població estàndard, així com dels seus efectes en la salut. A continuació anem a descriure els treballs centrats en població amb LM per conèixer les seues peculiaritats i si hi ha diferències significatives respecte les dades ja esmentades.

Fins la dècada dels 50, els lesionats medul·lars tenien una esperança de vida molt curta. Segons registres posteriors a la Segona Guerra Mundial, menys

del 20% dels soldats amb lesió medul·lar sobreviuen després de dues setmanes, en gran part a causa de problemes urinaris i úlceres de pressió, i de la resta la gran majoria moria abans de l'any després de la lesió. Vist aquest pronòstic, persistí una aptitud nihilista i negativa cap a la rehabilitació a la llarga de la primera meitat del segle XX (Holtz, 2010) pel que el tractament d'aquests lesionats era purament mèdic i no es tenien en compte les variants psicològiques; molt menys encara l'estrès i el benestar.

Malgrat això, gràcies a les millores en el tractament i la cura dels pacients introduïdes pel doctor Ludwig Guttman, tenir una lesió medul·lar no només va deixar de ser una condició orientada a la mera supervivència; l'esperança de vida dels lesionats medul·lars no ha deixat de créixer des de mitjans segle XX fins situar-se en l'actualitat pràcticament a la par de la població general en termes generals. Com a conseqüència d'això, la lesió medul·lar ha passat de ser una condició amenaçant per a la vida a ser una **condició de per vida a la que la persona s'ha d'adaptar** (Anderson, 2008). La persona ha d'afrontar reptes i canvis que no havia experimentat mai i per als que no estava preparat ni mentalitzat, pel que tots els mecanismes que havia utilitzat fins el moment d'afrontament es veuen desbordats. A açò se l'ha anomenat en la literatura científica com **teoria de la crisi** (Lindemann, 1944). Una situació en la que les respostes habituals a l'estrès deixen de funcionar generen una disrupció emocional i estressant.

Respecte a la població normotípica, els pacients amb LM tenen el inconvenient que l'estressor, que inicialment és la lesió i més tard totes les seues repercussions mèdiques, desborda tots i cadascun dels recursos d'afrontament que el pacient tenia prèviament. La LM aplega en la majoria de casos sense previ avís, pel que es fa necessari una reestructuració *ad hoc* dels recursos psicològics i l'elaboració de noves eines. Han de fer una **transformació de les emocions i l'estat d'ànim que provoca la lesió en un ajustament adaptativa a través de la reconversió, adquisició i replantejament dels recursos d'afrontament dels que disposava abans de la lesió**. Hem de tenir en compte que la lesió és una situació completament nova per al pacient i per a la seua família, i això suposa que no existeix una aproximació a l'estrès que haja estat validada pel propi pacient ni experiències sobre com s'ha d'abordar.

A banda de tot això, amb moltes possibilitats poden aparèixer nous problemes intestinals, vesicals i digestius. És per tot això que el pacient ha de plantejar-se des de zero tots els seus rols; el de família, treball i parella. S'ha de buscar noves formes d'oci i de treball; ha d'adaptar tot el seu entorn físic i social, i tot això dins d'un procés psicològic de dol on s'ha d'assimilar la pèrdua dels rols anteriors a la lesió, la manca de privacitat, l'avorriment, la culpabilitat, entre altres coses.

A sobre d'això, en al voltant de la meitat dels casos també hi ha un dany cerebral associat a la lesió, la simptomatologia del qual pot anar des de canvis dràstics en la personalitat o la comunicació fins a petits dèficits sensorials, impulsivitat, desinhibició conductual, labilitat emocional, fatiga, tristesa, agressivitat, consciència reduïda o un nivell baix de *self-monitoring* (autoobservació); afegint més complexitat a l'esquema. Els pacients amb dany cerebral tenen una aproximació menys proactiva cap a la rehabilitació, tenen una recerca de solucions demorada, creen menys vincles afectius significatius, presenten menys suport social al seu voltant i a la fi, menys conductes d'afrontament (Frayne, Halanich, & Miller, 2005).

En resum, no hi ha cap mena de dubtes que, per quantitat i severitat, la demanda estressant en aquests pacients no és gens menyspreable. Això fa més necessari encara la consecució d'un bon afrontament, ja que una mala adaptació s'ha vist relacionat amb un mortalitat significativament més alta (Krause & Bozard, 2012) i una menor adhesió al procés de rehabilitació que afecta en última instància a la seua eficàcia (Kennedy, 2009).

5.1. Primers treballs d'afrontament en població amb lesió medul·lar

Un dels primers models d'afrontament aplicats en població medul·lar el trobem en l'aproximació de Hamburg i Adams en la dècada dels 60. Aquests estudiaren quin model d'afrontament funcionava millor en pacients amb una lesió medul·lar recent, i conclourien que els factors que ajuden a una bona consolidació de l'afrontament positiu són:

- a. Mantenir un sentit de valor personal, d'autoestima positiva.

- b. Mantenir relacions personals significatives o crear-ne de noves.
- c. Promocionar perspectives de petites millores a nivell de funcionalitat i adaptabilitat, per exemple en les activitats de la vida diària.
- d. Treballar en la perspectiva d'una situació personalment significativa per al propi pacient després de la recuperació al màxim de les funcions corporals.

En la terminologia actual d'estratègies d'afrontament podem dir que les estratègies a les que fan referència aquests autors són la reestructuració cognitiva, la creació de xarxes de suport social, planificació i la concentració en el problema com a adhesió al tractament de rehabilitació.

Un altre model influent creat per a les malalties cròniques que volem destacar és el model trifàsic de Stewart (Stewart, 1978)(fig.3), el qual desenvolupà una teoria sobre la consecució de l'estil d'afrontament per tres fases consecutives. Les susdites tres fases són:

1) Fase de negació: fase inicial en la que el pacient nega conscientment o inconscient l'existència de la lesió. La creença de la importància d'aquesta fase es recolzava en els resultats de diversos estudis als anys 80 que demostrava que es tractava d'una fase prou comuna dins de les malalties cròniques (Bracken & Shephard, 1980). Segons aquesta teoria, la negació és una resposta adaptativa en la fase aguda de la lesió que prepara psicològicament al pacient per a un abordament del nou estil de vida amb un estil més progressiu. La negació podria ser en un primer moment una estratègia efectiva per a la regulació emocional en la fase aguda de la malaltia. No obstant, pot esdevenir maladaptativa si no es supera aquesta fase en el

moment que la malaltia esdevé crònica i no se passa a altre model d'afrontament més proactiu que ajude més a una bona adaptació a les noves condicions vitals de la LM (Goldbeck, 1997). En conclusió, podem dir que la **negació és la resposta d'evitació o fugida pròpia de la resposta d'estrès**, la qual no ens

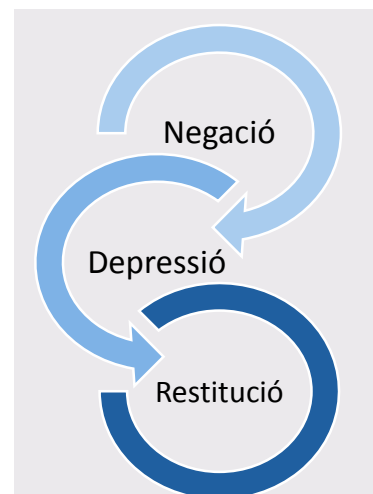


Fig.4 Representació gràfica de la teoria de Hamburg i Adams. Es tracta d'una primera aproximació lineal i fàctica de l'afrontament a la lesió.

interessa per a res a la llarga, ja que l'evitació condueix a una falta de compromís al procés rehabilitador i a un mal desenvolupament de la relació amb el cuidador, entre altres conseqüències.

2) Fase de depressió: posterior a la fase de negació i, segons Stewart, la següent reacció normal a una situació anormal i desbordant com és la lesió medul·lar és la malenconia. En superar el shock, el pacient comença a avaluar la seua situació i afrontar-la en comptes d'evitar-la, i és en aquest punt que se n'adona que els recursos d'afrontament dels que disposava fins la lesió són insuficients en la seua nova situació. Això, sumat al trencament de l'autoimatge anterior a la lesió, condueix a una autoestima negativa que produirà en última instància un estat depressiu. Tanmateix, l'autor justifica que aquesta depressió és també en part adaptativa ja que ajuda al pacient a reflexionar i a centrar-se en el seu discurs intern, punt a partir del qual elaborarà les noves conductes d'afrontament.

3) Fase de restitució: anomenada així perquè consisteix en recompondre la nova vida a partir de les peces de la "figura trencada de l'anterior vida". És el resultat de la reflexió duta a terme durant l'etapa de depressió, la qual comença a portar noves estratègies d'afrontament que van ajudant a poc a poc en l'adaptació a la nova vida. Seria ja una fase prou estable, amb pocs canvis.

L'objectiu de totes aquestes tres fases són enteses per Stewart com necessàries per la coherència del *self*, és a dir, el sentit de l'un mateix del pacient. És aquest fenomen el que permetrà un bon afrontament dels problemes. Per a aconseguir-ho, segons Stewart, es necessita fonamentalment el pas del temps.

Aquesta primera aproximació teòrica, però, errava de base per una simple qüestió: si bé la depressió és freqüent, no s'hi pot considerar una condició *sine qua non* en tots els casos de lesió medul·lar. Ni tan sols argumentar que es tracta d'una negativa del pacient a reconèixer la seua lesió justifica que la depressió sigui una fase més dins de l'afrontament a aquesta situació, com discutirem més endavant. Tot i que autors posteriors han fet modificacions puntuals a aquest model, com ara Bracken i Shephard que inclogueren la ràbia com altra fase necessària (Bracken & Shephard, 1980) o Tucker, que a més de la ràbia va suggerir la confusió com altra fase important (Tucker, 1980), altra crítica que es

pot fer de totes aquestes aproximacions és que és una visió massa passiva, similar a les primeres aproximacions que es feren en població estàndard, i per tant no aporta ninguna proposta d'intervenció psicològica que puguem considerar vàlida. Tota la responsabilitat en l'elaboració de l'estil d'afrontament recau en el pacient, i a partir d'aquí tot és qüestió de temps. A nivell pràctic no és una teoria que plantege cap forma d'abordament del problema. A banda, a la llarga dels anys tots els estudis han demostrat que la població amb LM passa pels mateixos processos que la població general i és mesurada amb les mateixes escales que la població general. Si ens hi fixem, el que als models anteriors s'hi considerava característic per a la lesió medul·lar era el shock inicial, la depressió i la negació, però el gruix d'estudis recents han demostrat que això era més un biaix observacional del personal sanitari més que un fet empíric.

6. Model d'afrontament actual en lesió medul·lar

En l'actualitat no s'empra cap model d'afrontament específic per a població medul·lar. No obstant, de forma pedagògica, anem a descriure les particularitats que s'han anat descobrint en la població amb LM en un sistema simplificat de cinc sets. Prenent com a referència el treball de revisió d'Antonak i Livneh (Livneh & Antonak, 1997), i de Walker, Jackson i Littlejohn (Walker, Jackson, & Littlejohn, 2004) sobre afrontament en LM, establim en cinc sets de

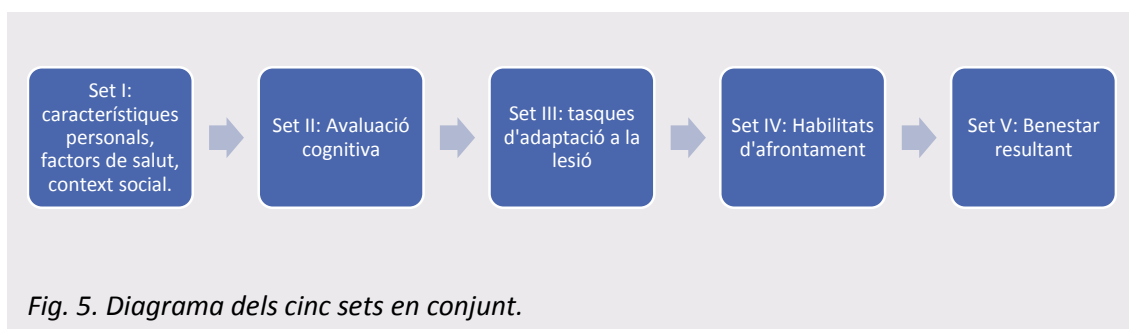


Fig. 5. Diagrama dels cinc sets en conjunt.

factors que estan relacionats amb la selecció de nous recursos d'afrontament (fig. 4) i que anem a contrastar amb el model de Lazarus i Folkman i el de Sandín que havíem escollit de referència per entendre el procés de la resposta d'estrès en població estàndard.

6.1. Set I: característiques personals, complicacions mèdiques i recursos socials

6.1.1. Variables sociodemogràfiques

S'han descrit molts trets personals que influencien la resposta d'estrès, tot i que la relació que tenen amb l'adaptació a la lesió varia d'uns estudis a altres. En quant a l'**edat**, els pacients joves es mostren més oberts a acceptar la seua lesió, tenint també menor risc de TDM. No obstant, les variables d'edat, sexe o raça no han demostrat encara tenir relació amb tipus d'afrontament o altres o amb el benestar (Buckelew, Baumstark, Frank, & Hewett, 1990). La falta de resultats consisteix suggereix que no és una variable determinant a tenir en compte. Tanmateix, sí que sembla tenir relació amb altres aspectes com ara l'afrontament del dolor o les complicacions mèdiques (Lindwall et al., 2012).

El **nivell educatiu** previ a la lesió (Dezarnaulds & Ilchef, 2014) podria ser altre factor rellevant en la consecució d'un bon afrontament. La possibilitat de poder analitzar una situació, descompondre els seus elements clau i planificar una solució, tot i que siga de forma inconscient, empodera el pacient i li dona més control de la situació, atenuant l'estrès. En alguns estudis recents s'ha demostrat que pacients amb un nivell educatiu mitjà-alt presenten menor percepció de dolor en les complicacions derivades de la lesió medul·lar, en part per una millor acceptació de la seua lesió (Paker, Bugdayci, Dere, & Altuncu, 2011) (Khazaeipour, 2017). A més a més, pacients amb estudis superiors presenten més tendència a escollir estratègies d'afrontament orientades cap a objectius, potser per una major capacitat de pensament a llarg termini, acceptació de la lesió i planificació (Lankveld, Diemen, & Ilse, 2011).

El **nivell socioeconòmic** ha estat considerat sempre un element molt alleujant dels efectes negatius de l'estrès, entre altres raons, perquè aporta possibilitats de distracció i la possibilitat de comptar amb més recursos com cuidadors o ajuts tècnics. No obstant, no s'ha trobat encara cap relació entre açò i un major ús de tècniques de distracció.

6.1.2. Recència de la lesió

És una variable determinant que hem de tenir en compte per comprendre en quin moment de la construcció de les estratègies d'afrontament s'hi troba el pacient. El temps que ha passat des de la lesió determina la disposició del pacient a realitzar un tipus d'afrontament o altres. A un estudi de Kennedy et al. (1995), comprovaren que els pacients amb la lesió recent recorrien més als seus recursos socials, sent aquesta tendència a la baixa a la llarga del temps i fent dels recursos socials l'únic afrontament adaptatiu que va minvant en el temps. A altre estudi recent de Creig et al. (2015) trobaren que fins un 55% dels pacients tenien majors problemes d'integració social en les primeres fases de la lesió, especialment quan tornaven al domicili, en gran part degut a les complicacions per a la readaptació que creen la disfunció vesical i intestinal, l'afectació cognitiva i la percepció de poca autoeficàcia³ (Craig, Perry, Guest, Tran, & Middleton, 2015).

6.1.3. Context social i el cuidador

En el cas de les malalties cròniques el component més característic i important l'aporta la figura del **cuidador**. Una tasca essencial dins de l'evolució de la lesió és la **formació i consolidació d'una relació significativa amb el cuidador**, el que comença ja des de la fase aguda de la lesió. Els individus amb LM han d'estar en un ambient que facilite l'expressió de les seues preocupacions i necessitats, ja que del contrari en molts casos manifesten preocupació per com han d'expressar si senten dolor o com contenir la ràbia resultant del seu estat de confusió i frustració (Moos & Holahan, 2007). Açò seria un element més dins de la necessitat de creació de xarxes socials per part del pacient.

³ Aquest terme d'ús extès en la psicologia fa referència a la creença en la pròpia capacitat d'organitzar i usar efectivament els propis recursos per gestionar els problemes o les situacions que van sorgint en la vida diària. És, per tant, la creença que tenim de nosaltres mateixos de què podem tenir èxit.

A un estudi del doctor Rohrbaugh i col·legues, demostraren que la presència de cuidadors amb un alt nivell d'autoeficàcia i confiança reforçava significativament la percepció de benestar i salut, i té la virtut de poder canviar l'avaluació que el pacient fa de la malaltia d'una amenaça per al benestar a un repte a superar o anar millorant progressivament, el qual facilita a l'hora l'adquisició d'estils d'afrontament més proactius i orientats al problema (Rohrbaugh, Shoham, & Coyne, 2004). A conseqüència de tot açò, la figura del cuidador reduïa la possibilitat de recidives en pacients que havien tingut un infart coronari, reduint la taxa de recaigudes. Tanmateix, si els cuidadors o el cercle íntim del pacient es caracteritza per falta d'interès cap a la cura d'aquest, s'ha observat que els pacients adquireixen un estil comunicatiu més evitador i reservat, i eviten parlar de les seues preocupacions, repercutint a la llarga negativament en l'afrontament de les demandes relatives amb la malaltia i els seus efectes col·laterals i adquirint estratègies més evitatives (Norton, Manne, & Rubin, 2005).

6.1.4. Factors psicològics

En primer lloc hauríem de parlar de la psicopatologia anterior a la lesió que pot donar-se de forma concomitant o bé ser la causa directa de la lesió. Ja en la fase crònica de la lesió, s'han descrit diversos mecanismes comuns en la gran majoria d'aquests pacients i que poden entrebancar l'aconseguint d'un bon afrontament a la lesió (Tirch & Radnitz, 2000), els quals són:

- i. Avaluació negativa del self i de la gent del voltant (autoestima negativa)
- ii. Valoració negativa de la imatge d'u mateix degut a la lesió.
- iii. Expectatives de rebuig i dificultat percebuda d'adaptació (autoeficàcia baixa)
- iv. Expectatives de fracàs continu.
- v. Creença excessiva en donar per fet que s'ha de rebre ajuda⁴.

⁴ Aquesta és una traducció del terme anglès *personal entitlement*, bastant emprat a la literatura científica en psicologia, i que no té una traducció perfecta al català. Vindria a ser el donar per fer que s'ha de rebre ajuda de la resta, amb el matís que no s'hi dona res a canvi d'aquest ajut.

vi. Percepció sobredimensionada de vulnerabilitat.

D'altra banda, dins d'aquest tercer set poden haver infinitat de factors que encara no han pogut ser descrits, com ara la qualitat estètica dels voltants del pacient, el major o menor espai per a la intimitat o la quantitat d'estimulació sensorial que rep. Tot açò ha estat referit per molts professionals rehabilitadors com factors positius en certa mesura per al pacient (Alonzo, 2000). Un bon entorn, tant social com físic, pot ajudar al compromís amb el procés de rehabilitació del pacient.

En resum podem dir que les variables associades al benestar psicològic com l'autoeficàcia, autoestima positiva i resiliència semblen ajudar a la reestructuració cognitiva i a la reavaluació positiva de l'estrès i les seues implicacions (Becoña, 2006). A més a més, s'han descrit també alguns trets lligats a la personalitat que condueixen a una major estabilitat i control intern, com ara l'extraversió, recerca d'autonomia i capacitat de resolució de problemes (Moos & Holahan, 2007).

6.2. Set II: avaluació cognitiva

Al model de Lazarus havíem parlat de l'avaluació cognitiva o *appraisal*. L'avaluació cognitiva és un camp complex que no podem abordar al nostre treball per motius d'extensió, però que darrerament s'ha relacionat amb l'etiologia psicopatològica de la depressió (Kennedy, Kilvert, & Hasson, 2016). Un estil avaluatiu esbiaixat i tendències afavoreix l'aparició i estabilitat de símptomes depressius, i dificulta la consecució d'un bon estil d'afrontament. Açò és el que fa que aquest element siga essencial per entendre per què els pacients trien unes estratègies d'afrontament o altres (Galvin & Godfrey, 2001). Tot açò ha fet que les intervencions actuals en pacients amb LM s'han anat encarant cada vegada més a la reavaluació positiva de la seua situació i els seus recursos, més que en l'ensenyament d'estratègies d'afrontament com es feia clàssicament (Dean & Kennedy, 2009).

Darrerament s'ha estudiat també la implicació del **locus de control** (d'ara endavant LOC), és a dir, a on atribueixen els pacients la causalitat dels seus

problemes o els seus èxits. S'ha relacionat el locus de control extern, és a dir, pacients que no consideraven que hi havia una relació entre la seua conducta i l'outcome resultant sinó que venia donat des de fora, a una major possibilitat d'aparició d'episodis traumàtics i problemes de salut (Chung, Preyeza, Papandreou, & Prevezas, 2006). Aquests resultats suggereixen que un locus de control intern ajuda a l'empoderament del pacient i a l'ajustament a la lesió a través de donar significat personal i sentit de responsabilitat a la situació en la que u se troba.

6.3. Set III: tasques d'adaptació a la lesió

En aquest set incloem tot el que el pacient fa en resposta als problemes mèdics que van sorgint arran de la lesió. Açò és essencial, ja que hi ha que confrontar-se a tota una sèrie de canvis físics pel qual haurà de rebutjar a fer certes tasques de la vida diària que feia i crear una forma nova de crear i mantenir relacions socials significatives.

6.3.1. Característiques de la lesió

No podem desvincular els factors mèdics del benestar psicològic, ja que la bona adaptació a aquests té una repercussió clara en la qualitat de vida i en la satisfacció general (Stensman, 1994). Així mateix, un mal afrontament a les complicacions mèdiques ha estat considerat com un factor potencialment previsible de mort prematura (Krause & Crewe, 1987). Tot açò és una prova de la importància d'un bon afrontament del procés de rehabilitació per a aconseguir un bon grau de benestar i qualitat de vida. No obstant, no és la LM en sí la que afecta la psicopatologia. Com s'ha vist a diversos estudis, **el nivell de lesió, la severitat d'aquesta i el grau de funcionalitat no semblen tenir correlació amb els símptomes depressius o ansiosos** (Paker, Bugdayci, Dere, & Altuncu,

2011). És a dir, és molt més important l'adaptació a la lesió i l'estil d'afrontament que el tipus de lesió en sí.

La primera tasca d'adaptació és manejar els símptomes i les complicacions que van apareixent durant l'evolució de la lesió, o bé les conseqüències de la rehabilitació com pot ser el **cansament o l'aparició de dolor muscular**, que s'han relacionat amb un pitjor rendiment cognitiu i a un menor ús de recursos socials.

6.3.2. Emocions

A nivell intern del pacient, l'estat emocional més reportat a la llarga de la LM és la **tristesa**, el qual és l'únic símptoma psicològic que presenta correlació amb tots els problemes mèdics associats a la lesió medul·lar, i que pot arribar a suposar una interferència en el procés de rehabilitació (Widerstriim-Noga, 1999). Al voltant d'un 65% dels pacients presenta símptomes malenconiosos concomitants a alguna complicació mèdica.

És important tenir en compte les emocions com altra tasca que requereix l'adaptació del pacient. No només s'hi veuen emocions reactives en aquests pacients, també emocions negatives com **l'avorriment i el fastig**, que poden ser resultat d'un sentiment d'aïllament per una mala adaptació al nou estil de vida o un procés de rehabilitació molt llarg fora de casa. La **ira** és una emoció normalment associada a aquestes, sent molt freqüent tenint en compte que la demanda pot ser aclaparant per al pacient, tant per quantitat com per dificultat percebuda de solució. Els pacients que no han assolit un bon estil de comunicació assertiva amb els seus cuidadors són més sensibles a adquirir estils iracunds i de desfogament emocional. És important que el pacient tinga la capacitat d'expressar-se lliurement per alleugerar aquestes emocions, especialment amb els seus cuidadors.

6.3.3. Autocura

Altra tasca d'adaptació a la lesió és l'**autocura**. Com a resultat de la LM no només es produeixen canvis musculoesquelètics arran de la lesió; també el fet d'anar en cadira de rodes, la presència de sondes o respirador, entre un llarga llista de canvis fisiològics, provoca una crisi d'identitat en la que el pacient es sent el que s'ha anomenat del síndrome de "mig humà mig màquina" (Wright, 1983). En molts pacients açò genera una autoestima negativa i una tendència a adquirir una mala higiene o la descara en referència a l'aspecte físic. Tot açò és producte de mecanismes d'evitació o per una falta d'acceptació de la lesió pels aquests canvis que han provocat en l'autoimatge.

6.3.4. Incertesa sobre la lesió

També **la incertesa al voltant de la malaltia** té un efecte important en l'elecció d'un tipus d'afrontament o altre. Els pacients que tenien més incerteses al voltant del seu estat de salut tendien amb el temps a usar estratègies d'afrontament centrades en l'emoció o més evitatives, mentre que els pacients que comprenien i coneixien els detalls de la seua lesió i el seu estat de salut usaven estratègies més centrades en la solució de problemes (Wineman, Durand, & Steiner, 1994).

6.3.5. Conseqüències de la lesió medul·lar

Són moltes les complicacions que poden aparèixer derivades de la lesió. Els símptomes demorats post-lesió (també coneguts com *delayed symptoms*) suposen una gran interferència en el benestar psicològic del pacient, però quins són els més pertorbadors?

Per tal de posar en context totes les complicacions de salut característiques de la lesió medul·lar, a grans trets les podem classificar en tres blocs per la seua etiologia (fig. 5): els efectes directes de la lesió, els canvis

Efectes directes de la lesió	Canvis psicosocials	Altres factors
• Problemes cognitius • Canvis de personalitat • Agressivitat • Fatiga mental • Insight reduït • Dolor neuropàtic • Agitació	• Poca privacitat • Poca autonomia • Pèrdua de rols anteriors a la lesió • Preocupació vers el futur • Ruptura familiar o amb els amics • Canvi de l'imatge • Confusió • Tristesa • Pèrdua d'autocontrol • Poca autoeficàcia percebuda	• Fatiga crònica • Efectes de la medicació • Aïllament • Avorriment

Fig.6 Factors circumstancials a la lesió que afecten al lesionat medul·lar segons la teoria de Antonak i Livneh. Les diferències en el grau que aquestes afecten més o menys en l'afrontament de la lesió és el que el professional haurà d'avaluar per facilitar una bona adaptació al nou estil de vida.

psicosocials com ara la redefinició de rols i altres factors importants secundaris de la lesió a considerar com la medicació o la percepció d'aïllament.

Dins d'aquest conjunt de complicacions, en un treball realitzat per diversos professionals de la *Miami Project to Cure Paralysis*, s'analitzaren estadísticament quins eren els que reportaven major dificultat percebuda d'adaptació i afrontament. De totes les complicacions, eren els problemes de mobilitat (62'6%), els problemes de control d'esfínters (44'9%), la funció sexual alterada (42'1%) i el dolor (37'2%) els que eren percebuts com els més difícils d'afrontar (Winderstörn & al, 1999) i els que generaven major malestar psicològic. També s'hi correlacionaren totes aquestes complicacions amb la tristesa, la qual tenia una correlació significativa amb totes les complicacions, sent els problemes de bufeta neurològica la més correlacionada ($p > .33$), possiblement per ser interpretades com LOC intern, dins del control del pacient, quan realment són una complicació freqüent de la LM que escapa de qualsevol control voluntari. En total, un 17% dels pacients reportava tristesa, el que coincideix amb les mesures d'altres estudis (Kishi, Robinson, & Forrester, 1994). Per tant, és important tenir en compte quines són les complicacions que presenta el pacient per fer-se una idea de com serà la construcció d'estratègies d'afrontament que farà.

6.4. Set IV: estratègies d'afrontament

Apleguem al set central del nostre treball: els estils d'afrontament. Ja hem vist anteriorment que l'afrontament en LM ha de ser abordat de la mateixa forma que s'hi tracta en població general, però tenint en compte que els pacients amb LM es troben en una situació en la que totes les conductes que venien fent s'han de canviar i reestructurar de tres maneres :

1. Recontextualitzar els àmbits de sempre al nou marc de la lesió (adaptacions del domicili, del cotxe, possible canvi de la situació laboral, etc.).
2. Canvis en les activitats de la vida diària per les noves limitacions físiques (alimentació, higiene personal, respiració, etc.).
3. Reconvertir en conductes noves les conductes i costums de sempre perquè la lesió impedeix la seua realització com de costum (sexualitat, mobilitat, oci, etc.).

En els primers estadis de la lesió, el pacient i la família solen tenir la tendència a protegir-se de l'abast de les conseqüències de la lesió a través de mecanismes més o menys conscients de defensa que van canviant des del primer moment de la lesió i que a poc a poc es van fent estables, normalment al voltant de les 12 setmanes després de la lesió (Holtz & Levi, 2010).

Dins de la perspectiva biopsicosocial en la que treballem actualment, s'entén que l'afrontament és un procés viu, canviant i idiosincràtic d'una persona en una situació. Els factors situacionals afecten l'elecció d'unes o altres ferramentes d'afrontament (Hanson, Buckelew, Hewett, & O'Neal, 1993), pel que les tècniques d'afrontament no només són fluctuants en el temps, també en les situacions. Els pacients tenen tendència a usar durant la rehabilitació en la fase aguda de la LM estratègies com la **minimització de l'amenaça, recerca d'informació i la reestructuració cognitiva**. No obstant, amb el temps canvien aquestes estratègies front a l'estrès una vegada acabada la rehabilitació, quan tornen al seu domicili i canvien el seu context, per allò de la influència contextual sobre l'elecció de les estratègies d'afrontament

A continuació descriurem els mecanismes d'afrontament particulars en lesió medul·lar. Aquests es poden classificar d'acord a estratègies orientades a encarar el problema (estratègies d'afrontament proactiu) o estratègies que eviten afrontar el problema (estratègies d'afrontament evitador) (Roth & Cohen, 1986).

6.4.1. Estratègies d'afrontament proactiu

Són aquelles centrades en orientar-se cap a la lesió i no en evitar-lo. Són conductes proactives i d'aproximació, és a dir, de confrontació a la lesió. La majoria dels pacients acaben decantant-se per l'ús d'aquestes estratègies, les quals estan correlacionades amb un major benestar i menor simptomatologia depressiva.

1. Participació

Entenem com participació totes aquelles conductes que realitza el pacient de cara a fer activitats no relacionades amb la lesió, sinó amb l'esbarjo i l'oci. Ha estat considerat a darrers estudis com un important predictor de benestar, especialment en pacients joves, millorant significativament la integració social i la qualitat de vida (Lindwall et al., 2012). S'ha descobert que els pacients amb LM tendeixen a participar en menys activitats d'oci i amb menys freqüència que la població general, el qual crea un risc afegit d'aïllament. A més a més, el tipus d'activitats que realitzen solen ser més informals, és a dir, activitats sense planificació com llegir o parlar per telèfon o per missatges amb els amics, en comptes d'activitats formal on sí que s'hi requereix una organització i planificació, com participar en algun esport, formar un grup de música o participar en activitats en grup. Açò té la conseqüència que no tinguen tantes oportunitats d'interactuar amb persones noves, repercutint en última instància en el desenvolupament social (Lindwall et al., 2012)(veure fig. 7), a banda que les activitats formals aporten el valor afegit que ajuden al pacient en la seua planificació, el qual és una altra estratègia d'afrontament que descriurem a continuació. En conclusió,

animar als pacients amb LM a participar en activitats pot tenir un gran efecte beneficiós, el qual tindrem en compte a la nostra proposta d'intervenció.

II. Reestructuració cognitiva

Hi ha pacients que són capaços de concebre la lesió com una experiència d'aprenentatge i creixement personal. Per a aquests pacients la rehabilitació és un repte de superació i la lesió els ajuda a valorar més la vida i a viure amb uns valors més significatius. A aquest tipus d'afrontament se l'anomena **reestructuració positiva**.

Els pacients que tenen una actitud d'aproximació i de resolució activa dels problemes, independentment de la controlabilitat dels estressors, amb el temps realitzen una reavaluació del camp cap als aspectes positius que els ha aportat la malaltia (l'apreciació de la gent que els ha ajudat, els valors de la vida, etc.) (Urcuyo & Boyers, 2005), adquirint una avaluació més positiva de la seua situació i una millor autoestima i autoeficàcia. Aquesta estratègia és la que presenta major correlació negativa amb la depressió (Kennedy, Kilvert, & Hasson, 2016), estant lligada a un sentit de creixement personal correlacionat amb major benestar psicològic percebut i una menor tendència a l'aïllament (Lindwall et al., 2012). És a més una de les estratègies més emprades per part de pacients amb LM, el qual ha estat demostrat a diversos estudis amb validesa ecològica (Arya et al., 2016).

III. Concentració en el problema

Aquesta és una estratègia d'afrontament proactiva molt important. Els pacients que estan centrats en la resolució dels problemes relacionats amb la lesió, presenten menys simptomatologia depressiva, menys problemes d'ajustament psicosocial i un major grau d'assertivitat en termes generals (Elliott, Godshall, Herrick, Witty, & Spruelli, 1991)(veure fig. 7).

No obstant, **l'ajustament entre la controlabilitat de l'estressor i l'afrontament al mateix és essencial**. En altres paraules, en el cas d'un estressor que sí que és controlable, com pot ser tenir control de les evacuacions,

un afrontament actiu i d'aproximació és positiu i ajuda al bon control d'aquest estressor potencial. Però, en casos d'estressors no controlables, el resultat de l'afrontament de confrontació ja és més variable. En casos que l'afrontament estiga encarat al control emocional, obtindrem més adherència al tractament rehabilitador; en el cas que l'afrontament s'encare a conductes com buscar informació o a intentar controlar l'estressor, condueix a un estil pensatiu més rumiatiu i improductiu (Moos & Holahan, 2007), pel que tindríem un efecte paradoxal on un afrontament massa proactiu seria inadaptatiu.

Dins de les estratègies orientades al problema, també cal destacar la **intel·lectualització**. Aquest és altre mecanisme molt vist tant en pacients com en familiars. Suposa acceptar la lesió en termes estrictament mèdics. És una aproximació pragmàtica, centrada en els fets i en el que es sap sobre la lesió. De vegades també s'hi veuen pacients que recorren a llibres i fins i tot autors de corrents mèdiques alternatives. Açò seria una forma d'evitació dels aspectes més emocionals i de prendre control d'allò que és cert o empíric, pel que podríem considerar-ho com un procés innat de cerca d'empoderament.

A més a més, hem de destacar la presència de pacients amb fortes **conviccions religioses**. En aquests tipus de pacients, l'acte de resar o creure en un pla diví al voltant de la seua lesió sembla ser un factor que alleugera el patiment i l'estrès que envolta la lesió, suposant un suport addicional per al pacient i és un reforç a la rehabilitació en LM (Arya, et al., 2016), en tant que aporta significació a la vida al voltant de la lesió i orienta els pacients cap al present i el futur, evitant l'ús d'estratègies de rumiament o culpabilització.

IV. Recerca de suport social

“La lesió medul·lar és com llençar una pedra a un toll. Àrees cada vegada més llunyanes al pacient es van afectant fins que tot al voltant del pacient quedat alterat. (Dijkers 1995)

De tots els mecanismes d'afrontament que descriurem, l'establiment d'una bona xarxa de suport social és un dels elements més importants i amb més conseqüències demostrades a diversos estudis (Song H. , 2005). Com ja hem esmentat abans, com a producte de la lesió hi ha una reestructuració i canvi en

els rols socials del pacient. En primera instància, és la família el primer element afectat pels canvis que produeix la LM, però tan prompte com el pacient es reintrodueix al domicili després del procés rehabilitador i comença el procés de readaptació a la vida que tenia abans de la lesió, els cercles d'amics i més tard la gent més llunyana al pacient també es veuen afectats com a conseqüència de la lesió en major o menor mesura (Livneh & Antonak, 1997).

El pacient ha de treballar en la reestructuració de la seua xarxa de suport social, ja que les seues necessitats canvien a conseqüència de la lesió. Parlem d'una bona xarxa de suport social referint-nos a la quantitat de suport social, la percepció de disponibilitat del mateix i la satisfacció personal amb la qualitat d'aquest suport. L'aconseguint d'un bon suport social correlaciona significativament amb un millor benestar global (Kennedy, Lowe, Grey, & Short, 1995), amb menys incidència i severitat del TDM (Elliott, et al., 1991), més efectivitat en l'adaptació aconseguida a través de les tècniques d'afrontament (McNett, 1987) i, fonamentalment, amb una millor adaptació a les noves circumstàncies de la LM (Elliott T. , Herrick, Witty, Godshall, & Spruell, 1992) (Hampton, 2004). Malgrat això, s'ha demostrat que l'ús dels recursos socials, en contrast amb tota la resta de les estratègies d'afrontament que solen ser estables en el temps, decau en el temps de forma gradual (Kennedy, Kilvert, & Hasson, 2016).

Malgrat això, una bona xarxa de suport social és essencial sobretot en la fase inicial de la lesió, on aporta al pacient informació i elements de feedback que l'ajuden a elaborar noves estratègies d'afrontament i a anar aconseguint un estil de comunicatiu assertiu i eficaç (Arya et al., 2016) a banda de la figura essencial del cuidador.

V. Planificació

La **planificació** és l'estratègia per la qual el pacient es projecta cap al futur, on aquest es para a pensar en quins passos ha de donar per anar solucionant els problemes que van sorgint. L'aptitud i disposició que el pacient mostra simplement cap al seu futur ja té implicacions en el seu benestar. Per exemple, esperar els resultats d'una prova mèdica és un event estressant, però el simple

fet d'utilitzar una estratègia de planificació i apuntar-se a l'agenda quan ha d'anar a pels resultats de la prova ja provoca en sí una major sensació de control (Litman, 2006). Aquest seria un exemple freqüent de com funcionen les estratègies de planificació.

Podríem dir que la planificació suposa una doble tasca d'afrontament: per una banda implica un treball implícit **d'acceptació** de la lesió, el que podríem definir com l'oposat a la negació, ço és, acceptar que s'ha de replantejar el futur tenint en ment que, en major o menor mesura, sempre hi haurà alguna cosa que fer front a la lesió. D'altra banda la planificació implica l'**esperança**, entesa com l'expectativa de benestar malgrat els efectes negatius de la lesió i de la capacitat de trobar formes d'anar solucionant les distintes complicacions de la lesió. No hi ha que confondre l'esperança amb el pensament d'il·lusió ingènua o *wish-fulfilling* del que parlarem més endavant, el qual conté un component de negació de la lesió que el diferencia de l'esperança.

Els pacients amb major esperança tenen menor simptomatologia depressiva i menys malestar psicològic, pel que mostren un major benestar psicològic global (Elliott, Witty, Herrick, & J, 1991). Això sembla estar causat per una major orientació cap als objectius de la rehabilitació i millora i per la recerca de diferents vies i recursos per aconseguir aquests objectius (Kennedy, Evans, & Sandhu, 2009). En altres paraules, una aptitud més esperançada sembla ajudar a l'elaboració d'altres estratègies proactives d'afrontament.

VI. *Desfogament emocional*

Expressar-se emotivament pot ser entès per la gent del voltant del pacient com una forma d'alliberar tensions i com una conducta comprensible degut a l'estrès provocat per la lesió, però aquest afrontament centrat en el problema, igual que passa en la població general, no s'hi pot considerar un afrontament adaptatiu ja que no suposa ningun enfocament cap a la solució ni genera en sí satisfacció o alliberació d'estrès a mig i llarg termini. Tot i que el desfogament emocional pot considerar-se un afrontament proactiu ja que no evita el problema en sí sinó que el confronta d'una forma emotiva i irreflexiva, no seria un afrontament adaptatiu.

De vegades aquest desfogament va dirigit cap a la gent del voltant. A aquest mecanisme se l'anomena **projecció** en la psicologia clínica, és a dir, focalitzar la frustració i ràbia personal en el personal mèdic que envolta al pacient o en la pròpia família. Aquest sí que podria ser un cas d'evitació, ja que col·loca el problema en la gent del voltant, sense relacionar-se en el cas personal. Seria una forma mal dirigida d'alliberar-se de l'emoció pròpia.

A un estudi dut a terme per Buckelew et al. (1990) varen trobar que hi havia una correlació significativa entre malestar psicològic estable en el temps i l'ús del desfogament emocional com a estratègia d'afrontament, el que pot interpretar-se com una forma d'afrontament que no redueix en sí l'estrès. Els resultats han estat replicats a diversos estudis posteriors confirmant aquesta idea (Kennedy, Kilvert, & Hasson, 2016).

Com a forma de desfogament, l'**humor** pot ser una gran ferramenta per lliurar-se de la frustració i la ràbia, i pot considerar com una sublimació del desfogament emocional, no només perquè ajuda a alliberar la tensió sinó també perquè permet al pacient expressar-se sense deixar-se arrossegar per l'emotivitat. En aquest cas sí que seria una forma adaptativa d'afrontament. No obstant, és una estratègia que no sol presentar canvis durant l'evolució de la LM o que sol anar a la baixa (Kennedy, Kilvert, & Hasson, 2016).

VII. *Contrast social*

Altre aspecte interferidor en l'afrontament és **el contrast social**. Aquest consisteix en contraposar la situació pròpia amb la dels pacients que hi ha al voltant, pel que seria un estil proactiu d'aproximació al problema.

El contrast social pot ser *upward* (fixar-s'hi en els aspectes positius de la resta de persones en la mateixa lesió), o *downward* (fixar-s'hi en els ítems negatius de la resta i considerar que eixe és el propi futur) (Buunk, Zurriaga, & González, 2006), tenint cadascun d'ells repercussions molt distintes en el benestar. El que s'ha vist és que el contrast *upward* reforçava aspectes del pensament anhelant (*Wishful thinking*) i la culpabilització de la resta pel que seria una forma de contrast social maladaptativa. Així mateix, el contrast *downward* correlacionava amb simptomatologia depressiva. El problema és que no podem

atribuir la causalitat a aquest afrontament, pel que no sabem si és el contrast social en sí el que incita l'aparició de símptomes depressius o si és un símptoma més de la tríada de Beck⁵ característica en TDM. En qualsevol cas, el contrast social ha de ser analitzat com un senyal d'alarma que ens indica que l'aproximació del pacient a la lesió no és el suficientment adaptativa.

6.4.2. Estratègies d'afrontament d'evitació

Ara que ja hem descrit les estratègies d'afrontament proactiu, passem a les d'afrontament evitador. Són essencialment l'oposat de les estratègies anteriors. Les estratègies evitadores són totes aquelles que no estan orientades ni al reconeixement ni a la solució del problema. Els pacients que usen aquestes estratègies diem que són **evitadors**, evitant tot allò relacionat tan amb u mateix com a la gent del voltant i a la resolució dels problemes. Conductes com ara evitar mirar-se a l'espill per veure's a u mateix, deixar de cuidar-se, o també conductes d'evitació cap als altres pacients desinteressant-se pel que els passa, no assistir a xerrades o grups terapèutics o evitar el contacte directe amb la gent del voltant, són alguns exemples d'aquests tipus d'enfrontament a l'estrès.

En global, les estratègies d'evitació estan relacionades entre elles i se consideren la causa de l'augment de la simptomatologia ansiosa i depressiva i d'un pitjor nivell global de benestar (Frank, Blount, & Brown, 1997) (Kennedy, Taylor, & Duff, 2005), ja que els pacients evitadors busquen evitar l'ansietat del fracàs i al no solucionar l'origen de l'estrès contribueixen indirectament a la cronificació d'aquest.

1. Negació

La negació és el primer mecanisme de defensa descrit a la literatura sobre població amb dany medul·lar, no obstant roman com un camp sorprenentment

⁵ En psicologia clínica anomenem tríada de Beck a l'estil de pensament esbiaixat característic del TDM consistent en tres biaixos cognitius: visió negativa al voltant d'u mateix, al voltant del món i al voltant del futur.

poc estudiat, entre altres motius perquè és un mecanisme que s'hi dona amb més intensitat en la fase aguda de la lesió on es difícil realitzar estudis.

Hi ha un consens generalitzat en què la negació és una reacció comprensible en la fase aguda de la lesió. No obstant, com ja havíem indicat en el model trifàsic de Stewart d'afrontament, en la fase crònica de la lesió, quan ja el pacient i la família coneixen l'abast de les conseqüències de la lesió, s'ha de considerar com un afrontament maladaptatiu que s'ha d'anar substituint per estratègies més aproximatives a la lesió. Els estils negadors tenen correlació amb una major emotivitat, com ara labilitat emocional (Bracken & Bernstein, 1980). Com a resultat d'aquesta negació a llarg termini, hi ha un major grau de desadaptació (Martz, Livneh, Priebe, Wuermser, & Ottomanelli, 2005), que a l'hora repercuteix en el benestar percebut del pacient.

II. Il·lusió ingènua

Quan parlàvem d'esperança, dèiem que aquesta parteix de l'acceptació de la lesió i el reconeixement de les seues conseqüències en la vida diària. No obstant, no és estrany trobar-se amb pacients que presenten un nivell massa alt d'expectatives de recuperació, fins al punt que aquests no són realistes. A aquests tipus de fenòmens els anomenem *wishful thinking*, que es pot traduir com “pensament màgic” o “il·lusió ingènua”, i que de vegades esdevenen pensaments que dificulten la comunicació amb el pacient i la intervenció psicològica, com veurem més endavant.

Aquest tipus d'estratègia es tracta d'anhelar de forma excessiva tant per la seua intensitat com per la seua freqüència que la lesió no hagués passat o desitjar de forma massa allunyada a la realitat que la lesió s'hi cure tenint aquestes expectatives excessivament altes de recuperació. El component important d'aquesta estratègia és que aquest pensament no incita la planificació cap a la consecució d'aquestes idees ni el inici de cap estratègia de compensació de les seqüeles de la lesió, pel que es tracta d'una estratègia totalment evasiva respecte a la lesió en la que no s'hi dona cap adaptació al problema.

Estudis sobre aquest tipus de pensament demostren que generen més patiment mental i estrès si se donen a les fases inicials de la lesió (Buckelew,

Baumstark, Frank, & Hewett, 1990), però que aquesta correlació no té lloc en la fase crònica de la lesió (Bulman & Wortman, 1977).

III. Culpabilització

És un altre mecanisme freqüent especialment en aquells pacients que han adquirit la lesió per un accident. En primer lloc hem d'identificar l'**autoinculpabilització**. Culpabilitzar-se per l'accident pel que s'aplegà a la lesió, per la mort d'alguna persona estimada en l'accident, pel que es va fer o no es va fer el dia de la lesió; tots els pensaments d'autoculpabilització són estratègies de desvinculació al problema i d'evitació en tant que duen els recursos cognitius a afrontar el passat i no el present de la lesió.

A un estudi de Buckelew et al. (1990) trobaren que la culpabilitat era el millor predictor de malestar psicològic del pacient, presentant una correlació estadísticament significativa (Buckelew, Baumstark, Frank, & Hewett, 1990). D'altres estudis relacionen els mecanismes de culpabilitat amb el TDM, l'ansietat i poc benestar psicològic (Reidy & Caplan, 1994). En altres estudis no han trobat relació entre culpabilitat i el grau d'acceptació de la lesió o el TDM (Heinemann, Bulka, & Smetak, 1988) però sí que s'han trobat correlacions amb efectes positius sobre el benestar com menys pessimisme, simptomatologia depressiva, ansietat i hostilitat (Nielson & MacDonald, 1988).

De tots els tipus de culpabilitat que s'hi poden donar, si aquesta culpabilitat és un rumiament al voltant de l'evitabilitat de l'accident que provocà la lesió, l'adaptabilitat de l'afrontament empitjora significativament (Bulman & Wortman, 1977), com també passa si el rumiament és al voltant de la idea de "per què jo?" (Bout, Son-Schoones, Schipper, & Groffen, 1988).

No obstant, la culpabilització pot anar més bé dirigida cap als altres, com ara el personal mèdic, els cuidadors o la gent implicada en l'accident. També en aquest cas alguns estudis indiquen que l'afrontament tendeix a ser menys adaptatiu (Sholomskas, Steil, & Plummer, 1990), degut a què el pacient està centrat en la causalitat externa del problema i no, per exemple, en els seus propis recursos per fer-li front. En qualsevol cas, aquest estil d'afrontament ha estat relacionat amb un pitjor funcionament social i una major tendència a evitar

activitats formals d'oci (organitzades i estructurades) i a l'aïllament (Lindwall et al., 2012).

IV. Consum de drogues i alcohol

Pels seus efectes inhibidors de l'escorça prefrontal i límbica i per tant en el rumiament i els processos cognitius superiors, l'alcohol és la substància més freqüent en persones amb un estil evitador. El consum de substàncies en general i d'alcohol en especial és un interferidor en el procés de rehabilitació que pot crear sinèrgies amb la medicació que pren el pacient. Aquest consum es relaciona amb un pitjor afrontament i una pitjor acceptació de la lesió (Heinemann, Bulka, & Smetak, 1988), i sol presentar-se junt a la resta d'estratègies d'evitació, especialment amb l'autoinculpabilització (Sholomskas, Steil, & Plummer, 1990).

A altre estudi realitzat per Kennedy (2000) utilitzant escales de mesura de la qualitat de l'afrontament, alcohol correlacionava amb el TDM, la falta d'acceptació de la lesió i desvinculació conductual (Kennedy, et al., 2000), tot i que és un dels estils d'afrontament menys freqüents en pacients amb LM.

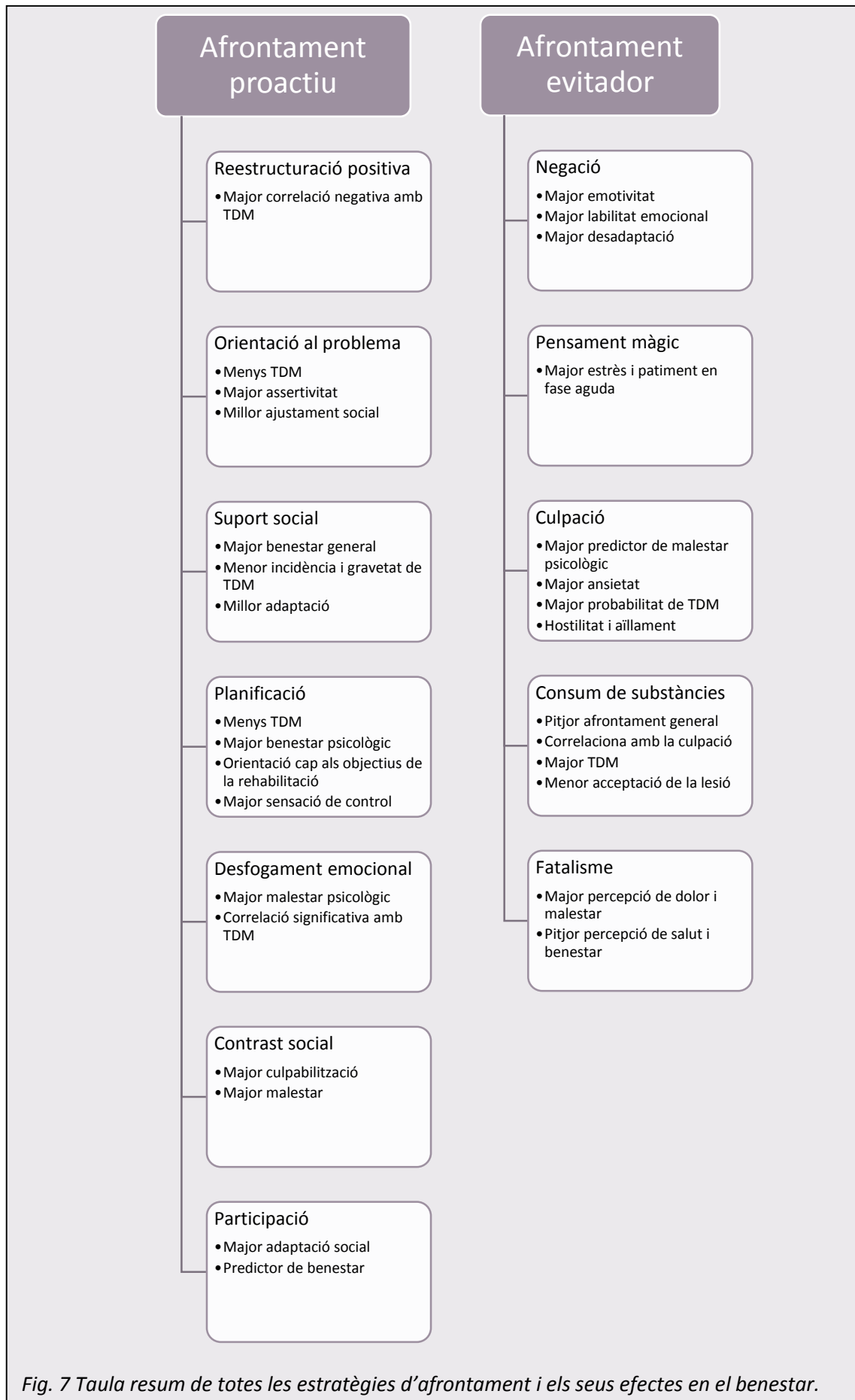
V. Fatalisme

El **fatalisme**, també anomenat a psicologia catastrofisme o pensament absolutista, és una estratègia recurrent en LM que sol concórrer en pacients amb l'autoestima negativa (Craig, Hancock, & Chang, 1994) i correlaciona amb més percepció de dolor i malestar (Giardino, Jensen, Turner, Ehde, & Cardenas, 2003), a més de pitjor percepció de benestar i salut en general (Wollaars M. , Post, Asbeck, & Brand, 2007), pel que no es pot considerar una estratègia adaptativa. S'hi considera una estratègia evitativa ja que no està centrada en els fets de la malaltia, sinó en una exageració dels aspectes negatius que s'hi poden donar en el futur. La presència d'una avaluació cognitiva o *appraisal* esbiaixada afavoreix el pensament fatalista, el que sol estar darrere de l'etiologia del TDM.

Autor	Any	N	Tipus mostra	Disseny	Resultats
R. Bulman, C. Wortman	1977	29	LM comunitaris	Correlacional	La culpabilització és un predictor significatiu d'estratègies d'afrontament maladaptatives.
M. Bracken, M. Bernstein	1980	96	LM hospitalaris i LM comunitaris	Qualitatiu	L'afrontament no és estable durant el temps i és susceptible de canvi fins i tot en la fase crònica de la LM.
S. McNett	1987	50	LM comunitaris	Correlacional	Percepció de bon suport social correlaciona amb ajustament adaptatiu a la lesió. Estratègies orientades al problema generen més benestar i adaptació.
A. Heinemann,	1988	52	LM comunitaris	Correlacional	A major temps de lesió, més acceptació de la lesió i menys estratègies d'afrontament maladaptatives com consum d'alcohol.
J. van den Bout, N. Van Son-Schoones, J. Schipper, C. Groffen	1988	30	LM hospitalaris i LM comunitaris	Qualitatiu	Rumiacions al voltant de l'evitabilitat de l'accident que provocà l'adaptació, correlació amb mala adaptació.
S. Buckelew, K. Baumstark, R. Frank, J. Hewett	1990	57	LM comunitaris	Correlacional	Pacients amb alts nivells de malestar usaven pensament màgic, desfogament emocional, autoinculpació i minimització de l'amenaça. Especialment la inculpació està altament correlacionada amb malestar psicològic.
T. Elliott et al.	1991	156	LM hospitalaris i LM comunitaris	Qualitatiu	Responsabilització de la lesió condueix a major depressió. Percepció de suport social relacionat amb més integració social i menys depressió. A major comunicació assertiva millor suport social.
T. Elliott, J. Godshall, S. Herrick, T. Witty, M. Spruell	1991	90	LM hospitalaris i LM comunitaris	Longitudinal	Pacients amb afrontament orientat al problema tenen menys simptomatologia depressiva independentment del temps de lesió.
T. Elliott, T. Witty, S. Herrick, J. Hoffman	1991	57	LM hospitalaris i LM comunitaris	Qualitatiu	Afrontament orientat al problema genera menys depressió i millor adaptació social. L'esperança correlaciona inversament amb el malestar psicosocial.
S. Hanson, S. Buckelew, J. Hewett, G. O'Neal	1993	28	LM comunitaris	Longitudinal	L'afrontament en fase aguda no és predictor de l'afrontament a llarg termini. Reestructuració cognitiva associat amb benestar. Pensament màgic relacionat amb malestar. Autoinculpació relacionat amb malestar.
K. Reidy, B. Caplan	1994	43	LM comunitaris	Correlacional	El mecanisme de culpabilitat va perdent-se durant la lesió. Correlaciona significativament amb depressió, especialment en la fase crònica de la lesió.
N. Giardino, M. Jensen, J. Turner, D. Ehde, D. Cardenas	2003	74	LM comunitaris	Correlacional	El catastrofisme correlaciona amb percepció de dolor i mala percepció de salut. La presència d'un cuidador empitjora les puntuacions de dolor.
N. Hampton	2004	127	LM comunitaris	Correlacional	Percepció de salut, temps de la lesió, autoeficàcia i percepció de suport social correlacionen amb la percepció de benestar. Gènere i nivell educatiu no mostren relació amb el benestar.
P. Kennedy, J. Duff, M. Evans, A. Beedie	2005	45	LM comunitaris	Correlacional	A través de l'ús de CET es milloren les tècniques d'afrontament, el qual produeix un descens en simptomatologia ansiosa i depressiva. També es reporten grans canvis en l'autopercepció.
E. Martz, H. Livneh, M. Priebe, L. Wuermser, L. Ottomanelli	2005	181	LM comunitaris	Correlacional	Afrontament evitatiu és el predictor més important per al grau d'adaptació. La severitat de la lesió té efectes lleus en l'adaptació i el malestar i l'afectivitat negatiu té un efecte mínim en el grau d'adaptació.
M. Wollaars, M. Post, F. Van Asbeck, N. Brand	2007	575	LM comunitaris	Correlacional	Bon afrontament a la lesió i poc catastrofisme correlacionat amb menys percepció de dolor i millor percepció de benestar i salut.
P. Kennedy, M. Evans, N. Sandhu	2009	54	LM comunitaris	Longitudinal	Esperança correlaciona amb aptitud proactiva i orientació al problema. El LOC i l'avaluació cognitiva és essencial per entendre l'adquisició d'unes estratègies d'afrontament o altres.

W. Lankveld, T. Diemen, M. Ilse	2011	130	LM comunitaris	Correlacional	Nivell educatiu correlaciona amb orientació cap als objectius. Variables sociodemogràfiques no correlacionen amb l'adaptació a la lesió. Orientació cap als problemes correlaciona amb TDM, acceptació i sensació de desesperança.
J. Krause, J. Bozard	2012	64	LM comunitaris	Longitudinal	L'ajustament a llarg termini tendeix a ser estable. Hi ha tendència a utilitzar cada vegada menys el suport social i cada vegada més els recursos sanitaris.
P. Kennedy, P. Lude, M. Elström, E. Smithson	2012	266	LM comunitaris	Longitudinal	Els appraisals estan relacionats amb un major benestar a llarg termini.
J. Lindwall et al.	2012	294	LM comunitaris adolescents	Correlacional	Reestructuració cognitiva i suport social generen menor autocrítica, aïllament i culpabilitat. La participació en activitats d'oci millora el benestar global.
N. Paker, D. Bugdayci, D. Dere, Y. Altuncu	2012	35	LM comunitaris	Correlacional	Reestructuració cognitiva, autocontrol emocional i la reavaluació positiva són afrontaments més adaptatius que protegeixen front el TDM. Persones amb un nivell alt educatiu s'adapten millor que les que no tenen un nivell tan alt.
S. Arya et al.	2016	256	LM hospitalaris i LM comunitaris	Qualitatiu	Confirmació de la validesa ecològica de les estratègies d'afrontament. L'afrontament més emprat és la reestructuració cognitiva i l'orientació cap a objectius.
P. Kennedy, A. Kilvert, L. Hasson	2016	44	LM comunitaris	Longitudinal	Afrontament positiu correlació negativa amb mortalitat. Estil d'afrontament assolit en la setmana 12 de la lesió, prediu el 37% de l'afrontament posterior. Simptomatologia depressiva i ansiosa, correlació estadísticament significativa amb mortalitat a llarg termini. Explica el 20% de la variància en la mortalitat.

Fig. 7 Taula amb tots els estudis emprats al nostre treball relacionats amb l'afrontament. Hem inclòs aquells estudis que s'han realitzat des de la dècada dels 90 fins hui dia.



6.5. Set V: benestar resultant

L'últim set està conformat per l'output resultant de tot el sistema, que és el benestar global del pacient. Recordem que la resposta somàtica és un factor de retroalimentació sobre tot el sistema, pel que en mesura de com l'estrès és afrontat, aquest afectarà en major o menor mesura a la salut, i a l'hora tot aquest sistema donarà un feedback a cadascun dels sets anteriors.

Ja en la Grècia clàssica, en els orígens de la medicina, Galeno havia descrit que un excés de malenconia en dones les feia susceptibles a un excés de retenció d'humor (Sirera, Tomás, & Camps, 2014). Actualment sabem que hi ha una clara relació contrastada experimentalment i clínica entre estrès i empitjorament del benestar general percebut (Schneiderman, Ironson, & Siegel, 2005). Entre altres coses, s'ha demostrat de forma reiterada que els problemes d'estrès provoquen l'aparició d'alteracions físiques com ara úlceres gastrointestinals (Weiss, 1971), hipertensió arterial (Folkow, 1975), infeccions (Segerstrom & Miller, 2017) i oncogènesi (Sklar, 1979), així com importants alteracions psicològiques com ara indefensió adquirida i Trastorn Depressiu Major (Seligman, 1975), a causa dels canvis en el sistema immunològic i adrenal que hem esmentat anteriorment.

6.5.1. Úlceres per pressió

Les úlceres per pressió (UPP), són una complicació freqüent en pacients amb lesió medul·lar completa i s'ha demostrat que té un impacte significatiu en l'estil d'afrontament dels pacients.

Al voltant de la meitat de pacients pateixen problemes per UPP, i l'aparició d'aquestes correlaciona amb un empitjorament generalitzat de l'adaptació de les estratègies d'afrontament, especialment amb una tendència reportada de menor estil d'aproximació positiva (Krause J. , 1998). De la mateixa manera, l'estil d'afrontament sembla tenir un efecte en l'aparició d'UPP, ja que pacients amb un afrontament centrat en el problema tenen menys possibilitats d'aparició d'úlceres, i per tant presenten menors reingressos hospitalaris de forma estadísticament

significativa (Craig, Hancock, & Dickson, 1999). El motiu podria ser que els pacients amb un afrontament proactiu tindrien una millor autocura i serien capaços de crear vincles més significatius amb els seus cuidadors, el que a l'hora repercutiria en una millor atenció i menys probabilitat d'aparició d'UPP.

6.5.2. Dolor neuropàtic

Com abordem el problema del dolor neuropàtic en pacients amb lesió medul·lar incompleta roman com un gran repte encara hui dia. El dolor és un repte afegit en la consecució de l'afrontament. Els pacients tendeixen a avaluar el dolor neuropàtic com un dany afegit a la lesió, més que com un component o conseqüència d'aquesta, el que afectarà inevitablement a l'avaluació cognitiva del problema (Richards, Kewman, & Pierce, 2000) i, per tant, a l'elecció d'unes estratègies d'afrontament o altres.

En quant a quina és la relació entre l'afrontament psicològic de l'estrès i la presència o empitjorament de la percepció de dolor, no s'han trobat bons predictors des del model psicològic. Alguns estudis han relacionat la simptomatologia ansiosa amb un augment de la severitat dels símptomes de dolor, més que un estil d'afrontament o altre (Kennedy, Frankel, Gardner, & Nuseibeh, 1997). No obstant, front a l'aparició de dolor els pacients sí que recorren a l'ús d'estratègies d'afrontament com ara la participació en activitats de distracció, el qual era significatiu especialment en adults joves amb LM (Molton, et al., 2008). Raichle et al. (2007) trobaren que aquells pacients amb un LOC extern i ideació catastrofista tenien pitjors símptomes de dolor i a més eren els que més suport social demanaven malgrat que a l'hora tenien percepció de poca satisfacció amb el suport social (Raichle K. , Hanley, Jenson, & Cardenas, 2007). A altre estudi coetani de Wollaars et al. (2007), trobaren resultats semblants, on un LOC intern, menor nivell de catastrofisme i origen no-traumàtic de la lesió correlacionaven amb menor experiència dolorosa (Wollaars, Post, & Asheck, 2007), afectant a la percepció global de benestar. En aquest estudi sí que trobaren clara relació entre els factors psicològics i la severitat del dolor en general. També el suport social podria afectar a la severitat del dolor neuropàtic (Khazaeipour, 2017).

En conclusió, tot i que serien necessaris més estudis per aprofundir el nostre coneixement sobre aquest camp, l'avaluació cognitiva del pacient sobre el LOC del dolor, la presència d'un estil esperançat o més bé catastrofista de la LM i la percepció de normalitat d'aquests símptomes (Molton, et al., 2008) i per tant l'acceptació d'aquests, serien els factors més rellevants per alleugerar la percepció i el malestar, que no l'aparició, de dolor neuropàtic.

6.5.3. Trastorn Depressiu Major (TDM)

Quan parlem de benestar psicològic en LM ho fem en els mateixos termes que ho fem en població general, però tenint en compte que la incidència en aquesta població de psicopatologia és major⁶. Açò es deu a la presència d'estressors particulars de la LM que s'han demostrat que a l'aparèixer incrementen el risc d'ocurrència de psicopatologia, a saber: sensació de desesperança, consciència de limitacions físiques, culpabilitat respecte als efectes de la lesió sobre la família i por a convertir-se en una càrrega (Kennedy, Marsh, & Lowe, 2000).

La simptomatologia referent a l'estat d'ànim ha estat sempre esbiaixada per l'expectativa observacional dels professionals sanitaris. Hi ha que tenir en compte que la tristesa en dany medul·lar involucra també processos de dol (Medicine, 1998), derivat de la ruptura amb el passat, la pèrdua de rols i la sensació d'aïllament, el qual s'hi considera com una possible fase de la lesió i no s'ha de confondre amb la simptomatologia depressiva psicopatològica (desesperança, autoodi, culpabilitat, ideació suïcida, etc.). Així mateix, i bé la depressió és una fase que de vegades s'hi dona a l'evolució del pacient, no es pot considerar una part fonamental per a la reformulació de l'afrontament. En cap dels casos es pot generalitzar a tota la població de lesionats, ni menys encara considerar-la en tots els casos com adaptativa i necessària.

El TDM és un trastorn que s'hi presenta en poc menys d'un terç de la població amb LM, de la qual presenten simptomatologia de moderada a greu, i com ja hem vist, està relacionada especialment amb els estils d'afrontament

⁶ Si prenem com a referència la incidència més optimista de TDM en població medul·lar (23% en fase crònica), és quatre vegades superior que en població general (5'4%). La mateixa proporció la trobem en ansietat, on la població general presenta una incidència d'un 6% front al 33% de la població amb LM.

evitadors (Kemp & Krause, 1999), el desfogament emocional , avaluacions cognitives esbiaixades, desvinculació conductual (Kennedy, et al., 2000) i una correlació inversa amb la satisfacció vital global (Kemp & Krause, 1999). Aquest estil condueix a l'establiment d'estratègies d'evitació com l'automedicació i el consum de substàncies, especialment l'abús d'alcohol. Els pacients amb TDM acaben sent un repte per als propis cuidadors, els quals han d'intervenir i observar més al pacient, amb les conseqüències psicològiques i pragmàtiques que això els pot comportar (Scheier, Carver, & Bridges, 2002).

Els pacients amb LM que també tenen TDM solen ser estables en la seua simptomatologia, de la mateixa manera que les estratègies d'afrontament ho són, el que ens suggereix que la falta de consecució d'un bon estil d'afrontament pot col·laborar a la cronificació del TDM. Açò s'ha relacionat amb un increment significatiu de la mortalitat i de l'abús de recursos sanitaris, així com un increment dels costos d'aquests (Kennedy, Kilvert, & Hasson, 2016), al igual que un pitjor benestar global i major percepció de dolor i gravetat de les seqüeles de la lesió. També s'ha reportat entre quatre i cinc vegades més risc de suïcidi en aquest segment de població (Hagen, Lie, & Rekand, 2010), ballant un poc les dades degut a què el suïcidi pot manifestar-se ja no a través de l'acte consumat sinó a través de la descara i l'autoabandonament que provocaria un major risc de patir afeccions relacionades amb la lesió. Altres riscos documentats de la TDM en LM són el divorci i la pèrdua d'autocontrol amb símptomes d'irritabilitat.

El TDM en fase aguda és especialment preocupant en la població masculina, ja que la pèrdua de rols sol ser percebuda de forma més dramàtica per ells, especialment el rol de cap de família i font d'ingressos familiars, el que els fa més susceptibles de patir símptomes de TDM en les primeres fases de la lesió (Arya et al., 2016). A grans trets, el TDM té una correlació directa amb un estil evitador (també associable al consum d'alcohol) i la seua presència en la fase aguda és un predictor de la seua recidiva en fase crònica. A un estudi realitzat per Kennedy et al. (2016), varen trobar que el grau d'adaptació de les estratègies d'afrontament usat tres mesos després de la lesió, és a dir, una vegada la fase aguda de la lesió ha passat a la fase crònica, és un predictor estadísticament significatiu del benestar i el nivell d'estrès dos anys després de la lesió (Kennedy, Lude, Elström, & Smithson, 2012), així com de la mortalitat a

llarg termini i la probabilitat de reingressos hospitalaris⁷ (Kennedy, Kilvert, & Hasson, 2016).

6.5.4. Ansietat

Pel que fa a l'ansietat, aquesta sol manifestar-se a través del Trastorn d'Ansietat Generalitzada (TAG), sent fins quatre vegades més freqüent en lesió medul·lar que en població general. L'ansietat suposa un feedback sobre tot el sistema d'estrès, ja que els pacients ansiosos que no tenen bones estratègies d'afrontament solen acabar adoptant estratègies d'afrontament evitatiu per evitar paradoxalment l'ansietat cap al fracàs, cronificant-se la seua situació de malestar i derivant en l'aparició del TAG. Els pacients ansiosos mostren major abús de substàncies, incloent ací la medicació, i menor adherència als tractaments de rehabilitació (Kennedy, Duff, & Evans, 2003). A més a més, de la mateixa forma que veiem en la població general, l'ansietat té una alta correlació amb la simptomatologia depressiva, pel que pot acabar sent un cercle viciós per al propi pacient en el que ansietat i símptomes depressius es retroalimenten.

⁷ Segons aquest mateix estudi de Kennedy et al. (2016), la mortalitat tenia una correlació estadísticament significativa amb simptomatologia depressiva ($t = -2.23$, $p = .034$) i simptomatologia ansiosa ($t = -2.17$, $p = .037$) a les 12 setmanes després de la lesió. Curiosament, els factors psicopatològics presenten més correlació amb la mortalitat que els factors associats a la lesió (severitat, gravetat, etc.).

Proposta d'intervenció psicològica

7. Proposta d'intervenció psicològica

Ara que ja hem detallat els detalls de l'estrès, de l'afrontament i la LM i de de quines són les relacions entre tots aquests conceptes, passem a exposar una proposta efectiva d'intervenció sobre els recursos d'afrontament en pacients i familiars, tenint en compte les teràpies que ja s'han emprat en lesió medul·lar i l'evidència que hem compilat al nostre treball.

A la llarga del treball hem anat parlant de l'afrontament i de totes les conseqüències derivades d'un mal aconseguint del mateix, el que recolza la idea que és un aspecte susceptible per a ser treballat.

El model terapèutic d'elecció que emprarem per a treballar les tècniques d'afrontament serà el de **teràpia de grup**. Els beneficis que aporten els grups terapèutics, a banda de resultar un estalvi de temps i recursos sanitaris front a la teràpia privada, van encarats a l'educació recíproca entre els pacients d'habilitats de resolució de problemes concrets, reforçament de l'autoeficàcia, creació d'una xarxa de suport social i aprenentatge mutu; tot en un context en el que s'hi dona un intercanvi d'informació i remodelatge de rols mutu entre tots els participants (Humphreys, 2004) que a la llarga s'ha demostrat que ajuda a prevenir reingressos hospitalaris (Craig, Hancock, & Dickson, 1999) i que promou la percepció conjunta que la lesió es pot superar i els problemes es poden resoldre (Kennedy, Duff, & Evans, 2003). A més a més, a tots els estudis realitzats amb pacients que han assistit a alguna teràpia grupal els valors globals d'ansietat i simptomatologia depressiva era significativament més baixa que en la resta de població (King & Kennedy, 1999).

7.1. Models teòrics d'intervenció en lesió medul·lar

7.1.1. Teràpia Cognitiu-Conductual

Com ja s'ha vist a la pràctica clínica, l'ús de tècniques cognitiu-conductuals en teràpia privada pot millorar l'ús de les estratègies d'afrontament i en conseqüència millora el benestar global del pacient (Lude, Kennedy, & Taylor, 2006), però els resultats poden diferir si són aplicades a un grup de treball.

Han hagut distintes aproximacions d'intervenció cognitiu-conductual en LM. Els primers intents de treball en grups foren precisament basats en els principis de la teràpia Cognitiu-conductual (d'ara endavant CBT per les seues sigles en anglès), creada per Craig i Hancock (1994). Aquesta teràpia està centrada en donar ferramentes concretes d'acció per resoldre problemes del dia a dia (Craig & Hancock, 1994) assegurant-nos així de la millor adaptació possible del pacient al seu entorn. No obstant, els propis autors descriviren una sèrie de problemes de l'aplicació d'aquesta tècnica que havia nascut en la pràctica clínica privada en grups:

- i. Mostra esbiaixada per massa presència d'homes (al voltant d'un 80%). A més, els homes tendeixen a buscar menys recursos d'ajuda i tenir un menor grau d'adhesió al programa, el qual afecta a la dinàmica de grup.
- ii. Negació de la permanència de la lesió. El primer pas per a participar en qualsevol grup terapèutic i aprofitar-lo és acceptar que la lesió va a condicionar la vida d'ara endavant.
- iii. Assistència irregular, especialment degut a complicacions mèdiques i a la falta de compromís.
- iv. Massa expectatives de rebuig (sensació de vulnerabilitat, autoestima negativa, ...), les quals són aspectes molt freqüents en LM.

Després de realitzar aquests grups de tractament durant el procés de rehabilitació, no s'hi trobaren diferències significatives d'aquest grup respecte al grup control en ansietat, estat d'ànim i autoestima. S'observà, però, tendència del grup tractament a tenir millors nivells en simptomatologia depressiva, tendència que es mantenia en el temps. A més, tenien significativament menys ingressos hospitalaris i un ajustament percebut més alt (Craig, Hancock, & Dickson, 1999).

7.1.2. Logoteràpia

La logoteràpia és una teràpia psicodinàmica clàssica en psicologia basada en una consideració existencialista del pacient en la que es promou que el pacient trobe el sentit a la seua vida. Abans que la CBT varen haver intents d'aplicar logoteràpia en la rehabilitació de la lesió medul·lar, però aquests no demostraren cap efectivitat demostrable empíricament (Stark, 1981).

Han hagut més intents d'aplicar la logoteràpia però en pacients que tenien puntuacions altes en l'escala de significança vital Purpose in Life Test (PIL) (Julom & Guzmán, 2013). En aquest cas sí que hi havia un canvi significatiu pretractament i postractament, però tot i que el sentiment d'insignificança vital és freqüent en població medul·lar, no sabem a hores d'ara quina és la seua relació amb l'afrontament o el benestar, pel que no podem concloure que la logoteràpia siga una opció amb evidència científica per ser aplicada. A banda de tot això, tenim el problema afegit que per a aplicar aquesta teràpia cal una formació específica en aquesta corrent terapèutica, el que afegeix més complicacions a la seua aplicació.

7.1.3. Intervenció familiar

La família és el primer context en veure's afectat per la lesió, i aporta el medi més important de suport social a més de la figura del cuidador. Tot i que no és objectiu d'aquest treball parlar dels mecanismes que s'hi donen a la família del pacient, s'ha observat una atribució causal excessiva dels problemes familiars a la lesió del pacient, a banda del fenomen del cuidador cremat (Steinglass, Temple, Lisan, & Reiss, 1982). Per solucionar aquests problemes s'ha demostrat que l'ús de grups de teràpia funciona, com també s'ha vist després de la creació de recursos de tele-rehabilitació en la que els familiars podien telefonar en cas de problema (Livneh & Antonak, 1997). En conclusió, tot i que és una opció terapèutica interessant, nosaltres al nostre treball ens centrarem en la teràpia sobre el pacient.

7.1.4. *Coping Effectiveness Training*

Dins del món de la neurorehabilitació, la teràpia d'elecció per als pacients amb LM ha estat el CET (*Coping Effectiveness Training*). Aquesta és una teràpia creada per P. Kennedy i J. Duff, basada fonamentalment en la teoria de Lazarus i Folkman de l'estrès i en l'evidència científica arreglada d'ençà l'actualitat.

La població objectiu d'aquesta teràpia són pacients que ja no estan en la fase aguda, sinó que estan entrant en la fase crònica de la lesió. La raó és que els pacients en fase aguda usualment rebutgen fer teràpia (Kennedy P., 2001) degut a que “suposa acceptar fer plans de futur en base a un dèficit que serà permanent”, a banda dels problemes mèdics que presenten, el qual entrebanca l'adhesió i assistència regular al tractament. És per això que els autors suggereixen que en aquesta fase és millor assegurar-se que el pacient té ple coneixement de les seues circumstàncies i que s'hi centre en la part més orgànica de la rehabilitació sense entrar en aquests grups.

Diferents estudis han avalat l'eficàcia del CET. Els més importants són:

1. Kennedy i Duff (2001) trobaren que, després d'aplicar el grup de teràpia en LM, s'hi reduïen significativament les estratègies evitadores i el consum d'alcohol a llarg termini i que els canvis eren estables (Kennedy & Duff, 2001).
2. Kennedy, Duff, Evans i Beedie (2003) trobaren que els pacients que havien sigut tractats amb el CET tenien puntuacions significativament més baixes en depressió i ansietat i millor autopercepció i que aquests canvis eren estables en el temps (Kennedy P. , Duff, Evans, & Beedie, 2003).
3. Kennedy, Duff i Taylor (2005) realitzaren altre estudi on es dividia entre pacients que s'havien beneficiat del CET (puntuacions més baixes en depressió i ansietat) i els que no s'havien beneficiat, trobant que els pacients es beneficiaven més dels grups de teràpia si la lesió era més recent, abans de la cronificació de la lesió, el que ens fa pensar que existeix un finestra d'intervenció. Açò ens condueix a pensar que, de totes les variables, el **temps de lesió** era el més rellevant. Sembla que els pacients que es troben a una fase més recent de la lesió es beneficien significativament més que aquells que ja són més veterans (Taylor, Kennedy, & Duff, 2005).

4. Duchnick, Letsch i Curtiss (2009) trobaren resultats similars, tot i que en aquest cas sí que reportaven un lleuger increment de la simptomatologia depressiva després del reingrés al domicili (Duchnick, Letsch, & Curtiss, 2009).

Per tota l'evidència que arreplega, emprarem la CET de Kennedy com a model per a la nostra proposta d'intervenció, pel qual anirem explicant quins són els punts que proposen Kennedy i Duff i els contrastarem amb quins emprarem nosaltres.

7.2. Aspectes previs al grup terapèutic a tenir en compte

Les propostes de teràpia les realitzarem prenent com a referència, en primer lloc, els models d'afrontament i estrès esmentats anteriorment i altres teràpies ja establertes i practicades com la teràpia en grup CET de Kennedy (Kennedy P., 2009), la proposta de treball de Moos i Holahan (Moos & Holahan, 2007) i la compilació d'estratègies que funcionen de Dezarnaulds (Dezarnaulds, 2014).

Hi ha una sèrie de punts que hem de tenir en compte. En primer lloc, que l'ajustament psicològic a la malaltia està fortament influenciat per com és la gent tractada durant la rehabilitació (Dezarnaulds & Ilchef, 2014), i ens referim amb això tant al seu entorn immediat com als propis professionals rehabilitadors. Hi ha que mentalitzar-se que una rehabilitació exitosa des del punt de vista psicològic és aquella que aconsegueix la reintroducció de la persona a la seua comunitat, la creació de vincles afectius significatius per al pacient a través de la reinvençió dels rols previs a la lesió i el foment de la capacitat d'autoexpressar les seues necessitats i la seua nova identitat amb un estil comunicatiu assertiu i respectuós. Tot açò en el marc de la individualitat de cada pacient, ja que cada persona ha de trobar la seua pròpia forma d'aplegar a l'aconseguiment de totes aquestes metes.

Altre aspecte important és el nostre objectiu terapèutic dins del grup de treball. Dins de totes les ferramentes d'afrontament, a un estudi realitzat per Song (2005), trobaren que sembla que no només les estratègies proactives, sinó

també **la reeducació de l'avaluació cognitiva** és el que més facilita una bona adaptació a la nova vida després de la lesió (Song, 2005). Això contrasta amb el paradigma d'educació de ferramentes d'afrontament centrades en el problema que s'han realitzat clàssicament. Per tant, tenint en compte açò, establim els objectius del grup d'intervenció en els següents cinc punts:

1. Saber identificar l'estressor, el qual s'aconsegueix a través de la psicoeducació, per sensibilitzar al pacient front al seu estat intern i la seua capacitat d'autoobservació, al qual s'aplega a través de preguntar-se el què, com, quan, qui i per què.
2. Millorar al màxim la capacitat d'avaluació cognitiva del pacient per assegurar-nos d'una bona discriminació entre factors estressors i com a prevenció del TDM i l'ansietat.
3. Incentivar la participació en activitats, a ser possible de caràcter formal (planificades i estructurades) per evitar l'aïllament i assegurar una bona integració del pacient, donant-li oportunitats de conèixer gent nova i crear una bona xarxa social.
4. Promoció de l'ús d'un estil comunicatiu assertiu que promoga el demanar ajuda i crear una xarxa social significativa.
5. Educació en les estratègies d'afrontament, posant èmfasi en les estratègies positives d'afrontament proactiu.

Tenint en ment aquests cinc objectius realitzarem la nostra proposta d'intervenció en sis sessions, dedicant una sessió a cadascun d'aquests objectius i dues sessions a l'educació en estratègies d'afrontament (una sessió per a estratègies proactives i l'altra per a estratègies evitadores).

La teràpia tindrà una durada d'una hora i mitja aproximadament en grups de no més de 12 persones i amb un mínim d'assistència a unes cinc sessions de les sis sessions que componen el programa, sent la freqüència ideal de convocatòria d'unes dues vegades per setmana (Kennedy, 2009). És important no fer massa multitudinàries les sessions per no perdre l'element socialitzador del grup i també per assegurar-nos que tots els pacients tenen espai i temps suficient per poder expressar-se, per al qual necessitem un cert grau de coneixement i de relació entre ells que no aconseguiríem en un grup massa

extens. Les sessions aniran acompanyades d'un butlletí amb el sumari i els punts importants del que s'hi tractarà.

Un ingredient important perquè el grup funcione és la diversitat dels seus assistents. El ideal és incloure des de pacients que tenen la lesió més recent fins aquells que estan en la fase final de la rehabilitació, ja encarats a la fase crònica de la lesió, pel que més o menys treballarem amb un rang de pacients des de les 3 setmanes des del moment de la lesió fins les 12 setmanes, tot i que hi haurà que analitzar cada cas particular per tenir en compte el grau d'acceptació de la lesió, la presència o no de complicacions mèdiques que poden dificultar l'assistència al grup, entre altres. Pel que fa a pacients amb afàsies o problemes per a l'enteniment i la producció del llenguatge, no els inclouríem al grup ja que no s'hi podrien beneficiar d'una teràpia basada en la comunicació grupal.

De forma pedagògica, a cada sessió descriurem els objectius centrals i un lema que serà la idea central sobre la que es treballarà. El lema s'escriurà a la pissarra abans d'iniciar la sessió, i sempre s'hi repartiran les gràfiques i taules en un full volant perquè els pacients tinguin una referència de consulta. També incloem en la proposta d'intervenció apartats en itàlica sobre possibles apel·lacions per part del psicòleg que inclourem com a suggeriment (veure taula resum de les sessions a l'annex).

7.3. Pla d'actuació

7.3.1. *Sessió 1ª: presentació del grup i del concepte d'estrès*

Objectius:

- Establir l'aliança terapèutica.
- Explicar l'esquema general de l'estrès i els seus components.
- Millorar l'autoobservació dels processos interns del propi pacient.

Ja amb el grup de pacients format i decidit, s'inicia la primera sessió amb una presentació breu dels objectius del grup. És important deixar clar que els participants són molt més importants que el psicòleg, el qual és un simple conductor

de les sessions. **L'element terapèutic el tenen els propis pacients, no el psicòleg.** De la mateixa manera que ocorre a la teràpia privada, l'objectiu és amplificar la consciència d'u mateix i de la situació pròpia, i amb aquest objectiu la paràfrasi, és a dir, escoltar el que u pensa o sent en boca d'altra persona, té un efecte molt potent en l'amplificació d'aquesta consciència. Això s'aconsegueix no només a través d'escoltar als companys de la sessió exposar les seues opinions, sinó també és el treball del psicòleg realitzar aquestes mateixes paràfrasis, amb fórmules com "si he entès bé, el que vols dir és que...", "el que jo entenc del que dius és que...", etc.

El primer contacte del psicòleg amb el pacient és essencial per marcar el procés d'aquest grup terapèutic i del procés de rehabilitació en general. Igual que passa en població estàndard, és en la primera trobada on s'hi crea **l'aliança terapèutica**. En un primer moment, més que centrar-nos en la teràpia ens centrarem en la recerca d'informació i la creació d'un vincle amb els pacients dins del grup i assegurar-nos la percepció per part d'aquests de la significació del grup.

També és essencial posar una sèrie de normes que assegurin el bon funcionament del grup. D'una banda volem assegurar el màxim possible d'assistència, per al qual una bona norma és que si algú no va a assistir o va a fer tard, ha de comunicar-ho directament al psicòleg de forma obligatòria. D'altra banda hem de facilitar un ambient de respecte per què tots puguin expressar-se lliurement. Per a aconseguir-ho, no només necessitem respecte, també la màxima **confidencialitat**. La mentalitat és que necessitem el mateix que a una sessió privada.

Altra tasca important del psicòleg durant la sessió és controlar els torns de paraula, evitant que hi haja pacients que parlen més del compte i encoratjant als que els costa més a expressar-se també, per al qual **l'humor** pot ser un bon estímul per aconseguir-ho. També hi poden aparèixer comentaris on el psicòleg ha d'intervenir i confrontar frontalment, com ara les tendències suïcides. El suïcidi és un acte bastant minoritari en LM i és interessant confrontar la ideació suïcida d'alguns dels assistents exposant dades estadístiques reals per poder abordar el tema amb naturalitat, deixant clar que és un pensament transitori que la

majoria de pacients abandonen amb el temps. Ja a nivell privat es podrà continuar el treball amb el pacient en qüestió per aprofundir en la problemàtica.

Una bona dinàmica inicial que suggerim és dividir el grup en parelles i convidar-los a que s'hi presenten entre ells per a què després un presente a l'altre a la resta del grup. És una bona forma d'assegurar que comencen a relacionar-se amb ells i trenquen el gel.

A. Concepte d'estrès

L'objectiu d'aquesta primera sessió és realitzar una sessió de **psicoeducació** definint l'estrès, tant com a concepte general com els aspectes estressants relacionats amb la LM. Açò ens ajudarà a crear un llenguatge comú, també entre professional i pacients, i facilitar així més la comprensió. És important usar un llenguatge accessible per a tots sense ser massa tècnics.

El lema que escriurem a la pissarra és:

La solució comença per nosaltres.

La idea que volem transmetre és que hem de ser nosaltres els primers actors en intentar resoldre una situació.

*No vindrà ningú a identificar l'origen del nostres problemes.
Segurament podrem demanar ajuda a algú més tard, però això no
passarà fins que nosaltres no ens adonem que tenim un problema i
que no comptem amb els recursos suficients per solucionar-lo.*

L'estat d'alarma que s'hi produeix quan tenim algun problema és l'estrès, i a l'origen d'eixe problema el podem anomenar estressor. Hi ha que deixar clar que l'estrès és una resposta normal i freqüent en tothom, i que tot i que la paraula és coneguda per tothom, no resulta tan fàcil de concretar i conceptualitzar ja que és **una interacció complexa de pensaments, emocions i conducta**. És important deixar clar quines són les senyals d'alarma (labilitat emocional, pensament negativista, cicle de descans alterat, fatiga, etc.) i preguntar als participants del grup sobre les seues experiències amb l'estrès i què entenen per estrès. Algunes idees interessants per a ser recalcaes, especialment si algun dels pacients ho menciona, són:

1. **L'estrès és un estat transitori**, fins i tot en els pitjors moments de la lesió o de l'accident acaba solucionant-se.
2. Sempre hi ha alguna manera de manejar l'estrès, fins i tot en els pitjors casos, tot i que cadascú té la seua manera de fer-ho.
3. Com que la LM és una cosa nova pot ser molt estressant al principi i tots hem de reaprendre des de zero com reaccionem front a l'estrès.
4. Els estressors poden ser externs o interns. Els externs serien tots aquells que venen donats per la lesió (canvis corporals, dolor neuropàtic, dificultats en les AVD, etc.) i els interns serien els propis pensaments i sentiments, que són molt més variables entre persones.

Ha de calar l'idea que l'estrès és un **procés molt personal i idiosincràtic**. No existeix una forma única i definitiva d'abordar-lo i el que per a u val per a l'altra és possible que no.

Hi ha persones que encaren la jubilació com una nova etapa per experimentar tot el que no havien pogut fins aleshores, com una oportunitat; hi ha d'altres que ho afronten molt negativament, aplegant en molts casos fins i tot a la depressió, ja que suposa un canvi vital molt important per al que no es senten capaços d'adaptar-se.

Per acabar la sessió iniciem un debat sobre les experiències amb l'estrès dels pacients i sobre si han notat que el seu benestar i salut ha empitjorat arran d'això.

7.3.2. Sessió 2ª: manejant l'estrès

Objectius:

- Identificar bé l'estressor.
- Definir què és l'afrontament.

Després de fer un breu repàs dels conceptes tractats a la primera sessió, en aquesta segona sessió ens centrarem en dos objectius: la capacitat de diagnosticar què és estressant per a u mateix, i l'educació del que és l'afrontament.

El lema d'aquesta sessió està relacionat amb el lema anterior:

El primer pas per solucionar un problema és identificar-lo bé i posar-li nom.

Amb aquest lema volem reiterar la importància d'estar alerta sobre el que ens passa, els nostres propis processos interns. Augmentar la consciència de nosaltres mateixos en l'ací i ara és al cap i a la fi l'element terapèutic comú a totes les teràpies psicològiques.

A. Identificar l'estressor

Repassem el concepte d'estressor que havíem vist a la sessió anterior. Saber què és un estressor és un bon principi per a poder identificar-lo, però no ho és tot.

És essencial tenir la capacitat de discernir què és estressant o no i saber en quin estat (especialment emocional) s'està. Potser l'aspecte més important és educar que les respostes a l'estrès són molt variades, i que entre elles estan les **respostes emocionals**. Una bona forma d'abordar-ho és preguntar als pacients què consideren que els ha estressat en quant a la lesió. Per una banda aconseguirem normalitzar les respostes emocionals a l'estrès per tal d'encoratjar a tots els membres del grup a reconèixer-les i a estar atents a elles, i d'altra banda podem augmentar l'*insight* dels participants. Sentir-se alterat emocionalment és normal, el que és important és, sense culpabilitzar-nos ni castigar-nos per sentir-nos així, buscar què està provocant eixe estat d'estrès, ja que sense aquest pas no podrem trobar una forma adaptativa de manejar-lo.

L'efecte que intentem buscar és augmentar el *self-monitoring* (és a dir, l'autoobservació), com un element per a millorar la consciència i el control sobre la situació estressant. Aquest és l'objectiu que es persegueix també a les teràpies privades, i està demostrat que és important perquè per a solucionar un problema el primer pas és sempre fer-lo visible, delimitar-lo i poder posar-li nom.

Kennedy, al seu model terapèutic, proposa les següents preguntes als pacients per augmentar la seua autoobservació en una situació d'estrès (Lude, Kennedy, & Taylor, 2006) i que nosaltres proposem al nostre grup:

1. Qui està implicat?
2. Quina és la situació que m'estressa?
3. Quina és la probabilitat real que aquest estressant s'hi presente?
4. Quina fou l'última vegada que es presentà i quan possiblement torne a passar?

Com veiem, aquestes preguntes responen al qui, què, com i quan. És important augmentar la consciència sobre la freqüència i risc real d'aparició d'eixe estressant. És essencial per intentar corregir pensaments catastrofistes i delimitar l'element que ens estressa.

B. Model d'estrès

A continuació, farem una explicació simplificada del model de Sandín sobre l'estrès, emfatitzant el que volem que els pacients tinguin més clar el funcionament de l'esquema.



Ací tenim un esquema que podem incloure als fulls volants que repartim a l'inici de sessió i que també dibuixarem a la pissarra. Dins d'aquest, el concepte d'afrontament ha de quedar clar, posant exemples quotidians d'afrontament a una situació d'estrès: relaxar-se, passejar, quedar amb amics, fer esport, veure la televisió, escriure, etc. Més important és deixar clar que **no totes les estratègies són igual de bones**, ja que una bona tècnica ha de ser sempre capaç de reduir els nivells d'estrès.

L'element central d'aquest esquema és que no és l'estressor per sí el que genera malestar, sinó que depèn molt l'avaluació que nosaltres fem de l'estressor i de la situació abans d'aplegar a això. També destacar que tot això té

repercussions molt importants en la salut. De vegades de forma directa (úlceres estomacals, major probabilitat de caure malalt, ...) o de forma indirecta, com és dur a terme conductes addictives com l'alcohol i el tabac o conductes de descara de la imatge i d'u mateix.

C. Concepte d'afrontament

Una vegada tenim clar a quin tipus d'estressor ens enfrontem, passem a introduir el concepte d'afrontament. És important recordar que la forma en la que reaccionem i vivim l'estrès té implicacions molt importants en la nostra presa de decisions i el nostre benestar.

Un pensament que pot sorgir amb freqüència al parlar d'afrontament és “no se pot fer res”, i deixar-ho tot dins de l'afrontament orientat a l'emoció o l'evitació. Òbviament, un pacient amb una lesió alta no podrà caminar, però si es replanteja el problema en termes de mobilitat veiem que se pot tenir un afrontament orientat al problema, empoderant al pacient de la seua situació i fent-lo conscient de les seues possibilitats.

D'altra banda, l'afrontament centrat en l'emoció s'ha de realitzar quan no queden opcions d'alterar el problema. En aquest tipus d'afrontament, en oposició a l'altre, no s'intenta canviar la situació sinó la nostra reacció personal i emotiva cap al problema. Suposa en primer lloc acceptar una **pèrdua**, ja siga de mobilitat, amics, treball, etc. El procés pel que se dona l'acceptació d'aquesta pèrdua és molt idiosincràtic i té similituds amb el procés de dol.

Animant als participants del grup a compartir les seues experiències de pèrdua podem donar referències als pacients de com es dona aquest procés, ressaltant els elements clau d'aquests processos. Acabem la sessió amb aquest debat.

7.3.3. Sessió 3ª: Rumiament

Objectius:

- Acabar amb el rumiament i el pensament negatiu per a no crear nous estressors (reeducació de l'avaluació cognitiva).
- Involucrar al pacient en activitats.

Un fenomen molt comú en totes les persones és considerar les seues emocions molt més complexes i úniques del que realment són, el que sol conduir a una reclusió en u mateix, amb repercussions en la capacitat comunicativa.

L'objectiu d'aquesta sessió és trencar amb aquest mite per incentivar la capacitat de cadascú dels membres del grup a obrir-se i a abordar un estil més comunicatiu i proactiu dels seus problemes. Altre punt important per a incidir és inculcar la idea que les emocions no són positives o negatives en funció de la seua intensitat, ja que fins l'emoció més intensa pot controlar-se si se té una bona aproximació.

A. Rumiament

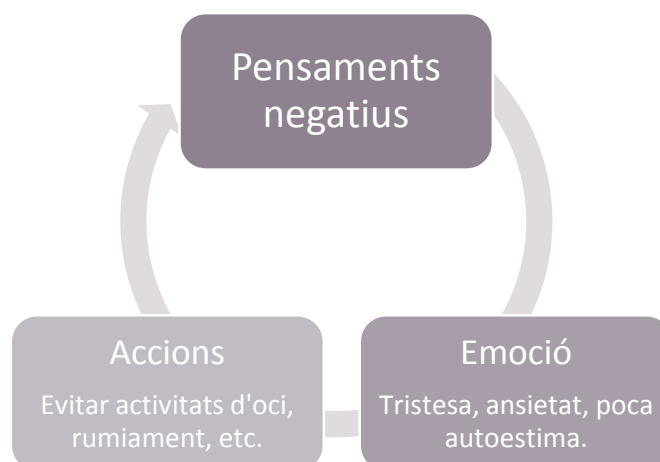
El lema d'aquesta sessió és:

No són les coses les que ens pertorben, sinó la nostra opinió i el que pensem sobre eixes coses.

I fem la següent introducció:

Tots passem per temporades on tenim un estat d'ànim més decaïgut i trist, i en aquest estat ens venen pensaments negatius al cap. Açò és un procés totalment normal. El problema és quan un pensament negatiu inicial condueix a altre pensament negatiu, i d'aquesta manera comencen a encadenar-se un pensament rere altre. A aquest cercle viciós s'anomena rumiament, i és el procés al que fem referència en el lema.

Per a aquesta sessió apuntarem en la pissarra quina és l'estructura d'aquest cercle viciós (Kennedy P. , 2001):



Com podem veure, el major risc de les rumiacions és aquest pensament en bucle del que no podem eixir, on els actes de les nostres rumiacions ens enclaustrin més i més en aquest cercle viciós.

El que fem després d'explicar aquest concepte és anotar quines són les coses que s'han de tenir en compte i coses que s'han d'evitar quan estem immersos nosaltres o alguna persona del voltant (destacant els cuidadors) en aquest estat de rumiació negatiu i de tristesa:

Coses a tenir en compte	Coses a evitar
1. No estàs sol. 2. Recorda per a qui ets important. 3. Busca el contacte físic. 4. No estàs boig; tots passem per la tristesa. 5. Quan deixes d'estar trist els teus continuaran al teu costat. 6. No podem entendre com et sents, però et comprenem. 7. Ningú va a deixar-te. 8. Seguiran cuidant de tu, tant trist com no.	1. Pensar que hi ha gent pitjor. 2. Pensament de "la vida no és justa". 3. Sentir llàstima d'u mateix. 4. Pensar que si estàs trist és perquè no t'esforces el suficient per alegrar-te. 5. Sobregeneralitzar la tristesa. Aquesta és un estat transitori; tot passarà.

Ens detindrem a explicar breument cadascun dels punts al grup per tal d'assegurar-nos que són ben entesos, i preguntem als membres del grup quines són les coses que ells tenen en compte en moments de pensaments negatius i quines són innovadores per a ells.

B. Trencar el cercle viciós: activitats

Quan estem tristos tendim a fer moltes menys coses i a tenir menys concentració quan les fem. Aquest és l'element de les accions del gràfic anterior en el que caiem molt a sovint. Açò és més perillós encara en el marc de la LM on hi ha que fer una readaptació a totes les activitats d'oci, el qual requereix d'esforç i d'implicació personal, coses que potser no es tenen en estats de rumiament.

Quan menys activitats d'oci realitzem, major és la probabilitat de caure en la trampa dels pensaments negatius. Així només aconseguim que les emocions negatives es mantinguin estables al nostre cap.

El fet de mantenir-se actiu i cercar activitats és important per a qualsevol persona amb lesió medul·lar i per als seus cuidadors també. De vegades, arran d'una lesió medul·lar, les activitats d'oci que acostumaven a realitzar deixen de tenir significació, per les dificultats d'adaptació o simplement perquè la percepció sobre l'activitat canvia. Proposem als integrants del grup que compartisquen les seues aficions o activitats que els fan sentir bé, i proposem d'altres possibilitats que anirem anotant a la pissarra, com ara:

<i>Veure pel·lícules</i>	<i>Anar al gimnàs</i>	<i>Anar a la biblioteca</i>
<i>Cuinar</i>	<i>Meditar</i>	<i>Planificar un viatge</i>
<i>Quedar amb amics</i>	<i>Decoració</i>	<i>Anar al massatgista</i>
<i>Cuidar una mascota</i>	<i>Aprendre un idioma nou</i>	<i>Pintar</i>
<i>Escriure un diari</i>	<i>Jardineria</i>	<i>Anar a concerts</i>

És especialment interessant inculcar aquelles activitats formals que requereixen de planificació (d'un viatge, d'un concert, quedar amb amics, etc.) i les orientades a objectius (gimnàs, diari, aprendre un idioma, jardineria, etc.) per ser activitats incompatibles amb les emocions negatives i perquè són activitats

que fomenten valors com l'autoeficiència i l'autoestima, així com la capacitat organitzativa.

Després que tots hagen compartit les seues activitats amb el grup, proposem que cadascun dels partícpis pensen en dos o tres activitats que volen fer durant la següent setmana i els animem que compartisquen la seua experiència en la propera sessió.

7.3.4. Sessió 4ª: tècniques d'afrontament centrades en el problema

Objectius:

- Fomentar el LOC intern.
- Educar en un bon afrontament a l'estrès.
- Ensenyar a identificar l'afrontament negatiu.

Iniciem com sempre la sessió amb un repàs de la sessió anterior i animem als que vulguen compartir com anà el intent de fer una activitat de distracció nova.

El lema d'aquesta sessió és breu i empoderant:

Sempre tenim el poder de canviar les coses.

El tema central d'aquesta sessió són les tècniques d'afrontament proactives de les quals ja hem parlat al present treball, i les quals són de fet el poder que tenim front a l'estressor per dominar-lo i posar-li remei. La idea essencial que ha de quedar és que **els pacients tenen el poder de canviar les coses**. Per tal d'aconseguir aquest empoderament, el LOC intern és el més convenient a l'hora d'afrontar una malaltia crònica, entre altres coses perquè és necessari per a adquirir un afrontament proactiu orientat als problemes i creure's capaç de posar remei als problemes que van sorgint.

Aquesta sessió, a més, ens servirà de repàs de la segona sessió on parlàvem dels elements bàsics per poder avaluar l'estrès. Recordem quins eren

els elements d'avaluació de l'estrès i proposem els següents passos orientats a la seua solució basats en la proposta de Kennedy (2000):

1. Identificar el problema.
2. Identificar les conseqüències del problema
3. Generar possibles solucions
4. Escollir la millor solució.
5. Implementar l'estratègia de solució.
6. Avaluar l'èxit de l'estratègia.

Ens detindrem en aquest punt a posar un parell d'exemples sobre aquests passos. En primer lloc posem alguns exemples de la vida diària en els que ens podem trobar on cal un afrontament proactiu:

- i. *El teu cuidador es preocupa massa per mi i està descuidant altres àrees de la seua vida.*
- ii. *El teu cuidador té por de realitzar les cures i això et posa nerviós.*
- iii. *Has d'explicar a la teua parella sobre les implicacions sexuals de la teua lesió.*
- iv. *Vas a una festa i tot el món et pregunta perquè vas en cadira de rodes.*
- v. *Hem d'anar a fer la compra però el meu cuidador insisteix en fer-ho per mi.*
- vi. *Vas a un restaurant i el cambrer s'adreça al teu amic i no et pregunta a tu el que vols.*
- vii. *Vas en metro o bus, i una persona no para de mirar-te de forma incomodant.*
- viii. *Vas a creuar un carrer i de repent algú espenta la teua cadira sense demanar-te permís.*

A continuació, exposem l'exemple de com s'ha de dur a terme els passos abans esmentats amb un dels possibles problemes. Com per exemple:

1. Identificar el problema

Estic furiós amb un xic que m'intenta ajudar en l'autobús davant de tots perquè tots el vegen sense preguntar-me si jo necessite ajuda o no, entre altres motius, perquè no la necessitava.

2. Identificar les conseqüències del problema

El xic queda com un heroi davant de tot l'autobús i jo quede com un discapacitat que no pot fer res. Em fa sentir menys capaç i més maldestre.

3. Generar possibles solucions

Emprenyar-me i dir-li al xic que se'n vaja a pastar fang. Deixar-me portar i ignorar la situació. Ser assertiu i pensar que potser el que realment volia era ajudar però no ho ha fet de la millor forma.

4. Escollir la millor solució

Si m'emprenye tant jo com el xic tindrem ja un mal dia i a més jo em sentiria malament. Si l'ignore també em sentiria malament perquè jo sí que sóc capaç d'anar en autobús sense ajuda de ningú. Si comprenc el que el xic pretén, sóc assertiu i intente comunicar-me amb ell, potser açò no m'afectarà l'estat d'ànim.

5. Implementar l'estratègia de solució

Li done les gràcies al xic i li dic que no cal que es moleste. Ell es sentirà reconfortat com si m'hagués ajudat i jo no em sentiré menys capaç d'utilitzar el bus ni m'emprenyaré.

6. Avaluar l'èxit de l'estratègia

El xic no ha triat la millor forma d'ajudar-me, però amb la meua reacció ha comprés que intentar ajudar-me sense demanar-me permís no és la millor forma de col·laborar, i així evite que la situació es repetisca en el futur.

Una vegada posat aquest exemple, podem posar altre exemple en comú amb tots els participants del grup perquè s'acostumen a generar aquest patró de solució orientat al problema. Acte seguit, proposem a que cadascun escriba un exemple particular. Donem uns minuts de treball i exposem en grup per continuar practicant l'aplicació d'aquestes estratègies.

Hem de ser incisius en l'estil proactiu de solució dels problemes. Com hem vist, són els estils que més correlacionen amb el benestar. No obstant, un dels estils proactius, **el desfogament emocional i la ira**, era de tots els estils proactius el que més teníem que anar amb compte, ja que tot i que hi ha una

identificació del problema, no hi ha cap estratègia orientada al problema, pel que la situació no es soluciona. Això pot ser malentès per part dels membres del grup, i hem d'esclarir-ho amb claredat.

Tot i que la comunicació amb la nostra gent és positiva, deixar-se portar per les emocions i desfogar-se, tot i que en un primer moment pot semblar alliberador, a la llarga no soluciona cap problema, i no és una forma d'afrontar els problemes recomanable.

A continuació, resumim quins són els estils d'afrontament orientats al problema desitjables:

<i>Acceptació</i>	<i>Recerca suport</i>	<i>Concentració en el problema</i>
<i>Reavaluació positiva⁸</i>	<i>Humor</i>	<i>Priorització</i>
<i>Projecció al futur</i>		

Descrivim punt per punt cadascun dels estils, i preguntem al grup quins són els estils que més utilitzen, quins són els que més els serveixen i els convidem a reflexionar sobre l'ús que fan d'ells durant el dia a dia. Recordem que cada persona té els seus recursos i les seues necessitats, pel que l'avaluació que es fa d'un problema variarà molt en funció de quin és l'estressor i la persona que aplica l'estratègia en qüestió.

Preguntem al grup per les situacions en les que han usat alguna d'aquestes solucions i els preguntem com es sentiren. L'objectiu és donar un feedback entre tots els membres per a descoratjar l'ús d'aquestes estratègies, emfatitzant en els aspectes negatius d'haver utilitzat aquests estils.

⁸ Ens referim per reavaluació positiva a intentar extraure l'experiència o el que s'aprèn al tenir una experiència negativa. És a dir, en reconvertir-la en quelcom positiu.

6.3.5. Sessió 5ª: acabar amb el pensament negatiu

Objectius:

- Aprofundir en les tècniques d'afrontament evitatiu.
- Identificar biaixos cognitius interferidors.

Després de fer com de costum el repàs de la sessió anterior, donem pas a aquesta sessió que serà la continuació de la sessió anterior sobre afrontament, però ara centrant-nos en els pensaments negatius i l'afrontament que hem d'evitar.

Tornem a preguntar als participants sobre les activitats que introduïrem en la sessió 3ª i els preguntem sobre com ha anat l'aplicació d'aquestes activitats en la seua vida diària. Hem d'intentar anar identificant els canvis que hagen notat els pacients en quant a canvis en el seu estil d'afrontament.

A. Afrontament evitatiu

Exposem quins són els mals estils d'afrontament:

Negació	Culpabilitat	Ira desmesurada
Fatalisme	Consum d'alcohol i substàncies	

El que farem a continuació és recordar quins eren els afrontament proactius, i posar-ho en contrast amb aquestes estratègies, que moltes vegades són les oposades: acceptació front a negació, esperança front a fatalisme, culpabilitat front a reestructuració cognitiva, etc.

Preguntem als membres si són recurrents aquests estils d'afrontament negatiu i iniciem un breu debat per assegurar la correcta psicoeducació d'aquests conceptes.

B. Biaixos cognitius

La frase per a reflexionar d'aquesta sessió és un vers d'Antonio Machado:

“En la meua soledat he vist coses molt clares, que en la realitat no eren veritat”

La idea d'aquesta cita és que quan estem tancats en el nostre pensament, en el nostre rumiament, és fàcil aplegar a conclusions que després, quan de nou pensem en fets del dia a dia, ens adonem que eren exagerats i molts menys realistes del que ens havíem pensat en un principi. És un fet científicament demostrat que les persones no analitzem de forma analítica i imparcial la realitat, sinó que constantment deformem el que veiem. Es sap que les persones emprem molt menys temps en analitzar la informació que és negativa per a nosaltres, fent d'aquesta informació la més susceptible de ser esbiaixada (Baumeister & Cairns, 1992).

Els pensaments són molt més potents i menys inofensius del que ens pensem. Si no foren tan importants, la gent del nostre entorn no empraria tant de temps en intentar canviar-los o manipular-los. El poder dels pensaments en les nostres creences i emocions és molt gran.

El problema constant a les consultes de psicologia és la creença que els pensaments negatius són realistes, sense adonar-se que sempre contenen errors. A aquestes deformacions de la realitat a nivell d'avaluació cognitiva se les anomena en psicologia **biaixos cognitius**, els quals apareixen com una forma tendenciosa de protegir la pròpia imatge.

El que farem serà fer una breu exposició dels biaixos cognitius més comuns amb exemples:

1. Generalització: a través d'un fet extraure una conclusió molt més generalitzada. P.e.: “la meua parella últimament no em visita. No pot suportar veurem així”.
2. Pensament absolutista: incloure en els pensaments paraules com “sempre”, “mai”, “tothom”, etc. P.e.: “mai podré tornar a treballar”.
3. Catastrofisme: exagerar les conseqüències negatives de la lesió sense tenir en compte els possibles esdeveniments positius. P.e.: “mai podré tornar a tenir una vida normal”.

4. Responsabilització: com a biaix cognitiu, es tracta d'atribuir internament un fet que realment escapava del nostre control. P.e.: “si el dia de l'accident no hagués fet X, ...”
5. Els “hauria” i “haurien”: convicció per la que s'espera d'u mateix i de la resta que han de fer coses o que les han de fer d'una manera concreta. P.e.: “la gent ha d'entendre pel que estic passant”.

És essencial deixar clar que el primer pas per acabar amb els pensaments negatius és saber distingir el que és real del que no. No es tracta de pensar únicament en positiu; podríem caure en un optimisme irresponsable. És tracta de no fer inferències i treure conclusions de fets que potser no signifiquen res en veritat.

A continuació fem un exercici per a identificar pensaments negatius.

- i. *“La meua parella no em suportarà ara que tinc la lesió” (responsabilització).*
- ii. *“Jo tenia treball, ara ja mai podré tornar a treballar” (absolutisme).*
- iii. *“Els meus amics no tenen ni idea de com em sent” (“haurien”).*
- iv. *“Si amb la rehabilitació no podré mai tornar a caminar, no té cap sentit fer-la” (absolutisme/ catastrofisme).*
- v. *“No estic avançant el que m'esperava” (generalització).*
- vi. *“Els meus familiars últimament estan distints. Han d'estar farts de mi” (generalització).*

Tant important és saber identificar bé l'estressor i buscar una bona estratègia, com apartar els pensaments negatius que poden acabar esdevenint estressors creats per nosaltres mateixos. Un element important és la **priorització** dels nostres recursos. Tots tenim limitacions de temps, energia i recursos mentals, i els hem d'emprar en el que realment important, no en cavil·lacions i preocupacions que ens hem creat i que no corresponen a ningun problema real, com vèiem a la frase de Machado.

Acabem la sessió amb un debut de quins creuen que són els biaixos cognitius més freqüents en el seu dia a dia.

6.3.6. Sessió 6ª: suport social i conclusió del grup

Objectius:

- Assoliment d'un bon estil comunicatiu assertiu.
- Fomentar la creació d'una xarxa de suport social significativa.

L'última sessió del nostre grup terapèutic va dirigida a l'últim element del model d'estrès que ens queda per abordar: el suport social. Comencem la sessió amb el repàs de la sessió 5ª i preguntant quins canvis han notat darrerament amb les tècniques d'afrontament emprades.

A. Comunicació assertiva

Comencem amb la frase de la sessió sobre ajuda i comunicació, dos conceptes molt lligats entre sí:

No esperes que descobrisquen la teua necessitat; ajuda al teu entorn a trobar-la i entendre-la.

El primer punt d'aquesta sessió és deixar clar la importància d'una bona comunicació per construir una xarxa de suport social efectiva que ens pugui ajudar en moments de necessitat. A aquesta comunicació la denominarem **comunicació assertiva**, en tant que es construeix a partir del respecte i de la comprensió de la persona amb la que s'hi estem comunicant.

Com a persones amb LM, heu d'aprendre a relacionar-vos constantment amb gent sense coneixement de la lesió. Això implica que ells tenen problemes de comprensió sobre qüestions que són òbvies per a vosaltres. No heu d'oblidar que ells sempre seran ignorants sobre moltes coses que per a vosaltres són de sentit comú.

El nostre objectiu en aquesta sessió és educar en l'assertivitat. L'assertivitat es l'aproximació a la resolució d'un problema sense tenir una aptitud agressiva (imposar-se u mateix front a la resta) ni submís (deixar-se imposar per els altres); l'assertivitat seria per tant el punt intermedi entre una aptitud i altra.

Suposa buscar una solució en la que totes les parts involucrades en un problema guanyen, però això és més difícil que ser agressiu i imposar el propi punt de vista o ser submís i deixar-se influenciar per els altres. L'assertivitat implica una postura proactiva i un esforç personal afegit, a més d'habilitats com:

- i. Ser sensible a les necessitats de la resta.
- ii. Ser responsable del que es diu i es fa.
- iii. Comunicar-se efectivament.
- iv. Respectar.

En altres paraules, des d'una aptitud assertiva hem de ser capaços de transmetre de forma respectuosa la nostra opinió dins del marc del respecte, i buscant tenir en compte quines són les raons de l'altra persona quan realitza certa conducta.

Per tal d'assegurar-nos de tenir un bon estil comunicatiu, descrivim els següents punts a tenir en compte:

1. Escollir un moment i un lloc adequat
2. Evitar comunicar-se quan estem immersos en un estat negatiu, com el cansament o l'emprenyament.
3. No emprar "missatges-tu", com ara crítiques, amenaces, sermons o ridiculitzacions.
4. Evitar els "hauries de"
5. Ser consistent amb el que es diu. És a dir, no predicar amb l'exemple.
6. Evitar generalitzacions amb paraules com "mai" o "tot".
7. Evitar fer diagnòstics dels altres, com atribuir coses a la personalitat o al sexe.
8. No parlar sense escoltar.

B. Xarxa de suport social

És molt important saber demanar ajuda i fer saber a la gent del nostre voltant quines són les nostres necessitats. És per aquesta raó que l'assertivitat és tan important, per saber comunicar-ho de la millor manera. A banda de saber demanar l'ajuda que es necessita, no hi ha que oblidar posar els límits a aquesta

ajuda si els creguem necessaris, com la durada concreta de l'ajuda o el grau d'ajuda que es necessita.

Si volem anar a fer un cafè amb els amics potser que necessitem que vinguen a per nosaltres però només en un moment puntual perquè tenim el cotxe en reparació (delimitació de la durada de l'ajuda).

Afegim també:

L'ajuda és un recurs limitat, com ho és l'energia i el temps de la resta, pel que s'ha de demanar en el moment correcte i la persona a la que se li sol·licita ha de tenir la capacitat de dir que no. A banda, la persona que rep ajuda es presta a donar-la en altra ocasió.

A continuació preguntem de totes les activitats que realitzen els membres del grup quines involucren a altres persones o en quin grau aquestes ajuden a crear una millor xarxa de suport social. En qüestió de suport social la qualitat és molt més important que la quantitat, a més que no tots necessitem el mateix grau de suport.

C. Conclusió del grup

Només queda acomiadar-se del grup desitjant-los que els haja sigut d'ajuda i que hagen après quelcom. La tasca més important que tenen a l'acabar el grup és definir objectius a mig i llarg termini i treballar en aquests objectius d'acord a un pla de futur. La gent amb LM pot tenir un nivell de benestar tant o més alt que la població general, però per a aconseguir-ho és necessari un treball constant en les distintes àrees que s'han treballat durant el grup terapèutic.

La pròxima vegada que us sentiu tristos o deprimits en el futur, recordeu la importància de saber identificar bé l'estressor, organitzar una bona estratègia per mitigar el problema i actuar, demanant ajuda si és necessari. Tots els estats són temporals, però que acaben més prompte o més tard depèn de la nostra capacitat per analitzar-la i establir una bona estratègia de solució.

Podem acabar la sessió amb un full on puguen incloure el feedback sobre el grup o els seus suggeriments per tal de millorar el programa en grups terapèutics futurs.

7. Conclusió

Apleguem ja al punt final del nostre treball sobre afrontament i la nostra proposta terapèutica amb unes breus conclusions.

Hem vist com el treball del psicòleg és essencial per assegurar un bon benestar en la població amb LM, i com aquest benestar repercuteix a llarg termini en la salut. Un de cada tres pacients no mostra un bon ajustament a la lesió, i això repercuteix en:

- i. Augment de la mortalitat (20% de variància als 20 anys postlesió)
- ii. Abús de recursos sanitaris i augment de costos en el tractament del dolor neuropàtic i rehabilitador.
- iii. Risc de reingressos hospitalaris ($p < 0.05$)
- iv. Major abús de substàncies i medicaments ($p < 0.05$)
- v. Major risc de suïcidi (entre 4 i 5 vegades més)
- vi. Menor adhesió al procés rehabilitador i menys eficàcia d'aquest.

El treball del psicòleg és clau en el moment que els pacients fan la transició del moment agut de la lesió al període crònic d'aquesta. No obstant, tot i que en els darrers anys la producció científica s'ha multiplicat fins arribar a un bon nivell d'evidència científica, hem trobat algunes dificultats en la realització del nostre treball que no podem deixar sense descriure. A saber:

- Excés d'estudis correlacionals i no causals. La psicologia, en tant que és una ciència de la salut, presenta problemes ètics a l'hora de realitzar estudis causals que complica el seu desenvolupament com a ciència.
- Escassetat d'estudis longitudinals en població medul·lar. L'efecte dels tractaments psicològics són a molt més llarg termini que els

tractaments mèdics, per exemple, i per aquest motiu és fonamental realitzar estudis de seguiment dels pacients que s'han beneficiat d'algun tractament durant el procés rehabilitador. La relativa recència dels últims tractaments psicològics és un dels principals motius pels que no hi ha més estudis d'aquest tipus.

- Falta d'escala adaptada a LM. Tot i que la tendència dels últims anys ha estat incloure i normalitzar als pacients amb aquest tipus de lesió, això també podria tenir un efecte contraproductiu en el cas de les escales de mesura. Malgrat que els processos psicològics no són tan diferents respecte a la població general, potser l'adaptació dels ítems de les distintes escales podria fer més sensibles i eficaços les escales de mesura que estem utilitzant.

En conclusió, podem dir que, tot i les dificultats ja esmentades que hem trobat en l'estudi sobre l'afrontament, la llavor del psicòleg en l'aconseguint de bones estratègies en el pacient té un efecte significatiu que repercuteix positivament en tot el sistema de rehabilitació i en el benestar del pacient i el seu entorn immediat.

8. Referències

- Arya et al. (2016). Coping strategies used by traumatic spinal cord injury patients in Sri Lanka: A focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 2008-2015.
- Alonso, A. (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: The consequences of cumulative adversity. *Social Science and Medicine*, 1475-1484.
- Anderson, C. a. (2008). Coping with Spinal Cord Injury: Strategies Used by Adults Who Sustain Injuries as Children or Adolescents. *Spinal Cord Med*, 290-296.
- Antin, J., Anton-Culver, H., & Schwartz, C. (1999). Sense of control and adjustment to breast cancer: The importance of balancing control coping styles. *Journal of Behavioral Medicine*, 101-109.
- Arya, S., Embuldeniya, A., Narmmalaga, H., Silva, T. D., Williams, S., & Ravindran, A. (2016). Coping strategies used by traumatic spinal cord injury patients in Sri Lanka: a focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 2008-2015.

- Bartrop, R., & al., e. (1977). Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet*, 834-836.
- Baumeister, R., & Cairns, K. (1992). Repression and self-presentation: When audiences interfere with selfdeceptive strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 851-862.
- Becoña. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 125-146.
- Benschop, R., & al, e. (1996). Modulation of the immunologic response to acute stress in humans by b-blockade or benzodiazepines. *FASEB Journal*, 517-524.
- Bout, J. V., Son-Schoones, N. V., Schipper, J., & Groffen, C. (1988). Attributional cognitions, coping behavior, and self-esteem in inpatients with severe spinal cord injuries. *Journal of Clinical Psychology*, 17-22.
- Bracken, M. B., & Bernstein, M. (1980). Adaptation to and coping with disability one year after spinal cord injury. *Social psychiatry*, 33-41.
- Bracken, M., & Shephard, M. J. (1980). Coping and adaptation following acute spinal cord injury. *Paraplegia*, 74-85.
- Brown, L., Hurley, C., Repucci, N., & Drugan, R. (2001). Behavioral analysis of stress controllability effects in a new swim stress paradigm. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 263-272.
- Buckelew, S., Baumstark, K., Frank, R., & Hewett, J. (1990). Adjustment following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 101-109.
- Bulman, R., & Wortman, C. (1977). Attribution of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 351-363.
- Buunk, Zurriaga, & González. (2006). Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. *Psychol Health*, 791-807.
- Charlifue, & Gerhart. (1991). Behavioural and demographic predictors of suicide after traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 488-492.
- Chung, Preyeza, Papandreou, & Prevezas. (2006). Spinal cord injury, post traumatic stress and locus of control among the elderly: a comparison with young and middle aged patients. *Psychiatry*, 69-80.

- Cox, T. (1978). *Stress*. Nova York: MacMillan.
- Craig, A., & Hancock, K. (1994). Difficulties in implementing group cognitive behaviour therapy for spinal cord injured persons: A clinical discussion. *Australian Psychologist*, 98-102.
- Craig, A., Hancock, K., & Dickson, H. (1999). Improving the long-term adjustment of spinal cord injured persons. *Spinal Cord*, 345-350.
- Craig, A., Hancock, K., & Dickson, H. (1999). Improving the long-term adjustment of spinal cord injured persons. *Spinal Cord*, 345-350.
- Craig, A., Perry, K. N., Guest, R., Tran, Y., & Middleton, J. (2015). Adjustment following chronic spinal cord injury: Determining factors that contribute to social participation. *British Journal of Health Psychology*, 807-823.
- Craig, Hancock, & Chang. (1994). The influence of spinal cord injury on coping styles and self-perceptions two years after the injury. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 307-312.
- Dean, R., & Kennedy, P. (2009). Measuring appraisals following acquired spinal cord injury: A preliminary psychometric analysis of the appraisals of disability. *Rehab Psych*, 222-231.
- Dezarnaulds. (2014). *Psychological Adjustment After Spinal Cord Injury*. Chatswood: Agency for Clinical Innovation.
- Dezarnaulds, A., & Ilchef, R. (2014). *Psychological Adjustment after Spinal Cord Injury*. Chatswood: Agency for Clinical Innovation.
- Dhabhar, F., & Ewen, B. (1999). Enhancing versus suppressive effects of stress hormones on skin immune function. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 1059-1064.
- Duchnick, J., Letsch, E., & Curtiss, G. (2009). Coping effectiveness training during acute rehabilitation of spinal cord injury: a randomized clinical trial. *Rehabil Psychol*, 123-132.
- Elliott, Herrick, Patti, Witty, Godshall, & Spruell. (1991). Assertiveness, social support, and psychological adjustment following spinal cord injury. *Behavior Research and Therapy*, 485-493.
- Elliott, T., Godshall, J., Herrick, S., Witty, T., & Spruell, M. (1991). Problemsolving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. *Cognitive Therapy and Research*, 387-389.

- Elliott, T., Herrick, R., Witty, T., Godshall, F., & Spruell, M. (1992). Social support and depression following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 37-48.
- Elliott, T., Witty, T., Herrick, S., & J. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, & disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 608-613.
- Engelmann, M., Landgraf, R., & Wotjak, C. (2004). The hypothalamic-neurohypophyseal system regulates the hypothalamic-pituitary-adrenal axis under stress: an old concept revisited. *Front Neuroendocrinology*.
- Folkow, B. (1975). Central neurohormonal mechanisms in spontaneously hypertensive rats compared with human essential hypertension. *Clinical Sciences and Molecular Medicine*, 205-214.
- Frank, N., Blount, R., & Brown, R. (1997). Attributions, coping, and adjustment in children with cancer. *J Pediatr Psychol*, 563-576.
- Frayne, S., Halanich, J., & Miller, D. (2005). Disparities in diabetes care: Impact of mental illness. *Archives of Internal Medicine*, 2631-2638.
- Galvin, L., & Godfrey, H. (2001). The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): Review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord*, 615-627.
- Giardino, N., Jensen, M., Turner, J., Ehde, D., & Cardenas, D. (2003). Social environment moderates the association between catastrophizing and pain among persons with a spinal cord injury. *Pain*, 19-25.
- Go2-TV (Director). (1971). *The Rat Experiment* [Pel-ícula].
- Goldbeck, R. (1997). Denial in physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 575-593.
- Hagen, E., Lie, S., & Rekand, T. (2010). Mortality after traumatic spinal cord injury: 50 years of follow-up. *J. Neurol Neurosurg Psychiatr*, 368-373.
- Halvorsen, S., & Cohen, S. (1987). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 693-701.
- Hamburg, D., & Adams, J. (1967). A perspective on coping behaviour. *Archives of general psychiatry*, 277-284.
- Hampton, N. (2004). Subjective well-being among people with spinal cord injuries: the role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehabil Couns Bull*, 31-37.

- Hancock, Craig, Tennant, & Chang. (1993). The influence of spinal cord injury on coping styles and self-perceptions: A controlled study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 450-456.
- Hanson, Buckelew, Hewett, & O'Neal. (1993). The relationship between coping and adjustment after spinal cord injury: A 5-year follow-up study. *Rehabilitation Psychology*, 41-51.
- Heinemann, A., Bulka, M., & Smetak, S. (1988). Attributions and disability acceptance following traumatic injury: A replication and extension. *Rehabilitation Psychology*, 195-205.
- Hentschel, U., Smith, G., & al., e. (1993). *The Concept of Defense Mechanism in Modern Psychology*. New York: Chernow.
- Herbert, T., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 364-379.
- Holtz. (2010). *Spinal Cord Injury*. Oxford University Press.
- Holtz, A., & Levi, R. (2010). *Spinal Cord Injury*. Nova York: Oxford.
- Howell, T., Fullerton, D., & Harvey, R. (1981). Depression in spinal cord injured patients. *Paraplegia*, 284-288.
- Humphreys, K. (2004). *Circles of recovery: Self-help organizations for addictions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Julom, A., & Guzmán, R. (2013). The Effectiveness of Logotherapy Program in Alleviating the Sense of Meaninglessness of Paralyzed In-patients. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 357-371.
- Kanemi, O., Zhang, X., Sakamoto, Y., Ebina, M., & Nagatomi, R. (2005). Acute stress reduces intraparenchymal lung natural killer cells via beta-adrenergic stimulation. *Clin Exp Immunol*, 25-34.
- Keck, M., & Holsboer, F. (1995). Hyperactivity of CRH Neuronal Circuits as a Target for Therapeutic Interventions in Affective Disorders. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, 957-969.
- Kemp, & Krause. (1999). Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 241-249.
- Kennedy. (2009). *Coping Effectively with Spinal Cord Injuries*. New York: Oxford Press.

- Kennedy, Marsh, Loew, Grey, Short, & Rogers. (2000). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *British Journal of Health Psychology*, 157-172.
- Kennedy, P. (1999). Coping effectiveness training for people with spinal cord injury: Preliminary results of a controlled trial. *Clinical Psychology*.
- Kennedy, P. (2001). *Coping effectively with spinal cord injury*. Stoke: Mandeville Hospital NHS Trust.
- Kennedy, P. (2009). *Treatments That Work*. Nova York: Oxford.
- Kennedy, P., & Duff, J. (2001). *Coping effectively with spinal cord injury*. UK: Stoke Mandeville Hospital NHS Trust.
- Kennedy, P., Duff, J., & Evans, M. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *British Journal of Clinical Psychology*, 41-52.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following spinal cord injuries. *Br J Clin Psychol*, 41-52.
- Kennedy, P., Evans, M., & Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: the contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychol Health Med*, 17-33.
- Kennedy, P., Frankel, H., Gardner, B., & Nuseibeh, I. (1997). Factors associated with acute and chronic pain following traumatic spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 814-817.
- Kennedy, P., Kilvert, A., & Hasson, L. (2016). A 21-Year Longitudinal Analysis of Impact, Coping, and Appraisals Following Spinal Cord Injury. *Rehab Psych*, 92-101.
- Kennedy, P., Lowe, R., Grey, N., & Short, E. (1995). Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross-sectional analysis of coping strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 627-639.
- Kennedy, P., Lowe, R., Grey, N., & Short, E. (1995). Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross-sectional analysis of coping strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 627-639.
- Kennedy, P., Lude, P., Elström, M., & Smithson, E. (2012). Cognitive appraisals, coping and quality of life outcomes: A multi-centre study of spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord*, 112-118.

- Kennedy, P., Marsh, N., & Lowe, R. (2000). A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *Health Psychol*, 157-172.
- Kennedy, P., Taylor, N., & Duff, J. (2005). Characteristics predicting effective outcomes after coping effectiveness training for patients with spinal cord injuries. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 93-98.
- Khazaeipour, Z. e. (2017). Association of pain, social support and socioeconomic indicators in patients with spinal cord injury in Iran. *Spinal Cord*, 180-186.
- Kiecolt-Glaser, J. (2002). New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 83-107.
- King, C., & Kennedy, P. (1999). Coping effectiveness training for people with spinal cord injury, preliminary results of a controlled trial. *Clinical Psychology*.
- Kishi, Y., Robinson, R., & Forrester, A. (1994). Prospective longitudinal study of depression following spinal cord injury. *J Neuropsychology Clin Neurosci*, 237-244.
- Krause, J. (1998). Skin sores after spinal cord injury: Relationship to life adjustment. *Spinal Cord*, 51-56.
- Krause, J., & Bozard, J. (2012). Natural course of life changes after spinal cord injury: A 35-year longitudinal study. *Spinal Cord*, 227-231.
- Krause, J., & Crewe, N. (1987). Prediction of long-term survival of persons with spinal cord injury: an 11-year prospective study. *Rehabil Psychol*, 205-213.
- Lankveld, W., Diemen, T., & Ilse, M. (2011). Coping with spinal cord injury: tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment. *J Rehabil Med*, 923-929.
- Lazarus, & Folkman. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Pub Co.
- Lindemann. (1944). Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 141-148.
- Lindwall et al. (2012). Coping and Participation in Youth With Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 220-231.
- Litman, J. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 273–284.

- Livneh, H., & Antonak, R. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg: Aspen.
- Lude, P., Kennedy, P., & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 95–105.
- Martínez, S. (2006). *Hormonas, estado de ánimo y función cognitiva*. Valencia: Delta.
- Martz, E., Livneh, H., Priebe, M., Wuermser, L., & Ottomanelli, L. (2005). Predictors of psychosocial adaptation among individuals with spinal cord injury/disorder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1182-1192.
- McNett, S. (1987). Social support, threat and coping responses and effectiveness in the functionally disabled. *Nursing Research*, 98-103.
- Medicine, C. f. (1998). *Depression following spinal cord injury. A clinical practice guideline for primary care physicians*. Whashington DC: Paralyzed Veterans of America.
- Molton, I., Jensen, M., Ehde, D., Carter, G., Kraft, G., & Cardenas, D. (2008). Coping with chronic pain among younger, middle-aged, older adults living with neurological injury and disease. *J Aging Health*, 972-996.
- Moos, R., & Holahan, C. (2007). Adaptive Tasks and Methods of Coping with Illness and Disability. *Coping with Chronic Illness*, 125-144.
- Moret, B. (2011). *The importance of norepinephrine in depression* (Vol. 7). Neuropsychiatr Dis Treat. Recollit de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131098/>
- Nielson, W., & MacDonald, M. (1988). Attributions of blame and coping following spinal cord injury: Is self-blame adaptative? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 163-175.
- Norton, T., Manne, S., & Rubin, S. (2005). Ovarian cancer patients' psychological distress: The role of physical impairment; perceived unsupportive family and friend behaviours, perceived control, and self-esteem. *Health Psychology*, 143-152.
- Paker, N., Bugdayci, D., Dere, D., & Altuncu, Y. (2011). Comparison of the coping strategies, anxiety, and depression in a group of turkish spinal cord injured patients and their family caregivers in a rehabilitation center. *Eur J Phys Rehabil Med*, 595-600.
- Raichle, Hanley, Jenson, & Cardenas. (2007). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to pain in spinal cord injury. *J Pain*, 718–729.

- Raichle, K., Hanley, M., Jenson, M., & Cardenas, D. (2007). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to pain in spinal cord injury. *Pain*, 718-729.
- Reidy, K., & Caplan, B. (1994). Causal factors in spinal cord injury: Patients' evolving perceptions and association with depression. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 837-842.
- Richards, J., Kewman, D., & Pierce, C. (2000). *Handbook of Rehabilitation Psychology*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Rohrbaugh, M., Shoham, V., & Coyne, V. (2004). Beyond the "self" in self-efficacy: Spouse confidence predicts patient survival following Heart failure. *Journal of Family Psychology*, 184-193.
- Roth, S., & Cohen, L. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 813-819.
- Sandín, B. (2008). *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.
- Scheier, Carver, & Bridges. (2002). *Optimism, pessimism, and psychological well-being*. Washington DC: American Psychological Association.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). "Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants". *Annual Review of Clinical Psychology*, 607-628.
- Seegerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2017). "Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry". *Psychological Bulletin*, 601-630.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. Nova York: Freeman.
- Seyle, H. (1978). *The Stress of Life*. Paperback.
- Sholomskas, D., Steil, J., & Plummer, J. (1990). The spinal cord injured revisited: The relationship between self-blame, other-blame and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 548-574.
- Sirera, R., Tomás, P., & Camps, C. (2014). El duelo y el sistema inmunológico. *Duelo en oncología*.
- Sisto, S., Druin, E., & Macht, M. (2008). *Spinal Cord Injuries: Management and Rehabilitation*. Mosby.
- Sklar, L. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. *Science*, 513-515.

- Song. (2005). Modelling social integration in patients with spinal cord injury. *Disabil Rehabil*, 131-141.
- Song, H. (2005). Modeling social reintegration in persons with spinal cord injury. *Disabil Rehabil*, 131-141.
- Stark, P. (1981). Rehabilitative nursing and logotherapy: A study of spinal cord injured clients. *International Forum for Logotherapy*, 101-109.
- Steinglass, P., Temple, S., Lisman, S., & Reiss, D. (1982). Coping with spinal cord injury: the family perspective. *General Hospital Psychiatry*, 259-264.
- Stensman, R. (1994). Adjustment to traumatic spinal cord injury. A longitudinal study of self-reported quality of life. *Paraplegia*, 416-422.
- Stewart, T. (1978). Coping behavior and the moratorium following spinal cord in jury. *Paraplegia*, 338-342.
- Sullivan, R., & Gratton, A. (2002). Prefrontal cortical regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal function in the rat and implications for psychopathology: side matters. *Psychoneuroendocrinology*, 99-114.
- Taylor, N., Kennedy, P., & Duff, J. (2005). Characteristics predicating effective outcomes after coping effectiveness training for patients with spinal cord injuries. *J Clin Psychol Med Settings*, 93-98.
- Tirch, D., & Radnitz, C. (2000). *Cognitive Behaviour Therapy for persons with disabilities*. Nova Jersey: Jason Ironson Inc.
- Tucker, S. (1980). The psychology of spinal cord in ju ry: Patient-staff. *Rehabilitation Literature*, 114-121.
- Urcuyo, K., & Boyers, A. (2005). Finding benefits in breast cancer: Relations with personality, coping and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 175-192.
- Walker, J., Jackson, H., & Littlejohn, G. (2004). Models of adjustemt to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*, 461-488.
- Weiss, J. (1971). Effects on coping behaviour in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 1-14.
- Widerstriim-Noga, E. (1999). Perceived Difficulty in Dealing With Consequences of Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 580-586.

- Widerström-Noga, E. (1999). Perceived Difficulty in Dealing With Consequences of Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 580-586.
- Winderstörn, E., & al, e. (1999). Perceived difficulty in dealing with consequences of spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 580-587.
- Wineman, N., Durand, E., & Steiner, R. (1994). A comparative analysis of coping behaviors in persons with multiple sclerosis or a spinal cord injury. *Research in Nursing & Health*, 185-194.
- Wollaars, M., Post, M., & Asheck, F. V. (2007). Spinal cord injury pain: the influence of psychologic factors and impact on quality of life. *Clin J Pain*, 383-391.
- Wollaars, M., Post, M., Asbeck, F., & Brand, N. (2007). Spinal cord injury pain: the influence of psychologic factors and impact on quality of life. *Clin J Pain*, 383-391.
- Wright, B. (1983). *Physical disability: A psychological approach*. Nova York: Harper Collins.
- Zeidner, M., & Endler, N. (1996). *Handbook of coping*. Nova York: Wiley.

9. Annex

9.1. Taula resum de les sessions de la intervenció psicològica

	Sessió 1 ^a	Sessió 2 ^a	Sessió 3 ^a	Sessió 4 ^a	Sessió 5 ^a	Sessió 6 ^a
Lema	La solució comença per nosaltres	El primer pas per solucionar un problema és identificar-lo bé.	No són les coses les que ens pertorben, sinó l'opinió i el pensament que tenim.	Tenim el poder de canviar les coses.	En la meua soledat he vist coses molt clares que en la realitat no eren veritat.	No esperes que descobrisquen la teua necessitat; ajuda al teu entorn a trobar-la i entendre-la.
Objectius	1. Crear aliança terapèutica. 2. Explicar l'esquema de l'estrès i els conceptes. 3. Millorar l'autoobservació dels processos interns del propi pacient.	1. Identificar bé l'estressor. 2. Psicoeducació en el concepte d'afrontament.	1. Acabar amb el rumiament i el pensament negatiu per a no crear nous estressors (reeduació de l'avaluació cognitiva). 2. Involucrar al pacient en activitats.	1. Incentivar l'ús del LOC intern. 2. Orientar al bon afrontament. 3. Descoratjar l'ús d'afrontaments negatius.	1. Aprofundir en les tècniques d'afrontament evitador. 2. Identificar biaixos cognitius interferidors.	1. Incentivar l'ús d'un estil comunicatiu proactiu. 2. Incentivar la recerca i ús de xarxes de suport social.
Procés	Explicar la dinàmica del grup. Presentar l'esquema del procés d'estrès i definir-lo.	Aprendre a identificar bé un estressor. Definir l'afrontament.	Explicació del rumiament i com acabar amb ell. Incitar la participació en activitats d'oci.	Ensenyar les distintes estratègies orientades a la solució. Enumerar les tècniques d'afrontament positiu i negatiu.	Explicació dels biaixos cognitius. Per què és important mantenir-los a ratlla.	Introduir el concepte d'assertivitat i explicar els passos per a una bona comunicació. Incitar la creació d'una bona xarxa de suport social. Tancar el grup.