

**IMPLICACIONES EN EL PROCESO ATENCIONAL COMO CONSECUENCIA DE
LA CRISIS PSICOLÓGICA CIRCUNSTANCIAL EN PACIENTES CON TRAUMA
RAQUIMEDULAR DEL H.U.V.**

MARCELA TASCON GUTIERREZ

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA- CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA
SANTIAGO DE CALI, 2002**

**IMPLICACIONES EN EL PROCESO ATENCIONAL COMO CONSECUENCIA DE
LA CRISIS PSICOLÓGICA CIRCUNSTANCIAL EN PACIENTES CON TRAUMA
RAQUIMEDULAR DEL H.U.V.**

MARCELA TASCÓN GUTIERREZ

Trabajo de grado Presentado
como requisito parcial para optar
al Título de Psicóloga

DIRECTOR: Cesar A. Mejía
Psicólogo

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA
SANTIAGO DE CALI, 2002**

**ARTICULO 23 de la Resolución
Nº 13 del 6 de Julio de 1946 del
reglamento de la Pontificia
Universidad Javerina:**

“La universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en su trabajo de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por que las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales, antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”

NOTA DE ACEPTACIÓN

Psicólogo Cesar A. Mejía
Director Trabajo de Grado

Psicóloga Ángela María Pérez
Jurado

Psicóloga Sandra Mutis
Jurado

Cali, 2002

TABLA DE CONTENIDO

	pg
Introducción.....	11
1. Marco teórico.....	13
2. Formulación del problema.....	47
3 Justificación.....	48
4. Objetivos.....	50
4.1 Objetivo General.....	50
4.2 Objetivos Específicos.....	50
5 Formulación de hipótesis.....	51
5.1 Hipótesis de trabajo.....	51
5.2. Hipótesis Nula.....	51
6 Variables.....	52
6.1. Definición conceptual de variables.....	52
6.2. Definición operacional de variables.....	55
6.3. Control de variables.....	60
7. Metodología	62
7.1. Tipo de estudio.....	62
7.2. Población.....	63
7.3. Muestra.....	63
7.4. Instrumentos.....	64
7.5. Procedimiento.....	67

8.	Resultados.....	69
8.1.	Características de la muestra	69
8.2.	Prueba de hipótesis.....	71
8.3.	Descripción de las puntuaciones de las pruebas.....	72
8.4.	Correlación de variables	78
9.	Discusión.....	80
10.	Conclusiones.....	86
11.	Recomendaciones.....	88
12.	Bibliografía.....	89

LISTA DE ANEXOS

	pg
ANEXO # 1: Entrevista inicial al paciente.....	93
ANEXO # 2: Entrevista inicial al los familiares.....	94
ANEXO # 3: Tabla para registro de indicadores de Crisis Psicológica.....	95
ANEXO # 4: Carta de cuestionamiento informado.....	96
ANEXO # 5: Stoop Test.....	97
ANEXO # 6: Test de Percepción de diferencias.....	98
ANEXO # 7: TMT formato A	99
ANEXO # 8: TMT formato B.....	101
ANEXO # 9: Digito Símbolo.....	102

LISTA DE TABLAS

	pg
TABLA # 1: Servicios de H.U.V.....	70
TABLA # 2: Sexo de la muestra.....	70
TABLA # 3: Edades de la muestra.....	70
TABLA # 4: Escolaridad de la muestra.....	71
TABLA # 5: Resultados obtenidos después de aplicar el Test de Wilcoxon para comparar muestras correlacionadas.....	71
TABLA # 6: Frecuencia de los indicadores de crisis psicológica circunstancial antes y después de la intervención psicológica.....	73
TABLA # 7: Distribución del número de sujetos por indicador de compromiso en el proceso atencional.....	75
TABLA # 8: Correlación de variables.....	79

LISTA DE GRÁFICOS

	pg
GRAFICO #1: Distribución de los sujetos según los niveles de crisis psicológico..	72
GRAFICO # 2: Niveles del compromiso de la atención . Puntaje global.....	74
GRAFICO # 3: Distribución de los sujetos según los niveles de atención por cada prueba.....	77

ABSTRACT

Esta investigación pretende analizar las implicaciones que el estado de Crisis psicológico Circunstancial tiene sobre el proceso atencional, por lo cual el objetivo principal es describir como se afecta la atención de los pacientes con Trauma Raquimedular y Ortopedia hospitalizados en las salas de Neurocirugía del Hospital Universitario del Valle, como consecuencia del estado de crisis psicológico circunstancial. Para esto se realiza en el marco teórico un recorrido por los temas de mayor relevancia para esta investigación, los cuales son: Neuropsicología, Evaluación Neuropsicología, relación de las estructuras cerebrales y las emociones, los pacientes con Trauma Raquimedular, el estado de crisis psicológico y la intervención en crisis. Se utilizó una metodología explicativa, cuasi experimental con un modelo pre-post a un grupo, en el cual se aplicaron cinco pruebas que miden el estado del proceso atencional antes y después de realizada la intervención en crisis. Los resultados obtenidos conducen a la aprobación de la Hipótesis de Trabajo, en la cual se planteaba que el estado de crisis psicológico afecta el proceso atencional, resultado que sirve de base para próximas investigaciones.

INTRODUCCIÓN

Tareas muy diversas que los niños y los adultos han de realizar requieren prestar Atención. Actividades como aprender a leer, buscar algo o a alguien entre una multitud, jugar con videojuegos, conducir un carro, entre otros, requieren seleccionar los estímulos relevantes o las acciones apropiadas en un momento dado e inhibir lo irrelevante a nivel de estímulos o de acciones.

Esta Función Psicológica Superior es una de las funciones más susceptibles de ser alterada como consecuencia de lesión o disfunción cerebral (Marschall, 1994) siendo el estado emocional una de las causas principales de ésta alteración.

Se realizó esta investigación teniendo como objetivo fundamental ahondar en las implicaciones que el estado de Crisis Psicológica Circunstancial puede tener sobre la Atención, para lo cual se hizo una breve revisión por los aspectos más importantes de esta Función, teniendo en cuenta la relevancia que ésta tiene en la Neuropsicología, y la descripción del estado de Crisis Psicológico Circunstancial (aspecto emocional que se quiere explorar en esta investigación).

Posteriormente se llevó a cabo la investigación tomando como muestra un grupo de pacientes del Hospital Universitario del Valle que tenían como diagnóstico trauma raquimedular, los cuales se encontraran atravesando por un estado de crisis psicológico circunstancial.

Se utilizó la metodología cuasi-experimental, preprueba –postprueba con un grupo control, sometiendo a estos pacientes a una evaluación de la atención por medio de cinco pruebas (Stroop Test, TMT forma A y B, Digito símbolo y Test de percepción de diferencias (Caras)), antes y después de realizar la intervención en crisis.

1. MARCO TEORICO

Alfredo Ardila (1992) define la Neuropsicología como una ciencia que se encuentra situada entre la Neurología y la Psicología, ya que se interesa por la organización cerebral de los procesos cognoscitivos y sus alteraciones en caso de daño o disfunción, y por lo tanto, su objetivo está dirigido al estudio de la organización tanto a nivel del sistema nervioso, como de la actividad psicológica.

Luria (1984) por su parte, basa sus teorías en el estudio de “las Funciones Psicológicas Superiores” (atención, memoria, gnosias, praxias, pensamiento y lenguaje) las cuales, según sus planteamientos, son Sistemas Funcionales Complejos que no están localizados en áreas estrictas, circunscritas del cerebro, sino que tienen lugar a través de la participación de grupos de estructuras cerebrales que trabajan concertadamente, y cada una de las cuales efectúa su particular aportación a la organización de este único sistema funcional, razón por la cual concluye que al afectarse uno de sus componentes, se afecta todo el sistema.

La Neuropsicología basa sus investigaciones en la Evaluación Neuropsicológica, la cual, según el modelo propuesto por Alexander Luria, referido por Christensen (1987) es una aproximación clínica cualitativa de cada paciente para tratar de definir los signos producidos por alteraciones de los sistemas funcionales complejos del cerebro y de ésta manera configurar descripciones de los síndromes Neuropsicológicos.

Por su parte Buela-Casal (1997) refiere la evaluación Neuropsicológica como el conjunto de técnicas que permiten obtener e integrar datos tanto cualitativos como cuantitativos sobre las diversas funciones mentales del hombre. Se trata de un proceso de evaluación mínimamente estructurado, aunque no estandarizado del todo, cuya duración es variable según los objetivos planteados.

Pineda y Ardila (1991) establecen tres etapas por las que se debe pasar al realizar la evaluación Neuropsicológica, las cuales son:

Primera, Se debe iniciar con una conversación con el paciente y sus familiares, durante la cual se obtiene la mayor cantidad de información sobre el estado actual, sobre la condición general y sobre aspectos concretos de la actividad mental del paciente.

Segunda, se comienza con una serie de pruebas preliminares para lo cual deben incluirse un número relativamente grande de pruebas, que revelen diversos aspectos de la actividad mental del paciente; El objetivo principal de esta etapa es hacer un tamizaje de todas las Funciones Psicológicas Superiores.

Tercera, finalmente debe realizarse una investigación más detallada sobre el grupo de los procesos mentales en que los Test preliminares hayan detectado la presencia de alteraciones definidas. Al finalizar, basándose en todos estos resultados, se identificará cual es el diagnóstico definitivo.

Por otro lado, Ardila y Rosselli (1991) (pg 327) describen los objetivos principales de la Evaluación Neuropsicológica, los cuales son:

- Determinar la actividad cognoscitiva del paciente, con el objeto de identificar su estatus actual.

- Analizar los síntomas y signos presentes, e identificar los síndromes fundamentales subyacentes.

- Proponer procedimientos terapéuticos y de rehabilitación.

- Proveer información adicional para efectuar un diagnóstico diferencial entre dos condiciones aparentemente similares.

Dentro de las Funciones Psicológicas Superiores estudiadas por la Neuropsicología en su Evaluación Neuropsicológica se encuentra la Atención, la cual al ser elemento de investigación por muchos autores, tiene diferentes definiciones. Luria (1984) planteó que la atención, es el proceso selectivo de información necesaria, la consolidación de programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos, lo cual la convierte en uno de los aspectos esenciales de todas las actividades conscientes del ser humano ya que es el factor responsable de extraer los elementos necesarios para la actividad mental, pues de no existir dicha selectividad, la cantidad de información sin opciones sería tan grande y desordenada que ninguna actividad sería posible y de no haber inhibición de todas las asociaciones que ejercen sin control, sería

inasequible el pensamiento organizado y orientado a cumplir las tareas que el hombre se plantea

Puente (1998) por su parte, cita en sus investigaciones a William James considerado como el padre de los estudios de la Atención, el cual planteaba que la Atención es la toma de posesión por parte de la mente de uno entre los muchos objetos o series de pensamientos simultáneamente posibles, por lo cual, la Atención es un concepto ligado a la conciencia y aunque ésta pueda ser capturada involuntariamente por rasgos destacados del ambiente, se encuentra mayoritariamente dirigida por las intenciones conscientes. Las ideas de James han sido de enorme importancia en el conocimiento actual de la atención, ya que además de la vinculación entre atención y conciencia, destaca la atención sobre ciertos procesos cognitivos como la percepción, la discriminación, la conceptualización y la memoria; como también menciona la importancia de la experiencia, las estrategias y las capacidades individuales para conectar estímulos simples y procesarlos como unidades simples de significado.

Por otro lado, Sanz (1998) define ésta Función Psicológica Superior como el proceso a través del cual podemos dirigir nuestros recursos mentales sobre algunos aspectos del medio, los más relevantes, o bien sobre la ejecución de determinadas acciones que consideramos más adecuadas de entre las posibles.

Para poder entender los mecanismos cerebrales que subyacen la Atención, existen planteamientos que la sustentan desde el punto de vista psicofisiológico.

Dentro de su teoría, Luria (1984) expone que el cerebro humano está compuesto por 3 unidades básicas y que el papel ejecutado por cada una de ellas es indispensable para las formas más complejas de la actividad mental, siendo la Atención la función psicológica básica de este proceso. La primera está encargada del tono y la vigilia, la segunda obtiene, procesa y almacena la información y la tercera programa, regula y verifica la actividad mental. A continuación se explicará cada una de forma más detallada.

- **La Primera Unidad Funcional**, la conforman las estructuras de la parte superior del tallo cerebral y la formación reticular, las cuales son responsables únicamente de una forma de atención: el estado generalizado de vigilia, o sea, la involuntaria. Existe una formación nerviosa en el Tallo cerebral, que está especialmente adaptada tanto por su estructura morfológica como por sus propiedades funcionales, para ejercer un mecanismo que regula el estado del córtex cerebral, cambiando su tono y manteniendo su estado de vigilia. Esta formación tiene la estructura de una red nerviosa, en la cual se intercalan los cuerpos de las células nerviosas conectadas entre si mediante otros procesos. La excitación se extiende sobre la red de ésta estructura conocida como La Formación Reticular, la cual cambia gradualmente su nivel, modulando así, el estado total del sistema nervioso.

Algunas fibras de esta Formación reticular suben para terminar en estructuras nerviosas superiores , tales como el tálamo, el núcleo caudado, el archicórtex, y finalmente las estructuras del neocórtex. Estas estructuras se conocen como **Sistema Reticular Activador Ascendente**, el cual tiene varias funciones centrales relacionadas con los mecanismos de esta Función Psicológica Superior:

a) Mantiene el estado de vigilia y el tono cortical de la corteza, con lo que asegura un nivel óptimo de excitabilidad, ya que su desacoplamiento en la corteza provoca sueño que es debido al descenso del tono cortical. b) interviene además en la activación selectiva de ciertos sistemas neuronales dependiendo del tipo de estimulación que actúe sobre el organismo.

Otras fibras de la Formación Reticular corren en dirección opuesta, comienzan en estructuras nerviosas superiores del Neocórtex y Archicórtex, Cuerpo Caudado y Núcleos Talámicos y corren hacia estructuras inferiores en el Mesencéfalo, Hipotálamo y Tallo Cerebral. Estas estructuras fueron llamadas **Sistema Reticular Activador Descendente**, en particular las vías que parten de las regiones frontal y temporal, son las responsables de la activación selectiva del organismo hacia tareas concretas; de ahí parte la excitación selectiva que es el resultado de las formas superiores de la actividad consciente del hombre y que refleja complejos procesos cognoscitivos y programas de acciones que se desarrollan durante la vida. Mediante esta formación reticular, los núcleos del tronco cerebral y los núcleos motores de la medula espinal reciben esa activación selectiva que parte de la corteza cerebral, haciéndolo de forma importante en las zonas mediales y mediobasales de la corteza frontal y de su región límbica, hipocampo, núcleos basales, cuerpo caudado. Junto con la formación reticular Ascendente, interviene en el reflejo orientador de investigación que es la respuesta activa del organismo a todo tipo de situación novedosa.

Según Luria (1984 pg 46) “estas dos secciones de la formación reticular constituyen así un sistema funcional dispuesto verticalmente, un único aparato autorregulador

construido sobre el principio del Arco Reflejo capaz de cambiar el tono del córtex, pero así mismo, bajo influencia cortical, siendo regulado y modificado por cambios que tiene lugar en el Córtex y adaptándose fácilmente a las condiciones ambientales durante el curso de la actividad”

- **La Segunda Unidad Funcional**, se localiza en las regiones laterales del Córtex en la superficie convexa de los hemisferios, de la que ocupa las regiones posteriores incluyendo las regiones visual (occipital), auditiva (temporal) y sensorial general (parietal). Esta unidad está encargada de la percepción y procesamiento de la información externa y la formación de intenciones, planes y programas de conducta dirigidos a una meta. Su estructura histológica consiste en una red de neuronas aisladas, que están en las partes del córtex ya descritas y que, a diferencia de la primera Unidad Funcional, no trabajan con el principio de cambios graduales, sino que obedecen a la ley de “Todo o nada”, recibiendo impulsos discretos y reenviándolos a otros grupos de neuronas, trabajando de acuerdo con el principio de especificidad modal decreciente y lateralización funcional creciente.

La organización de las estructuras que forman este sistema es jerárquica, pues está subdividida en: **áreas primarias** (de proyección) que perciben la información correspondiente y la analizan en sus componentes elementales; **áreas secundarias** (de proyección-asociación) responsables del codificado (síntesis) de estos elementos y de la conversión de las proyecciones somatotópicas en organización funcional; y **áreas terciarias** (o zonas de solapamiento), responsables del trabajo concertado de los distintos analizadores y de la producción de esquemas

supramodales (simbólicos) básicas para las formas complejas de la actividad gnóstica.

- **La tercera Unidad Funcional**, está localizada en las regiones anteriores de los hemisferios , antepuestas al giro precentral y se encarga básicamente de organizar la actividad consciente, por medio de la programación, regulación y verificación de ésta.

La parte más importante de ésta unidad funcional son los **Lóbulos Frontales** más específicamente las divisiones prefrontales del cerebro, las cuales están conectadas por haces particularmente bien desarrollados de fibras ascendentes y descendentes con la formación reticular, recibiendo entonces corrientes intensas de impulsos desde la primera unidad funcional , que los cargan con el tono energético apropiado y por otra parte , pueden tener una influencia moduladora particularmente poderosa sobre la formación reticular, dando a sus impulsos activadores su carácter diferencial y haciéndolos adecuarse a los esquemas dinámicos de conducta que son formados directamente por el córtex frontal, lo cual muestra grandes influencias inhibitoras, activadoras y moduladoras sobre la formación reticular. Es importante mencionar que los lóbulos frontales participan en la regulación de los procesos de activación presentes en la base de la atención voluntaria, por tanto, cuando se presenta una lesión o disfunción en éste, se alteran los programas conductuales complejos, la formación de conducta activa dirigida hacia un fin y hay una marcada desinhibición de las respuestas inmediatas ante estímulos irrelevantes, dicho de

otra manera, se altera la capacidad de inhibir reflejos orientadores ante estímulos distrayentes.

Junto con los lóbulos frontales, el **Sistema Límbico**, más específicamente el Hipocampo y la Amígdala, participan de forma indispensable en la Atención. Las neuronas de la región límbica han sido llamadas “neuronas de novedad” (Luria 1974) o “células de la atención” porque reaccionan a estimulaciones de cualquier modalidad (visual, auditiva y táctil), presentan fenómenos de habituación y deshabituación ante la presentación continuada, la intensificación, el debilitamiento o ausencia de un estímulo o ante la reaparición del estímulo cuando ya se ha dado la habituación; es por esto que las estructuras del hipocampo, íntimamente relacionados con los mecanismos de inhibición de estímulos irrelevantes y de habituación a estímulos repetidos durante largos periodos de tiempo en una primera etapa, comenzaron a considerarse como componentes esenciales del sistema inhibitorio o “Filtrante”, participando necesariamente en las respuestas selectivas ante estímulos específicos y formando una parte del sistema de reflejos orientadores innatos y de la conducta instintiva.

Por esta razón, el hipocampo y más tarde el cuerpo caudado, comenzaron a ser considerados como estructuras esenciales para eliminación de respuestas a estímulos irrelevantes que permitían al organismo comportarse de una manera estrictamente selectiva.

Además de los planteamientos psicofisiológicos de la Atención , existen otros planteamientos de la parte cognitiva de la atención, los cuales serán explicados a continuación.

Según Luria (1986) la Atención está formada por 3 componentes básicos que la caracterizan:

- **El Volumen**, es el número de señales de asociación fluyentes que pueden mantenerse en el centro de una conciencia lúcida, adquiriendo carácter dominante.
- **La Estabilidad**, es la permanencia firme y estable con que los procesos destacados por la misma pueden conservar su carácter dominante durante largo tiempo.
- **Las Oscilaciones**, son la capacidad de cambiar el foco de atención de un estímulo a otro, sin perder el interés primario.

Estos componentes están determinados por dos grupos de factores: los factores que caracterizan la estructura de los estímulos externos y los factores concernientes a la actividad del propio sujeto.

En el primer grupo se encuentran los estímulos que el sujeto percibe del exterior, los cuales están determinados por la intensidad (fuerza) y novedad con que estos se presenten.

Y en el segundo grupo se encuentran los factores correspondientes a toda la influencia que las necesidades, los intereses y las disposiciones del sujeto, ejercen sobre su propia percepción y el curso de su actividad.

Continuando con los planteamientos de Luria, hay 2 tipos de atención: la voluntaria y la involuntaria.

- **La Atención Involuntaria** es la primera que se forma en el niño y sigue una serie de etapas para su desarrollo; ocurre sin nuestra participación consciente y depende de la intensidad, de la novedad y de las características del estímulo ; es algo instintivo y el hombre comparte este tipo de mecanismo con los animales. En este tipo de atención, el reflejo de orientación cobra gran importancia, puesto que hace posible que la atención se dirija hacia nuevos estímulos ambientales; es inespecífico respecto al estímulo, es decir que puede ser desencadenado por estímulos de cualquier modalidad sensorial y una de las bases fisiológicas de este fenómeno es el sistema de activación reticular en el que convergen todas las modalidades; es importante tener en cuenta que una característica de este reflejo es que solo es desencadenado por nuevos estímulos, puesto que si el mismo estímulo se repite, cae en la habituación, es decir, se vuelve cada vez mas débil y finalmente desaparece.

- **La Atención Voluntaria** es una Función Psicológica superior en cuya base se encuentra un sistema funcional complejo que incluye en su estructura distintos componentes, convirtiéndola en exclusiva del hombre debido a su complejidad; Es la más tardía de acuerdo a su origen filogenético y ontogenético y es el rasgo más

distintivo del hombre en relación con las demás especies y las máquinas con inteligencia artificial que él mismo ha creado. Es la posibilidad que éste tiene de modificar las leyes naturales del curso del reflejo orientador, hacer que la actividad sea más estable, suscitar estados firmes y duraderos de la atención, aún cuando los fenómenos del reflejo orientador habrían desaparecido en virtud de las leyes naturales. Continuando con el anterior planteamiento, Luria (1986, pg 33) definió la atención voluntaria como “ el proceso por el cual se selecciona la información necesaria, se elige un determinado programa de acción y se mantiene un control permanente sobre el curso del programa elegido..... son los sistemas que mantienen la selectividad y direccionalidad de los procesos mentales” como consiguiente, el hombre orienta su atención en función de la estructura psicológica de la actividad que realiza y del grado de automatización de las operaciones que constituye dicha actividad.

Por su lado Sohlberg y Mateer (1987) distinguieron cinco tipos niveles de atención, los cuales son:

- **Atención Focalizada:** es la capacidad para dirigir la atención a una cosa, fijar la atención en algo.

- **Atención Selectiva:** es la habilidad para mantener un set cognoscitivo que requiere activación e inhibición de respuestas dependiendo de la discriminación de estímulos. Esto incluye la habilidad para protegerlo de información visual o auditiva extraña.

- **Atención Sostenida:** es la habilidad para mantener una respuesta comportamental consistente durante una actividad continua o repetitiva.
- **Atención Alternante:** es la capacidad de flexibilidad mental que permite moverse entre tareas con diferentes requerimientos cognoscitivos.
- **Atención Dividida:** es la habilidad para responder simultáneamente a múltiples tareas a la vez.

Sin embargo, los estudios actuales pretenden cada vez más ahondar en el tema y para ello, Puente (1998) propone 3 clases principales de Atención:

- **La Atención Selectiva o Focalizada**, la cual estudia los procesos del organismo para responder a un estímulo excluyendo a los demás. Casi todos los estudios sobre este tipo de atención han girado en torno a la atención auditiva y en especial a la visual. Estos planteamientos se basan en la teoría de Filtro, la cual fué planteada inicialmente por Donald Broadbent y luego retomada por otros autores, quienes se centran básicamente en que el sistema cognitivo es limitado, ya que no es posible procesar de manera consciente toda la información que llega al sistema, por lo cual en el registro sensorial hay un filtro cuyo propósito es reducir la información que posteriormente será procesada. Desde este planteamiento se ha considerado el filtro atencional de modo diverso: rígido (sin permitir ningún tipo de procesamiento de lo no seleccionado) o atenuado (permitiendo un procesamiento muy reducido de lo no seleccionado)y actuando o bien en niveles tempranos del procesamiento o bien en tardíos.

- **La Atención Dividida**, que estudia los procesos del organismo para atender y responder a dos o más tareas que debe realizar de forma simultánea. Este tipo de atención es muy importante, ya que en el comportamiento diario se realizan múltiples actividades simultáneas (mantener una conversación mientras nos peinamos, conducir un coche mientras se escucha la radio, estudiar mientras se fumado un cigarrillo) y en estas situaciones se debe dividir la atención para responder adecuadamente; Puente (1998) plantea que esto es posible debido a que generalmente, las tareas no se interfieren debido a que se usan diferentes sistemas sensoriales, los cuales son habilidades auditivas, motoras y visuales. Lo anterior lo sustenta refiriendo los hallazgos de Schaffer (1975), el cual descubre que dos tareas se interfieren negativamente cuando participa el mismo canal sensorial y que la realización de 2 o más tareas simultáneas están determinadas por 3 factores: la dificultad, la similitud y práctica de las tareas.

Para determinar el nivel de **dificultad** de las tareas es necesario considerar las características personales (ya que lo que es difícil para una persona puede ser fácil para otra) y las dificultades añadidas al combinar dos tareas.

La **similitud** en las tareas es importante, puesto que, las tareas que se realizan de manera simultánea generalmente son tareas bastante diferentes, es decir, que involucran habilidades con modalidades sensoriales diferentes.

Y por último, la **práctica** es la base fundamental del aprendizaje y es la razón que explica la automatización en determinados procesos, lo cual va a permitir realizar la

tarea de una forma más rápida y centrar la atención en aquellos procesos que lo requieran.

- **La Atención Sostenida o vigilancia,** la cual es el tipo de atención necesaria para responder adecuadamente a tareas monótonas que involucran la atención por periodos largos. Algunos investigadores, dentro de los cuales se encuentra Mackworth (1950) referido por Puente (1998), han descubierto el decremento de la vigilancia a medida que el tiempo transcurre, lo cual es causado por la disminución de la atención que trae como consecuencia la pérdida de sensibilidad a las señales. Para mejorar este tipo de atención, Puente (1998) expresa que existen algunas fórmulas dentro de las cuales están:

a) A medida que la persona se encuentre realizando la tarea, es importante dar información constantemente de los resultados que se han encontrado, lo cual permite que el rendimiento mejore notablemente.

b) Dar descansos, que permitan reactivar los niveles de atención que habían decrecido durante el desarrollo de la tarea, y lo ideal es programar descansos que involucren variación sensorial.

c) Se recomienda utilizar activadores motivacionales (premios, sorpresas) que rompan con las habituaciones, ya que el autor sustenta que “la introducción de elementos novedosos que causen sorpresa constituyen aspectos que despiertan y dirigen la atención” pg (214).

Para García (1994), prestar atención es un fenómeno complejo que implica diversos componentes y se manifiesta en diversas fases dentro de las cuales suelen distinguirse tres operaciones elementales: Asignar la atención (engancharla), mantener la atención y desengancharla de la fuente estimular.

- La fase inicial sería la **Captación de Información**, reflejada en la conducta de orientación estimular, esta primera fase, está determinada por las características de los estímulos presentes en la situación, por ello es frecuente que los autores hablen de atención Involuntaria refiriéndose a la misma.
- La segunda fase implica el **mantenimiento de la atención**, la cual debe permanecer focalizada durante un cierto tiempo para procesar la estimulación y si éste es un tiempo considerable se habla de atención sostenida; durante esta fase el reflejo de orientación se mantiene o amplifica para procesar detalladamente la información estimular. Esta fase está en una mayor medida bajo el control del sujeto aunque también dependa de las características estimulares, en ella se observan diferencias individuales porque requiere procesamiento cognitivo controlado por el sujeto activo y depende de sus experiencias. El comienzo del mantenimiento de la atención se produce unos cuatro o cinco segundos después de la fijación social.
- Y por último, la fase final sería aquella que implicaría el **cese de la atención**, la cual se manifiesta cuando el sujeto se ha habituado al estímulo y deja de procesarlo por estar familiarizado con él debido a su reiterada presencia. Para

este entonces no se volverá a iniciar un nuevo reflejo de orientación a menos que aparezca estimulación nueva.

Según Amparo Veloc. (1995), existen tres trastornos atencionales básicos, los cuales son:

- **El primero**, es la falta de atención y trastorno de la concentración, el cual se caracteriza por la incapacidad o capacidad disminuida para enfocar, concentrarse y orientarse hacia un objeto. Se trata de un trastorno de la capacidad de prestar atención persistentemente a una determinada actividad, objeto o vivencia, por lo cual lleva consigo una intensa distractibilidad y falta de concentración.

- **La segunda**, es el estrechamiento de la atención, la cual se caracteriza por la concentración sobre unas pequeñas cosas.

- **La Tercera**, son las oscilaciones de la atención y de la concentración, la cual se caracteriza por las alteraciones en la duración de la Atención, presentando dificultad para fijar y mantener la atención sobre algo determinado.

Como se mencionó anteriormente, dentro de las estructuras cerebrales implicadas en la Atención se encuentra el sistema límbico, en el cual el hipocampo realiza un papel fundamental en esta Función Psicológica Superior, como también, es pieza fundamental dentro de las estructuras cerebrales que intervienen la conducta emocional.

Martínez (1995) en sus planeamientos sobre los mecanismos cerebrales de las emociones, refiere el concepto de sistema límbico o lóbulo límbico, el cual fué acuñado por Broca en el siglo pasado, para referirse a un conjunto de estructuras que rodean el tronco cerebral y el diencefalo y que constituyen la parte más antigua del córtex de los mamíferos y base indispensable en las emociones.

Por su parte, Ledoux (1999) refiere a Papez, quien en 1937, descubre un complejo circuito cerebral ubicado en el sistema límbico, que interviene en la conducta emocional: “el circuito se inicia en el hipocampo, cuyos impulsos se dirigen a través del fórnix hasta los cuerpos mamilares del hipotálamo posterior. Desde los cuerpos mamilares, a través del tracto mamilotalámico, la información se dirige hacia el tálamo anterior y la circunvolución del cíngulo. El circuito se completa con fibras desde la circunvolución del cíngulo de nuevo hacia el hipocampo y la amígdala y posteriormente, las vías de salida de la amígdala, llegan a muchas regiones del sistema límbico, especialmente al hipotálamo” (pg 99).

Varias investigaciones se han realizado alrededor de las implicaciones que las emociones pueden tener en las funciones cognitivas, dentro de las cuales la atención es una de las más susceptible de ser alterada. Algunas de estas son:

Luria (1984) en sus estudios de la atención, descubrió que la inestabilidad de la atención voluntaria surge no sólo como consecuencia de estados patológicos graves del cerebro, sino también en aquellos otros estados del sistema nervioso que resultan del agotamiento y las neurosis, y a veces reflejan las peculiaridades individuales de la personalidad.

Marshall (1994), al hablar del Estrés, manifiesta que éste, además de las implicaciones sobre la emoción, produce alteraciones cognitivas, que el pensamiento es muchas veces confuso, la memoria es a veces olvidadiza y la concentración sufre deterioros; como también refiere que la atención es una de las funciones con mayor alteración, ya que se limita el foco de atención del individuo, a medida que aumenta el Estrés disminuye la atención a las exigencias de la tarea mientras que aumenta la Atención auto-dirigida y dirigida a aspectos del ambiente no relacionados con la tarea, como por ejemplo pensamientos de fracaso, preocupación y duda, ocupando la mente de la persona y compitiendo por la atención con los pensamientos referentes a la tarea.

En Colombia, Mazo, Martín y Sinai (1999) publicaron en la Revista colombiana de Psiquiatría, una investigación donde se encontró que la depresión puede tener un impacto significativo en las pruebas neuropsicológicas debidas básicamente a las dificultades de concentración y procesamiento de información, atención, aprendizaje y memoria, como también lentificación psicomotora y déficit motivacionales. Estas personas presentan un menor desempeño en tareas dirigidas que requieren atención sostenida, concentración y procesamiento de la información, mientras que los procesos cognoscitivos automáticos se encuentran conservados. También los trastornos de pensamiento aumentan los déficit en la capacidad de abstracción y razonamiento lógico, principalmente caracterizados por dificultades en la capacidad para la solución de problemas y perseveración en hipótesis descartadas.

Por último, Coggiola referida en el libro de Héctor Salama (1996), menciona que cuando una persona se encuentra atravesando por un Estado de Crisis Psicológica, presenta problemas intrapersonales, dentro de los cuales se encuentra la confusión, la cual tiene como implicaciones cognitivas las Funciones de Atención, Memoria, Percepción y aprendizaje.

A lo largo de la historia, se ha considerado el estado de crisis psicológica como un cambio en el sistema psicológico del individuo, subjetivamente identificado como negativo o aversivo, con un predominio del sistema emocional y/o afectivo con respuestas de alta intensidad, asociado a factores precipitantes ambientales o individuales, y sin que la persona identifique por si solo alternativas de acción para reestablecer el equilibrio. La crisis representa tanto el peligro de un trastorno mental como una oportunidad para el crecimiento de una persona. Debido a esto, las crisis se caracterizan por un colapso en la capacidad para resolver problemas y la ayuda externa es crítica para determinar como van a tomar decisiones y resolver problemas las personas que la presentan.

Slaikeu (1984) sustenta que *“La crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”*(pg 11)

Por otro lado, otros teóricos enfatizan en diversos aspectos de la crisis, como por ejemplo Caplan (1964) que enfatiza más en el nivel emocional que en el

cognoscitivo, a diferencia de Taplín(1971) el cual se centra más el componente cognoscitivo que el emocional (Referidos por Fiorentini, 1994); sin embargo ambos establecieron en la conferencia sobre “Salud Mental y Crisis” (1985) unos principios básicos de la crisis, los cuales son:

- El estado de crisis está limitado en tiempo

- Casi siempre hay un suceso precipitante el cual está ligado a algún suceso de la vida del individuo.

- Generalmente sigue un patrón secuencial de desarrollo a través de diversas etapas

- En la crisis existe un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento altos y bajos

- La resolución de la crisis depende de varios factores como: la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo, y recursos sociales del mismo.

Sin embargo no todas las crisis tienen el mismo origen que las desencadena. Dentro de su teoría, Slaikeu (1988) sustenta que existen dos tipos de crisis que son importantes reconocer y diferenciar:

La primera, *las evolutivas o de desarrollo*: Son aquellas relacionadas con los cambios en las distintas etapas del desarrollo del ciclo de la vida, puesto que cada etapa exige ciertas tareas de crecimiento y cuando hay interferencia en su relación, puede suscitarse una crisis.

La segunda, *Crisis circunstanciales*: Son aquellas que se caracterizan por accidentes y sucesos inesperados, que pueden presentarse en cualquier momento y etapa de la vida. Algunas de las crisis circunstanciales se dan por: enfermedad física, muerte repentina de alguna persona cercana o conocida, asalto, robo o violencia sexual, violencia doméstica como maltrato o abuso, encarcelamiento, desastres naturales o provocados por los humanos, guerras, desempleo migración, divorcio, quiebra económica, etc. Este tipo de crisis se caracteriza por: ser repentina, inesperada, no tener preparación previa, tener carácter de urgencia, el peligro y oportunidad, así como el impacto potencial que ocasionan en el individuo y en comunidades. Sin embargo hay que tener en cuenta que cuando algo así sucede, lo que a una persona sólo le produce un sentimiento de preocupación, a otra puede producirle una gran angustia y tensión, ya que está influenciada por tres factores: la percepción del acontecimiento, los mecanismos de defensa y los apoyos situacionales disponibles.

Para poder entender la repercusión de la crisis psicológica es importante analizarla teniendo en cuenta dos factores fundamentales, que son: el emocional y el cognitivo (Slaikeu, 1988).

En cuanto al aspecto **emocional** de la crisis, se manifiesta en un grave desequilibrio que experimenta el individuo. Los sentimientos comunes que aparecen son: tensión, ineficiencia e impotencia. Como consecuencia los aspectos emocionales de la crisis pueden alterar los diversos componentes de la vida de una persona como: sus sentimientos, pensamientos, conducta, relaciones sociales y funcionamiento en general. Por otro lado es importante tener en cuenta la “reducción de defensas” que causan vulnerabilidad y sugestibilidad en el individuo, elemento que es muy importante en la intervención y en el resultado positivo de la misma.

Se piensa que la manifestación física de la crisis es únicamente el llanto, sin embargo Halpern (1973) referido por Slaikeu (1988) mostró que existen otros síntomas que pueden presentar las personas en crisis psicológica que son importantes tenerlos en cuenta, ya que permiten dar mayor facilidad en momento de reconocer que alguien se encuentra atravesando por este estado, las cuales son:

- Cansancio y agotamiento.
- Sentimiento de desamparo.
- Inadecuación y confusión.
- Ansiedad y estrés
- Desorganización en sus relaciones familiares, sociales y laborales.

- Hostilidad, agresividad e irritabilidad.
- Depresión y ambivalencia.
- Incapacidad para tomar decisiones.
- Sentimiento de culpa y negación.
- Alejamiento de sus actividades y retraimiento.
- Aumento de consumo de alcohol y drogas, etc.

Por otro lado, el aspecto **cognitivo** es importante en el momento que se presenta un estado de crisis, ya que dependiendo de cómo la persona percibe el suceso que está generando este estado, se le otorga el valor de gravedad. Para sustentar este aspecto, Taplin (1971) referido por Slaikeu (1988) manifiesta que deberían considerarse los conocimientos de la personas y sus expectativas como una computadora programada para recibir información, procesarla y en consecuencia trabajarla; según esto su teoría sustenta que *“la crisis es cuando una nueva información recibida por la computadora es: (a) completamente disonante con el programa ya existente o (b) entra en grandes cantidades de manera que ésta experimenta alguna forma de sobrecargo y mal funcionamiento”* (pg 14).

Por otro lado, Lazarus (1980) (referido por Karl Slaikeu, 1988) explica que cuando ocurre un suceso amenazante, la persona que lo percibe realiza dos valoraciones de la situación: la primera determina si hay algún tipo de peligro y para esto los hechos pueden ser irrelevantes, benignos o positivos y estresantes; La segunda valoración está compuesta por la estrategia cognoscitiva o sea el que hacer, la cual dirige a un cambio en la situación y en el manejo de los componentes subjetivos (sentimientos, pensamientos, bienestar físico y conducta) relacionados con la situación.

Se considera que la crisis avanza en una serie de etapas relativamente bien definidas: según Caplan (1983) (referido por Karl Slaikeu, 1988) , existen tres grandes fases del desarrollo de la crisis:

- **fase de impacto:** en la cual se produce una pérdida del equilibrio.

- **fase de tensión:** momento de crecimiento o regresión de la persona con relación a la crisis. Esta es la fase más adecuada para la intervención en crisis.

- **fase de resolución:** la cual implica para el sujeto la redefinición del problema en el contexto de los recursos con los que cuenta para enfrentarlo, lo cual puede llegar a implicar una actitud activa de la resignificación hacia los aspectos remanentes e insolubles.

Estas etapas no tienen un tiempo determinado de duración. Caplan (1983) ha estipulado que puede durar aproximadamente de cuatro a seis semanas, sin embargo este cálculo ha conducido a cierta confusión. Algunos autores encontraron

que la crisis es mayor a las seis semanas pero menor a los siete meses, por lo cual se concluyó que el cálculo de las seis semanas es engañoso. Debido a esta confusión, Slaikeu (1988) hace una distinción entre la restauración del equilibrio y la resolución de la crisis, y se considera que las primeras seis semanas son un momento durante el cual el equilibrio se restaura, ya que se parte del supuesto de que los hombres no toleran niveles altos de desorganización por periodos largos; y posteriormente, durante el tiempo que sigue, el cual es indefinido, se realiza la resolución de la crisis, que contiene, además de la restauración del equilibrio, el dominio cognoscitivo de la situación, desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, cambios de conducta y el uso apropiado de los recursos externos; ésta resolución puede ser saludable o no, y se supone que el tipo de solución alcanzada tendrá implicaciones en el funcionamiento futuro del individuo, ya que como resultado satisfactorio, se observa una personalidad más segura y altamente integrada con un incremento en la fuerza para enfrentar tensiones futuras, sucediendo lo contrario cuando el resultado es insatisfactorio, observado una personalidad insegura y propensa a decaer en cualquier situación futura que muestre tensión.

Es importante tener en cuenta que las crisis se contemplan como puentes decisivos y críticos donde el peligro y la oportunidad coexisten y en donde los riesgos son altos, para lo cual, Slaikeu (1988) refiere tres posibles resultados, los cuales son:

- Cambiar para mejorar

- Cambiar para empeorar

- Regresar a los niveles previos de funcionamiento, sin embargo, la mayoría de los terapeutas reconocen que el paciente nunca regresa al nivel anterior de funcionamiento, ya que al tratar de resolver la crisis la persona aprende nuevas formas de enfrentamiento y concluye percibiendo la vida de manera distinta, sintiéndose capaz de planear nuevas estrategias y direcciones para el futuro

Las enfermedades o lesiones que traen a los pacientes a los hospitales a menudo son accidentes repentinos, que vienen acompañados siempre por una crisis psicológica relacionada con frecuencia a la amenaza percibida hacia la vida o alguna pérdida potencial o real, provocando sentimientos de impotencia e incapacidad para manejar la situación (Fiorentini, 1994).

Dentro de las causas más comunes de ingreso a hospitales son: enfermedad física, enfermedad crítica o traumatismo que requiere de cuidado intensivo, cirugía, incapacidad crónica, enfermedad terminal y muerte, entre otros; las cuales hacen que tanto en el paciente como su familia se encuentren conductas tales como: choque, cólera, violencia, agresividad y en algunos casos depresión. Sin embargo, refiere la autora, que la capacidad para que éstas sean atendidas por el servicio psicológico y de intervención en crisis es mínima, ya que tanto el personal como el poco espacio que existe en las mismas sólo alcanza para realizar la atención médica, entonces se opta por no poner cuidado y en algunos casos se suministran medicamentos que hagan que la persona se calme temporalmente, sin dar el permiso para que se pueda de alguna forma elaborar lo que le está sucediendo.

A causa de sus graves secuelas físicas, emocionales y económicas, el Trauma Raquimedular se caracteriza por ser una de las lesiones más graves que puede sufrir una persona, lo cual la convierte en una causa principal de hospitalización (Uribe y Giraldo,1999) .

Con otros tipos de trauma, Uribe y Giraldo (1999) plantean que el Trauma Raquimedular es una de las enfermedades más frecuentes en la gente joven, generalmente se presenta entre el segundo y tercer décimo de la vida, y se ha encontrado que es más frecuente en los hombres, lo cual genera una alta discapacidad e invalidez. Dentro de las causas principales planteadas por éstos autores, en orden de incidencia de Trauma Raquimedular son: ataques violentos, caídas, accidentes de tránsito y por último accidentes deportivos (básicamente por la sumersión en los ríos); y dentro de las complicaciones más importantes, que padecen estos pacientes se encuentran: complicaciones en el aparato locomotor, en el sistema vascular, en el aparato respiratorio, del aparato digestivo, en el aparato genitourinario, en la piel, del sistema nervioso y en la sexualidad.

Secundario a las pérdidas funcionales que se acaban de mencionar, la persona que ha sufrido Trauma Raquimedular, experimenta un desequilibrio psicológico, el cual si no es manejado a tiempo, puede convertirse en un cuadro depresivo de difícil manejo. Dentro de este estado de desequilibrio son comunes las etapas de negación, ira, negociación, y por último aceptación o adaptación al nuevo estado.

Debido a la complejidad de las alteraciones en las áreas biológica, psicológica y social que se presenta como consecuencia de la lesión, Uribe y Giraldo (1999) coincidiendo con lo planteado anteriormente por Ana Zarina Fiorentini (1994), consideraron la necesidad de la intervención de un equipo interdisciplinario que busque manejar la crisis en la que estos pacientes se encuentran y que de forma coordinada, establezcan un programa de rehabilitación, con el fin de minimizar las deficiencias y buscar el reintegro social, familiar y laboral de la persona lesionada. Según los autores, este equipo debe estar formado por médicos, psicólogos, enfermeras, terapistas físicas y ocupacionales y trabajadores sociales, además del valioso apoyo por parte de la familia y personas más cercanas. Es entonces importante, a la hora de manejar este tipo de pacientes, hacer un manejo adecuado de la información, utilizar una terminología que sea comprensible por la persona, evitar la confrontación abrupta (usualmente con algún mensaje desalentador), permitir la expresión libre de sentimientos y dudas y por último reforzar constantemente la idea de independencia que se puede lograr con las capacidades conservadas, más que enfatizar en las funciones perdidas. Es importante motivar a la persona a que nuevamente se incorpore a su medio social y laboral, lo cual cuesta dificultad más no es imposible, ya que esto es debido a sus múltiples pérdidas funcionales.

Según McGee (1976) referido por Karl Slaikeu, (1988), la eficacia del servicio de intervención en crisis se incrementa al instante como función en su proximidad en el tiempo y lugar del suceso de crisis, ya que la experiencia de crisis es un momento de grandes riesgos, tanto para el paciente como para la familia, por lo cual la ayuda necesita estar disponible inmediatamente y en un sitio de fácil acceso. Teniendo en

cuenta este planteamiento, es importante evitar que el paciente espere horas, días o semanas para recibir ayuda, puesto que el factor de peligro puede aumentar la crisis, lo cual puede traer como consecuencia algunas consecuencias tales como: suicidio u homicidio, algún tipo de daño físico tanto personal como a otras personas, y que los hábitos y los patrones disfuncionales de pensamiento se arraiguen profundamente en la vida del paciente y lleguen a ser muy difíciles de cambiar posteriormente.

Messick y Aguilera (1976) referidos por Ana Fiorentini (1994), definen que la intervención en crisis se deriva de la psicoterapia breve y que la meta terapéutica mínima de la intervención en crisis es la resolución psicológica de la crisis inmediata del individuo y el restablecimiento al menos del nivel del funcionamiento que existía antes de la crisis.

Por otro lado Hinsie y Campbel referido por Fiorentini, (1994) en la década de los setentas consideraron a la intervención en crisis como una forma de psiquiatría comunitaria debido a que en dicho modelo, el centro de atención son las exigencias situacionales para respuesta adaptativas, debido a que la mínima intervención en estas ocasiones alcanza efectos máximos y óptimos, este modelo es más aplicable a los grupos que el modelo médico. Continúan diciendo que como proceso, la terapia en crisis comprende experiencias facilitantes que incluyen: expresión de sentimientos (por medio de técnicas facilitadores de catarsis o de enfrentar sentimientos), logro del domino cognoscitivo (ayudar a la comprensión de los mapas cognoscitivos y expectativas que se violaron por acción del suceso de crisis, para desarrollar nuevas conceptuaciones de si mismo y de otros)

mantenimiento de un grado mínimo de bienestar físico durante la crisis y realizar adaptaciones interpersonales y de conducta apropiadas a la situación (las nuevas formas de responder o enfrentar la situación, se discuten, se ensayan y luego se implementan); sin embargo no se puede perder de vista que otro aspecto decisivo a la hora de realizar la intervención en crisis, es la responsabilidad del terapeuta para abordar este tipo de situación y emprender alguna acción en cuanto se haga necesaria. Para poder cumplir con este requerimiento, se espera que el terapeuta brinde una escucha empática, ser asertivo, facilitar el proceso del otro y tomar el control de la situación.

El objetivo de la intervención en crisis, Según Slaikeu (1988) es entonces, ayudar a la persona a que recobre un nivel de funcionamiento similar al que existía antes del suceso que desencadenó la crisis, ya que éste es un proceso dirigido a ayudar a personas que están pasando por un suceso traumático de tal forma que la probabilidad de debilitar los efectos se aminore y la posibilidad de crecimiento aumente. Se aumenta entonces, la oportunidad del paciente para crecer a través de una crisis, al asistirlo y ayudarlo para que domine la situación y se traslade hacia una reorganización de una vida desorganizada.

Según lo mencionado anteriormente es decisivo diferenciar en que momento de la crisis va a realizar la intervención, por lo cual Slaikeu (1988) plantea que existen dos fases de la intervención en crisis, las cuales son:

- La intervención en crisis de primer orden: Es la primera ayuda psicológica Y necesita brindarse de inmediato, incluso puede ser brindada por aquellos que están

en el primer contacto con el paciente. Ésta, fundamentalmente proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda. Por lo general este tipo de intervención dura poco tiempo y en resumen lo que pretende es el restablecimiento.

- La intervención en crisis de segundo orden o terapia en crisis: Se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va mas allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y dirige mejor la resolución de la crisis, lo cual significa ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de la crisis, de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida, ya sea por crisis de desarrollo o circunstancial. El resultado deseado para el individuo es surgir listo y mejor dotado para enfrentar el futuro. La terapia de crisis no sólo requiere de más tiempo que la primera ayuda psicológica (algunas semanas o meses), sino también de más habilidades y entrenamiento del terapeuta que la realiza.

Posteriormente, Slaikeu (1988), considera que hay cuatro pasos que se deben tener en cuenta en el momento de la intervención, Independiente del tipo del momento en que ésta se realice, los cuales son:

- La evaluación del individuo y su problema: Esta se realiza a través del empleo de técnicas activas por parte del terapeuta para conseguir la evaluación y datos precisos precipitantes de la crisis que lleva al individuo a solicitar ayuda profesional; es deber del terapeuta visualizar el grado y las consecuencias que la crisis puede tener en el paciente.

- **El planteamiento de la intervención terapéutica:** Una vez realizada la evaluación de la crisis, se planea la intervención, la cual está destinada a remitir a la persona a por lo menos al nivel de equilibrio que poseía antes de la crisis: en esta fase se determina el tiempo de duración desde el comienzo de la crisis hasta el grado en que la crisis ha alterado la vida del individuo y su ambiente, al igual que se busca determinar con que fuerzas cuenta el individuo, así como que otras personas pueden servirle de apoyo.

- **La intervención:** La naturaleza de las técnicas de intervención depende en gran parte de las habilidades preexistentes, de la creatividad y de la flexibilidad del terapeuta.

- **Resolución de la crisis y el planteamiento anticipatorio:** el terapeuta refuerza los mecanismos de defensa adaptativos que el individuo ha empleado exitosamente para reducir la tensión y la angustia; a medida que aumentan las capacidades de defensa y que se presentan cambios positivos, se orienta al paciente a “darse cuenta” de los progresos obtenidos y se presta ayuda para la elaboración de planes realistas para el futuro, así como también se discute la manera como esta experiencia puede contribuir a manejar crisis futuras.

Luego de revisar los planteamientos más importantes para esta investigación, tales como la Neuropsicología, la atención, el estado de crisis psicológico y la relación entre estos, este trabajo investigativo propone comprobar el real compromiso de la atención como consecuencia de un estado de crisis psicológico circunstancial. Los resultados obtenidos brindarán mas información acerca de este tema para así

proporcionar nuevas herramientas a los psicólogos y neuropsicólogos de nuestro medio, así mismo, sirva de base para futuras investigaciones que se quieran seguir por la misma línea.

2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo se afecta el Proceso Atencional como consecuencia del estado de crisis Psicológico circunstancial de un grupo de pacientes con Trauma Raquimedular que se encuentran en el Hospital Universitario del Valle ?

3. JUSTIFICACIÓN

Fiorentini (1994) refiere que los pacientes que se encuentran en los hospitales, ya sea por enfermedades o lesiones que los lleven a estar ahí, se acompañan siempre por una crisis psicológica, la cual está relacionada con frecuencia a la amenaza percibida hacia la vida o alguna pérdida potencial o real, provocando sentimientos de impotencia e incapacidad para manejar la situación.

Este estado de crisis psicológica, lo define Slaikeu (1984) como un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Algunos investigadores han encontrado que cuando se presenta algún tipo de alteración emocional, ya sea por depresión, estrés o la misma crisis psicológica, la atención es una de las funciones psicológicas superiores más susceptible de ser alterada, trayendo consigo una gran dificultad en el adecuado desempeño laboral, social y familiar.

Esta investigación se decidió realizar a raíz de la identificación de la necesidad que se tiene en el ámbito de la Neuropsicología, de investigar más acerca de las

emociones y las repercusiones que éstas pueden tener en los Procesos Psicológicos Superiores, y en especial en la Atención.

Se escogió dentro de los estados emocionales el “Estado de Crisis Psicológica” ya que los profesionales encargados de la recuperación de tales pacientes observan, al igual que lo mencionado anteriormente por Fiorentini (1994), que la mayoría de los pacientes que se encuentran hospitalizados en las salas de Neurocirugía y Ortopedia del Hospital Universitario del Valle se encuentran atravesando por éste estado, el cual es facilitado por múltiples factores y se podría ver reflejados en el bajo rendimiento al realizar la evaluación Neuropsicológica.

Se busca con esta investigación entonces, observar cuales son las implicaciones que el estado de crisis psicológica puede tener en el proceso atencional, conocimiento que va a ser de enorme importancia, ya que permitirá brindar una mayor claridad a la hora de dar un diagnóstico y posible tratamiento neuropsicológico.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir cómo se afecta la Atención de los pacientes con trauma raquimedular hospitalizados en las salas de Neurocirugía y Ortopedia del Hospital Universitario del Valle, debido al estado de Crisis Psicológico circunstancial.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar la Atención, en pacientes con trauma Raquimedular que se encuentran en estado de Crisis Psicológico circunstancial, población que se encuentra en el Hospital Universitario del Valle.

- Facilitar la resolución de la crisis mediante la realización de la Intervención Psicológica.

- Evaluar la Atención después de realizar la intervención en Crisis Psicológica

- Comparar los resultados de la evaluación de la Atención obtenidos en la Preprueba y Potsprueba

5. FORMULACION DE HIPÓTESIS

5.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

El desempeño de la atención en la evaluación neuropsicológica se ve afectado por la crisis psicológica Circunstancial.

5.2. HIPÓTESIS NULA

El desempeño de la atención en la evaluación neuropsicológica, no se ve afectado por la crisis psicológica Circunstancial.

6. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

El estado de crisis psicológico circunstancial

VARIABLE DEPENDIENTE

El proceso de atencional

6.1 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: El estado de crisis psicológico circunstancial, según Slaikeu (1984), es un estado temporal de trastorno y desorganización, que surge como consecuencia de sucesos inesperados presentes en cualquier momento o

etapa de la vida. Está caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Esta variable se va observar teniendo en cuenta los indicadores más importantes de este estado:

- **Cansancio y agotamiento:** falta de fuerzas y debilidad para realizar las cosas.

- **Sentimiento de desamparo:** sentir que se esta abandonado, sin compañía.

- **Confusión:** no tener claridad y orden de lo que se piensa. Es un estado de ánimo que se caracteriza por la carencia de pensamientos claros, causado por trastornos emotivos y a veces por trastornos de la percepción.

- **Estrés:** Es un trastorno de ansiedad (malestar psicossomático con vivencias de inseguridad y de desgracia inminente), causado por la exposición a una situación traumática abrumadora, en el cual la persona experimenta más tarde y repetidamente la situación traumática. La angustia alcanza tales cotas que deja de funcionar como señal de peligro para constituirse en fuente de peligro. Se trata de experiencias amenazantes para la vida o de situaciones en las que el sujeto se siente profundamente desamparado e impotente para evitar graves lesiones o la muerte, como pueden ser interrogatorios coercitivos, torturas, secuestros,

violaciones,etc.

- **Hostilidad y agresividad:** conducta caracterizada por una actitud frecuente de ataque opuesta a la de flexibilidad y reconciliación.
- **Irritabilidad:** conducta caracterizada por la reacción constante a los estímulos externos.
- **Depresión:** Estado patológico caracterizado por desánimo y apatía.
- **Ambivalencia:** Tendencia patológica a experimentar al mismo tiempo dos sentimientos opuestos o afirmar o negar sucesivamente un mismo hecho.
- **Incapacidad para tomar decisiones:** dificultad para tomar acción voluntaria de sus actos y hacerse responsable de sí mismo.
- **Sentimiento de culpa:** atribución que el sujeto se hace de tener responsabilidad de lo ocurrido, convirtiéndose en algo dañino y doloroso.
- **Negación:** no querer aceptar la realidad de algún suceso ocurrido
- **Retraimiento:** estado timidez y poca comunicatividad, prefiriendo en la mayoría de la veces la soledad.

VARIABLE DEPENDIENTE: la atención, según Luria (1984), es el proceso selectivo de información necesaria, la consolidación de programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos. El diagnóstico de esta función psicológica superior se hace de dos formas, la cuantitativa y la cualitativa, basándose en la aplicación de pruebas que permiten su profundización.

6.2 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

- **Variable independiente:** Estado de crisis psicológico circunstancial.

- **Cansancio y agotamiento:** se observa en el tono de la voz disminuida, lentitud en sus movimientos, y manifestaciones explícitas de este estado.

- **Sentimiento de desamparo:** se observa si aunque el paciente se encuentra acompañado, continúa sintiendo y refiriendo que está solo y que lo han abandonado.

- **Confusión:** se observa en la poca claridad en la que expresa sus sentimientos y pensamientos, manifestando en algunos momentos de forma explícita “estoy confundido”, “ya no se como sucedieron las cosas “ etc.

- **Estrés:** El paciente se encuentra asediado por la rememoración desagradable del evento traumático, lo que tiene lugar de forma variada: pesadillas terroríficas que interrumpen el sueño del sujeto hasta el punto de obligarle a permanecer despierto por miedo a su reaparición; recuerdos que persisten a pesar de los

repetidos intentos por olvidar el suceso; o alteraciones de la conciencia que conducen al sujeto a actuar como si el hecho traumático volviera a ocurrir.

- **Hostilidad y agresividad:** se observa en una conducta caracterizada por una actitud de poca flexibilidad y ataque constante hacia las demás personas.

- **Irritabilidad:** se observa en la actitud de reacción constante frente a estímulos externos o temas relacionados con la conversación que se sostiene con el paciente.

- **Depresión:** se observa por un estado de ánimo abatido, a menudo también ansioso, con desesperanza, alteración del sueño, falta de energía, de concentración y de apetito, inquietud interna y dudas sobre si mismo hasta llegar a la ideación suicida.

- **Ambivalencia:** se observa en su discurso manifestando sentimientos opuestos a la vez, como por ejemplo, tranquilidad e intranquilidad, alegría y tristeza.. etc.

- **Incapacidad para tomar decisiones:** se observa en la dificultad de elegir entre dos o varias opciones que se le den, incluso cuando estas sean determinantes para su vida.

- **Sentimiento de culpa:** si escuchan expresiones tales como “ Yo tengo la culpa”, “Si yo hubiera..... no estaría pasando esto”,

- **Negación:** se observa cuando el paciente no quiere aceptar la realidad de lo que le está sucediendo y quiere a como de lugar organizar la información de tal modo que coincida con la realidad que quiere ver.

- **Retraimiento:** se observará desde el primer momento en que se entabla una conversación con el paciente; si se limita a contestar lo que se le pregunta, si se queda callado en algunas ocasiones o si en algún momento cierra los ojos o da la espalda mientras se está hablando con él.

Para una mayor comprensión, estos signos se han dividido en dos niveles dependiendo de su grado de compromiso, estos son:

MODERADO: puntaje obtenido entre 1 y 9

SEVERO : puntaje obtenido entre 10 y 18

- Variable dependiente: El proceso atencional

PRUEBA	CARACTERISTICAS	INDICADORES	PRE PUNTAJES		POST PUNTAJES	
			No	Si	No	Si
1. Trail Maiking Test (TMT) A	Lentificación	Emplea mas de 30"	0	1	0	1
	Omisiones	Omite uno o varios números de la secuencia	0	1	0	1
	Falla de atención	Desórdenes de la secuencia	0	1	0	1
	Perseveración	Repinta la línea varias veces	0	1	0	1
	Inatención a la orden	Levanta el lapicero de la hoja	0	1	0	1
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo de la hoja	0	1	0	1
	Series Radiales	De un mismo número saca varias secuencias	0	1	0	1
2. Trail Maiking Test (TMT) B	Lentificación	Emplea mas de 50"	0	1	0	1
	Omisiones	Omite uno o varios números de la secuencia	0	1	0	1
	Falla de atención	Desórdenes de la secuencia	0	1	0	1
	Perseveración	Repinta la línea varias veces	0	1	0	1
	Inatención a la orden	Levanta el lapicero de la hoja	0	1	0	1
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo de la hoja	0	1	0	1
	Series Radiales	De un mismo número saca varias secuencias	0	1	0	1
3. Test de Percepción de Diferencias (Caras)	Lentificación	En un tiempo de 3´ realiza menos del 50% de la tarea	0	1	0	1
	Falla de atención	Señala dibujo que no corresponde con la orden dada	0	1	0	1
	Omisiones	Omite uno o varios dibujos	0	1	0	1
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo de la hoja	0	1	0	1
4. Stroop Test	Lentificación	Emplea mas de 45" en realizar menos del 50% de la prueba	0	1	0	1
	Dificultad para inhibir un estímulo	Lee en lugar de decir el color correspondiente en la tercera lámina	0	1	0	1
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo de la hoja	0	1	0	1
5. Dígito – Símbolo	Lentificación	En el tiempo limite 1´ realiza menos del 50% de la prueba	0	1	0	1
	Falla atencional	Interrumpe la secuencia	0	1	0	1
		Cambia el número que corresponde al símbolo	0	1	0	1
	Perseveración	Asigna el mismo numero a varios símbolos inadecuadamente	0	1	0	1
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo del plano de la hoja	0	1	0	1
TOTAL						

Nota: entre más alto sea el puntaje, mayor es el compromiso en esta función psicológica superior

Para trabajar con los resultados obtenidos en estas 5 pruebas que miden el proceso atencional, se distribuyeron en 2 niveles, tanto en puntaje global de la atención como cada una de las pruebas, dependiendo del nivel de compromiso:

A. Niveles utilizados para distribuir el puntaje global del compromiso atencional.

BAJO: de 0-10 signos de compromiso.

ALTO: de 11-26 signos de compromiso.

B. Niveles utilizados para distribución del compromiso atencional por prueba.

TMT formato A y B: 0-2 BAJO
3-7 ALTO

CARAS: 0-2 BAJO
3-4 ALTO

STROOP TEST: 0-1 BAJO
2-3 ALTO

DIGITO SIMBOLO: 0-2 BAJO
3-5 ALTO

6.3 CONTROL DE VARIABLES

- De los sujetos:

QUE	COMO	POR QUE
Escolaridad	Seleccionando pacientes con escolaridad mínima de 5 de primaria	El no tener esta escolaridad mínima puede influir en el desarrollo de la prueba
Edad	Seleccionando pacientes entre los 15 y 45 años	Para evitar que se presente otro tipo de patología dependiente de la edad que altere los resultados obtenidos en el estudio
Tipo de lesión	Seleccionando los pacientes que hayan sufrido únicamente Trauma Raquimedular	Para que sea una sola razón la causante de la crisis psicológica circunstancial
Antecedentes clínicos	Sujetos sin antecedentes neurológicos y psiquiátricos previos al trauma	Para controlar que no haya ningún antecedente neurológico ni psiquiátrico que pueda intervenir en el diagnóstico de la atención

- Del experimentador:

QUE	COMO	POR QUE
Conocimiento de la evaluación	El experimentador debe tener el conocimiento necesario de la aplicación de las pruebas que se van a utilizar	La inexperiencia por falta de conocimientos pueden alterar la presentación de las pruebas
Dominio de la intervención psicológica en crisis	El experimentador debe tener completo dominio de la intervención psicológica que va a realizar con el paciente.	Para así poder tener un mejor resultado en la disminución de la crisis psicológica por la que atraviesa el paciente.
Consistencia del Evaluador	Todos los sujetos tendrán el mismo experimentador siempre	Para tener un mayor control en el manejo del paciente y en la recolección de los datos.

- Del instrumento:

QUE	COMO	POR QUE
Aplicación de pruebas	Se aplicaran las mismas pruebas a cada uno de los sujetos	Para así poder unificar resultados y criterios en la recolección y análisis de datos.
Intervalos de aplicación	Se utilizaran los mismos intervalos de tiempo para la aplicación de las pruebas en cada uno de los sujetos.	Para poder unificar resultados y criterios en el análisis de los resultados obtenidos.

- De las condiciones ambientales:

QUE	COMO	POR QUE
Lugar de la evaluación	Se utilizara siempre el mismo lugar para la realización de la evaluación	Para así poder controlar los posibles estímulos que distraigan al sujeto.

7. METODOLOGIA

7.1. Tipo de estudio

Para poder observar las implicaciones que el estado de crisis psicológica tenía en el proceso atencional, era importante utilizar un tipo de metodología que permitiera trabajar con un grupo de sujetos a los cuales se les pudieran aplicar algunas pruebas que midieran el estado de esta función psicológica superior antes y después de realizada la intervención en crisis. Según lo anterior, Ignacio Montero (1993), muestra en sus investigaciones un tipo de metodología que se adaptaba a las exigencias de la investigación, el cual es experimental, explicativa y PRE-POST con un solo grupo.

XI	INT. EN CRISIS	X2
Atención		Atención
(Preprueba)		(Potsprueba)

En esta investigación se manipuló una variable independiente que es el estado de crisis psicológica circunstancial , sobre una variable dependiente que es el proceso atencional de los pacientes escogidos, para así poder mostrar cuales son las implicaciones que la variable independiente tiene sobre la dependiente.

7.2. Población

La población escogida para realizar esta investigación, tenía como requisito indispensable no presentar lesión cerebral, ya que se quiso observar la implicación directa del estado de crisis psicológico circunstancial en el proceso atencional, pues de no ser así, el objetivo no hubiera sido alcanzado, ya que la lesión cerebral implica un sinnúmero de variables (la etiología del daño, extensión, localización de la lesión, y tiempo transcurrido del accidente) que hubieran influido impidiendo llevar a cabo la investigación. Se trabajó entonces con 10 pacientes que presentaban como etiología Trauma Raquimedular hospitalizados en las salas de Neurocirugía y Ortopedia del Hospital Universitario del Valle, los cuales eran pacientes que se encontraban en estado de crisis psicológica causada por varios factores (estar hospitalizados, el recuerdo de lo ocurrido, presentar incapacidad y compromiso físico, el encontrarse solos debido a normas hospitalarias, entre otros), se encontraban entre las edades de 15 a 45 años, con escolaridad mínima de 5 de educación básica primaria, nunca habían sufrido ningún tipo de lesión cerebral y no presentaban antecedentes clínicos neurológicos ni psiquiátricos,

7.3. Muestra

Se trabajó con los pacientes que llegaron al servicio de Neurocirugía y Ortopedia del Hospital Universitario del Valle, entre los meses de Septiembre y Octubre del 2001, en total 10 pacientes , los cuales cumplieron con las características mencionadas anteriormente,

7.4. Instrumentos

Instrumento # 1 :

Formatos de entrevista: la entrevista se realizó primero que todo al paciente, el cual es el directamente implicado (Anexo # 1), luego se complementó la información con una entrevista para sus familiares o acudientes más cercanos (Anexo # 2) y finalmente se les explicó, tanto a ellos como al paciente, en que consistía la investigación y, si estaban de acuerdo, al estar de acuerdo se les pidió que firmaran la carta de Cuestionamiento Informado (Anexo # 4)

Instrumento # 2:

Pruebas Neuropsicológicas para la evaluación de la atención: para poder evaluar el efecto que tiene la Crisis Psicológica en la atención, se escogieron cuatro pruebas estandarizadas, las cuales permiten de una manera muy precisa, realizar el diagnóstico de las alteraciones en esta Función Psicológica Superior. Estas son:

✿ **STROOP TEST** (Test de colores y palabras): Su autor es Charles J. Golden (1975). Este es uno de los Test más clásicos para medir la capacidad de atención voluntaria y la capacidad de inhibición de estímulos que desencadenan respuestas automáticas. Esta se aplica a personas entre siete y ochenta años y se realiza de la siguiente manera: se la entregan al sujeto las tres láminas de la prueba. En la primera lámina se le pide que lea cien palabras, que son repeticiones de tres colores, (Rojo, Verde y Azul) impresos en tinta negra. La segunda, se le pide que denomine el color de las filas (XXXXX) impresas en colores distintos (Rojo, Verde y Azul). Y por último, la tercera se le pide que denomine el color de la tinta con que están escritas las palabras, en la cual no coincide en ningún caso el color de la tinta

con el significado de la palabra. Para realizar esta prueba se dará un tiempo límite de cuarenta y cinco segundos por cada lámina. Transcurrido este tiempo se retirará la lámina y se contará cuantas palabras alcanzó en cada oportunidad y al final estos resultados se registrarán y servirán de medida para realizar la investigación. (Holden, 1994)

✿ **TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS (CARAS):** su autor es L.L. Thurstone (1944) y posteriormente fue adaptada por Yela (1979). Esta prueba mide la capacidad para seleccionar de forma rápida y correcta los dibujos esquemáticos diferentes que hay en ésta. Puede aplicarse a partir de los seis ó siete años, a todos los niveles ya que requiere de poca formación para comprender las instrucciones; se aplica de la siguiente manera: se entrega una lámina que consta de sesenta elementos gráficos, cada uno de ellos está formado por tres dibujos esquemáticos de caras con la boca, ojos, cejas y pelo representados con trazos elementales; dos de las caras son iguales y la tarea consiste en identificar cual es la diferente y tacharla. Para realizar esta prueba se dará un tiempo límite de tres minutos y transcurrido este tiempo se retirará la lámina y se contará cuantos dibujos alcanzó a tachar. Al final estos resultados se registrarán y servirán de medida para realizar la investigación.

✿ **DÍGITO SÍMBOLO:** esta es una prueba cuyo autor fue Aron Smith (1973) y posteriormente fue modificada y utilizada por Wechsler (1981). Esta prueba maneja un rango de edad entre diez y ocho a setenta y cuatro años y pretende medir la capacidad de atención voluntaria y la capacidad de inhibición de estímulos irrelevantes que no permiten realizar la tarea, como también la capacidad de

simbolización junto con dificultades de rastreo visual. Consiste en mostrar al paciente una hoja que consta de unas casillas, las cuales presentan un número en su parte superior y una figura en la parte inferior; el objetivo es que el paciente coloque las figuras correspondientes a cada número, en una serie de casillas que sólo presenta figuras. Para realizar esta tarea se cuenta con un tiempo límite de sesenta segundos, en el cual, sin contar los ejemplos, debe realizar las figuras correspondientes a sesenta casillas que se encuentran desocupadas. (Lezak, 1976)

✿ **TMT (forma A Y B):** esta es una prueba que mide la capacidad de realizar seguimientos visuales utilizando la atención sostenida al mismo tiempo que inhibe estímulos irrelevantes. Consiste en dos formatos: el formato A requiere hacer seguimiento, lo mas rápido posible del uno al veinticinco sin levantar el lápiz; el segundo formato B, requiere hacer seguimiento de la misma manera que en el anterior, solo que en esta oportunidad los números (del uno al trece) se intercalan con letras (A-L) las cuales se deben seguir, realizando primero número y seguidamente letra en orden alfabético. Para esta prueba el examinador registra, tanto el tiempo empleado por el paciente para la consecución, como el número de errores que comete (Lezak, 1976).

Instrumento # 3:

Tabla de diagnóstico de la crisis psicológica: Este diagnóstico se llevó a cabo por medio del registro de los indicadores de Crisis Psicológica, el cual se realizó antes y después de la Intervención Psicológica de la Crisis, marcando con una X los indicadores que se encuentren presentes. Según su grado de severidad, a cada

indicador se le otorgó un puntaje: **1** si es un indicador de compromiso leve y **2** si es un indicador severo de la crisis psicológica circunstancial; este aspecto está especificado al frente de cada indicador en la tabla de registro que se encuentra en el Anexo # 3.

7.5. Procedimiento

La presente investigación se realizó basándose en los siguientes pasos:

1. Se realizó la selección de los pacientes según los criterios mencionados anteriormente, de forma gradual en el tiempo.
2. Se realizó la entrevista inicial tanto al paciente como a sus familiares, para así, poder recoger la mayor información posible (Anexos #1 y #2).
3. Se presentó tanto al paciente como a sus familiares la carta de Consentimiento Informado, donde se autorizó el uso de la información obtenida con fines investigativos (Anexo #4), aspecto indispensable para continuar con el siguiente paso.
4. Se registraron los Indicadores de Crisis Psicológica presentados por el paciente (Anexo # 3)
5. Se realizó la Pre-prueba, que tiene como objetivo evaluar la atención del paciente encontrándose en estado de crisis psicológica circunstancial.

6. Se realizó la intervención en crisis, la cual se llevó a cabo aproximadamente entre 6 y 8 sesiones, atravesando por los 4 pasos indispensables para su resolución, los cuales fueron ampliados anteriormente en la teoría : La evaluación del individuo y su problema, el planteamiento de la intervención terapéutica, la intervención ,y por último, la resolución de la crisis y el planteamiento anticipatorio.

7. Se registraron nuevamente los indicadores de Crisis Psicológica presentados por el paciente (Anexo # 3)

8. Se realizó la Post-prueba, con el objetivo de evaluar la atención del paciente en el momento en que la crisis psicológica circunstancial ha disminuido en su intensidad, para así poder comparar con los resultados obtenidos en la pre-prueba y poder observar las implicaciones que éste estado emocional trae en ésta función psicológica superior.

9. Se analizaron los datos obtenidos con una prueba de hipótesis, proveniente de la estadística no paramétrica.

8. RESULTADOS

Para determinar las implicaciones en el proceso atencional como consecuencia de la crisis psicológica circunstancial, se realizó un análisis de resultados a dos niveles:

1. Nivel de análisis Cuantitativo
2. Nivel de análisis Cualitativo

1. Análisis cuantitativo

Este análisis permitió mostrar los niveles de compromiso en el proceso atencional antes y después de la intervención en Crisis Psicológica, a través de técnicas de estadística descriptiva como tablas de frecuencia y figuras.

Se utilizó para la prueba de hipótesis, la cual era no paramétrica de Wilcoxon, debido a el reducido tamaño de muestra y la escala ordinal en la que se obtuvieron los resultados finales del proceso atencional.

2. Análisis cualitativo

Este análisis permitió contrastar los resultados hallados con los conocimientos y planteamientos contenidos en el Marco Teórico, para así poder establecer diagnósticos más precisos.

8.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Inicialmente la investigación se había planteado con un número amplio de pacientes en la muestra, sin embargo el ingreso a la institución de los pacientes que cumplían con los requisitos necesarios durante los meses de Septiembre y Octubre fué muy reducido (10 pacientes), razón por la cual se trabajó con los que se encontraron ,

concluyendo resultados no menos importantes de los que se hubieran obtenido con una población más numerosa.

Estos pacientes se encontraban en su totalidad en el Hospital Universitario del Valle (H.U.V) en 2 servicios diferentes, dentro de los cuales 3 fueron de Neurocirugía y 7 de Ortopedia, lo cual muestra que la mayor cantidad de pacientes (70%) fueron captados en el servicio de Ortopedia. Esto estuvo muy relacionado con la frecuencia de ingresos al H.U.V., durante el periodo de tiempo transcurrido entre Septiembre y Octubre.

TABLA 1.

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEUROCIROUGÍA	3	30%
ORTOPEDIA	7	70%
TOTAL	10	100%

Según el sexo la muestra se distribuyó de la siguiente manera: 6 hombres y 4 mujeres, mostrando en un mayor porcentaje (60%) la aumentada frecuencia del ingreso de los hombres al H.U.V. por este tipo de diagnóstico.

TABLA 2.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	4	40%
MASCULINO	6	60%
TOTAL	10	100%

Sus edades oscilaban entre los 15 y 45 años, distribuyéndose el 40% de los sujetos entre los 15 y 25 años, el 20% sujetos entre los 26 y 35 años y finalmente el 40% de los sujetos entre los 36 y 45 años. Lo anterior muestra que podría haber una mayor incidencia de esta etiología entre las edades extremas (15-25 y 36-45 años) que entre las edades intermedias (26-35 años).

TABLA 3.

EDADES	15-25	26-35	36-45
MUJERES	2	1	1
HOMBRES	2	1	3
TOTAL	4	2	4

La escolaridad de estos sujetos fue superior a la requerida (5 de primaria), encontrándose todos dentro de los grados cursados en bachillerato (6 a 11). Ninguno tenía formación universitaria, lo cual permitió tener una mayor unificación de los resultados obtenidos, para así poder llegar a un diagnóstico mas exacto.

TABLA 4.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BACHILLERATO	10	100%
UNIVERSITARIO	0	0%
TOTAL	10	100%

8.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

En este apartado se pretende mostrar los resultados estadísticos obtenidos en la prueba de hipótesis, mediante la utilización del Wilcoxon.

TABLA #5. RESULTADOS OBTENIDOS DESPUÉS DE APLICAR EL TEST DE WILCOXON PARA COMPROBAR MUESTRAS CORRELACIONADAS

VARIABLE	NIVEL P	DECISIÓN
ATENCIÓN GLOBAL	0,008	ACEPTADA LA Ht
CRISIS PSICOLOGICA	0,03	ACEPTADA LA Ht
TMT A	0,025	ACEPTADA LA Ht
TMT B	0,025	ACEPTADA LA Ht
CARAS	1	RECHAZADA LA Ht
STROOP TEST	0,034	ACEPTADA LA Ht
DIGITO SIMBOLO	0,083	RECHAZADA LA Ht

En esta tabla se observan por medio de la prueba de Wilcoxon, diferencias significativas entre la preprueba y la postprueba en el puntaje global del proceso atencional (0.008), el puntaje obtenido en es estado de crisis psicológico (0,03), en las pruebas TMT formato A (0,025), TMT formato B (0,025) y Stroop Test (0,034), lo cual permite aceptar la hipótesis de trabajo: “El desempeño de la atención en la evaluación neuropsicológica se ve afectada por la crisis psicológica circunstancial”. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre la preprueba y la

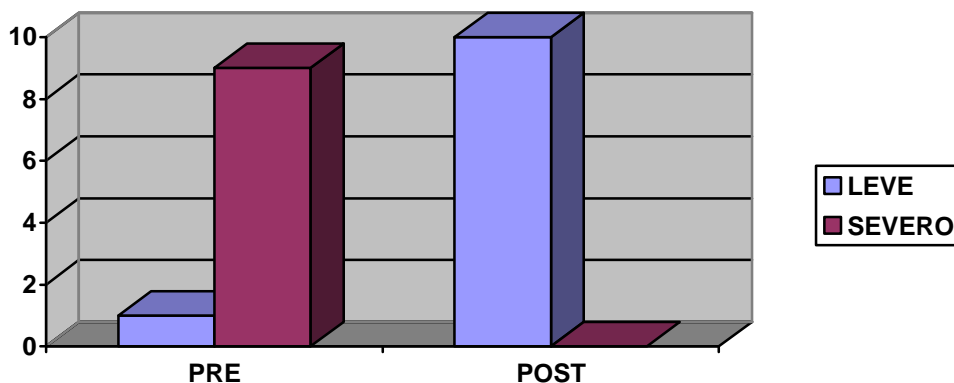
postprueba en cuanto a la prueba de Caras (1) y la prueba de Dígito Símbolo (0,083), lo cual no permite aceptar la hipótesis de trabajo.

8.3. DESCRIPCIÓN DE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN LAS PRUEBAS

En este capítulo se van a presentar los resultados obtenidos dentro de la investigación por la aplicación de las pruebas, los cuales han sido vistos desde diferentes puntos de vista, que permitan brindar la mayor cantidad de información que sea posible, para poder así, darle mayor profundidad y sustentación a lo encontrado.

Primero que todo es importante iniciar con los resultados obtenidos del estado de crisis psicológico circunstancial, lo cual va a ser el punto de partida para poder, posteriormente, observar las implicaciones que ésta tiene en el proceso atencional. Como se explicó en el apartado de definición operacional de la variable independiente, el puntaje total obtenido de la crisis psicológica, se dividió en 2 niveles, en los cuales se basa la tabla que está a continuación:

GRAFICA # 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS SEGÚN LOS NIVELES DE CRISIS PSICOLÓGICA



En esta gráfica se observa que hay un cambio significativo en la crisis entre antes y después de realizada la intervención psicológica: El 10% de sujetos se encontraban en estado de crisis psicológica leve al iniciar la investigación, mientras el 90%

mostró un nivel severo de crisis, y luego de la intervención la totalidad de los sujetos finalizaron encontrándose en estado de crisis psicológico leve.

Para una mayor ilustración en este aspecto, a continuación se presentará una tabla que muestra la frecuencia de presencia de los indicadores de crisis psicológica antes y después de realizada la intervención psicológica.

TABLA # 6. FRECUENCIA DE LOS INDICADORES DE CRISIS PSICOLÓGICA CIRCUNSTANCIAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

INDICADOR	# PACIENTES	
	PRE	POST
Cansancio y agotamiento	6 60%	8 80%
Sentimiento de desamparo.	3 30%	0 0%
Confusión	9 90%	0 0%
Estrés y ansiedad	4 40%	1 10%
Hostilidad, agresividad	3 30%	0 0%
Irritabilidad	8 80%	3 30%
Depresión	9 90%	7 70%
Ambivalencia	7 70%	4 40%
Incapacidad para tomar decisiones	7 70%	1 10%
Sentimiento de culpa	7 70%	0 0%
Negación	9 90%	0 0%
Retraimiento	7 70%	0 0%
TOTAL	79 79%	24 24%

En esta tabla se puede observar que el número de indicadores de crisis psicológica disminuyó considerablemente (79 a 24) luego de realizada la intervención psicológica.

Antes de la intervención, los indicadores encontrados con mayor frecuencia fueron: confusión (9/10), depresión (9/10) y negación (9/10), indicadores que luego de la intervención disminuyeron, en su mayoría significativamente en su presencia, Confusión (0/10), depresión (7/10) y negación (0/10). Así mismo los indicadores menos presentes en esta primera etapa del proceso fueron: sentimiento de

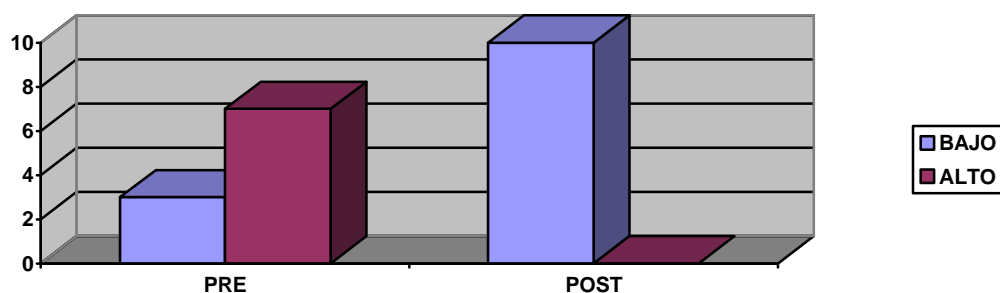
desamparo (3/10) y hostilidad y agresividad (3/10), los cuales se extinguieron en su totalidad luego de realizada la intervención psicológica.

Posterior a la intervención, se encontró que el indicador presente en mayor frecuencia fue el de cansancio y agotamiento (8/10) el cual aumenta en su presencia frente a la frecuencia encontrada antes de la intervención (6/10), como también una extinción total de presencia de indicadores tales como: sentimiento de desamparo, confusión, hostilidad y agresividad, sentimiento de culpa, negación y retraimiento.

En total el indicador de crisis psicológico que mayor frecuencia presentó durante todo el proceso fue la depresión, contrario al sentimiento de desamparo y hostilidad, indicadores presentes en menor frecuencia.

Al igual que con los resultados obtenidos del estado de crisis psicológico, el puntaje global obtenido del proceso atencional se ha dividido en dos niveles dependiendo del número de signos positivos de compromiso encontrados en las 5 pruebas aplicadas (ver definición operacional de variable dependiente), resultados que se encuentran en la gráfica que se presentará a continuación:

**GRAFICA # 2. NIVELES DE COMPROMISO DE LA ATENCIÓN
PUNTAJE GLOBAL**



En esta gráfica puede observarse el cambio significativo de compromiso en el proceso atencional antes y después de realizada la intervención en crisis: el 30% de los sujetos presentaron un compromiso bajo en la preprueba, aspecto que mejora, pues en la postprueba la totalidad de los sujetos se encontraron en el rango de compromiso bajo.

Para observar de forma más minuciosa los resultados obtenidos en el desempeño de los sujetos en pruebas de atención, a continuación se encuentra una tabla que muestra los signos de déficit atencional de cada una de las pruebas con la distribución del número de sujetos encontrados en cada uno.

TABLA # 7. DISTRIBUCIÓN DEL NUMERO DE SUJETOS POR INDICADOR DE COMPROMISO EN EL PROCESO ATENCIONAL

PRUEBA	CARACTERISTICAS	INDICADORES	PRE		POST	
			# SUJETOS No	Si	# SUJETOS No	Si
1. Trail Making Test (TMT) A	Lentificación	Emplea mas de 30"	1	9	0	10
	Omisión	Omite uno o varios números de la secuencia	6	4	10	0
	Falla de atención	Desórdenes de la secuencia	6	4	8	2
	Perseveración	Repinta la línea varias veces	8	2	10	0
	Inatención a la orden	Levanta el lapicero de la hoja	4	6	10	0
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo de la hoja	10	0	10	0
	Series Radiales	De un mismo número saca varias secuencias	10	0	10	0
2. Trail Making Test (TMT) B	Lentificación	Emplea mas de 50"	0	10	0	10
	Omisión	Omite uno o varios números de la secuencia	5	5	10	0
	Falla de atención	Desórdenes de la secuencia	3	7	9	1
	Perseveración	Repinta la línea varias veces	8	2	10	0
	Inatención a la orden	Levanta el lapicero de la hoja	5	5	9	1
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo de la hoja	10	0	10	0
	Series Radiales	De un mismo número saca varias secuencias	9	1	9	1
3. Test de Percepción de Diferencias (Caras)	Lentificación	En un tiempo de 3' realiza menos del 50% de la tarea	0	10	2	8
	Falla de atención	Señala dibujo que no corresponde con la orden dada	4	6	9	1
	Omisión	Omite uno o varios dibujos	9	1	10	0
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo de la hoja	10	0	10	0
4. Stroop Test	Lentificación	Emplea mas de 45" en realizar menos del 50% de la prueba	1	9	1	9
	Dificultad para inhibir un estímulo	Lee en lugar de decir el color correspondiente en la tercera lámina	0	10	7	3
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo de la hoja	10	0	10	0
5. Dígito – Símbolo	Lentificación	En el tiempo limite 1' realiza menos del 50% de la prueba	0	10	0	10
	Falla atencional	Interrumpe la secuencia	5	5	10	0
		Cambia el número que corresponde al símbolo	6	4	10	0
	Perseveración	Asigna el mismo numero a varios símbolos inadecuadamente	10	0	10	0
	Hemiinatención	Descuida el espacio derecho o izquierdo del plano de la hoja	10	0	10	0

Se observa que en todos los sujetos y en las 5 pruebas, prima como signo más importante de compromiso la “lentificación”, la cual no sufrió ningún cambio luego de la intervención en crisis.

Al contrario del anterior signo, se observa que ningún sujeto, en ninguna de las 5 pruebas, presenta como signo de compromiso atencional la “Hemiinatención”.

En la prueba TMT formato A, el signo de compromiso más importante es “levantar el lapicero de la hoja”, el 60% de los sujetos lo presentan en la preprueba, aspecto que mejora significativamente al no presentarlo ningún sujeto en la postprueba. Por el contrario, el signo de menos compromiso es “repintar la línea varias veces”, el cual el 20% de los sujetos lo presentan mejorando al final en su totalidad ya que ninguno de los sujetos lo presenta.

En la prueba TMT formato B, el signo de compromiso más importante es “desordenar la secuencia”, el 70% de los sujetos lo presenta en la preprueba, aspecto que mejora significativamente al sólo presentarlo el 10% de los sujetos en la postprueba. Por el contrario, el signo de menor compromiso es “de un mismo número sacar varias secuencias”, en el cual el 10% de las personas lo presentan, continuando igual en la postprueba.

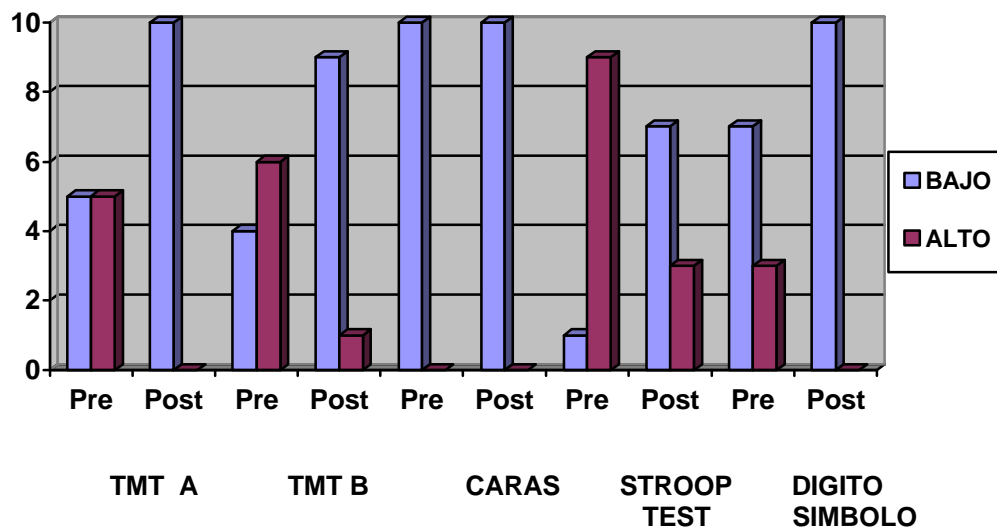
En el Test de Percepción de Diferencias (Caras) , el signo de compromiso más importante es “señalar el dibujo que no corresponde con la orden dada”, el 60% de los sujetos lo presenta en la preprueba, aspecto que mejora significativamente al sólo presentarlo el 10% de los sujetos en la postprueba. Por el contrario, el signo que menos compromiso tiene es “omitir uno o varios dibujos” en el cual el 10% de las personas lo presentan, aspecto que mejora en la postprueba, al no presentarlo ningún sujeto.

En la prueba Stroop Test, el signo de compromiso más importante es “leer en lugar de decir el color correspondiente en la tercera lámina ”, el 100% de los sujetos lo presenta en la preprueba, aspecto que mejora significativamente al sólo presentarlo el 30% de los sujetos en la postprueba.

En la prueba Dígito Símbolo, el signo de compromiso más importante es “interrumpir la secuencia”, el 50% de los sujetos lo presenta en la preprueba, aspecto que mejora significativamente al no presentarlo ningún sujeto en la postprueba. Por el contrario, el signo de “asignar el mismo número a varios símbolos inadecuadamente” no se presenta en ninguno de los sujetos, ni antes ni después de realizada la intervención en crisis.

Además de la distribución de los sujetos en cada signo de compromiso, es importante conocer también los resultados obtenidos en cada una de las pruebas, tanto antes como después de la intervención en crisis. Es importante recordar que los resultados obtenidos del proceso atencional se dividieron en dos niveles, según su grado de compromiso (Alto y Bajo), como se verá a continuación:

GRAFICA # 3. DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS SEGÚN LOS NIVELES DE ATENCIÓN POR CADA PRUEBA



Se observa que en la prueba TMT formato A, el 50% de los sujetos se encuentran en nivel de compromiso atencional bajo, aspecto que mejora en la postprueba, pues la totalidad de los sujetos finalizan con un compromiso atencional bajo.

En la prueba TMT formato B, se observa que el 40% de los sujetos se encuentran con un compromiso atencional bajo, aspecto que mejora en la postprueba, ya que el 90% finaliza en este mismo nivel de compromiso.

En la prueba de Caras, tanto en la preprueba como en la postprueba, todos los sujetos se mantuvieron dentro del nivel bajo de compromiso en el proceso atencional. No se observa cambio en el compromiso atencional.

En la prueba Stroop Test, se observa que en la preprueba el 10% de los sujetos se encuentra en nivel de compromiso atencional bajo, aspecto que mejora en la postprueba, ya que al finalizar el 70% de los sujetos se encontraban en nivel de compromiso bajo.

En la prueba Dígito Símbolo, se observa que en la preprueba el 70% de los sujetos se encuentra en un nivel de compromiso bajo, aspecto que mejora en la postprueba, ya que la totalidad de los sujetos finaliza en un nivel de compromiso bajo.

8.4. CORRELACION DE VARIABLES

En el apartado anterior se describieron los resultados obtenidos en cada una de las variables por separado, ahora en este espacio lo que se pretende es mostrar como esas variables se correlacionan entre sí, lo cual va a permitir un mayor grado de profundidad en la investigación. En la tabla que se encuentra a continuación, se distribuyeron los sujetos dependiendo de la puntuación obtenida.

TABLA #8. CORRELACION DE VARIABLES

	PRUEBAS	NIVEL	CRISIS LEVE	CRISIS SEVERA
PRE	CARAS	ALTO	0	0
		BAJO	1	9
	DIGITO-SIMBOLO	ALTO	0	3
		BAJO	1	6
	STROOP TEST	ALTO	1	8
		BAJO	0	1
	TMT A	ALTO	0	5
		BAJO	1	4
	TMT B	ALTO	0	6
		BAJO	1	3
POST	CARAS	ALTO	0	0
		BAJO	10	0
	DIGITO-SIMBOLO	ALTO	0	0
		BAJO	10	0
	STROOP TEST	ALTO	3	0
		BAJO	7	0
	TMT A	ALTO	1	0
		BAJO	9	0
	TMT B	ALTO	0	0
		BAJO	10	0

En esta tabla se observa que al disminuir la crisis disminuye el déficit atencional, ya que en la preprueba los sujetos se encontraron distribuidos en su mayoría en el espacio de nivel de crisis severa con un nivel de compromiso alto.

Y en la postprueba los sujetos se encontraron en su totalidad distribuidos en el espacio de nivel de crisis leve y en su mayoría en un nivel de compromiso atencional bajo.

En dos pruebas (Caras y Dígito Símbolo) como el puntaje inicial del compromiso atencional era bajo, no presento variación en la postprueba.

9. DISCUSIÓN

La Neuropsicología, según Ardila (1992) es una ciencia que estudia la organización cerebral de los procesos cognitivos y sus alteraciones en caso de daño o disfunción .

Aún cuando este autor no lo haga explícito, al utilizar en su definición el término “disfunción” , se está refiriendo también a las implicaciones que un estado emocional puede tener en los procesos cognitivos, ya que según él “se presenta una disfunción en la organización cerebral que no permite que el cerebro actúe adecuadamente”, aspecto que sustenta que no hay necesidad de la presencia de una lesión cerebral para presentar compromiso en las funciones psicológicas superiores.

Al estudiar el proceso atencional , se observó que los resultados obtenidos en la investigación coincidían con el planteamiento de este autor, al igual que el de Marschal (1994) el cual sustentaba que ésta es “Una de las funciones psicológicas superiores más susceptibles de ser alterada como consecuencia de lesión o disfunción cerebral” , lo cual se convirtió en base indispensable para analizar los datos obtenidos en este estudio.

Encontrarse en estado de crisis psicológico era indispensable para que un paciente fuera seleccionado y perteneciera a la muestra de esta investigación, por lo cual era necesario realizar una evaluación del estado emocional de éstos y se encontró que el resultado obtenido coincidía con lo observado por Fiorentini (1994), pues estos pacientes al estar hospitalizados debido a su etiología, se encontraban todos atravesando por un estado de crisis psicológico circunstancial. Su estado coincidía con lo planteado por Slaikeu (1998) quien sustentaba que por ser repentino, ser de urgencia, tener peligro, y no tener preparación previa, estos se veían inmersos en un estado de confusión de su pensamiento, que no les permitió inhibir adecuadamente estímulos tanto internos como externos, lo cual hizo que se sintieran tensionados e ineficientes.

Entre la preprueba y postprueba de las herramientas utilizadas para medir el desempeño atencional, se realizó la intervención en crisis siguiendo los pasos propuestos por Slaikeu (1988), la cual buscaba ayudar a estas personas a que recobraran el equilibrio emocional y dominio cognoscitivo de la situación, intervención que puede decirse que fue efectiva, ya que se observó que con ayuda de éstas, disminuyeron los signos de crisis psicológica, permitiendo que las personas lograran tener un mayor grado de concentración y así mismo mejoró el proceso atencional.

Estos cambios se obtuvieron luego de seis a ocho sesiones de intervención psicológica, número que dependió siempre del tiempo de estadía del paciente dentro de la institución. Esto es importante tenerlo en cuenta, ya que los resultados arrojados en la investigación fueron obtenidos con un reducido número de sesiones

que al parecer son muy pocas, pero resultan muy valiosas para la persona que se encuentra atravesando por este estado, pues según lo planteado por Fiorentini (1994) “es un tiempo muy crítico donde cualquier tipo de ayuda que se brinde es decisivo para su bienestar actual y futuro”. Esta es la razón por la cual los cambios son tan significativos en tan corto tiempo.

Se observó entonces que el número de signos de compromiso atencional que en la preprueba se encontraban presentes en los sujetos, en su mayoría, disminuida en la postprueba significativamente lo cual permitió por medio de la prueba de hipótesis de Wilcoxon aceptar la hipótesis de trabajo que se tenía en esta investigación.

Con base en lo anterior, el estado de crisis psicológico se convierte en una causa determinante de implicación en el proceso atencional, pero ¿será la única? Es importante no perder de vista que pueden haber otros factores que pudieron haber intervenido en su alteración:

Por el tipo de modelo utilizado en esta investigación, Preprueba- Postprueba, y el corto tiempo transcurrido entre estos (2 semanas máximo aproximadamente), los pacientes con la práctica pudieron realizar un aprendizaje de las pruebas utilizadas, lo cual pudo haber permitido que mejoraran su rendimiento en la segunda aplicación.

El hecho de encontrarse en las salas del Hospital Universitario del Valle, donde en un mismo lugar se encuentran hasta 20 personas y los estímulos externos son tan

frecuentes e intensos, pudo haber causado una mayor dificultad para inhibir la cantidad de distractores que se encontraban a su alrededor.

También pudo haber influido enormemente el tener que realizar las actividades propuestas en posición acostada debido a su etiología que les impedía tener una mejor posición, por lo cual les resultaba incómodo y doloroso en algunos momentos.

Este comentario es importante, pues pretende mostrar algunos aspectos que pueden tenerse en cuenta en el momento de realizar otro estudio similar a este.

Las cinco pruebas utilizadas en la investigación (TMT formato A y B, Stroop Test, Dígito- Símbolo y Caras), fueron herramientas valiosas que permitieron evaluar esta función psicológica superior encontrando como resultados que en los pacientes, debido a los factores que influyen en la crisis psicológica, predomina la lentificación en el procesamiento de la información, aspecto que está muy relacionado con el sentimiento de ineficiencia planteado por Slaikeu (1988) .

Dentro de estas, las pruebas que se encontraron más susceptibles para medir el proceso atencional en caso de crisis psicológico, fueron TMT en sus dos formatos A y B, y Stroop test, a diferencia de Caras y Dígito-Símbolo, las cuales no presentaron diferencias significativas luego de la intervención. Estos importantes resultados obtenidos en las 3 primeras pruebas, fueron debido a su alta puntuación de compromiso en la preprueba mejorando en la postprueba, en cambio las otras dos

pruebas desde el principio puntuaron con compromiso bajo, aspecto que no permitió obtener mayores diferencias en los resultados obtenidos en la postprueba.

La lentificación en el procesamiento de la información fue el signo atencional más importante de compromiso, ya que se encontró presente en la totalidad de los sujetos en las cinco pruebas, aspecto que no mejoró significativamente luego de la intervención. Este signo está relacionado directamente con el tipo de atención sostenida requerida para realizar una actividad, por lo cual se puede llegar a la conclusión de que es el tipo de atención que más se ve afectado como consecuencia de un estado de crisis psicológico, pues aunque la crisis disminuya luego de la intervención, de todos modos la crisis no ha sido resuelta totalmente.

Sin embargo éste no es el único tipo de atención que se ve comprometido. Al examinar el resultado de las pruebas neuropsicológicas aplicadas, se pudo observar que los otros tipos de atención (alternante, dividida y selectiva) también se encuentran comprometidos en menor intensidad.

Los resultados obtenidos en esta investigación son de gran relevancia para la neuropsicología, ya que por medio de las pruebas más utilizadas en evaluación de Atención, se pudo mostrar la implicación que el estado emocional, en este caso el estado de crisis psicológico, tiene en esta función psicológica superior y en los demás procesos cognitivos, si se tiene en cuenta que la atención es base indispensable para un buen funcionamiento cognitivo.

Aunque no se puede llegar a generalizaciones por el número reducido de pacientes en el estudio, se pudo observar que éstos en su totalidad luego de haber estado en un pequeño número de sesiones de intervención psicológica, muestran en sus resultados que no es necesario trabajar por tiempo prolongado el estado de crisis de una persona para que disminuya su compromiso cognitivo, aspecto que es de gran importancia tenerlo en cuenta en el momento de abordar a un paciente en la intervención neuropsicológica.

Luego de analizar los resultados obtenidos en esta investigación es importante no perder de vista la gran fluencia que tiene el estado emocional en los procesos cognitivos, por lo cual se hace indispensable que en la intervención neuropsicológica, se tenga una visión integradora del ser humano, donde el estado de los procesos cognitivos sean un aspecto importante de observación, más sin embargo que no sea el único, ya que el ser humano no se puede fragmentar, pues en su totalidad es un sistema donde al afectarse uno de sus componentes se afectan los demás, al encontrarse en estado de crisis psicológica se afecta el desempeño de las funciones Psicológicas superiores y viceversa.

Por último, también es importante tomar de base los resultados obtenidos en esta investigación para trabajar con pacientes que padecen alguna etiología neurológica, ya que si bien no se trabajó con ellos, estos pacientes también son seres humanos en los cuales su estado emocional afecta sus funciones cognitivas, además, esta es en su mayoría la población con la cual las personas del área de Neuropsicología trabajan con frecuencia.

10. CONCLUSIONES

Luego de investigar las implicaciones en el proceso atencional como consecuencia de un estado de crisis psicológico circunstancial, se concluyó que:

- La atención es una de las funciones psicológicas superiores más susceptibles de ser alterada como consecuencia de lesión o disfunción cerebral.
- La atención y concentración se ven afectados como consecuencia de un estado de crisis psicológico .
- Aunque el proceso atencional se ve comprometido en su totalidad como consecuencia de un estado de crisis psicológico, el tipo de atención que más se afecta es el relacionado con la atención sostenida.
- Al realizar la intervención en crisis y encontrarse la persona en un estado de mayor equilibrio psicológico, el rendimiento en las pruebas neuropsicológicas que miden la atención aumenta.
- El estado de crisis psicológica es una causa determinante de implicación en el proceso atencional, sin embargo no se puede perder de vista que no es la única,

pues el aprendizaje de las pruebas, el estado de salud del paciente, las condiciones en las que se encuentra hospitalizado y el corto tiempo de diferencia entre prueba y prueba, pudieron ser factores que de igual forma afectaron el desempeño del proceso atencional.

- No es necesario realizar un gran número de sesiones de intervención en crisis para que mejore el proceso atencional, ya que en esta investigación se observó que con seis a ocho sesiones se obtienen cambios significativos en esta función psicológica superior.

- Las pruebas neuropsicológicas que evalúan atención más susceptibles de compromiso en caso de una crisis psicológica son Stroop Test y TMT formato A y B.

- Es indispensable realizar un acompañamiento psicológico al paciente que por alguna razón se encuentra en estado de crisis psicológico, ya que es un momento muy crítico donde cualquier tipo de ayuda que se brinde es decisiva para su bienestar actual y futuro.

11.RECOMENDACIONES

- Para poder llegar a mayores generalizaciones, es importante realizar una próxima investigación con mayor número de muestra.
- Es aconsejable trabajar con un grupo control, el cual va a ser un punto de partida que permita comparar los resultados obtenidos para, de esta forma, obtener resultados mucho más confiables.
- Es importante no olvidar tener siempre en cuenta el aspecto emocional en el momento de realizar una evaluación de los procesos psicológicos superiores, ya que de no ser tenido en cuenta, puede afectar el desarrollo de estas dentro del proceso.
- Implementar un programa de atención integral al paciente y a sus familiares en las salas de Neurocirugía y Ortopedia del Hospital universitario del Valle, donde el aspecto psicológico, en especial el de atención en crisis, sea fundamental, permitiendo así una mejor evolución y elaboración de lo sucedido.

12. BIBLIOGRAFÍA

- ABIB, Michel. Bases neurológicas de las Conductas. Masson, S.A. Barcelona, España. 1994.

- ALVAREZ, Maria Celsa. 2001. Neuropsicología de la alteración de la Atención voluntaria en TDA. Capitulo de libro: métodos de intervención en la Neuropsicología infantil . SOLOVIEVA, Yulia y QUINTANAR ROJAS Luis. . Benemérita Universidad de Puebla. Colección Neuropsicología y Rehabilitación. México. Febrero del 2001.

- ARDILA, Alfredo y ROSELLI, Mónica. Neuropsicología Clínica. Prensa Activa. Medellín. 1992

- AZCOAGA, Juan y colaboradores. Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y el adulto. Editorial PAIDOS. Argentina. 1992.

- BUELA-CASAL, Gualberto, SIERRA J. Carlos. Manual de evaluación psicológica. Siglo Veintiuno Editores S.A. España. 1997

- BUSTAMANTE, Ernesto. La naturaleza del Hombre. Nuevo Rumbo Editores. Bogota, Colombia. 1994

- CHRISTENSEN, Anne-Lise. El diagnóstico neuropsicológico de Luria. Aprendizaje Visor . España 1987

- DAMASIO, Antonio R. El error de Descartes. Editorial Drakontos. España1996

- FIORENTINI, Ana Zarina. Intervención en crisis en hospitales. Psicología Iberoamericana volumen 2#4 pg 92-101. 1994.

- GARCIA, Maria Isabel, 1994. La Atención: Fases y Mecanismos. Tomado de libro: Desarrollo Cognitivo. BERMEJO, Vicente. Editorial Síntesis, S.A. España.1994

- GOLDEN, Charles J. Manual del Test de Colores y Palabras (Stroop Test). TEA Ediciones S.A. Madrid (España). 1994

- LEDOUX, Joseph. El cerebro emocional. Editorial planeta. España. 1999

- LEÓN, Orfelio G. y MONTERO Ignacio. Diseño de Investigaciones. McGraw-Hill. 1993

- LEZAK, Muriel. Neuropsychological assessment. Oxford University Press. New York. 1976

- LURIA, A.R. El cerebro en acción. Ediciones Martínez Roca. Barcelona. 1984.

- LURIA, A.R. Atención y Memoria. Ediciones Martínez Roca. Barcelona. 1986.

- MARSHALL, John. Motivación y Emoción. Ma Graw Hill. España. 1994.

- MARTINEZ, José Ma. Psicofisiología. Editorial Síntesis S.A. Madrid, España. 1995

- MAZO, Adriana, MARTÍN, Patricia y SINAI, José. Desempeño neuropsicológico y SPECT en depresión mayor. Revista colombiana de Psiquiatría. Volumen 28 #3 pg 189-204. Septiembre de 1999.

- MONTERO, Ignacio y LEON, Orfelio. Diseño de Investigaciones. McGraw- Hill. España. 1993

- PINEDA, David y ARDILA Alfredo. Neuropsicología, evaluación clínica y psicométrica. Prensa Activa. Colombia. 1991

- PUENTE, Aníbal. Cognición y Aprendizaje: fundamentos psicológicos. Ediciones Pirámide. España. 1998.

- SANZ, Maria Luisa. Psicología mente y conducta. Biblioteca de psicología. España. 1998.

- SALAMA, Héctor. Gestalt de persona a persona. Centro Gestalt de México. 1996

- SOHLBERG, MATEER, C. Introduction to cognitive rehabilitation. 1989.

- SERNA, A; ESCOBAR, H. Técnicas de recolección de información. ICFES – Universidad de Antioquia. 1992.

- SLAIKEU, Karl A. Intervención en crisis. Editorial Manual Moderno. México. 1988

- THURSTONE, L. L. y YELA, M. Manual del Test de Percepción de Diferencias (Caras). TEA Ediciones S.A. Madrid (España). 1992

- URIBE, Humberto y GIRALDO RAMÍREZ Jorge. Trauma Raquimedular. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. 1999

ANEXO # 1

ENTREVISTA INICIAL AL PACIENTE

1. DATOS PERSONALES:

NOMBRE:	PREFERENCIA MANUAL:
GENERO:	TELEFONO:
FECHA DE NACIMIENTO:	DIRECCIÓN:
EDAD:	ESTADO CIVIL:
ESCOLARIDAD:	H.C:

2. ¿Estado actual y quejas fundamentales

3. ¿Sentimientos y pensamientos más relevantes

4. ¿Antecedentes personales

5. ¿Estructura familiar y sentimientos frente a ellos

ANEXO # 3

TABLA PARA REGISTRO DE INDICADORES DE CRISIS PSICOLÓGICA.

INDICADOR	PUNTAJE	PRE	POST
Cansancio y agotamiento	1		
Sentimiento de desamparo.	1		
Confusión	2		
Estrés y ansiedad	2		
Hostilidad, agresividad	1		
Irritabilidad	2		
Depresión	2		
Ambivalencia	1		
Incapacidad para tomar decisiones	2		
Sentimiento de culpa	1		
Negación	2		
Retraimiento	1		
TOTAL	18		

ANEXO # 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santiago de Cali, (Fecha) del 2001

Hospital Universitario Del Valle

Por medio de la presente autorizo a la Psicóloga Practicante Marcela Tascón Gutiérrez, estudiante de la Pontificia Universidad Javeriana (Cali), para que utilice la información recolectada con el paciente _____ con fines investigativos.

El acuerdo implica que la información será manejada de manera anónima y estrictamente confidencial, como también implica que los procedimientos utilizados durante la investigación, no causarán ningún tipo de perjuicio al paciente, sino por el contrario , se buscará promover su bienestar.

Firma

ANEXO # 5 : STROOP TEST

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA _____

PRIMERA PARTE BLANCO Y NEGRO CARTA A (LECTURA)

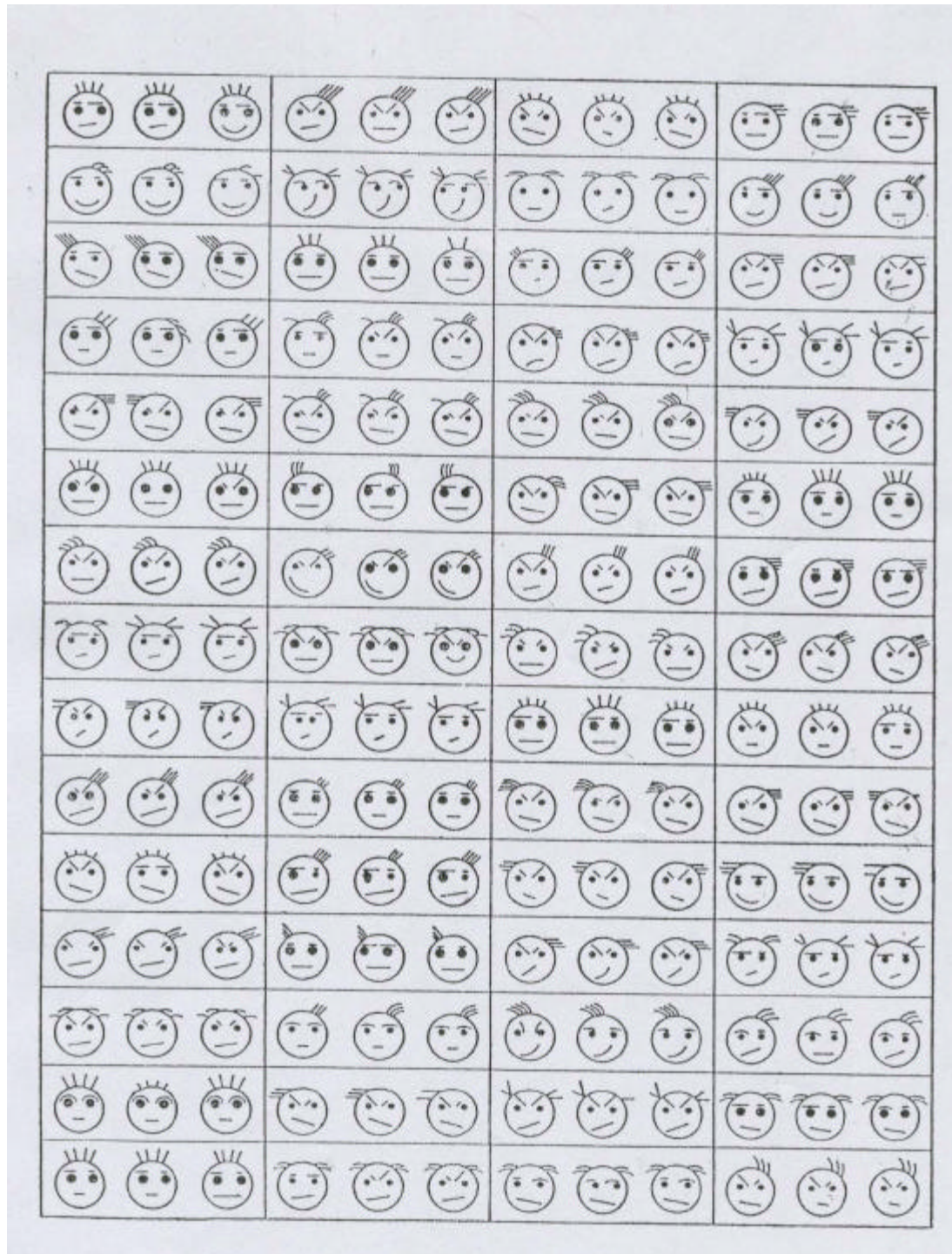
	Rta		Rta		Rta		Rta		Rta
1. ROJO		21. AZUL		41. VERDE		61. ROJO		81. AZUL	
2. VERDE		22. VERDE		42. ROJO		62. AZUL		82. VERDE	
3. AZUL		23. ROJO		43. AZUL		63. VERDE		83. ROJO	
4. VERDE		24. AZUL		44. ROJO		64. ROJO		84. AZUL	
5. ROJO		25. ROJO		45. VERDE		65. AZUL		85. VERDE	
6. AZUL		26. VERDE		46. AZUL		66. VERDE		86. ROJO	
7. ROJO		27. AZUL		47. VERDE		67. AZUL		87. VERDE	
8. AZUL		28. VERDE		48. ROJO		68. VERDE		88. ROJO	
9. VERDE		29. ROJO		49. AZUL		69. ROJO		89. AZUL	
10. AZUL		30. VERDE		50. VERDE		70. AZUL		90. VERDE	
11. VERDE		31. ROJO		51. AZUL		71. ROJO		91. ROJO	
12. ROJO		32. AZUL		52. ROJO		72. VERDE		92. AZUL	
13. VERDE		33. ROJO		53. AZUL		73. ROJO		93. VERDE	
14. AZUL		34. AZUL		54. ROJO		74. VERDE		94. ROJO	
15. ROJO		35. VERDE		55. VERDE		75. AZUL		95. AZUL	
16. AZUL		36. AZUL		56. ROJO		76. VERDE		96. ROJO	
17. ROJO		37. VERDE		57. AZUL		77. ROJO		97. VERDE	
18. VERDE		38. ROJO		58. VERDE		78. AZUL		98. AZUL	
19. ROJO		39. AZUL		59. ROJO		79. VERDE		99. ROJO	
20. VERDE		40. ROJO		60. VERDE		80. AZUL		100. VERDE	
Tiempo		Perseveraciones							
Total		Intrusiones							
Palabras									

SEGUNDA PARTE COLOR CARTAS B (DENOMINAR) CARTA C (IDENTIFICAR)

	B	C		B	C		B	C		B	C			
1. AZUL			21. ROJO			41. AZUL			61. VERDE			81. ROJO		
2. ROJO			22. AZUL			42. VERDE			62. ROJO			82. AZUL		
3. VERDE			23. VERDE			43. ROJO			63. AZUL			83. VERDE		
4. AZUL			24. ROJO			44. AZUL			64. VERDE			84. ROJO		
5. VERDE			25. VERDE			45. ROJO			65. ROJO			85. AZUL		
6. ROJO			26. AZUL			46. VERDE			66. AZUL			86. VERDE		
7. VERDE			27. VERDE			47. ROJO			67. VERDE			87. ROJO		
8. ROJO			28. ROJO			48. AZUL			68. ROJO			88. AZUL		
9. AZUL			29. AZUL			49. VERDE			69. AZUL			89. VERDE		
10. ROJO			30. ROJO			50. ROJO			70. VERDE			90. AZUL		
11. AZUL			31. AZUL			51. VERDE			71. AZUL			91. VERDE		
12. VERDE			32. VERDE			52. AZUL			72. ROJO			92. ROJO		
13. ROJO			33. AZUL			53. ROJO			73. AZUL			93. AZUL		
14. VERDE			34. VERDE			54. VERDE			74. ROJO			94. VERDE		
15. AZUL			35. ROJO			55. AZUL			75. VERDE			95. ROJO		
16. VERDE			36. VERDE			56. VERDE			76. AZUL			96. AZUL		
17. AZUL			37. ROJO			57. ROJO			77. VERDE			97. ROJO		
18. ROJO			38. AZUL			58. AZUL			78. ROJO			98. VERDE		
19. VERDE			39. ROJO			59. VERDE			79. AZUL			99. AZUL		
20. AZUL			40. VERDE			60. AZUL			80. ROJO			100. ROJO		
Tiempo														
Total Palabras														
Perseveraciones														
Intrusiones														
Interferencia														

ANEXO # 6 :

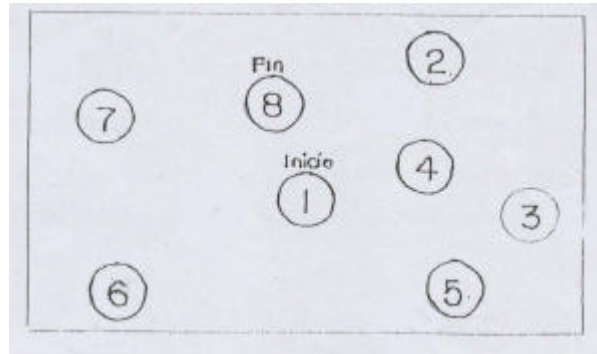
TEST DE PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS



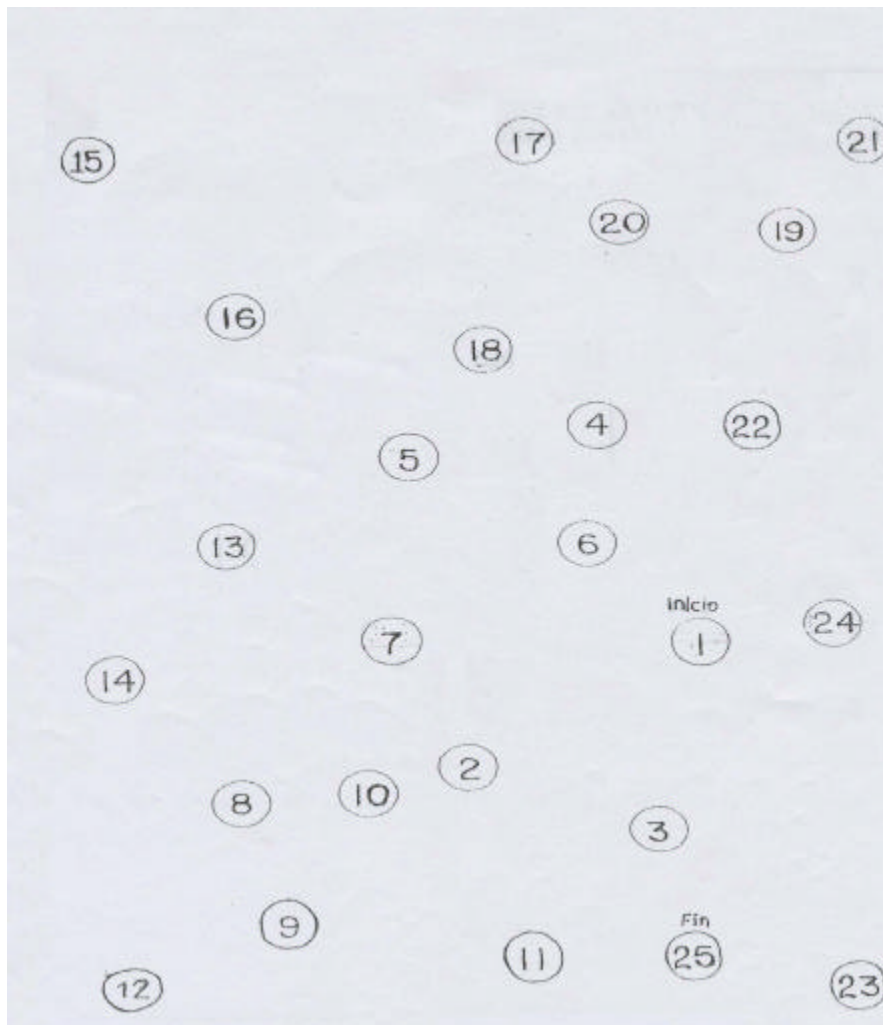
ANEXO # 7 : TMT FORMA A

LADO UNO

EJEMPLO



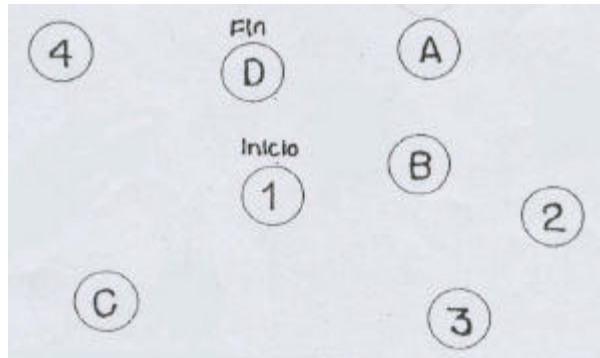
LADO DOS



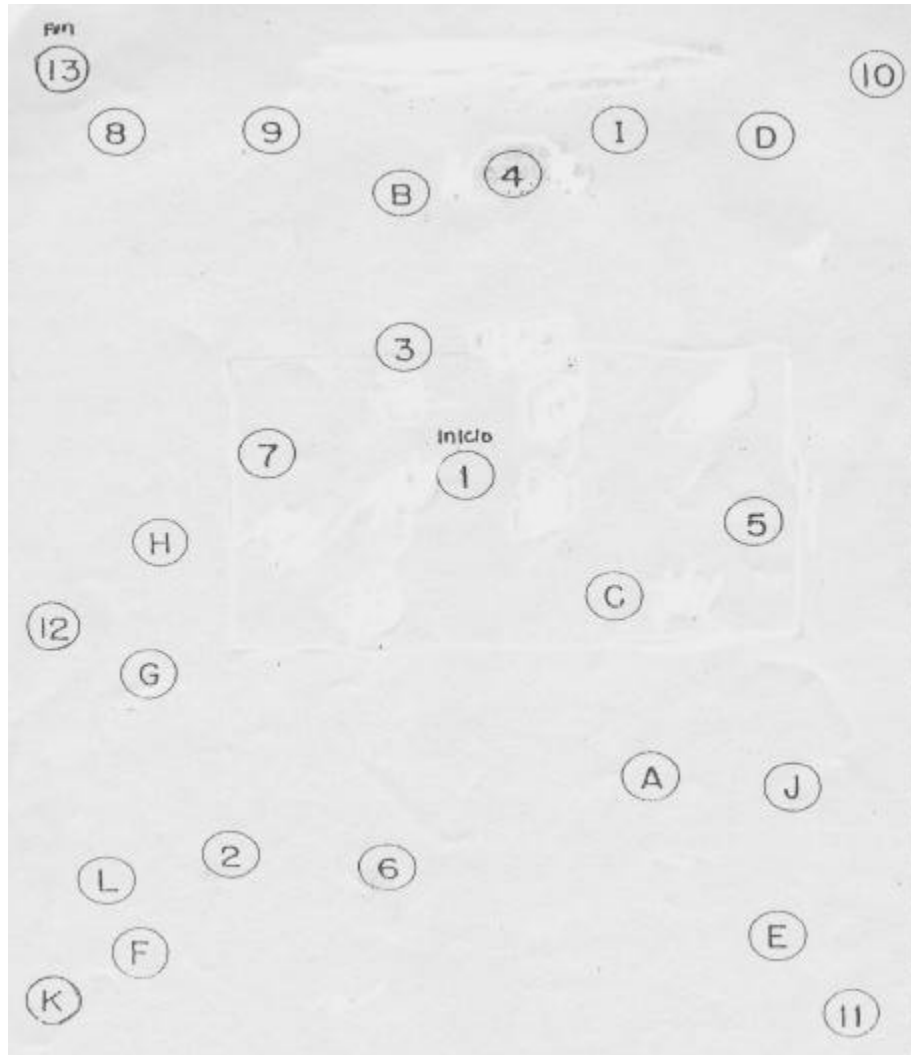
ANEXO # 8 : TMT B

LADO UNO

EJEMPLO



LADO DOS



1	2	3	4	5	6	7	8	9
-	λ	<	+	□	⊥	⊥	○	×

5	8	2	1	3	7	4	1	6	7	3	2	4	1	3	6	5

4	7	5	2	4	3	8	1	9	6	3	8	2	6	1	9	5

9	1	4	7	5	1	6	3	8	2	9	3	7	2	4	8	6

7	9	2	1	4	8	3	6	5	9	7	2	8	5	1	9	7