

# INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL PACIENTE TETANICO

## ABSTRACT

In the case of the affected of tetanus, the revision of the cases cited in the scientific literature show that the habitual medical treatment, does not care about psychological aspects, that are of major importance in the whole process of this pathology, as know.

The possibility of perform an adequate psychological intervention with very good results, depends on the affection stage of the tetanus patient, optimum results are obtained on stages I and II. No so good results are obtained on stages III and IV, since there patients are under the effect of a generalized powerful sedative.

Psychology, more specifically, the psychology of the health, accentuates the development and integration of knowledge and techniques of the behaviour sciences with the objective of understanding, treating and rehabilitating the disease as well as promoting, identifying and maintaining the health.

Therefore, the current trend is an interdisciplinary approach to the treatment of this disease.

## KEY WORDS

Tetanus, stage, interdisciplinary.

## RESUMEN

En el caso del enfermo con tétanos, la revisión de los casos apatados en la literatura científica muestran que el tratamiento médico habitual, no se ocupa de los aspectos psicológicos, que como se sabe son de gran importancia en todo el proceso de esta patología.

La posibilidad de realizar una adecuada intervención psicológica con óptimos resultados, va a depender de grado de situación tetánica en que se encuentre el paciente, siendo óptimos los grados I y II. Puesto que en el III y en el IV el paciente se encuentra bajo efectos de una sedación potente y generalizada.

La psicología, más específicamente la psicología de la salud, acentúa el desarrollo e integración de conocimientos y técnicas de las ciencias conductuales con el objetivo de comprender, tratar y rehabilitar la enfermedad además de promover, identificar y mantener la salud.

Por tanto, se tiende actualmente hacia un acercamiento interdisciplinar en el tratamiento de esta enfermedad.

## PALABRAS CLAVE

Tétanos, grados, interdisciplinar.

Felipe Hurtado Murillo\*  
Juan Manuel Rodríguez Martín\*  
Rafael Montero Benzo\*\*

## I. INTRODUCCION

**E**L tétanos es una enfermedad infecciosa aguda, grave, de declaración obligatoria en España a partir de 1982. (Rizo, 1987), no contagiosa, determinada por la toxina del bacilo tetánico (*Clostridium tetani*), producida por éste a través de una herida. Aunque últimamente se ha puesto de manifiesto el llamado tétanos idiopático, en el que no se evidencia la puerta de entrada (Montero, 1972; Garcés, 1989; Sánchez, 1989).

La toxina tetánica está formada por tres componentes (Rakel, 1985):

1. Tetanospasmina, de acción neurotóxica y desencadenante de las convulsiones.
2. Neurotoxina, de acción no convulsionante.
3. Tetanolisina, de efecto hemolítico y probablemente cardiotoxica.

La toxina llega al sistema nervioso por vía intraxonal o por vía hemática. En la placa terminal motora muscular la tetanospasmina inhibe la liberación de acetilcolina y en consecuencia la transmisión neuromuscular. En la médula espinal altera la función de las neuronas internunciales inhibitoras postsinápticas, dando como resultado una clara sobre-facilitación (tetania). Finalmente, en el cerebro hay fijación

\* Licenciado en Psicología-Grupo de Estudio y Prevención de la Arterioesclerosis. Hospital «La Fe».

\*\* Doctor en Medicina y Cirugía-Jefe del Departamento de Anestesia y Reanimación. Hospital «La Fe».



de la toxina por gangliósidos, lo cual puede ser la causa de las convulsiones en la enfermedad.

La enfermedad puede presentarse de tres formas (Farreras y Rozman, 1980):

El tétanos local, caracterizado por contracción sostenida de músculos en el área anatómica de la lesión.

El tétanos cefálico produce disfunción de los pares craneales, siendo más común el compromiso del séptimo par.

El tétanos generalizado es el más común y se presenta generalmente como un trismo.

La incidencia de tétanos en nuestro medio es muy elevada, lo que ha permitido recopilar una notable recopilación estadística en los últimos 10 años de trabajo, en nuestro Servicio de Reanimación Central del Hospital «La Fe».

### 1.1. Criterios de clasificación

(Montero, 1972):

Grado I: Trismus, disfagia, rigidez, no convulsión, no problemas respiratorios.

Grado II: Los síntomas del grado I más convulsiones, problemas respiratorios, aún es compatible con la respiración espontánea.

Grado III: Todos los síntomas anteriores más problemas respiratorios que hacen incompatible la respiración espontánea.

Grado IV: Los anteriormente citados más alteraciones neurovegetativas.

### 1.2. Cuadro clínico

Se caracteriza por la presencia de contracciones musculares, permanentes o paroxísticas. Que van desde el síndrome muscular hasta el general.

A) *Síndrome muscular*: Este va desde la aparición del trismo hasta la invasión de los músculos de la nuca y dorso que lleva al paciente a la posición de opistótonos. Después de esta rigidez muscular permanente, constituyen otras manifestaciones capitales del tétanos los paroxismos convulsivos, muy dolorosos y breves que se presentan bruscamente, a consecuencia de la hiperexcitabilidad refleja, desencadenados por estímulos externos mínimos (luz, examen médico, manejo del enfermo) o por estímulos internos (producidos por el propio paciente: tos, deglución, cogniciones). El cuadro puede llevar al enfermo a la muerte por paro cardíaco anóxico, secundario, a una apnea prolongada, o un espasmo glótico.

B) *Síndrome general*: Hay hipertermia, deshidratación global, dificultad para la alimentación y signos neuropsíquicos como: angustia, insomnio, pánico, sensación de muerte, desamparo, estado depresivo, aislamiento sensorial; permaneciendo la psique intacta (Farreras y Rozman, 1980; Raurich, 1989).

## II. INTERVENCION PSICOLOGICA

La psicología, más específicamente la psicología de la salud acentúa el desarrollo e integración de conocimientos y técnicas de las ciencias conductuales con el objetivo de comprender, tratar y rehabilitar la enfermedad además de promover, identificar y mantener la salud (Birk, 1973; Blanchard, 1977; Ribes, 1991).

Históricamente el tratamiento y prevención de la enfermedad se ha venido considerando incumbencia exclusiva de la medicina. El que la reciente evidencia científica esté aconsejando la incorporación e integración de acercamientos conductuales en la práctica médica, no es un hecho fortuito. Por una parte, el modelo médico no ha podido explicar la naturaleza multifacética de la enfermedad. Por otra parte, en el caso del enfermo con tétanos, la revisión de los casos aportados en la literatura científica muestran que el tratamiento médico habitual no se ocupa de los aspectos psicológicos, que como se sabe son de gran importancia en todo el proceso de esta patología. Por tanto, se tiende actualmente hacia un acercamiento interdisciplinar en el tratamiento de esta enfermedad.

### II.1. Objetivos

La posibilidad de realizar una adecuada intervención psicológica con óptimos resultados, va a depender de grado de situación tetánica en que se encuentre el paciente, siendo óptimos los grados I y II. Puesto que en el III y en el IV el paciente se encuentra bajo efectos de una sedación potente y generalizada.

#### A. EVALUACION

Entendida como la que se realiza inicialmente para valorar la situación del enfermo antes de aplicar la intervención más ajustada a sus necesidades psicológicas, como la que se aplica durante todo el proceso con el fin de valorar la eficacia del tratamiento psicológico (Fernández Ballesteros y Carroble, 1987).

#### A.1. Material y método

La muestra consta de 125 pacientes afectados de tétanos y tratados en el Servicio de Reanimación Central del Hospital «La Fe» de Valencia en los últimos 10 años.

Se han analizado la posible influencia de distintos factores como edad, sexo, grado de gravedad, tiempo de incubación, tiempo de invasión, puerta de entrada, presencia o no de signos clínicos como trismo, convulsiones, necesidad de asistencia ventilatoria, hipertermia, síndrome vegetativo y otras complicaciones, sobre la mortalidad hallada (Montero Benzo, Fontestad y Santatecla, 1983).

El factor de interés psicológico evaluado ha sido el *Ambiente*; evaluar por un lado el ambiente físico en el que se encuentra el paciente, habitualmente ubicado en una unidad de anestesia y reanimación, donde va a recibir unos cuidados médicos muy especializados y donde se va a encontrar en una situación de privación estimular. Todo ello se realiza con métodos objetivos de observación directa y con entrevista al personal sanitario. Por otro lado, hay que evaluar las redes de apoyo social que tiene el sujeto, haciendo una entrevista al propio paciente y a la familia y allegados.

*Sujeto*: entrevista personal, cuestionarios (personalidad, ansiedad, depresión, estrategias de afrontamiento, locus de control), registros psicofisiológicos, datos biomédicos de interés.

#### B. TRATAMIENTO

En función de los datos recogidos en la evaluación, se ajusta el tratamiento del paciente, aplicando paquetes terapéuticos ajustados a sus necesidades. También se hace necesario debido a la hipersensibilidad que presentan estos pacientes, realizar una adecuada planificación ambiental, para eliminar o reducir al máximo los estímulos que son capaces de desencadenar una crisis.

En líneas generales, suelen presentar problemas en tres sistemas susceptibles de tratamiento psicológico: esqueleto-muscular, respiratorio y cognitivo.

1. *Esqueleto-muscular*: se hace necesario enseñar técnicas de relajación muscular profunda, que ayuden al paciente a superar las rigideces y contracciones a las que le somete su enfermedad. Del nivel de éxito de este tratamiento dependerá la cantidad de fármacos a administrar.

2. *Respiratorio*: igualmente se hace necesario un entrenamiento en técnicas de respiración profunda, que mejoren la ventilación.

3. *Cognitivo*: esta enfermedad produce desajustes emocionales que se traducen en desórdenes psicofisiológicos (insomnio) y desórdenes neuróticos (miedos, sentimientos negativos, expectativas desajustadas, atribuciones erróneas, déficits en la comunicación). Debido a ello y en función del desajuste que manifieste cada paciente se deben de aplicar las técnicas de tratamiento psicológico (cognitivo-conductuales).

## III. BIBLIOGRAFIA

- BIRK, L. (ed.) (1973): *Biofeedback behavioral medicine*. Grune y Straton.
- BLANCHARD, E. B. (1977): «Behavioral medicine: a perspective». En R. Williams y W. Gentry (eds.). *Behavioral approaches to medical treatment*. Ballinger.
- FARRERAS, P.; ROZMAN, C. (1980): «Enfermedades infecciosas: Tétanos». *Medicina interna*. Marín. Barcelona.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; CARROBLES, J. A. I. (1987): «Evaluación conductual». Pirámide. Madrid.
- GARCÉS, J. M. (1989): «Complicaciones infecciosas del sistema nervioso central en adictos a drogas por vía parenteral». *Arch. Neurol. Biol.* 52: 149-154.
- MONTERO, R.; GARCÍA, E.; ALEPUZ, R. (1972): «Actitud terapéutica de la reanimación en el tétanos grave». *Med. Española* 68: 226-235.
- MONTERO, R.; FONTESTAD, A.; SANTATECLA, V. (1983): «Nuestra experiencia en la reanimación del tétanos. A propósito de 125 casos». *Revista española de anestesiología y reanimación* 5: 196-203.
- RAKEL, R. E. (dir.): «Enfermedades infecciosas: tétanos. Con terapéutica». *Médica panamericana*. Madrid.
- RAURICH, J. M. (1989): «Necesidades energéticas en el enfermo tetánico». *Medicina intensiva* 13: 322-324.
- RIBES, E. (1990): *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Martínez Roca. Barcelona.
- RIZO, A. (1987): «Atención de enfermería ante la reanimación de un paciente tetánico». *Primer congreso nacional de enfermería de anestesia-reanimación en Valencia*, págs. 81-90.
- SANCHEZ, B. (1989): «Tétanos en adictos a drogas por vía parenteral». *An. Med. Interna* 6: 448-488.