



GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: MEDICINA PARA LA MÉDULA ESPINAL

Atención de trastornos de salud mental, trastornos por consumo de sustancias y suicidio en adultos con lesiones de la médula espinal

Guía de práctica clínica para proveedores de atención médica



**Paralyzed Veterans
of America**



GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: MEDICINA PARA LA MÉDULA ESPINAL

Atención de trastornos de salud mental, trastornos por consumo de sustancias y suicidio en adultos con lesiones de la médula espinal

Guía de práctica clínica para proveedores de atención médica

Financiado y administrado por Veteranos Paralizados de América

©Copyright 2020, Paralyzed Veterans of America

Esta guía se ha elaborado según la información científica y profesional que estaba a disposición en 2019. Los usuarios deben revisar periódicamente este material para cerciorarse de que las recomendaciones que aquí se ofrecen sean coherentes con la práctica clínica razonable y vigente. Los sitios web que se indican en este documento estaban actualizados al momento de su publicación; sin embargo, debido a que las direcciones web y la información que contienen cambian con frecuencia, se recomienda al lector que se mantenga al día con la información más reciente.

Consortio para la Medicina de la Médula Espinal

Organizaciones afiliadas y representantes del comité directivo
Thomas Bryce, MD
Presidente

Academy of Spinal Cord Injury Professionals Nurses Section
(Academia de Profesionales de Lesiones de la Médula Espinal; Sección de Enfermería)
Lisa A. Beck, MS, APRN, CNS, CRRN

Academy of Spinal Cord Injury Professionals Psychologists Social Workers and Counselors Section
(Academia de Profesionales de Lesiones de la Médula Espinal; Sección de Psicólogos, Trabajadores Sociales y Consejeros)
Charles H. Bombardier, PhD

Academy of Spinal Cord Injury Professionals Physicians Section
(Academia de Profesionales de Lesiones de la Médula Espinal; Sección de Médicos)
Mary Ann Richmond, MD, DVM, MS

American Academy of Neurology
(Academia Estadounidense de Neurología)
Peter Gorman, MD, FAAN

Academy of Orthopedic Surgeons
(Academia Estadounidense de Traumatólogos y Cirujanos Ortopédicos)
E. Byron Marsolais, MD, PhD

American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation
(Academia Estadounidense de Medicina Física y Rehabilitación)
David Chen, MD

American Association of Neurological Surgeons
(Asociación Estadounidense de Neurocirujanos)
Gregory Hawryluk, MD, PhD, FRCSC

American College of Emergency Physicians
(Colegio Estadounidense de Médicos de Emergencias)
William C. Dalseg, MD, FACEP

American Congress of Rehabilitation Medicine
(Congreso Estadounidense de Medicina de Rehabilitación)
Casey Azuero, PhD

American Occupational Therapy Association
(Asociación Estadounidense de Terapia Ocupacional)
Theresa Gregorio-Torres, OTR, MA, ATP

American Physical Therapy Association
(Asociación Estadounidense de Fisioterapia)
Rachel Tappan, PT, DPT

American Psychological Association Division 22
(Asociación Estadounidense de Psicología, División 22)
Charles H. Bombardier, PhD

American Spinal Injury Association
(Asociación Americana de Lesión Medular)
Gregory Nemunaitis, MD

Association of Academic Physiatrists
(Asociación de Fisiatras Académicos)
William O. McKinley, MD

Association of Rehabilitation Nurses
(Asociación de Enfermeros Rehabilitadores)
Donna Williams, MSN, RN, CRRN

Congress of Neurological Surgeons
(Congreso de Neurocirujanos)
Paul C. McCormick, MD

Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos
Stephen Burns, MD

Fundación de Christopher y Dana Reeve
Bernadette Mauro

Insurance Rehabilitation Study Group
(Grupo de Estudio de Aseguradoras para Programas de Rehabilitación)
Debra Mayo, RN, BS, CCM

International Spinal Cord Society
(Sociedad Internacional de la Médula Espinal)
Denise G. Tate, PhD, ABPP

PRAXIS
Colleen O'Connell, MD, FRCSC

Society of Critical Care Medicine
(Sociedad de Medicina Intensiva)
Pauline K. Park, MD, FCCM

United Spinal Association
(Asociación para Personas con Trastornos y Lesiones de la Médula Espinal)
Jane Wierbicky, RN

Veteranos Paralizados de América
Stephen Yerkovich, MD

Índice

Prefacio	ii
Prólogo	iii
Reconocimientos	iv
Integrantes del panel	v
Revisores expertos	vi
Abreviaturas	vii
Clasificación de las recomendaciones	1
Resumen de las recomendaciones	2
Introducción	7
Consorcio para la Medicina de la Médula Espinal	8
Metodología	9
Recomendaciones y justificaciones	13
Detección, evaluación y tratamiento	13
Trastornos de ansiedad	15
Trastorno depresivo mayor (TDM)	21
Trastornos por consumo de sustancias	28
Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno de estrés agudo (TEA)	34
Suicidio	41
Futuras investigaciones	48
Referencias	50
Anexo 1: Instrumentos de detección de trastornos por consumo de sustancias	65
Anexo 2: Instrumentos de detección del TEPT	66
Anexo 3: Instrumentos de detección de la depresión	68
Anexo 4: Instrumentos de detección del trastorno de ansiedad	69
Anexo 5: Instrumentos de detección del riesgo de suicidio	70
Anexo 6: Declaración del panel sobre conflictos de intereses	71
Anexo A: Estrategias de búsqueda	74
Anexo B: Estudios incluidos	74
Anexo C: Estudios excluidos	82
Anexo D: Cuadros de evidencia	116

Prefacio

El suicidio es al menos tres veces más frecuente en personas con lesiones medulares (LME) que en personas sin estas, y la incidencia de la ansiedad y del trastorno de estrés postraumático (TEPT) es al menos el doble. Asimismo, el consumo de sustancias es considerablemente más frecuente. Sin embargo, a pesar de que las personas con LME por lo general tienen contacto con profesionales de la salud, estos trastornos mentales a menudo no se reconocen y, por tanto, no se abordan de forma óptima, quizás debido a las otras deficiencias de salud física más evidentes causadas por la LME y al estigma que acompaña a los trastornos de salud mental.

Esta guía de práctica clínica (GPC), que lleva más de 15 años en elaboración, debería haberse formulado hace tiempo. Sin embargo, afortunadamente, durante este tiempo se ha avanzado en el reconocimiento de la magnitud del problema y se han empezado a evaluar los posibles tratamientos. Esta guía de práctica clínica se ha elaborado rigurosamente con la idea de aportar elementos que puedan implementarse para mejorar el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos de salud mental, específicamente la depresión y la ansiedad, el TEPT, los trastornos por consumo de sustancias y la prevención del suicidio. Se espera que este importante trabajo, de índole práctica, proporcione información a los clínicos sobre el alcance de los problemas y cree conciencia sobre la existencia de los medios para diagnosticar y tratar con precisión estos trastornos.

En la elaboración y revisión externa de esta guía de práctica clínica hemos tenido la suerte de contar con la representación de todas las partes interesadas, incluidos todos los subespecialistas en cuyo trabajo

influyen estas recomendaciones: desde expertos en psiquiatría y psicología hasta profesionales de la rehabilitación. Esperamos que esta amplia representación se traduzca en una práctica de calidad uniformizada a través del uso generalizado de este recurso para guiar la detección y el tratamiento de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias en todos los entornos, lo que ciertamente redundará en el mejoramiento de los desenlaces y en una menor morbilidad y mortalidad de quienes viven con una lesión medular.

En nombre del comité directivo del Consorcio, deseo reconocer en primer lugar el liderazgo del doctor Charles Bombardier quien en su función de presidente ha guiado con paso firme a este panel en lo que por momentos pareció un proceso interminable de desarrollo de esta guía a lo largo de diez años. A continuación deseo reconocer la labor de los propios integrantes del panel por su capacidad de trabajo, incluso a pesar de que muchos se jubilaron a lo largo del proceso, así como a los numerosos revisores que aportaron valiosos comentarios en todos los ámbitos. Todos, incluido el presidente del panel, han ofrecido su tiempo para colaborar con la creación este magnífico documento. Asimismo, deseo agradecer el apoyo constante de Veteranos Paralizados de América, especialmente a su presidente David Zurfluh, al director ejecutivo Carl Blake y a la directora del Departamento de Investigación y Educación Cheryl Vines, así como al resto del equipo directivo, sin cuyo apoyo no existiría esta guía.

Thomas Bryce

Presidente

Consorcio para la Medicina de la Médula Espinal

Prólogo

Esta guía de práctica clínica (GPC) es producto de un largo período de gestación. Le debemos un enorme agradecimiento a aquellos que hace tiempo previeron y alimentaron la idea de una GPC psicosocial amplia que definiera y elevara los estándares de atención de las personas con lesiones de la médula espinal (LME). En marzo de 2003, Lester Butt, PhD, presentó una propuesta de cinco fases al Consorcio para la Medicina de la Médula Espinal (en lo sucesivo “el Consorcio”) para elaborar una GPC psicosocial. La propuesta solicitaba la creación de un grupo de trabajo psicosocial dirigido por el doctor Butt y al que se unieron Helen Bosshart, LCSW, ACSW; Bob Sontag, MSW; Hugh Taylor, MSW; Pat Tracy, MSW; Chuck Bombardier, PhD; Scott Richards, PhD; y Dan Rohe, PhD. A efectos de la guía, Don Kewman, PhD, y Romel Mackelprang, DSW, fueron identificados como paladines del tema. El doctor Butt y sus colegas elaboraron un compendio de cuestiones psicosociales a partir de las cuales se elegirían los temas que conformarían la GPC. Seguidamente crearon dos encuestas paralelas para identificar los temas más importantes para incluir en la GPC desde la perspectiva de las personas con LME, así como de los médicos, psicólogos y trabajadores sociales especializados en LME. Los resultados de esa encuesta se agruparon en una propuesta de GPC que incorporaba las comorbilidades psicosociales (por ejemplo, el dolor, las adicciones, las lesiones cerebrales traumáticas, los diagnósticos enumerados en la 4.^a edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [DSM-IV]), la salud, el bienestar, la calidad de vida (por ejemplo, el afrontamiento, la sexualidad, la familia, el envejecimiento, el cumplimiento con el tratamiento), la reintegración en la comunidad, los enfoques de tratamiento psicosocial, el resumen e indicaciones para el futuro. El Consorcio reconoció que el contenido propuesto identificaba aspectos importantes de la atención psicosocial para las personas con LME; sin embargo, consideró que el carácter exhaustivo de la propuesta era demasiado ambicioso y, en consecuencia, poco práctico, dado el tiempo y los recursos disponibles. En 2005, el Consorcio buscó sin éxito el apoyo de los Centros para la Práctica Basada en la Evidencia (Evidence-based Practice Centers) de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, para realizar la revisión de la bibliografía y la clasificación de la evidencia para la GPC psicosocial. En 2008, Don Kewman, Lester Butt y yo nos

reunimos para analizar las posibles formas para seguir adelante. Durante esa reunión, decidimos adoptar el “modelo del queso suizo” e identificar ámbitos psicosociales más pequeños, factibles, pero todavía significativos, que podrían ser objeto de varias guías separadas. La sexualidad ya había sido seleccionada como tema independiente de la GPC. Finalmente, el grupo decidió centrar la segunda GPC psicosocial en los trastornos comunes del DSM-IV de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría que eran frecuentes en la LME: depresión, trastorno de ansiedad y estrés postraumático (TEPT), y consumo de sustancias. Pensamos que estas afecciones no solamente eran predominantes, sino también clínicamente importantes, estaban claramente definidas y eran objeto de considerables investigaciones que podrían servir como base para la atención y se beneficiarían de directrices para elevar y mejorar las pautas de atención actuales. Aproximadamente en 2010 asumí la dirección de la revisión de la guía de práctica clínica. El Consorcio aprobó la propuesta de una GPC más concisa, pero ya había otras guías nuevas y revisadas en proceso de elaboración, por lo que se aplazó la fecha de inicio. La Gran Recesión, los recursos limitados y las nuevas prioridades más urgentes retrasaron el inicio de esta GPC hasta 2016. Aun así, Veteranos Paralizados de América (PVA), así como los directores y los coordinadores de la guía de práctica clínica demostraron su temple al mantener a flote el programa de la GPC en tiempos difíciles y permanecer firmes en su compromiso de llevar esta guía a buen puerto.

Estoy profundamente agradecido con PVA por su apoyo financiero e institucional, y en especial al personal de PVA que ha guiado y facilitado el desarrollo de esta guía a lo largo de los años: Kim Nalle, Lana McKenzie, Christina Arenas, Caryn Cohen, Kera Lawson, Rita Obi y Cheryl Vines, así como el consultor de PVA, J. Paul Thomas. Los presidentes del Consorcio, Larry Vogel y Tom Bryce, han sido partidarios enérgicos de la investigación psicosocial y de esta guía de práctica clínica. El equipo de metodología del Centro de Prácticas Clínicas Basadas en la Evidencia del Noroeste Pacífico de la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón, dirigido por Shelly Selph, MD, MPH, junto con Jessica Griffin, MS, y Ryan C. Stoner, PhD, produjo una excelente revisión sistemática de la bibliografía y respondió los comentarios y solicitudes adicionales

de manera muy profesional y colaborativa. Asimismo, agradezco las directrices del Departamento de Asuntos de los Veteranos y del Departamento de Defensa sobre el tratamiento de la depresión, los trastornos por consumo de sustancias, el consumo de tabaco, el TEPT, el trastorno por estrés agudo y la gestión del suicidio, que hemos citado ampliamente en este trabajo. Estas y otras directrices han constituido la base de muchas de las recomendaciones que hemos proporcionado en los casos en los que no existía suficiente información pertinente para las personas con LME.

Además, quiero reconocer al menos a algunos de los investigadores pioneros que adoptaron un enfoque empírico para comprender los aspectos psicosociales de la LME: Fiona Judd, Roberta Trieschmann, J. Scott Richards, Robert Frank, Timothy Elliott, Ashley Craig, Paul Kennedy, James Krause, Bryan Kemp y Denise

Tate. Estas personas y sus colegas modelaron los enfoques basados en la evidencia y crearon desde el principio una base de apoyo empírico sobre la cual fundamentar las prácticas de evaluación y tratamiento, y me inspiraron a mí y a la siguiente generación de investigadores psicosociales para continuar erigiendo sobre los cimientos de todo lo que descubrieron. Ninguna guía de práctica clínica ofrece respuestas definitivas; por lo que esperamos que esta GPC nos oriente por ahora hacia una pauta de atención más elevada que con el tiempo se modificará, se actualizará y se sustituirá con mejor información, métodos más efectivos y estándares de atención mejorados. Esto es lo que merecen de nuestra parte las personas que viven con LME.

*Charles H. Bombardier, PhD
Presidente del panel*

Reconocimientos

Veteranos Paralizados de América se enorgullece de patrocinar la elaboración y la difusión de las guías de práctica clínica para lesiones de la médula espinal. Desde hace más de 25 años nos hemos asociado con el Consorcio en una misión compartida para mejorar la salud de las personas con lesiones medulares. En la actualidad, cientos de miles de médicos y otros profesionales de la medicina que proporcionan atención a las personas que viven con lesiones medulares utilizan ejemplares de estas guías en todo el mundo, a todo nivel, desde el departamento de emergencias hasta los cuidados intensivos, la rehabilitación y los servicios comunitarios.

Agradecemos al doctor Bombardier por su liderazgo y perseverancia para llevar a la práctica esta nueva guía. También deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a cada uno de los integrantes del panel, quienes trabajaron incansablemente, sin recibir remuneración alguna, para sacar adelante este proyecto. El doctor Thomas Bryce y los integrantes del Consorcio para la Medicina de la Médula Espinal han aportado su visión, liderazgo y apoyo para culminar esta y muchas otras guías de práctica clínica. Su esfuerzo y el de los revisores especializados garantizan la alta calidad de las recomendaciones.

Como ocurre con los proyectos de esta magnitud, fueron muchos quienes participaron en el proceso. Nuestro sincero agradecimiento a la doctora Shelly Selph y a su equipo del Centro de Prácticas Clínicas Basadas en la Evidencia del Noroeste Pacífico de la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón, quienes llevaron a cabo la revisión bibliográfica y la metodología de esta guía.

Casi todos los departamentos de Veteranos Paralizados de América contribuyeron con la elaboración de esta guía. Deseamos dedicar un agradecimiento especial a nuestros diseñadores gráficos Jonathan Franklin y Kevin Johnson.

Por último, queremos enfatizar que solo mediante el apoyo fundamental e impulsados por la misión que comparten Veteranos Paralizados de América, nuestros dirigentes e integrantes, podemos prestar estos servicios. Expresamos nuestro sincero agradecimiento por el apoyo que nos brindaron el presidente de Veteranos Paralizados de América, David Zurfluh, el expresidente Al Kovach, el director ejecutivo Carl Blake y el director ejecutivo adjunto Shaun Castle.

Integrantes del panel

Casey B. Azuero, PhD, MPH

Profesora adjunta
Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
Universidad de Alabama en Birmingham
Birmingham, AL

Charles H. Bombardier, PhD, ABPP, presidente del panel

Profesor
Departamento de Medicina de Rehabilitación
Universidad de Washington
Seattle, WA

Jesse R. Fann, MD, MPH

Profesor
Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento
Profesor adjunto,
Departamento de Medicina de Rehabilitación
Profesor adjunto, Departamento de Epidemiología
Universidad de Washington
Seattle, WA

Donald D. Kautz, RN, PhD

Profesor asociado emérito
Escuela de Enfermería
Universidad de Carolina del Norte - Greensboro
Greensboro, NC

J. Scott Richards, PhD, ABPP

Profesor emérito
Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
Universidad de Alabama en Birmingham
Birmingham, AL

Sunil Sabharwal, MD

Jefe de lesiones de la médula espinal
Sistema de Salud de Boston del Departamento de Asuntos de los Veteranos
Profesor asociado de medicina física y rehabilitación
Facultad de Medicina de Harvard
Boston, MA

Revisores expertos

Academia de Profesionales de Lesiones de la Médula Espinal; Sección de Enfermería

Lisa Beck MS, APRN, CNS, CRRN
Mayo Clinic
Rochester, MN

Academia de Profesionales de Lesiones de la Médula Espinal; Sección de Médicos

M. Kristi Henzel, MD, PhD
Centro Médico del VA Louis Stokes
Centro de Lesiones y Trastornos de la Médula Espinal (SCI&D)
Cleveland, OH

Binnan Ong, DO
Centro Médico del VA Louis Stokes
Cleveland, OH

Academia de Profesionales de Lesiones de la Médula Espinal; Sección de Psicólogos, Trabajadores Sociales y Consejeros

Catherine Smith Wilson, PsyD.
ABPP
Denver, CO

Academia Estadounidense de Medicina Física y Rehabilitación

David Chen, MD
Laboratorio de Habilidades Shirley Ryan
Chicago, IL

Asociación Americana de Lesión Medular

Thomas M. Dixon, PhD ABPP
Centro Médico del VA Louis Stokes
Cleveland, OH

Angela M. Kuemmel, PhD, ABPP
Centro Médico del VA Louis Stokes
Cleveland, OH

Gregory Nemunaitis MD
Instituto de Rehabilitación
MetroHealth del Centro Médico de Ohio
Cleveland, OH

Asociación Estadounidense de Fisioterapia

Casey L. Holleran, MPY, DHS, NCS
Universidad de Washington
St. Louis, MO
Rachel Tappan, PT, DPT
Northwestern University
Chicago, IL

Asociación Estadounidense de Psicología, División 22

Lisa A. Brenner, PhD
Psicología de la rehabilitación
Centro Médico del VA de Denver
Denver, CO

Tiffany Meites, PhD, ABPP
Barrow Neurological Institute
Phoenix, AZ

Asociación Estadounidense de Terapia Ocupacional

Theresa Gregorio-Torres, MA, OTR, ATP
Hospital TIRR Memorial Hermann
Houston, TX

Congreso Estadounidense de Medicina de Rehabilitación

Heather Asthagiri, MD
Charlottesville, VA

Departamento de Asuntos de los Veteranos

Stephen Burns, MD
Centro Médico del VA de Puget Sound
Seattle, WA

Sarah Clay, PharmD
Centro Médico del VA Richard L. Roudebush
Indianápolis, IN

Karen Drexler, MD
Centro Médico del VA de Atlanta
Decatur, GA

Damon A. Gray, MD
Centro Médico del VA de Long Beach

Centro SCI&D
Long Beach, CA
Randi Lincoln, PhD
Centro Médico del VA de Puget Sound
Seattle, WA

Catherine A. Rotolo, LISW-S
Oficina de Salud Mental y Prevención del Suicidio
Washington, DC

Elizabeth A. Tammara BSN, RN, CRRN
Sistema de Salud de Boston del Departamento de Asuntos de los Veteranos
Boston, MA

Nicole Theriot, LCSW
Oficina de Salud Mental y Prevención del Suicidio
Washington, DC

Grupo de Estudio de Aseguradoras para Programas de Rehabilitación

Andrew Phillips, MD
Salt Lake City, UT

Revisores expertos invitados

Lester Butt, PhD, ABPP
Hospital Craig
Englewood, CO

Ashley Craig, PhD
St. Leonards, NSW, Australia

Sociedad Internacional de la Médula Espinal

Marcel Post, PhD
Utrecht, Países Bajos

Denise Tate, PhD, ABPP
Universidad de Michigan
Ann Arbor, MI

Abreviaturas

ABM: Atención basada en mediciones
AUDIT-C: Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol
BDI: Inventario de Depresión de Beck
C-SSRS: Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio
CAGE-AID: Cuestionario CAGE adaptado para incluir medicamentos
CDC HRQOL-14: Medida de calidad de vida en relación con la salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CRAFT: Enfoque de refuerzo comunitario y capacitación familiar
DD: Departamento de Defensa de Estados Unidos
DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.ª edición
DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5.ª edición
ECA: Estudio comparativo aleatorizado
FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos
FIM: Medida de Independencia Funcional
GAD-7: Escala del trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems
GPC: Guía de práctica clínica
GRADE: Calificación de las recomendaciones, la valoración, el desarrollo y la evaluación
HADS: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria
IRSN: Inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina
ISMAP: Integración de la salud mental en la atención primaria
ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina
LCT: Lesión cerebral traumática
LME: Lesión de la médula espinal, lesión(es) medular(es)
OAQM: Cuestionario de salud y estado de ánimo para adultos mayores
PHQ: Cuestionario de salud del paciente
PHQ-2: Cuestionario de salud del paciente-2 (de 2 ítems)
PHQ-4: Cuestionario de salud del paciente-4 (de 4 ítems)

PHQ-9: Cuestionario de salud del paciente-9 (de 9 ítems)
PROMIS: Sistema de información de medición de los desenlaces comunicados por el paciente
PVA: Veteranos Paralizados de América
QUIPS: Calidad en los estudios de pronóstico
SAMHSA: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias
SBIRT: Detección, intervención breve y remisión a tratamiento
SCI-QOL: Sistema de medición de calidad de vida del paciente con lesión medular
SCID DSM-III-R: Entrevista clínica estructurada para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3.ª edición, revisada
SCID DSM-IV: Entrevista clínica estructurada para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.ª edición
SF-36: Cuestionario de salud abreviado (de 36 ítems)
TAG: Trastorno de ansiedad generalizada
TAM: Consumo de tabaco, alcohol, medicamentos recetados y otras sustancias
TAM: Tratamiento asistido con medicamentos
TCC: Terapia cognitiva-conductual
TCS: Trastorno por consumo de sustancias
TDM: Trastorno depresivo mayor
TEA: Trastorno de estrés agudo
TEPT: Trastorno de estrés postraumático
TICS: Prueba de detección conjunta de dos ítems
TP: Trastorno de pánico
VA: Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos
VPN: Valor predictivo negativo
VPP: Valor predictivo positivo
Zung SDS: Escala de autoevaluación de la depresión de Zung

Trastornos que abarca esta guía

TA: Trastornos de ansiedad

- **TAG:** Trastorno de ansiedad generalizada
- **TP:** Trastorno de pánico

TCS: Trastorno por consumo de sustancias
TDM: Trastorno depresivo mayor
TEA: Trastorno de estrés agudo
Suicidio
TEPT: Trastorno de estrés postraumático

Clasificación de las recomendaciones

El objetivo general de esta guía es mejorar la atención de las personas con lesiones medulares y brindar orientación a los clínicos y a los responsables de la elaboración de políticas, mediante las recomendaciones presentadas, las cuales se basan en la evidencia disponible y, en los casos en los que esta es limitada, en la experiencia y el consenso del panel. Para clasificar la evidencia, el panel se fundamentó principalmente en investigaciones en las que el tema central de estudio era las lesiones de la médula espinal. Esta información se complementó con el uso de evidencia derivada de estudios clínicos, directrices y opiniones de expertos encontrada en la bibliografía científica de poblaciones

sin lesiones medulares.

En el caso individual de cada paciente, se pueden tomar mejores decisiones al tener en cuenta estas recomendaciones en combinación con el juicio clínico, basado este último en el conocimiento específico de los factores de riesgo de cada paciente, la posibilidad de que presenten efectos adversos y las opciones existentes en un mismo centro. Las clasificaciones que figuran entre paréntesis se refieren al nivel de evidencia científica, a la fuerza de la evidencia y al grado de consenso en el panel con respecto a las recomendaciones (cuadros 2 al 4).

Nomenclatura para la clasificación de la evidencia y la fuerza del consenso del panel

Cuadro 2. Nivel de evidencia científica	
Nivel	Descripción
I	Evidencia basada en estudios clínicos comparativos aleatorizados (o metanálisis de dichos estudios) de un tamaño adecuado para garantizar un bajo riesgo de incorporar resultados falsos, sean estos positivos o negativos.
II	Evidencia basada en estudios clínicos comparativos aleatorizados que son demasiado pequeños para proporcionar evidencias de nivel I. Podrían mostrar tendencias positivas que no son significativas estadísticamente o ninguna tendencia y están asociados con un alto riesgo de resultados negativos falsos.
III	Evidencia basada en estudios no aleatorizados, comparativos o de cohortes; series de casos; estudios de casos y controles; o estudios transversales.
IV	Evidencia basada en la opinión de autoridades reconocidas o de comités de expertos, según se indica en conferencias de consenso o en directrices publicadas.
V	Evidencia que expresa la opinión de las personas que han redactado y revisado esta guía, basándose en la experiencia, el conocimiento bibliográfico pertinente y en análisis efectuados con colegas.

Fuentes: Adaptado de Sackett DL. *Rules of evidence and clinical recommendation on the use of antithrombotic agents*. Chest. 1989 95 (supl. 2):2S-4S; 1 y U.S. Preventive Health Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2.^a Ed. Baltimore, MD: Williams y Wilkins; 1996.²

Cuadro 3. Categorías de la fuerza de la evidencia asociadas a las recomendaciones	
Categoría	Descripción
A	Recomendación respaldada por uno o más estudios nivel I.
B	Recomendación respaldada por uno o más estudios nivel II.
C	Recomendación respaldada por uno o más estudios nivel III, IV o V.

Cuadro 4. Niveles de consenso del panel en las recomendaciones	
Nivel	Puntuación de consenso promedio
Débil	1.0 a menos de 2.33
Moderado	2.33 a menos de 3.87
Fuerte	3.87 a 5.0

Resumen de las recomendaciones

RECOMENDACIONES TRANSVERSALES GENERALES

1. Detección, evaluación y tratamiento

1.1 Incorpore a los profesionales de la salud mental que tengan formación, capacitación y experiencia en lesiones medulares (LME), así como en salud mental general y trastornos por consumo de sustancias (TCS) en los programas integrales de rehabilitación de LME para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

1.2 Examine periódicamente a todas las personas con LME para detectar trastornos de salud mental, TCS y riesgo de suicidio como parte de la rehabilitación de los pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

1.3 Incluya los síntomas actuales y los antecedentes de la persona como parte del proceso de detección y evaluación de los trastornos de salud mental y los TCS.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

1.4 Remita a un profesional de la salud mental a las personas en quienes se identifique un trastorno de salud mental o un TCS para que reciban una evaluación diagnóstica e inicien un tratamiento, si es lo indicado.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

1.5 Involucre a las personas con un trastorno de salud mental o un TCS en la toma de decisiones compartidas para su tratamiento.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

1.6 Evalúe sistemáticamente las medidas de evolución válidas y estandarizadas para fundamentar la atención y ajustar el tratamiento (atención basada en mediciones [ABM]) para los trastornos de salud mental o los TCS.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

1.7 Remita a tratamiento de seguimiento y coordine la atención para el momento del alta o la transición a la siguiente fase de atención, si es lo indicado.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

TRASTORNOS SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO

2. Trastornos de ansiedad

2.1 Utilice un instrumento de medición breve y válido que tenga la sensibilidad adecuada para examinar a todos los pacientes en busca de trastornos de ansiedad generalizada y de pánico: (a) al principio de la hospitalización inicial o durante la estadía para rehabilitación; (b) como repetición del tamizaje si está indicado para evaluar la persistencia de los síntomas o un cambio de estado; (c) en el primer seguimiento posterior al alta; y (d) en momentos específicos en el futuro, en función de los factores de estratificación del riesgo, tales como resultados positivos previos en instrumentos de detección de ansiedad o antecedentes de trastornos psicológicos anteriores a la lesión.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

2.2 Remita a los pacientes que hayan tenido resultados positivos en las pruebas de detección o a los que se sospecha que padecen un trastorno de ansiedad a un profesional de la salud mental para que realice una evaluación diagnóstica con el fin de determinar la existencia de afecciones como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o el trastorno de pánico (TP). Descarte la posibilidad de que los síntomas se expliquen mejor por los efectos de la enfermedad, los medicamentos, el consumo de drogas, el entorno u otros factores.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

2.3 Para minimizar la ansiedad, apoye a los pacientes que presenten este cuadro con estrategias terapéuticas específicas y no específicas, proporcionadas por todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y otros) que interactúen con ellos.

Nivel IV	Fuerza C	Consenso fuerte
----------	----------	-----------------

2.4 Trate el TAG, el TP u otra ansiedad clínicamente significativa mediante intervenciones farmacológicas o no farmacológicas de acuerdo con las consideraciones clínicas destacadas y a las preferencias del paciente.

Nivel IV	Fuerza C	Consenso fuerte
----------	----------	-----------------

2.4.1 Considere el tratamiento farmacológico como opción para la ansiedad, si es lo indicado.

Nivel IV	Fuerza C	Consenso fuerte
----------	----------	-----------------

2.4.2 Considere el tratamiento no farmacológico como opción para la ansiedad.

Nivel IV	Fuerza C	Consenso fuerte
----------	----------	-----------------

3. Trastorno depresivo mayor (TDM)

3.1 Examine a todas las personas con LME para detectar la presencia de un trastorno depresivo mayor mediante un instrumento de medición breve y válido que tenga una sensibilidad y especificidad adecuadas: (a) al principio de la hospitalización inicial o durante la estadía para rehabilitación; (b) como repetición del tamizaje si está indicado para evaluar la persistencia de los síntomas o un cambio de estado; (c) en el primer seguimiento posterior al alta; y (d) al menos una vez al año o con mayor frecuencia, en función de los factores de estratificación del riesgo, tales como resultados positivos previos en instrumentos de detección y dolor crónico.

Nivel IV	Fuerza C	Consenso fuerte
----------	----------	-----------------

3.2 Remita a los pacientes que hayan tenido resultados positivos en las pruebas de detección o a los que se sospecha que padecen un trastorno depresivo a un profesional de la salud mental para que realice una evaluación diagnóstica.

Nivel IV	Fuerza C	Consenso fuerte
----------	----------	-----------------

3.3 Dele seguimiento a los resultados positivos de las pruebas de detección mediante una evaluación diagnóstica válida para confirmar afecciones como el trastorno depresivo mayor (TDM) o el trastorno de adaptación (incluida la persistencia suficiente de los síntomas y la interferencia con la rehabilitación o el funcionamiento) y descarte la posibilidad de que los síntomas se expliquen mejor a causa de los efectos de la afección médica, los medicamentos, el consumo de drogas, el entorno u otros factores.

Nivel IV	Fuerza C	Consenso fuerte
----------	----------	-----------------

3.4 Apoye a los pacientes que presenten un trastorno depresivo mayor mediante las aptitudes interpersonales no específicas y específicas de la depresión que emplean todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y otros) que interactúen con ellos.

Nivel IV	Fuerza C	Consenso fuerte
----------	----------	-----------------

3.5 Trate el trastorno depresivo mayor utilizando enfoques farmacológicos o no farmacológicos en función de la presentación clínica (por ejemplo, comorbilidades), la eficacia del tratamiento y las preferencias del paciente.

Nivel I	Fuerza A	Consenso fuerte
---------	----------	-----------------

3.5.1 Considere la farmacoterapia como opción para un trastorno depresivo mayor.

Nivel I	Fuerza A	Consenso fuerte
---------	----------	-----------------

3.5.2 Considere el tratamiento no farmacológico como opción para un trastorno depresivo mayor.

Nivel I	Fuerza A	Consenso fuerte
---------	----------	-----------------

4. Trastornos por consumo de sustancias (TCS)

4.1 Examine a todos los pacientes para detectar los TCS comunes: (a) Antes del alta de la rehabilitación hospitalaria, utilice un instrumento de medición breve y válido que tenga una sensibilidad adecuada para detectar el consumo a lo largo de toda la vida y los problemas con el alcohol, las drogas, el tabaco, la marihuana y el uso no médico de medicamentos recetados; y, (b) dependiendo de los resultados del tamizaje inicial y de otros factores de riesgo, volver a examinar a los pacientes para detectar el consumo reciente de sustancias en la rehabilitación ambulatoria o en la atención primaria.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

4.2 Remita a los pacientes que hayan tenido resultados positivos en las pruebas de detección o a los que se sospecha que padecen un TCS a un profesional de la salud mental para que realice una evaluación diagnóstica de los criterios del TCS.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

4.3 Apoye a los pacientes que presenten un trastorno por consumo de sustancias mediante las aptitudes interpersonales no específicas y específicas del TCS que emplean todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y otros) que interactúen con ellos.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

4.4 En la medida de lo posible, trate los TCS en el ámbito de la rehabilitación utilizando enfoques farmacológicos, no farmacológicos y basados en la comunidad, en función de la presentación clínica (por ejemplo, comorbilidades), la duración de la estadía, la eficacia del tratamiento y las preferencias del paciente.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

4.5 Utilice el tratamiento asistido con medicamentos (TAM) para los TCS, lo que abarca los trastornos por consumo de opiáceos y de alcohol, cuando esté indicado.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

4.6 Considere el tratamiento no farmacológico como opción para los TCS.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

4.7 Considere remitir al paciente a programas de tratamiento de TCS basados en la comunidad y a recursos de autoayuda.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

5. Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno de estrés agudo (TEA)

5.1 Examine a todos los pacientes para detectar el TEA en el plazo de un mes después de la lesión y para detectar el TEPT tras el primer mes. El examen de detección debe realizarse (a) al principio de la hospitalización inicial o durante la estadía para rehabilitación; (b) como repetición del tamizaje si está indicado para evaluar la persistencia de los síntomas o un cambio de estado; (c) en el primer seguimiento posterior al alta; y (d) en momentos específicos en el futuro más allá de los seis meses, en función de los factores de estratificación del riesgo, tales como ser veterano u otro profesional que haya estado expuesto a situaciones traumáticas o tener síntomas cuya gravedad haya estado por debajo del umbral en exámenes de detección anteriores.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

5.2 Remita a los pacientes que hayan tenido resultados positivos en las pruebas de detección o a los que se sospecha que padecen de TEA o TEPT a un profesional de la salud mental para que realice una evaluación diagnóstica de los criterios de estos trastornos.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

5.3 Apoye a los pacientes que presenten trastorno de estrés postraumático mediante las aptitudes interpersonales no específicas y específicas del TEPT que emplean todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y otros) que interactúen con ellos.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

5.4 En la medida de lo posible, trate el TEA o el TEPT en el ámbito de la rehabilitación utilizando enfoques farmacológicos y no farmacológicos, en función de la eficacia del tratamiento, la presentación clínica (por ejemplo, comorbilidades), la duración de la estadía y las preferencias del paciente.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

5.5 Ofrezca a los pacientes intervenciones psicológicas breves y basadas en la evidencia para tratar el TEA y prevenir el TEPT en el plazo de los primeros 30 días después de la lesión.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

5.6 Ofrezca a los pacientes con TEPT un tratamiento psicológico basado en la evidencia y centrado en el trauma.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

5.7 Ofrezca a los pacientes con TEA tratamiento farmacológico si no se dispone de psicoterapias centradas en el trauma o estas no se prefieren.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

5.8 Ofrezca a los pacientes con TEPT un tratamiento farmacológico si no se dispone de psicoterapias centradas en el trauma o estas no se prefieren.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6. Suicidio

6.1 Examine formalmente a las personas con LME para detectar la ideación suicida utilizando un instrumento de detección breve, estandarizado y basado en la evidencia. Realice un examen para detectar la intención y el comportamiento suicida en las personas que informan ideación suicida. Realice el examen de detección (a) al principio de la hospitalización inicial o durante la estadía para rehabilitación; (b) como repetición del tamizaje si está indicado para evaluar la persistencia de los síntomas o un cambio de estado; (c) durante un seguimiento temprano posterior al alta; y (d) al menos una vez al año o con mayor frecuencia, en función de los factores de estratificación del riesgo.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.2 Reconozca los signos de advertencia del suicidio y procure que un profesional capacitado realice cuanto antes una evaluación de dichos signos. Aplique medidas de seguimiento inmediatas para cualquier persona que muestre signos de advertencia directa de suicidio (por ejemplo, comunicación suicida, preparación para el suicidio, o búsqueda de acceso a medios letales o haber usado recientemente dichos medios).

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.3 Estratifique el riesgo de suicidio en función de la gravedad y la temporalidad (episodio agudo o situación crónica) para determinar las intervenciones terapéuticas y el entorno asistencial adecuados.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.3.1 Facilite una evaluación exhaustiva por parte de un profesional capacitado para integrar la información sobre la intención y el comportamiento suicida, los signos de advertencia, la capacidad de preservar la seguridad de la persona y los factores que incidan en el riesgo de cometer actos suicidas.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.3.2 Hospitalice a las personas que tengan un riesgo elevado y agudo de suicidarse para preservar su seguridad, y aborde de manera contundente los factores modificables. Observe directamente a estas personas en un entorno seguro con acceso limitado a medios letales (por ejemplo, alejados de artículos puntiagudos o filosos, cuerdas, cables, sustancias tóxicas).

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.3.3 Aborde el aumento crónico del riesgo de suicidio en el contexto de la terapia ambulatoria a largo plazo con proveedores establecidos, ajustando la frecuencia de contacto en función del nivel de riesgo.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.4 Establezca un plan de tratamiento para las personas de alto riesgo que fomente una alianza terapéutica con profesionales de la salud mental e incluya psicoterapias basadas en la evidencia enfocadas en el suicidio.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.5 Optimice el tratamiento de las afecciones médicas y de salud mental coexistentes que puedan afectar el riesgo de suicidio.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.6 Eduque a la persona en peligro, a la familia y a los cuidadores sobre el riesgo de suicidio y las opciones de tratamiento. Proporcione información sobre los recursos de prevención del suicidio, incluidas las líneas y servicios en caso de crisis, por ejemplo, el número de la Línea Nacional de Prevención del Suicidio 1-800-273-8255 o 1-800-273-TALK. Proporcione información a los veteranos de las Fuerzas Armadas de EE. UU. sobre los recursos de prevención del suicidio específicos para veteranos, incluida la Línea de Crisis para Veteranos a la que se accede pulsando el 1 después de marcar el 1-800-273-8255, mediante la función de chat en línea en VeteransCrisisLine.net o enviando un mensaje de texto al 838255.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.7 Establezca un plan de seguridad para las personas de alto riesgo de suicidio. Limite el acceso a los medios letales (por ejemplo, restringir el acceso a armas de fuego, colocarle el seguro a las armas, limitar el suministro de medicamentos).

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

6.8 Incremente los factores de protección personales y ambientales que puedan mitigar el riesgo de suicidio. Refuerce y mejore las destrezas de afrontamiento.

Nivel IV

Fuerza C

Consenso fuerte

Introducción

Esta es la segunda guía de práctica clínica (GPC) del Consorcio para la Medicina de la Médula Espinal sobre salud mental. La primera guía sobre salud mental, publicada en 1998, se centraba exclusivamente en la depresión tras una lesión medular. Ahora sabemos que existe una serie de trastornos de salud mental y TCS que predominan y contribuyen al sufrimiento y a la discapacidad adicionales que aquejan a las personas con LME.³ Por lo tanto, esta guía se centra en el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos de salud mental más comunes en las lesiones medulares: la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos por consumo de sustancias (TCS). La guía también incluye secciones específicas sobre la detección y el manejo del suicidio debido al elevado riesgo que corren las personas que viven con una LME.

Esta GPC está diseñada para los profesionales de la rehabilitación de lesiones medulares que no son especialistas en salud mental, así como para los que sí lo son. Por lo tanto, debemos empezar por plantear conceptos fundamentales como la definición de los trastornos de salud mental y los TCS. Según la edición más reciente del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, la 5.ª edición (DSM-5) publicada en 2013, las enfermedades mentales son “trastornos de salud que implican cambios en el pensamiento, la emoción o el comportamiento (o una combinación de estos). Las enfermedades mentales están asociadas al estrés u otros problemas de funcionamiento en actividades sociales, laborales o familiares”.⁴ Por otra parte, los TCS se producen cuando el consumo de sustancias (por ejemplo, alcohol, tabaco, cannabis, sustancias inhaladas, estimulantes, alucinógenos y opiáceos) causa un deterioro considerable, tales como problemas de salud, discapacidad e incumplimiento de las principales responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar.⁴ En el DSM-5, los TCS leves, moderados y graves sustituyen los diagnósticos de abuso y dependencia de sustancias que se encontraban en la 4.ª edición del DSM (DSM-IV).⁵

La salud mental y los TCS son comunes en la población general y aún más en las personas con LME. Cada año, 1 de cada 5 estadounidenses se ve afectado por una enfermedad mental y 1 de cada 12 por un TCS. La evidencia sugiere que las personas con LME corren un

mayor riesgo de padecer enfermedades mentales y trastornos por consumo de sustancias. Se calcula que la incidencia de depresión en el primer año después de la LME oscila entre el 20% y el 40%.^{3,6} En el caso de los trastornos de ansiedad después de una LME estos porcentajes se encuentran entre el 13% y el 40%.⁷⁻¹⁰ Entre el 25% y el 96% de las personas con LME ingerían alcohol antes de la lesión y entre el 32% y el 35% consumían drogas.¹¹ El suicidio es la causa de la LME en el 0% al 6.8% de los casos y se informa que es la causa de muerte en el 5.8% al 11% de los fallecidos con LME.¹² Las enfermedades mentales comórbidas y los TCS influyen negativamente en los síntomas relacionados con la LME, como el dolor, así como en el funcionamiento, el nivel de independencia, la participación en la comunidad, la calidad de vida y la mortalidad.³ Sin embargo, pareciera haber un escaso reconocimiento y tratamiento de las personas con LME que presentan cuadros de salud mental y TCS.^{13,14} Esta falta de reconocimiento podría deberse a que la LME es una lesión catastrófica que difumina los límites entre las respuestas emocionales normales y los trastornos de salud mental. El infratratamiento podría deberse a un reconocimiento deficiente, así como al hecho de no aprovechar la rehabilitación como una oportunidad para intervenir en los trastornos de salud mental y TCS. Cada vez se integra más el tratamiento de las enfermedades mentales y los TCS en la atención médica¹⁵ y traumatológica habitual.¹⁶ Esta es una tendencia que debería seguirse en la rehabilitación de LME porque puede ser más eficaz¹⁷ y coherente con las preferencias de tratamiento de salud mental en personas con LME.¹⁸ En consecuencia, esperamos que los usuarios de esta guía —profesionales, estudiantes, personas con LME y sus seres queridos— encuentren un documento que responda a las preguntas prácticas sobre la preponderancia y los factores de riesgo de estos trastornos, cómo detectarlos y evaluarlos, y qué se puede hacer para tratar las enfermedades mentales y los TCS, especialmente en los entornos de rehabilitación.

Esta GPC no aborda otros conceptos psicológicos como la adaptación, el duelo, la resiliencia, el afrontamiento, etc., excepto en la medida en que estas variables se relacionen con los trastornos de salud mental incluidos. Aunque estos otros factores psicológicos son importantes, se consideró que eran demasiado amplios y que carecían de definiciones consensuadas para ser incluidos en esta GPC.

Consortio para la Medicina de la Médula Espinal

El Consorcio es una colaboración de organizaciones profesionales y de consumidores financiada y administrada por Veteranos Paralizados de América (PVA). El comité directivo, que cuenta con el apoyo administrativo del Departamento de Investigación y Educación de Veteranos Paralizados de América, está conformado por un representante de cada una de las organizaciones que integran del Consorcio. La misión del Consorcio es dirigir el desarrollo y la difusión de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia y las guías complementarias para el usuario. Esta misión está encaminada exclusivamente a mejorar la atención médica y la calidad de vida de las personas con LME.

Resumen del proceso de elaboración de las directrices

El desarrollo de estas directrices implicó los siguientes pasos principales: creación de una lista de preguntas formales que debían abordarse, búsquedas sistemáticas de la bibliografía publicada relacionada con estas preguntas, evaluación crítica de la calidad de los estudios consultados, creación de resúmenes de los resultados de los estudios pertinentes; formulación de recomendaciones basadas en la evidencia; redacción y revisión de diversos borradores con las explicaciones de las recomendaciones, y numerosas revisiones de los integrantes del panel y de organizaciones externas. El proceso de desarrollo de la GPC del Consorcio también incluyó una amplia revisión en campo y una revisión jurídica.

Metodología

Búsqueda de bibliografía

Un bibliotecario médico realizó búsquedas de términos relacionados con LME crónicas en Ovid MEDLINE (hasta el 22 de agosto de 2016), en PsycINFO (hasta julio de 2016), en el Registro Central de Estudios Controlados Cochrane (hasta julio de 2016) y la Base de Datos de Revisiones Sistemáticas Cochrane (hasta el 17 de agosto de 2016). Consulte el Anexo A para ver todas las estrategias de búsqueda. Asimismo, se intentó identificar otros estudios mediante búsquedas manuales en las listas de referencias de los estudios y revisiones incluidos. Todas las citas se importaron a una base de datos electrónica (Endnote X7, Thomson Reuters).

Selección de estudios

La selección de los estudios incluidos se basó en los criterios de inclusión creados en consulta con Veteranos Paralizados de América. Dos revisores evaluaron de forma independiente los títulos y resúmenes de las referencias identificadas en la búsqueda bibliográfica para incluirlos según los criterios indicados a continuación. Ambos revisores consultaron y evaluaron artículos completos de referencias potencialmente pertinentes para incluirlas. Las diferencias que surgieron se resolvieron por consenso. No se incluyeron los resultados publicados únicamente en forma de resumen porque no se disponía de detalles adecuados para evaluar el riesgo de sesgo. No obstante, sí se consideró la inclusión de resúmenes que tenían información adicional en forma de diapositivas para presentaciones en congresos, o los que proporcionaban datos complementarios de estudios publicados. Se incluyeron estudios llevados a cabo en países menos parecidos a Estados Unidos (por ejemplo, Irán y Taiwán), así como estudios con tamaños de muestra más pequeños (por ejemplo, menos de 100), en aquellos casos en los que los datos resultaban escasos. Véase el Anexo B para consultar la lista de estudios incluidos y el Anexo C para consultar la lista de estudios excluidos.

Criterios de inclusión

En consulta con Veteranos Paralizados de América, formulamos ocho preguntas clave. A continuación se enumeran las preguntas clave y los criterios de inclusión.

Preguntas clave

1. ¿Cuál es la preponderancia de los trastornos de salud mental y TCS comunes (por ejemplo, TDM, TEPT, TAG, dependencia o adicción al alcohol o las drogas) en personas con LME?
2. ¿Cuáles son los riesgos y los factores de protección para los trastornos de salud mental y los TCS comunes en las personas con LME?
3. ¿Cuál es la evidencia de que los trastornos de salud mental y los TCS comunes influyen sobre las funciones y estructuras corporales, las actividades, la participación, la salud y la calidad de vida de las personas con LME?
4. ¿Cuáles son las evidencias de que la presencia y la gravedad de los trastornos de salud mental y los TCS comunes pueden evaluarse de forma fiable y válida en personas con LME?
5. ¿Qué evidencias existen de que los trastornos de salud mental y los TCS comunes pueden tratarse eficazmente en personas con LME? ¿Cuál es la eficacia comparativa de los tratamientos para los trastornos de salud mental y los TCS comunes? ¿Cuáles son los daños comparativos de los tratamientos para los trastornos de salud mental y los TCS comunes?
6. ¿Qué evidencias hay de que el tratamiento de los trastornos de salud mental y de los TCS puede ofrecerse a las personas con LME de forma accesible, aceptable y eficaz?
7. ¿Qué evidencias existen de que los trastornos de salud mental y los TCS comunes pueden prevenirse en personas con LME?
8. Dentro de la población de pacientes con LME ¿existen subgrupos en función de los datos demográficos (por ejemplo, sexo, raza o etnia, edad, estatus socioeconómico, región geográfica), del nivel de la LME, la duración de la lesión, las comorbilidades (por ejemplo, enfermedades cardíacas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, otros trastornos de salud mental), para los cuales difieren los factores de riesgo o protección, los tratamientos específicos o las medidas preventivas?

Preguntas en formato PICOT

Población

- Adultos con LME traumática.

Intervención

- Farmacoterapia.
 - Antidepresivos.
 - Antipsicóticos.
 - Antiepilepticos.
 - Ansiolíticos.
 - Medicamentos a base de plantas (por ejemplo, S-adenosil metionina, hierba de San Juan).
 - Cannabis.
 - Otras farmacoterapias.
- Intervención conductual.
 - Asesoramiento individual.
 - Asesoramiento en grupo.
 - Asesoramiento entre iguales.
 - Terapia cognitiva conductual (TCC).
 - Participación en reuniones de 12 pasos o similares.
 - Asesoramiento sobre el estilo de vida.
 - Recursos informativos.
 - Entrevistas motivacionales.
 - Aprendizaje de atención plena (*mindfulness*).
 - Manejo del estrés, aprendizaje de habilidades de afrontamiento.
 - Rehabilitación.
 - Medicina tradicional china.
 - Masaje.
 - Acupuntura.
 - Yoga, taichí (o un arte marcial similar).
 - Ejercicio físico, actividad física.
 - Alimentación sana.

Comparadores

- Cualquier otra intervención incluida.
- Placebo.
- Atención médica habitual.
- Comparadores sanos.
- Comparadores en lista de espera.

Resultados o desenlaces

- Mortalidad.
- Suicidio o ideación suicida.
- Salud.
 - Cuestionario de salud abreviado de 36 ítems (SF-36).

- Índice de discapacidad de Oswestry.
- Otras escalas o cuestionarios.
- Ingresos hospitalarios.
- Visitas al departamento de emergencias.
- Sueño.
 - ◆ Duración.
 - ◆ Despertarse durante la noche.
- Calidad de vida.
 - Bancos de ítems para ansiedad y para depresión del Sistema de medición de calidad de vida del paciente con lesión medular (SCI-QOL).
 - Medida de la calidad de vida relacionada con la salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC HRQOL-14).
 - Otras escalas o cuestionarios.
- Reincorporación al trabajo o a los estudios.
- Participación en actividades de ocio.
- Cambio en las escalas de depresión.
 - Escala de depresión de Hamilton.
 - Inventario de Depresión de Beck.
 - Cuestionario de salud del paciente (PHQ).
 - Inventario de Depresión Mayor.
 - Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.
 - Escala de autoevaluación de la depresión de Zung.
 - Escala de depresión geriátrica.
 - Otras escalas o cuestionarios.
- Cambio en las escalas de ansiedad.
 - Escala de ansiedad de Hamilton.
 - Inventario de Ansiedad de Beck.
 - Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung.
 - Escala del trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems (GAD-7).
 - Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).
 - Cuestionario de salud del paciente-4 (PHQ-4).
 - Cuestionario multidimensional de ansiedad.
 - Otras escalas o cuestionarios.
- Percepción de mejoría.
- Cumple con los criterios diagnósticos del DSM (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, TDM).
- Drogadicción.

- Abuso de drogas o alcohol (cantidad, frecuencia, variabilidad, abstinencia).
- Pruebas de detección de drogas en orina o sangre.
- Concentración de alcohol en la sangre.
- Percepción de mejoría.
 - Del paciente.
 - Del clínico.

Duración

- Lesión aguda.
- Lesión crónica.

Entorno

- Paciente hospitalizado.
- Paciente ambulatorio.
- Comunitario.
- De rehabilitación.
 - Física.
 - Por abuso de sustancias.

Diseño del estudio

- Preguntas clave 1 a la 3:
 - Estudios de bases de datos epidemiológicas.
 - Estudios de cohortes.
 - Estudios de casos y controles.
 - Estudios de antes y después.
 - Revisiones sistemáticas.
- Pregunta clave 4: Estudios de precisión del diagnóstico.
- Pregunta clave 5:
 - Estudios de intervenciones.
 - ◆ Estudios aleatorizados.
 - ◆ Estudios de cohortes.
 - ◆ Estudios de antes y después.
 - ◆ Revisiones sistemáticas.
- Pregunta clave 6:
 - Igual que la pregunta clave 5.
 - Grupos de discusión.
 - Encuestas.
 - Otros estudios que informan sobre la accesibilidad y la aceptabilidad.
- Pregunta clave 7:
 - Estudios de prevención.
 - ◆ Estudios aleatorizados.
 - ◆ Estudios de cohortes.
 - ◆ Revisiones sistemáticas.
- Pregunta clave 8: Estudios que presentan datos sobre un subgrupo de personas con LME o que presentan resultados estratificados por subgrupo.

Extracción de datos

Se extrajo información sobre las características de la población, las intervenciones, la inscripción de sujetos y la prevalencia, así como sobre los resultados en términos de eficacia, efectividad y resultados perjudiciales de los estudios, los estudios observacionales y las revisiones sistemáticas. Se anotaron los resultados por intención de tratamiento cuando se informaron. Uno de los revisores llevó a cabo la extracción de los datos y otro la comprobó de manera independiente. Las diferencias que surgieron se resolvieron por consenso.

Evaluación de la validez (riesgo de sesgo)

Se evaluó la validez interna (riesgo de sesgo) de los estudios clínicos aleatorizados, los estudios observacionales y las revisiones sistemáticas utilizando criterios predefinidos. Estos criterios se basan en el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos y en los criterios del Centro del Servicio Nacional de Salud para Revisiones y Difusión (Reino Unido);^{19,20} las directrices de la metodología GRADE (siglas en inglés de *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*, es decir, calificación de las recomendaciones, la valoración, el desarrollo y la evaluación);²¹ y la herramienta QUIPS (siglas en inglés de *Quality in Prognostic Studies*, es decir, calidad en estudios pronósticos).²²

Se calificó la validez interna de cada estudio aleatorizado sobre la base de los métodos utilizados para la aleatorización, la ocultación de la asignación, el enmascaramiento, la similitud de los grupos comparados al inicio, las pérdidas durante el seguimiento y el uso del análisis por intención de tratamiento. Los estudios observacionales se clasificaron en función de los siguientes aspectos: selección no sesgada, pérdida de contacto durante el seguimiento, especificación previa de los resultados, técnicas de determinación bien descritas y adecuadas, análisis estadístico de los posibles factores de confusión y duración adecuada del seguimiento. Para los estudios de factores de riesgo, se utilizó la herramienta QUIPS.²² Esta incluye dominios sobre los participantes en el estudio, la deserción, la medición del factor pronóstico, el ajuste estadístico por los factores de confusión y el análisis estadístico adecuado. Las revisiones sistemáticas se calificaron en función de la claridad de la pregunta analizada, la especificación de los criterios de inclusión y exclusión, el uso de múltiples bases de datos y la búsqueda de literatura gris, detalles suficientes en los estudios incluidos, la evaluación adecuada del riesgo de sesgo de los estudios incluidos y el resumen adecuado de los estudios primarios.

Dos revisores evaluaron de forma independiente el riesgo de sesgo de cada estudio incluido y las diferencias se resolvieron por consenso. Los estudios se calificaron como de “riesgo de sesgo bajo”, “riesgo de sesgo medio” o “riesgo de sesgo alto” según la presencia y la gravedad de limitaciones metodológicas. Las evaluaciones del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se enumeran en el Anexo D. Los estudios que tenían un defecto importante o “grave” recibían una calificación de riesgo de sesgo alto; los que cumplían con todos los criterios se calificaban como de riesgo de sesgo bajo, y los restantes fueron calificados como de riesgo de sesgo medio. Debido a que la categoría de riesgo de sesgo medio es amplia, los estudios con esta calificación varían en cuanto a sus puntos fuertes y débiles. Es probable que los resultados de algunos estudios calificados como de riesgo de sesgo medio sean válidos, mientras que otros solo tengan la posibilidad de serlo. Una falla grave se refleja en la incapacidad de cumplir con las combinaciones de ítems en los criterios del riesgo de sesgo. Un ejemplo de esto sería un estudio que tenga una tasa alta de deserción (por ejemplo, del 60%) combinado con un manejo inadecuado de los datos faltantes, u otro al que le falten detalles sobre la aleatorización o la ocultación de la asignación y presente diferencias iniciales en características pronósticas importantes.

Calificación de la calidad de la evidencia

Calificamos la calidad de la evidencia mediante el enfoque de la Calificación de las recomendaciones, la valoración, el desarrollo y la evaluación (GRADE).²³⁻²⁷ Esta metodología fue diseñada para evaluar la calidad general del conjunto de la evidencia e incorpora cuatro dominios clave: riesgo de sesgo (incluido el diseño del estudio y el riesgo de sesgo global), coherencia de resultados, disponibilidad de evidencia directa y precisión de la evidencia. También considera otros dominios opcionales que pueden ser pertinentes en algunos escenarios, como la asociación dosis-respuesta, variables de confusión plausibles que disminuirían el efecto observado, la fuerza de la asociación (magnitud del efecto) y el sesgo de publicación.

El cuadro 1 describe la calificación que puede asignarse a la evidencia y que refleja la calidad del conjunto de la evidencia para responder las preguntas clave. Las calificaciones no se refieren a la eficacia o la efectividad general de los tratamientos, por ejemplo. Dos revisores evaluaron de forma independiente cada dominio para cada resultado o desenlace y las diferencias se resolvieron por consenso.

La calidad del conjunto de la evidencia se evaluó para cada resultado mediante una pregunta clave.

Cuadro 1. Definiciones de los grados de calidad global de la evidencia	
Calificación	Definición
Alta	Confianza alta en que el efecto real se acerca al efecto estimado.
Moderada	Confianza moderada en el efecto estimado. Es probable que el efecto real se acerque al estimado, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.
Baja	Confianza limitada en el efecto estima. El efecto real podría ser sustancialmente distinto del estimado.
Muy baja	Muy poca confianza en el efecto estimado. Es probable que el efecto real sea sustancialmente distinto al estimado.

Síntesis de datos

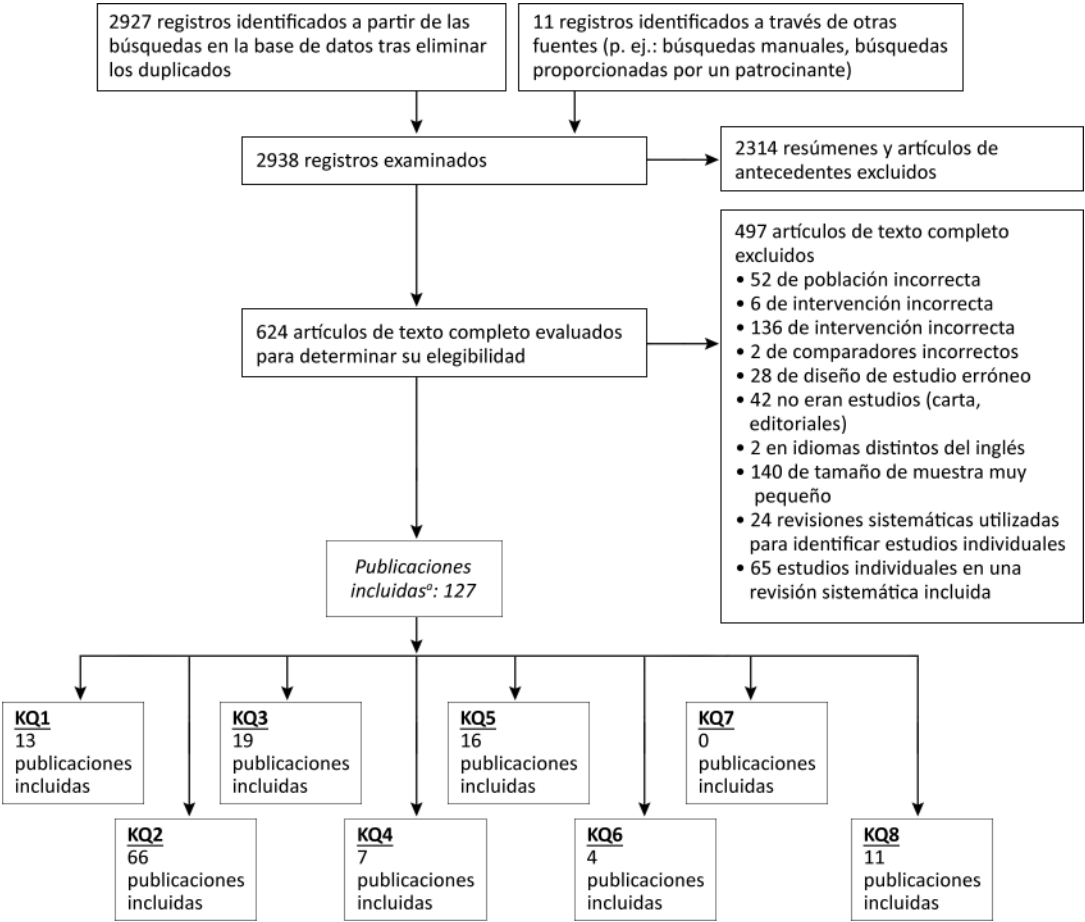
Se elaboraron cuadros en el texto que muestran las características de los estudios, las calificaciones de riesgo de sesgo y los resultados de todos los estudios incluidos. Para la revisión de los estudios se utilizó un enfoque jerárquico de la evidencia, mediante el cual la síntesis de cada pregunta, población, intervención y resultado o desenlace abordado se centraba en la mejor evidencia. Cuando fue posible, se agruparon los resultados de los estudios mediante metanálisis con Stata 14.28.

RESULTADOS

Perspectiva general

La búsqueda y selección de artículos se resume en el diagrama de flujo de la bibliografía (Figura 1). Las búsquedas en las bases de datos dieron como resultado 2,927 artículos potencialmente pertinentes. Luego de realizar la revisión doble de resúmenes y títulos, se seleccionaron 624 artículos para realizar la revisión doble de sus respectivos textos completos, y se determinó que 127 estudios cumplieran con los criterios de inclusión, por lo que se incluyeron en esta revisión.

Figura 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica^a



^a Una misma publicación puede figurar en más de una pregunta clave (PC).

Recomendaciones y justificaciones

RECOMENDACIONES TRANSVERSALES GENERALES

1. DETECCIÓN, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

1.1 Incorpore a los profesionales de la salud mental que tengan formación, capacitación y experiencia en lesiones medulares (LME), así como en salud mental general y trastornos por consumo de sustancias (TCS) en los programas integrales de rehabilitación de LME para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Justificación: Los trastornos de salud mental y los TCS son comorbilidades comunes en personas con LME.¹⁰ Estos trastornos contribuyen al sufrimiento y la discapacidad general de las personas con LME,^{29,30} ejercen un impacto negativo en los resultados,^{3,13,29-31} aumentan los costos y reducen la eficacia de la rehabilitación,^{32,33} y provocan muertes prematuras.³⁴ Está ampliamente reconocido que los trastornos de salud mental y los TCS reciben un tratamiento deficiente en general,^{35,36} incluso en el ámbito de la rehabilitación de LME. Por ejemplo, una minoría de personas con LME y trastorno depresivo mayor reciben tratamiento para esta afección.^{13,14} Para abordar las disparidades en el tratamiento de la salud mental, las organizaciones de atención médica están adoptando modelos de atención en los que la detección, la evaluación y el tratamiento de los trastornos de salud mental y los TCS se integran a los entornos de atención médica habituales. Un buen ejemplo de ello es el programa de integración de la salud mental en la atención primaria (ISMAP) del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) de Estados Unidos, que ha demostrado un mayor acceso a la atención de los trastornos de salud mental y los TCS.³⁷ La integración de la atención de salud mental y la rehabilitación de LME ya es la norma en otros países.³⁸ Las personas con LME pueden verse afectadas por múltiples comorbilidades que interactúan (tales como las lesiones cerebrales traumáticas,³⁹ el trastorno por consumo de sustancias, otros trastornos de salud mental⁴⁰ y el dolor crónico⁴¹), así como por patrones de adaptación distintos⁴² y la necesidad de adoptar muchas conductas de salud nuevas y específicas de la LME.

Por lo tanto, recomendamos que los proveedores de salud mental tengan formación, capacitación y experiencia en la rehabilitación de LME y en la mayor cantidad de las demás áreas enumeradas.⁴³

1.2 Examine periódicamente a todas las personas con LME para detectar trastornos de salud mental, TCS y riesgo de suicidio como parte de la rehabilitación de los pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Justificación: La prevalencia y el impacto en las LME de las comorbilidades de salud mental y los problemas de consumo de sustancias y la existencia de instrumentos de detección breves y validados justifica el tamizaje de estos pacientes para detectar trastornos comunes.^{10,29,30} Asimismo, a fin de integrar la atención de salud mental en el resto de la atención médica y para superar el problema del infratratamiento, resulta esencial realizar pruebas de detección de forma habitual y periódica.¹¹ Los programas eficaces ampliamente adoptados para la integración de la salud mental, tales como la atención colaborativa, se basan en la detección universal de los problemas objetivo.⁴⁴ Esta GPC se centra en la depresión, la ansiedad, el TEPT, los TCS y el suicidio, ya que la evidencia apunta a que estos trastornos predominan y son incapacitantes en las personas con LME. Cada sección ofrece recomendaciones más específicas sobre el momento de realizar las pruebas de detección, los instrumentos de detección y las respuestas ante un resultado que apunte a un trastorno.

1.3 Incluya los síntomas actuales y los antecedentes previos a la lesión como parte del proceso de detección y evaluación de los trastornos de salud mental y los TCS.

Justificación: También recomendamos que el tamizaje incluya los antecedentes de problemas de salud mental y de consumo de sustancias antes de la lesión, ya que las personas con LME tienen índices elevados de incidencia de trastornos de salud mental y por consumo de sustancias antes de la lesión, y los antecedentes de estos trastornos son predictivos de la salud mental después de la LME.¹⁰ Estos

investigadores descubrieron que las probabilidades de padecer un trastorno psicológico después de la LME eran 24 veces mayores si la persona había recibido tratamiento por un trastorno psicológico antes de la LME.¹⁰

1.4 Remita a un profesional de la salud mental a las personas en quienes se identifique un trastorno de salud mental o un TCS para que reciban una evaluación diagnóstica e inicien un tratamiento, si es lo indicado.

Justificación: Como se ha señalado anteriormente, los trastornos de salud mental y los TCS están infratratados. Una encuesta nacional demostró que apenas el 32.7% de las personas con trastornos de salud mental o TCS recibieron un tratamiento adecuado, y de las personas con un TCS, solamente el 28.6% recibió un tratamiento adecuado.⁴⁵ El programa ISMAP del VA demostró que la atención integrada dio lugar a un mayor acceso a la atención³⁷ y al inicio del tratamiento.⁴⁶ En atención primaria, el modelo de atención colaborativa de integración de la salud mental condujo a una reducción de al menos el 50% en la gravedad de la depresión en más del doble del porcentaje de pacientes, en comparación con los que recibieron la atención habitual (45% frente al 19%).⁴⁷ Un estudio sobre las preferencias de tratamiento de la depresión en la LME mostró que los pacientes tienden a preferir el tratamiento de la depresión proporcionado en entornos médicos o de rehabilitación en lugar de en entornos de salud mental especializados.¹⁸ Un estudio comparativo aleatorizado (ECA) de la atención colaborativa para la depresión, el dolor y la inactividad física en pacientes ambulatorios con LME dio como resultado una mejora significativa de la interferencia del dolor y una reducción de la gravedad de la depresión, así como un aumento de la satisfacción con el tratamiento entre quienes recibieron la atención colaborativa frente a los que recibieron la atención habitual.⁴⁸

1.5 Aplique los principios de la toma de decisiones compartidas para involucrar a las personas con un trastorno de salud mental o un TCS en la planificación del tratamiento.

Justificación: En consonancia con el informe del Instituto de Medicina de 2001 titulado Crossing the

Quality Chasm (Cruzando el abismo de la calidad)⁴⁹ se anima a los médicos a que informen a sus pacientes sobre las opciones de tratamiento, los resultados esperados y qué tratamientos se encuentran a disposición, a fin de facilitar la elección informada y un proceso de toma de decisiones en colaboración. Se cree que estos procesos dan lugar a mejores planes de tratamiento y a un mayor compromiso de los pacientes.⁴⁹

1.6 Utilice sistemáticamente las medidas de evolución válidas y confiables para fundamentar la atención y ajustar el tratamiento para los trastornos de salud mental o los TCS.

Justificación: Cada vez hay más evidencia que demuestra que emplear evaluaciones de resultados repetidas y reglas de toma de decisiones para ajustar el tratamiento mejora los desenlaces clínicos, ayuda a detectar el empeoramiento clínico y destaca los síntomas residuales que podrían ser un factor de riesgo de sufrir una recaída.⁵⁰⁻⁵² Este enfoque, denominado atención basada en mediciones, también puede mejorar la relación terapéutica e impulsar la adherencia del paciente y el reconocimiento de la evolución, especialmente al principio del tratamiento.⁵⁰⁻⁵² La Comisión Conjunta recomienda la norma ABM (CTS.03.01.09). El VA ha invertido en la atención basada en mediciones al crear un programa informático de evaluación del comportamiento y al comprometerse a adoptarla.⁵⁰

1.7 Remita a tratamiento de seguimiento y coordine la atención para el momento del alta o la transición a la siguiente fase de atención, si es lo indicado.

Justificación: A menudo los trastornos de salud mental y los TCS son afecciones crónicas y recurrentes que requieren un tratamiento a largo plazo, esfuerzos de prevención de recaídas, y la supervisión continua o la repetición de los exámenes de detección.^{53,54} En consecuencia, es vital planificar la continuidad del tratamiento a través de las transiciones en la atención, como por ejemplo de la rehabilitación hospitalaria a la rehabilitación ambulatoria.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LOS TRASTORNOS

2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Antecedentes

La ansiedad es una reacción normal a la LME, pero esta puede llegar a ser abrumadora e interferir con el funcionamiento diario, lo que resulta congruente con los trastornos de ansiedad, los cuales se caracterizan por la anticipación o la preocupación por una amenaza futura y por lo general van acompañados de síntomas como tensión muscular, vigilancia y comportamientos cautelosos o evitativos. Estos trastornos son persistentes (normalmente duran 6 meses o más); desproporcionados con respecto a la realidad (teniendo en cuenta factores culturales y contextuales); e interfieren en el funcionamiento cognitivo, emocional, social y físico.⁴ En las personas con LME, la ansiedad suele estudiarse de forma genérica sin especificar los subtipos de diagnóstico. La falta de datos específicos para las LME y la necesidad de concisión han llevado a limitar esta revisión al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y al trastorno de pánico (TP).

La evidencia de alta calidad de un metanálisis de 18 estudios demuestra que la prevalencia global ponderada de los síntomas de ansiedad utilizando medidas de autoinforme es del 27% en personas con LME.⁵⁵ Los estudios longitudinales indican que la ansiedad no necesariamente remite con el tiempo. Sin embargo, las investigaciones longitudinales diseñadas específicamente para detectar subgrupos de pronóstico revelaron tres patrones de ansiedad durante los primeros dos años después de la LME: ansiedad baja estable, mejora de la ansiedad y ansiedad retardada.⁴² Dos estudios que utilizaron entrevistas de diagnóstico para identificar tipos específicos de ansiedad descubrieron que la incidencia del TAG era del 5%, al igual que la del TP.⁵⁵ En comparación, la incidencia de TAG y TP en un período de 12 meses en la población general es del 3.1% y del 2.7%, respectivamente.⁵⁶

La ansiedad está estrechamente asociada a síntomas respiratorios en poblaciones sin LME⁵⁷ y su incidencia es mayor en las mujeres.⁵⁸ La evidencia de alta calidad de un estudio de cohorte basado en la población china de 3,556 personas con LME indicó que las

puntuaciones altas de gravedad de la lesión (ISS >16) tenían casi el doble de riesgo de sufrir ansiedad que los que tenían puntuaciones ISS <16.⁵⁹ La evidencia de baja calidad sugiere que la participación en deportes de equipo, en contraposición a los deportes individuales, se asocia a niveles reducidos de ansiedad.⁶⁰ La evidencia de baja calidad también indica que los ingresos más bajos y un estado de salud deficiente se asocian a una mayor ansiedad⁶¹ y que el sentido de coherencia y la aceptación de la LME parecen ser factores de protección contra la ansiedad.⁶² La evidencia de muy baja calidad apunta a que la valoración de la amenaza o la pérdida, la desvinculación mental, la desvinculación conductual, la concentración en las emociones y la evitación del apego son factores de riesgo de la ansiedad.⁶³ Una mayor ansiedad se asocia a mayores probabilidades de tener dolor y deterioro de la independencia ocupacional¹⁰ y con menores ganancias en la independencia funcional (puntuaciones motoras en la Medida de Independencia Funcional [FIM]).⁶⁴

Cuadro 5. Véase en la página 16.

Cuadro 6. Véase en la página 17.

2.1 Utilice un instrumento de medición breve y válido que tenga la sensibilidad adecuada para examinar a todos los pacientes en busca de trastornos de ansiedad generalizada y de pánico (TP): (a) al principio de la hospitalización inicial o durante la estadía para rehabilitación; (b) como repetición del tamizaje si está indicado para evaluar la persistencia de los síntomas o un cambio de estado; (c) en el primer seguimiento posterior al alta; y (d) en momentos específicos en el futuro, en función de los factores de estratificación del riesgo, tales como resultados positivos previos en instrumentos de detección de ansiedad o antecedentes de trastornos psicológicos anteriores a la lesión.

Justificación: La mayoría de los instrumentos de detección para detección de la ansiedad no están normalizados para las personas con LME y las secuelas de la propia lesión podrían introducir variables de confusión, en lugar de reflejar la ansiedad (por ejemplo, falta de aire, sudoración, aumento de la presión arterial y aceleración del ritmo

Cuadro 5. Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad generalizada según el DSM-5⁴

A. La ansiedad y la preocupación excesivas (expectativa aprensiva) están presentes en la mayoría de los días durante al menos 6 meses en relación con una serie de acontecimientos o actividades (como el trabajo o el rendimiento escolar).

B. A la persona le resulta difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (al menos algunos de los síntomas están presentes la mayoría de los días durante los últimos 6 meses):

1. Inquietud o sensación de nerviosismo.

2. Cansarse fácilmente.

3. Dificultad para concentrarse; se queda con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan una angustia clínicamente considerable o un deterioro en el ámbito social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga ilícita, un medicamento) o a otra afección médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

F. La alteración no se puede atribuir claramente a otro trastorno mental (por ejemplo:

- ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico;
- valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social];
- contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo;
- separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación;
- recordatorios de eventos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático;
- aumentar de peso en la anorexia nerviosa;
- dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos;
- percepción de defectos en la apariencia en el trastorno dismórfico corporal;
- tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad;
- o el contenido de las creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Cuadro 6. Criterios diagnósticos del trastorno de pánico según el DSM-5⁴

A. Ataques de pánico recurrentes e inesperados. Un ataque de pánico es una oleada brusca de miedo o malestar intenso que alcanza un punto álgido en cuestión de minutos, y durante la cual se producen cuatro (o más) de los siguientes síntomas: **Nota:** El aumento brusco puede producirse ya sea desde un estado de calma o de ansiedad.

1. Palpitaciones, corazón agitado o ritmo cardíaco acelerado.

2. Sudoración.

3. Temblores.

4. Sensación de falta de aire o asfixia.

5. Sensación de ahogo.

6. Dolor o malestar en el pecho.

7. Náuseas o malestar abdominal.

8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.

9. Escalofríos o sensación de calor.

10. Parestesias (sensación de adormecimiento u hormigueo).

11. Desrealización (sentimientos de irrealidad) o despersonalización (estar alejado de uno mismo).

12. Miedo a perder el control o “volverse loco”.

13. Miedo a morir.

Nota: Pueden observarse síntomas específicos de la cultura (por ejemplo, acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llantos incontrolables). Estos síntomas no deben contarse como uno de los cuatro síntomas requeridos.

B. Después de al menos uno de los ataques, la persona ha pasado un mes (o más) con alguna de las siguientes conductas o ambas:

1. Preocupación o inquietud persistente de presentar otros ataques de pánico o de sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un infarto, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de comportamiento desadaptativo relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos diseñados para evitar tener ataques de pánico, como evitar el ejercicio o las situaciones desconocidas).

C. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga ilícita, un medicamento) o a otra afección médica (por ejemplo, hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se puede atribuir claramente a otro trastorno mental (por ejemplo:

- los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social;
- en respuesta a objetos o situaciones fóbicas circunscritos, como en una fobia específica;
- en respuesta a las obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo;
- en respuesta a los recordatorios de los acontecimientos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático;
- o en respuesta a la separación de las figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

cardíaco). Por lo tanto, la obtención de un resultado positivo podría conducir o no al diagnóstico de un trastorno de ansiedad.

Tres instrumentos para la detección de la ansiedad que vale la pena considerar son la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS),⁶⁵ el banco de ítems para ansiedad del Sistema de medición de calidad de vida del paciente con lesión medular (SCI-QOL),⁶⁶ y la Escala del trastorno de ansiedad generalizada-7 (GAD-7).^{66,67} La HADS se ha utilizado en numerosos estudios y tiene una coherencia interna de 0.85.⁶⁸⁻⁷⁰ La escala de ansiedad de 25 ítems del SCI-QOL (versión de longitud fija o versión de prueba adaptativa por computadora, ambas adaptadas e integradas al banco de ítems y métricas para ansiedad del Sistema de información de medición de los desenlaces comunicados por el paciente [PROMIS] v1.0) tiene una coherencia interna de 0.95 y es unidimensional.⁶⁶ Todos los ítems tienen una estadística de ajuste del modelo adecuada o mejor, una buena fiabilidad de prueba y repetición de la prueba en una semana (0.80) y un funcionamiento diferencial de los elementos insignificante. El formulario corto de 9 ítems tiene una fiabilidad interna de 0.92. La GAD-7 es un instrumento de medición de la ansiedad global de 7 ítems desarrollado para usarlo en el entorno de la atención primaria.⁶⁷ Se incluyó en el estudio del instrumento de ansiedad del SCI-QOL, el cual mostró una puntuación media de TAG de 3.86 (desviación estándar de 4.34) en una muestra de 465 personas con LME. La correlación de la GAD-7 con el instrumento de ansiedad del SCI-QOL fue moderada (0.67). En pacientes de atención primaria, una puntuación de 10 o más en la GAD-7 tiene una sensibilidad y especificidad para el trastorno de ansiedad generalizada de 0.89 y 0.82, respectivamente.⁷¹ Con una puntuación de 7 o más, la GAD-7 tiene una sensibilidad y especificidad de 0.82 y 0.75, respectivamente, para el TP.⁷¹ La administración de la GAD-7 tarda entre 1 y 2 minutos, la del HADS unos 5 minutos y la del SCI-QOL completo de ansiedad de 25 ítems unos 7 a 8 minutos.

2.2 Remita a los pacientes que hayan tenido resultados positivos en las pruebas de detección o a los que se sospecha que padecen un trastorno de ansiedad a un profesional de la salud mental para que realice una evaluación diagnóstica con el fin de determinar la existencia de afecciones como

el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o el trastorno de pánico (TP). Descarte la posibilidad de que los síntomas se expliquen mejor por los efectos de la enfermedad, los medicamentos, el consumo de drogas, el entorno u otros factores.

Justificación: Como se ha señalado anteriormente, más de una de cada cuatro personas con LME se ven afectadas por una ansiedad autodeclarada importante, que se asocia con un mayor dolor y un peor funcionamiento. Los trastornos de salud mental en las personas con LME tienden a estar infratratados y escasamente se los reconoce.^{13,14} Un resultado positivo en una prueba de detección quizá no apunte a un trastorno de ansiedad según el DSM-5; por otro lado, la ausencia de un resultado positivo en una prueba de detección no descarta en definitiva un diagnóstico de trastorno de ansiedad. La persona que realiza la prueba de detección debe remitir a un profesional de la salud mental si se sospecha que existe una ansiedad considerable, sobre todo porque los ítems de estas pruebas son autoinformados y podrían estar sujetos a negación o minimización. Los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TAG y el TP se presentan en los cuadros 5 y 6 porque estos dos son trastornos relativamente comunes en las LME. El trastorno de ansiedad generalizada requiere que la ansiedad y la preocupación excesivas (expectativa aprensiva) estén presentes en la mayoría de los días durante al menos 6 meses en relación con una serie de acontecimientos o actividades (como el trabajo o el rendimiento escolar). En las personas en las que la ansiedad u otros síntomas surgen en el plazo de los tres meses posteriores a la lesión, el trastorno de adaptación con estado de ánimo ansioso (u otros subtipos) podría constituir un diagnóstico más apropiado. Además, otros factores de estrés posteriores a la lesión, como las transiciones en los cuidados o el estrés matrimonial, así como la inseguridad financiera, de vivienda y social, pueden desencadenar un trastorno de adaptación.

Otros diagnósticos diferenciales que deben considerarse para el TAG son el trastorno de ansiedad social, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo. También debe descartarse un trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos. El manual del DSM-5 enumera el alcohol, la cafeína, el cannabis, la fenciclidina, los alucinógenos, las sustancias

inhaladas, los opiáceos, los medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, las anfetaminas (u otros estimulantes) y la cocaína como sustancias que pueden inducir síntomas de ansiedad.⁴ Los diagnósticos diferenciales del TP incluyen mareos, arritmias cardíacas, hipertiroidismo, asma y EPOC, aunque la naturaleza de la asociación (causa y efecto) entre el TP y estas afecciones aún no está clara.

2.3 Para minimizar la ansiedad, apoye a los pacientes que presenten este cuadro con estrategias terapéuticas específicas y no específicas, proporcionadas por todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y otros) que interactúen con ellos.

Justificación: Las personas con ansiedad presentan miedos irreales, preocupaciones sobre el futuro y evitación de las situaciones que provocan miedo de acuerdo con la comprensión y valoración de su lesión particular y sus implicaciones. Expresan una mayor necesidad de sistematización y control, una gran dependencia del personal para que los tranquilice, e incluso manifiestan ira cuando sus temores son especialmente agudos. Por lo tanto, aunque a veces resulta difícil, es especialmente importante que el personal exprese con estos pacientes los factores no específicos básicos de la relación, como calidez interpersonal, consideración positiva incondicional, comprensión, empatía y aceptación,⁷² y que se normalicen las preocupaciones que se derivan de la ansiedad. Algunas estrategias adicionales específicas para la ansiedad que pueden poner en práctica los integrantes del equipo de rehabilitación son las siguientes: (1) proporcionar a los pacientes un mayor control a través de la información (por ejemplo más detalles sobre la naturaleza de la rehabilitación, concretamente qué terapias, procedimientos y medicamentos se utilizan y para qué sirven); (2) aumentar la confianza mediante la previsibilidad y el mantenimiento de una rutina estable (mantener el horario, los terapeutas, los enfermeros y otros aspectos de la atención lo más coherente posible y avisar con antelación de los cambios previstos en el equipo o en el horario); (3) proporcionar con frecuencia comentarios positivos y reforzar todo esfuerzo de participar activamente en la definición de objetivos y las valoraciones de progreso durante las terapias y las capacitaciones;

(4) exponer gradualmente a los pacientes a situaciones temidas y, en lo posible, evitar que se escapen de esas situaciones; (5) permanecer con los pacientes y mantener una conducta tranquila durante los episodios de ansiedad pronunciada; (6) animar a los pacientes a participar activamente en la toma de decisiones en la medida de lo posible, como por ejemplo para determinar el horario de administración de medicamentos psicotrópicos o decidir entre enfoques psicotrópicos o psicológicos para el tratamiento de la ansiedad; (7) crear las condiciones para el “aprendizaje sin errores” a fin de aumentar la confianza; (8) realizar salidas a la comunidad antes del alta para aliviar la ansiedad que esta genera; y (9) proporcionar a los pacientes apoyo adicional en torno a las transiciones, como el alta de la rehabilitación hospitalaria, para gestionar los riesgos e incertidumbres percibidos que puedan parecer abrumadores (por ejemplo, asegurarse de que se programen citas de seguimiento y de que estas ocurran poco después del alta, proporcionar “transferencias cálidas” y tratamiento conjunto, si es posible, entre los terapeutas del hospital y los futuros terapeutas de consultas externas, dar a los pacientes una forma de ponerse en contacto con el personal que pueda responder a las preguntas o remitirlos para que aborden las preocupaciones urgentes entre el alta y el inicio de la atención ambulatoria).

2.4 Trate el TAG, el TP u otra ansiedad clínicamente significativa mediante intervenciones farmacológicas o no farmacológicas de acuerdo con las consideraciones clínicas destacadas y las preferencias del paciente.

Justificación: Existe muy poca evidencia en cuanto a la eficacia de los tratamientos farmacológicos o no farmacológicos para el TAG o el TP en LME. Para el tratamiento del TAG y el TP en la población no afectada por LME, la eficacia de los antidepresivos serotoninérgicos y la terapia cognitivo-conductual (TCC) son aproximadamente equivalentes.⁷³ Por lo tanto, las decisiones de tratamiento deben basarse en las preferencias del paciente, la politerapia, las interacciones medicamentosas y los posibles efectos secundarios, y la disponibilidad de proveedores de salud mental especializados.

2.4.1 Considere el tratamiento farmacológico como opción para la ansiedad, si es lo indicado.

Justificación: No existe evidencia de la eficacia de la farmacoterapia para el tratamiento de la ansiedad, incluidos el TAG o el TP, en personas con LME.

Por lo tanto, basamos esta recomendación en la evidencia de otras poblaciones de pacientes. Para el TAG, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) se consideran tratamientos de primera línea,⁷³ ya que tienen una mayor seguridad y eficacia combinadas en comparación con alternativas como los antidepresivos tricíclicos y las benzodiacepinas. La eficacia de los diferentes ISRS e IRSN es similar.⁷³ Por lo tanto, la elección de la farmacoterapia se basa en los efectos secundarios previstos, las interacciones con otros medicamentos y los antecedentes de tratamiento o las preferencias del paciente. Las dosis terapéuticas de estos medicamentos para tratar la ansiedad son similares a las del tratamiento de la depresión. Se espera una mejora clínica en un plazo promedio de 4 semanas, pero puede oscilar entre 2 y 6 semanas. Existe un informe de casos que indica que los agentes serotoninérgicos exacerban la espasticidad.⁷⁴ En esa situación, la bupiriona (para el TAG) y la pregabalina se consideran tratamientos de segunda línea y a veces se utilizan para potenciar el tratamiento cuando los pacientes han respondido parcialmente a las dosis máximas de ISRS o IRSN.⁷³ Las benzodiacepinas para tratar simultáneamente la espasticidad y la ansiedad han caído en desuso debido al potencial de desarrollo de tolerancia, dependencia y otros efectos secundarios, y debido a la eficacia demostrada de otras modalidades como el baclofeno.⁷⁵ En consecuencia, el uso de las benzodiacepinas debe reservarse para el alivio a corto plazo de la ansiedad o el pánico graves y agudos. Los betabloqueantes y los antihistamínicos se han utilizado para la ansiedad en otras poblaciones, pero no existen datos sobre su uso en LME y los posibles efectos secundarios cardiovasculares y anticolinérgicos, respectivamente, hacen que su uso en LME sea problemático.

Para el TP, los ISRS se consideran el tratamiento médico de primera línea.⁷⁶ Otros medicamentos como los IRSN, los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa y las benzodiacepinas tienen evidencia de eficacia, pero son menos preferidos debido a la solidez de la evidencia, los perfiles de efectos secundarios y el potencial adictivo.⁷⁶ El uso crónico de benzodiacepinas se asocia con una

peor respuesta a la TCC y el uso prolongado de benzodiacepinas a discreción se asocia a peores resultados en general.⁷⁶ Al considerar el uso de cualquiera de estas clases de fármacos para la ansiedad, los proveedores que los prescriban deben tener en cuenta los peligros de la combinación de benzodiacepinas y opiáceos, así como los efectos anticolinérgicos y sedantes de los antidepresivos tricíclicos.⁷⁶ Antes de seleccionar un tratamiento que incluya agentes serotoninérgicos, especialmente con citalopram o el uso simultáneo de otros medicamentos con riesgo proarrítmico, como la proclorperazina o la metadona, debe considerarse la posibilidad de comprobar la prolongación del segmento QTc mediante un electrocardiograma, debido a la politerapia frecuente. El síndrome serotoninérgico y la posibilidad de que aumenten los espasmos y la agitación son también riesgos de la politerapia, especialmente cuando se combina con agentes simpaticomiméticos de acción indirecta o directa.⁷⁷

2.4.2 Considere el tratamiento no farmacológico como opción para la ansiedad.

Justificación: Existe evidencia de muy baja calidad de que la TCC mejora los síntomas de ansiedad en personas con LME, ya sea directa o indirectamente a través del tratamiento dirigido a reducir el impacto del dolor crónico.^{78,79} Asimismo, se dispone de evidencia de muy baja calidad de que la actividad física mejora la ansiedad en personas con LME.⁸⁰ Sin embargo, no existen estudios de casos de TAG o TP tratados específicamente en personas con LME. A partir de la bibliografía más amplia sobre salud mental, existe evidencia sólida que demuestra que la TCC es eficaz en el tratamiento del TAG⁸¹ y el TP⁷⁶, lo que sugiere que, en aquellos lugares donde se disponga de proveedores de salud mental capacitados, la TCC debería considerarse una opción de tratamiento de primera línea para los pacientes que sean receptivos a ella. Para las personas con TP, la TCC tiene la ventaja de reducir el riesgo de recaída en comparación con las personas tratadas únicamente con medicamentos. Los resultados de las terapias psicodinámicas, de apoyo y conductuales para el tratamiento del TAG son menos sólidos.⁷³ Los médicos deben considerar la utilización de técnicas de relajación adaptadas, en función de la capacidad de la persona para respirar de forma independiente,

así como del nivel de funcionamiento motor y de sensación. Asimismo, deben estar atentos a la posibilidad de que los síntomas de ansiedad lleven a evitar la participación en actividades sociales y fuera del hogar, lo que podría conducir a la depresión y a otros resultados negativos. En el plan de tratamiento terapéutico podría incluirse la exposición gradual a situaciones sociales y actividades organizadas jerárquicamente en función de los síntomas de ansiedad que provoquen. Modalidades como el yoga, el taichí, la masoterapia y la meditación pueden ser útiles y se ofrecen actualmente en la VHA.

3. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM)

Antecedentes

La tristeza y la depresión son reacciones normales al estrés y a la pérdida. Sin embargo, cuando dichas reacciones y los síntomas psicológicos asociados (por ejemplo, anhedonia, culpa, ideas suicidas), cognitivos (por ejemplo, falta de concentración) y físicos (por ejemplo, insomnio, baja energía, anorexia) se vuelven graves, prolongados y perjudican el funcionamiento diario, se recomienda el tratamiento de un trastorno depresivo clínicamente significativo. Véase el cuadro 7 para conocer los criterios del DSM-5 para el TDM. Los datos de 21 estudios muestran que existe evidencia de alta calidad de que la prevalencia de la depresión es del 22% a nivel mundial en personas con LME, y aproximadamente del 28% en veteranos estadounidenses con LME.⁸²

Asimismo, existe evidencia de alta calidad de que el dolor y la depresión están asociados en las LME.⁸³ Hay evidencia de calidad moderada que indica que los factores de riesgo para la depresión en personas con LME incluyen: ser de sexo femenino,^{40,61,84,85} y una situación de desempleo actual o al momento de la lesión.⁸⁴⁻⁸⁷ También sugiere que entre los factores de protección se encuentran una mayor participación en actividades de la vida, tanto sociales^{88,89} como físicas,⁹⁰ y más tiempo transcurrido desde la lesión.^{61,91,92} Otros factores de riesgo para la depresión o el aumento de la gravedad de la depresión son los antecedentes de enfermedad mental o abuso de sustancias, una enfermedad mental actual distinta de la depresión y el abuso actual de alcohol o sustancias ilícitas.^{88,93-96} Una de las implicaciones de estos estudios sobre factores de riesgo es que la

depresión generalmente precede a la LME y, por lo tanto, se la puede conceptualizar y tratar como una afección de salud mental recurrente, en lugar de ser sencillamente una reacción a la LME.

Los cálculos de prevalencia general ocultan el hecho de que existen trayectorias de subgrupos de depresión clínicamente distintas dentro de la población con LME. Las investigaciones sugieren de 3 a 4 grupos de trayectoria: depresión baja estable, mejoría de la depresión, depresión retardada y depresión grave crónica.^{42,97} Estos grupos pueden identificarse mediante la aplicación repetida de instrumentos de detección y pueden predecirse a través de las diferencias individuales en las valoraciones cognitivas sobre la discapacidad, las formas de afrontamiento, la historia de salud mental previa a la lesión y el duelo.^{42,97}

Además del sufrimiento directo que causa, la depresión está asociada a numerosos resultados de salud deficientes en la LME. Una revisión sistemática⁸³ y los estudios publicados desde entonces^{89,98,99,100-102,91} aportan evidencia de alta calidad de que la depresión y el dolor están efectivamente asociados en la población con LME y de que la relación puede ser bidireccional. Además, hay evidencia de baja calidad que indica que la depresión es un factor de riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares comórbidas, lesiones por presión, infecciones de las vías urinarias, rehospitalización¹⁰³ y desempleo.¹⁰³⁻¹⁰⁵ Hay evidencia de muy baja calidad que indica que la depresión predice otros resultados de salud, grado de participación y calidad de vida.¹⁰⁶⁻¹⁰⁷

Véase el cuadro 7 en la página 22 y su continuación en la página siguiente.

3.1 Examine a todas las personas con LME para detectar la presencia de un trastorno depresivo mayor mediante un instrumento de medición breve y válido que tenga una sensibilidad y especificidad adecuadas: (a) al principio de la hospitalización inicial o durante la estadía para rehabilitación; (b) como repetición del tamizaje si está indicado para evaluar la persistencia de los síntomas o un cambio de estado; (c) en el primer seguimiento posterior al alta; y (d) al menos una vez al año o con mayor frecuencia, en función de los factores

Cuadro 7. Criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor según el DSM-5⁴

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante un período de 2 semanas seguidas y representan un cambio respecto al funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluya síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de un informe subjetivo (por ejemplo, se siente triste, vacío, desesperado), o de la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, puede manifestarse como un estado de ánimo irritable).

2. Disminución marcada del interés o del placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (según lo indique un relato subjetivo o la observación).

3. Pérdida de peso considerable sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o bien, disminución o aumento del apetito casi a diario. (Nota: En los niños, considere la falta del aumento de peso esperado).

4. Insomnio o hipersomnia casi a diario.

5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (perceptible para los demás, no simplemente sensaciones subjetivas de inquietud o de estar más lento).

6. Fatiga o falta de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpabilidad por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (identificada ya sea por un relato subjetivo o según lo observado por otros).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solamente miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, intento de suicidio o un plan específico para cometerlo.

B. Los síntomas causan una angustia clínicamente considerable o un deterioro en el ámbito social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

Nota: Los criterios de la A a la C indican la existencia de un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, duelo, ruina económica, pérdidas por un desastre natural, enfermedad o discapacidad médica grave) pueden incluir tristeza intensa, rumiación sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el criterio A, que pueden parecerse a un episodio depresivo. Aunque estos síntomas resulten comprensibles o se los considere adecuados a la pérdida, también se debe considerar detenidamente la presencia de un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida considerable. Esta decisión requiere inevitablemente aplicar el juicio clínico en función de la historia de la persona y de las normas culturales de la expresión de la angustia en el contexto de la pérdida.

Para distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor (EDM), resulta útil considerar que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de anticipar la felicidad o el placer. La disforia en el duelo es probable que disminuya en intensidad a lo largo de los días o las semanas y se produce en oleadas, las llamadas “punzadas de duelo”. Estas oleadas por lo general están asociadas a pensamientos o recuerdos del fallecido. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no está vinculado a pensamientos o preocupaciones específicas. El dolor del duelo puede ir acompañado de emociones positivas y de humor que no son propias de la infelicidad y la pena generalizadas características de un EDM. El contenido del pensamiento asociado al duelo generalmente está marcado por una preocupación por los pensamientos y recuerdos del difunto, en lugar de las cavilaciones autocríticas o pesimistas que se observan en un EDM. En el duelo, la autoestima por lo general está intacta, mientras que en un EDM son comunes los sentimientos de inutilidad y autodesprecio. Si la ideación autodespectiva está presente en el duelo, normalmente implica la percepción de haberle fallado al difunto (por ejemplo, no haberlo visitado con suficiente frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si una persona que atraviesa un duelo piensa en la muerte y en morir, tales pensamientos se centran generalmente en el fallecido y posiblemente en “unirse” a él, mientras que en un EDM tales pensamientos se enfocan en acabar con la propia vida por sentirse inútil, no merecedor de vivir o incapaz de afrontar el dolor de la depresión.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se atribuye claramente al trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otros trastornos del espectro esquizofrénico especificados y no especificados, así como otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha tenido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Cuadro 8. Validez de los instrumentos de detección de la depresión en comparación con el diagnóstico de depresión mayor

Estudio	Instrumento de medición	Umbral	Criterio de medición	% de sensibilidad	% de especificidad	VPP	VPN	% de prevalencia	N
Radnitz <i>et al.</i> , 1996 ¹¹⁴	BDI	≥18	SCID DSM-III-R	83.3	90.8	50.0*	98.1*	9.7	124
Tate <i>et al.</i> , 1993 ¹¹⁵	Zung SDS	≥55	DSM-III-R	86.0	67.0	42.9*	93.8*	23	30
Bombardier <i>et al.</i> , 2012 ¹¹¹	PHQ-9	≥10	SCID DSM-IV	100	80	36.0	100	10	142
Bombardier <i>et al.</i> , 2012 ¹¹¹	PHQ-9	≥11	SCID DSM-IV	100	84	40.0	100	10	142
Krause <i>et al.</i> , 2009 ¹¹⁶	OAHMQ	≥11	PHQ-9	89.7	88.8	48.4*	98.6	10.7	727

Abreviaturas: VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; BDI: Inventario de depresión de Beck; SCID DSM-III-R: Entrevista clínica estructurada para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3.ª edición, revisada; SCID DSM-IV: Entrevista clínica estructurada para el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4.ª edición; Zung SDS: Escala de autoevaluación de la depresión de Zung; PHQ-9: Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems; OAHMQ: Cuestionario de salud y estado de ánimo para adultos mayores.

*Cálculos de la Universidad de Salud y Ciencias de Oregón.

de estratificación del riesgo, tales como resultados positivos previos en instrumentos de detección y dolor crónico.

Justificación: Los estudios realizados en poblaciones con LME han demostrado que los instrumentos de detección de la depresión pueden administrarse de forma fiable y válida mediante autoinformes o entrevistas personales. Se recomienda el tamizaje temprano de la depresión porque ayuda a predecir el riesgo de depresión 1-2 años después de la lesión.^{42,97} El Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) de 9 ítems, la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario de salud y estado de ánimo para adultos mayores son los que más se han estudiado en las LME (véase el cuadro 8).^{108,109} El banco de ítems de depresión del SCI-QOL (28 ítems) es una nueva medida que se desarrolló específicamente para las LME utilizando la métrica PROMIS.¹¹⁰ Este instrumento es unidimensional y tiene una excelente coherencia interna (0.95), una buena fiabilidad de análisis y contranálisis de 1 a 2 semanas (0.83) y estadísticas de ajuste del modelo adecuadas o mejores. Se encuentra en formato de prueba adaptable por computadora, así como en un formulario corto de 10 preguntas. El banco de ítems del SCI-QOL para la depresión tiene una correlación de 0.76 con el PHQ-9 y sus mediciones arrojan una mayor precisión en las puntuaciones. Hasta ahora, el SCI-QOL no ha sido validado en contraste con una entrevista diagnóstica estructurada. La Escala de depresión y ansiedad hospitalaria se utiliza en todo el mundo, pero carece de datos de validez en personas con LME.

Entre los instrumentos que son de dominio público en la actualidad, el PHQ-9 es la medida de mejor rendimiento cuando se compara con un diagnóstico independiente del DSM para el TDM en personas con LME (véase el cuadro 8). El PHQ-9 también tiene la ventaja de su uso clínico generalizado en la atención primaria y en otros entornos médicos, su facilidad de uso, sólidas propiedades psicométricas tanto para la detección como para el seguimiento del tratamiento, y sus ítems se corresponden con los de los criterios del DSM-5 para el TDM.^{111,112} Las investigaciones que analizan el funcionamiento diferencial de los ítems han demostrado que los síntomas somáticos, como el insomnio, la baja energía y la anorexia, no están sobrevalorados en las LME y no deben descartarse

a la hora de realizar la detección y el diagnóstico de la depresión, siempre que se respalde al menos uno de los síntomas cardinales: el estado de ánimo deprimido o la anhedonia.¹¹³ A fin de lograr una mayor eficacia, se puede utilizar el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-2) de 2 ítems como instrumento inicial de detección. Si no se confirma la anhedonia ni el estado de ánimo deprimido, se puede interrumpir el tamizaje, y si se confirma alguno de los dos en cualquier nivel, el tamizaje debe continuar con el resto de los ítems del PHQ-9. Se puede añadir el ítem 9 del PHQ para abarcar la detección de la ideación suicida. El umbral óptimo para detectar la depresión mayor con el PHQ-9 durante la rehabilitación hospitalaria es 11 o más, lo que resulta en una sensibilidad del 100% y una especificidad del 84%.¹¹¹ La especificidad del proceso de detección puede mejorarse si el profesional que administra el instrumento se asegura de que al menos uno de los síntomas cardinales esté validado.

Véase el cuadro 8 en la página 23.

3.2 Remita a los pacientes que hayan tenido resultados positivos en las pruebas de detección o a los que se sospecha que padecen un trastorno depresivo a un profesional de la salud mental para que realice una evaluación diagnóstica.

Justificación: Lo ideal es que los profesionales de la salud mental (trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras) ejerzan dentro del entorno de rehabilitación para garantizar la continuidad adecuada de la atención tras el alta. Los estudios han demostrado que solamente una proporción reducida de personas con LME y depresión reciben un tratamiento adecuado.^{13,14} Por ejemplo, Fann *et al.*^{13,14} descubrieron que apenas el 29% de las personas con LME deprimidas recibían algún tipo de farmacoterapia para la depresión y únicamente el 11% recibían algún tipo de psicoterapia, mientras que las tasas de atención al nivel de las directrices eran del 11% y el 6%, respectivamente. Se ha demostrado que la integración de la atención de la salud mental en la atención médica estándar (por ejemplo, mediante la aplicación de un modelo de atención colaborativa) mejora los resultados en la atención primaria,⁴⁷ otras enfermedades crónicas^{117,118} y la atención de las LME.⁴⁸

3.3 Dele seguimiento a los resultados positivos de las pruebas de detección mediante una evaluación diagnóstica válida para confirmar afecciones como el TDM o el trastorno de adaptación (incluida la persistencia suficiente de los síntomas y la interferencia con la rehabilitación o el funcionamiento) y descarte la posibilidad de que los síntomas se expliquen mejor a causa de los efectos de la afección médica, los medicamentos, el consumo de drogas, el entorno u otros factores.

Justificación: La detección de la depresión a través de instrumentos como el PHQ-9 podría sobrediagnosticar el TDM (es decir, arrojar falsos positivos) y, por lo tanto, requerir entrevistas de diagnóstico o reevaluación después de un período breve para verificar que la persona cumpla con los criterios de diagnóstico. Los síntomas depresivos surgen en diversos contextos: desde situaciones estresantes transitorias (por ejemplo, transiciones en la atención, aniversarios de la lesión, dificultades financieras o de vivienda), hasta factores estresantes crónicos como la discapacidad física y obstáculos provocados por las enfermedades crónicas que impiden la participación en actividades importantes o agradables. Otros factores que contribuyen a ello pueden ser los efectos secundarios de los medicamentos, el delirio, el consumo de alcohol o drogas, o una enfermedad mental comórbida (por ejemplo, trastorno bipolar, demencia, esquizofrenia). Debido a esta amplia gama de etiologías y contribuyentes, es esencial realizar una historia clínica y una evaluación diagnóstica exhaustivas antes de determinar el curso de acción. El diagnóstico diferencial puede incluir el duelo relacionado con la exposición a las pérdidas, la desmoralización, el trastorno de adaptación, el TDM, la depresión secundaria a un padecimiento médico (por ejemplo, una lesión cerebral traumática, dolor, hipotiroidismo) y el delirio (por ejemplo, debido a la abstinencia de alcohol, uso de corticosteroides). En algunos casos, los síntomas somáticos de la depresión se explican mejor a través de los efectos físicos o médicos de la LME. Por ejemplo, despertarse temprano y el cansancio más pronunciado en la mañana aluden a depresión, mientras que el insomnio durante la noche (asociado a dar vueltas) y el cansancio más tarde en el día se relacionan más bien con la LME. La pérdida de peso con un apetito normal sugiere una afección médica. Una consideración importante a la hora de

evaluar la importancia de los síntomas depresivos es si están perjudicando el funcionamiento de la persona. Cuando se pueda identificar una causa biológica o psicosocial o un factor que contribuya a los síntomas, debe abordarse.

Se recomienda el uso de los criterios diagnósticos del DSM-5 para orientar el diagnóstico y facilitar la toma de decisiones compartida. Aunque la presencia de un TDM por lo general justifica tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, el trastorno de adaptación puede remitir espontáneamente o con apoyo psicosocial. Sin embargo, toda persona en quien se identifiquen síntomas depresivos (por ejemplo, puntuación del PHQ-9 >5) debe ser objeto de seguimiento para supervisar la evolución de los síntomas y determinar el tratamiento adecuado, ya que los trastornos de adaptación o la depresión menor pueden perjudicar igualmente el funcionamiento y degenerar en un TDM.

3.4 Apoye a los pacientes que presenten un trastorno depresivo mayor mediante las aptitudes interpersonales no específicas y específicas de la depresión que emplean todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y otros) que interactúen con ellos.

Justificación: Debido a los múltiples problemas médicos y psicosociales a los que se enfrentan las personas con comorbilidades médicas y a la complejidad (y a menudo fragmentación) del actual sistema de atención médica, los tratamientos basados en la evidencia y prestados en equipo han surgido como un enfoque rentable para la atención de la depresión.¹¹⁹ Un estudio reciente demostró que el modelo de atención colaborativa, un enfoque de equipo para el tratamiento de las afecciones crónicas centrado en un responsable de la atención quien es un integrante clave del equipo médico, resulta eficaz para tratarlos síntomas de la depresión y el dolor en las personas con LME.⁴⁸ Este enfoque es especialmente convincente, dada la preferencia de muchas personas con LME y depresión a recibir tratamiento en el entorno de la rehabilitación o la atención primaria, en lugar de en un entorno de salud mental o por teléfono.¹⁸

La Fundación de Christopher & Dana Reeve cuenta

con información excelente para los integrantes del equipo de atención, los pacientes y sus familias sobre la depresión en personas con LME (<https://www.christopherreeve.org/es/international/vivir-con-parálisis/salud/secuelas-y-bienestar/depresión>). Un aspecto clave es que los integrantes del equipo pueden contribuir a la depresión si consideran que la persona con LME tendrá una baja calidad de vida. Las investigaciones demuestran que las personas con LME tienen una calidad de vida mucho mayor de lo que prevén los profesionales de la atención médica.¹²⁰

Entre las estrategias específicas que todos los integrantes del equipo pueden aplicar para promover la esperanza se encuentran definir objetivos pequeños y fácilmente alcanzables para fomentar la autoeficacia y la esperanza,¹²¹ diseñar índices de éxito elevados, proporcionar acceso a actividades que resulten importantes para la persona o que sean agradables fuera del entorno de la terapia,¹²² promover el acceso continuo a relaciones significativas, enfocarse en un futuro con sentido y propósito, y proporcionar una noción de “lo posible”, así como la esperanza en el momento presente.¹²³ Cuando los integrantes del equipo observen síntomas depresivos no diagnosticados en personas con LME, deben alentarlos a que reciban tratamiento y remitirlos. Es importante transmitir a estas personas y a sus familias que la farmacoterapia y la psicoterapia, incluso por períodos breves, han demostrado ser muy eficaces.¹²⁴ Las estrategias basadas en la evidencia para promover la integridad de la familia cuando hay una nueva discapacidad comprenden mantener las tradiciones familiares importantes durante la rehabilitación, facilitar la comunicación abierta entre los miembros de la familia, promover un tono de unión y aliviar la culpa. Aplicar estas estrategias de manera conjunta también fomenta la esperanza por el momento.

Una LME es una experiencia que transforma a los pacientes y su familia. En la investigación de la psicología de la salud, el cambio positivo y la superación de las experiencias de vida que resultan difíciles, así como la discapacidad, se denominan crecimiento postraumático, búsqueda de beneficios, crecimiento relacionado con el estrés y éxito, y se ha descubierto que todos estos aspectos están relacionados con una calidad de vida elevada.¹²⁵ Ayudar a las personas con LME y a sus familias a

experimentar la transformación también es una experiencia transformadora para el equipo.¹²⁴

3.5 Trate el trastorno depresivo mayor utilizando enfoques farmacológicos o no farmacológicos en función de la presentación clínica (por ejemplo, comorbilidades), la eficacia del tratamiento y las preferencias del paciente.

Justificación: La investigación bibliográfica sobre tratamientos de salud mental muestra que el tratamiento médico y psicoterapéutico combinado es más eficaz que cualquiera de los dos por separado.^{126,127} Por lo tanto, en el caso de las personas con LME, los médicos deben ofrecer un tratamiento médico y psicosocial combinado para la depresión mayor siempre que sea posible. Por otra parte, las recomendaciones de tratamiento pueden basarse en otros factores, como las preferencias del paciente, ya que la eficacia de los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia para la depresión son similares.¹²⁸ Un estudio sobre las preferencias de tratamiento descubrió que entre el 78% y el 80% de las personas con LME y depresión estaban sumamente o bastante dispuestas a utilizar antidepresivos o asesoramiento individual, mientras que un número significativamente menor (48%) estaba dispuesto a utilizar el asesoramiento en grupo.¹⁸ Las personas con LME tienden a preferir el tratamiento para la depresión en el entorno de rehabilitación u otros entornos médicos en lugar de que se los remita a proveedores de salud mental especializados. Algunas directrices recomiendan la psicoterapia en vez de los medicamentos para la depresión leve.¹²⁹ Tratar de manera enérgica las afecciones comórbidas que podrían exacerbar la depresión, como el uso de pregabalina para el dolor neuropático crónico y el tratamiento del hipotiroidismo o la apnea obstructiva del sueño, también mejora la depresión.¹³⁰

3.5.1 Considere la farmacoterapia como opción para un trastorno depresivo mayor.

Justificación: Un estudio de buena calidad, aleatorizado, con doble enmascaramiento y comparado con placebo, realizado en personas con LME, descubrió que la venlafaxina de liberación prolongada (dosis promedio de 186 mg al día), un IRSN, era eficaz para tratar los síntomas principales del TDM (estado de ánimo deprimido, anhedonia,

culpabilidad, agitación psicomotriz, retraso psicomotor y ansiedad psíquica) diagnosticados en promedio 11 años después de la LME.¹³¹ Igualmente, se descubrió que la venlafaxina de liberación prolongada disminuía considerablemente el dolor nociceptivo y no aumentaba la espasticidad.

Debido a la escasez de ECA con otros antidepresivos, no se pueden desarrollar algoritmos de tratamiento basados en la evidencia. Sin embargo, a partir de los conocimientos obtenidos en estudios no aleatorizados en poblaciones con LME¹³² y de las guías de práctica y los metanálisis de otras poblaciones,¹³³⁻¹³⁵ se pueden formular algunas recomendaciones generales sobre la farmacoterapia, entre las que se incluyen las siguientes:

- En general, los ISRS y los IRSN son probablemente las clases de antidepresivos mejor toleradas. Sin embargo, la fluoxetina, un ISRS con una semivida larga, debe utilizarse con precaución debido a los datos de estudios de casos que muestran un mayor riesgo de espasticidad en personas con LME.⁷⁴ Según los estudios realizados en poblaciones sin LME, la eficacia de los ISRS y los IRSN es similar.⁷³ Por lo tanto, la elección de la medicación se basa en los efectos secundarios previstos, las interacciones con otros medicamentos y los antecedentes de tratamiento o las preferencias del paciente.
- Al igual que en el tratamiento de la ansiedad, debe considerarse la comprobación del intervalo QTc en un electrocardiograma debido a la politerapia frecuente, antes de seleccionar un tratamiento que incluya agentes serotoninérgicos, especialmente con citalopram o el uso simultáneo de otros medicamentos con riesgo proarrítmico, como la proclorperazina o la metadona. El síndrome serotoninérgico y la posibilidad de que aumenten los espasmos y la agitación son también riesgos de la politerapia, especialmente cuando se combina con agentes simpaticomiméticos de acción indirecta o directa.
- Los antidepresivos tricíclicos pueden causar somnolencia y deben utilizarse con precaución debido al riesgo de efectos secundarios anticolinérgicos que pueden exacerbar los síntomas comunes relacionados con la LME (por ejemplo, hipotensión, estreñimiento, retención urinaria).
- Otras opciones de antidepresivos, como el

bupropión, la mirtazapina, la vortioxetina y la vilazodona, no se han estudiado sistemáticamente en poblaciones con LME.

- Las dosis de antidepresivos debe comenzar a la mitad de la dosis inicial típica, y el ajuste posológico debe producirse a la mitad de la velocidad con que se realiza normalmente en las poblaciones sin otras enfermedades.
- Las dosis objetivo y la duración con dicha dosis (es decir, de 6 a 8 semanas) necesarias para lograr un efecto terapéutico completo son similares a las de la población sin LME.
- La monitorización de los síntomas depresivos y de la tolerabilidad y eficacia de la medicación debe realizarse al menos a los niveles que indican las directrices del Conjunto de Datos e Información sobre la Eficacia de la Atención Médica (HEDIS)¹³⁶ y probablemente con mayor frecuencia debido al potencial más elevado de efectos adversos en los pacientes médicamente complejos.¹³⁷
- La depresión resistente al tratamiento puede requerir:^{138,139}
 1. Reformulación del diagnóstico.
 2. Cambiar a otro antidepresivo si no se produce una mejoría.
 3. Potenciación farmacológica o no farmacológica (por ejemplo, con psicoterapia) del antidepresivo.
 4. Terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcraneal repetitiva.

3.5.2 Considere el tratamiento no farmacológico como opción para un trastorno depresivo mayor.

Justificación: En función de tres revisiones sistemáticas,^{79,140,141} hay evidencia de baja calidad que demuestra que de 6 a 16 sesiones de TCC (incluida la enseñanza de estrategias de afrontamiento) mejora la depresión durante 6 semanas a 6 meses en personas con LME. La magnitud de los efectos en los estudios que utilizaron la TCC individual fue mucho mayor que los que utilizaron la TCC grupal. Existe evidencia de muy baja calidad de que un sistema de respuesta de voz interactivo y automatizado mejoró la depresión a los 6 meses en un entorno comunitario¹⁴²⁻¹⁴⁴ y no existe evidencia de que el asesoramiento telefónico mejorara la depresión.¹⁴⁵ Además, hay evidencia de muy baja calidad que sugiere que la actividad física mejora la depresión.¹⁴⁶⁻¹⁵¹

Dado que se dispone de relativamente poca investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicosociales para la depresión en personas con LME, se recomienda ofrecer una TCC o una terapia interpersonal en función de sus preferencias y del grado de experiencia de los terapeutas.¹⁵² Además, puede considerarse un programa de ejercicio físico estructurado (tres veces por semana, que consista en un entrenamiento de resistencia progresivo y un entrenamiento aeróbico) como complemento de otras terapias.¹²⁹

4. TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Antecedentes

El alcoholismo y otros TCS se incluyen en esta GPC porque son trastornos prevalentes y se asocian con resultados negativos en las personas con LME (véase el cuadro 9 para conocer los criterios genéricos de diagnóstico). El 14% de las personas con LME informan problemas considerables relacionados con el alcohol y el 19.3% informan un consumo excesivo de alcohol.¹⁵³ Entre los veteranos de EE. UU., aproximadamente el 9% recibió un diagnóstico de TCS relacionado con el alcohol y el 8% tenía un TCS debido al uso de drogas ilícitas.⁴⁰ Entre los civiles, la preponderancia estimada del uso de otras drogas o fármacos varió ampliamente, desde el 0% hasta el 14%.¹⁵⁴ Se calcula que el 35.3% de las personas con LME fuman tabaco.¹⁵⁵ En estudios a gran escala con veteranos estadounidenses¹⁵⁶ y canadienses¹⁵⁷ con LME se descubrió que al 55% y al 79% les recetaron opiáceos, y hay evidencia de baja calidad que demuestra que el riesgo de adicción a opiáceos es mayor en las personas con LME que en quienes que no las tienen.¹⁵⁸ Se estima que el 35.2% de las personas con LME consumen opiáceos a diario¹⁵⁹ y que entre el 17.6% y el 25.8% autodeclaran un uso indebido considerable de analgésicos.^{160,161}

Los factores de riesgo del TCS incluyen tener paraplejia o tetraplejia, dolor crónico y bajos ingresos.^{40,141, 162-163} Hay evidencia de alta calidad que demuestra que tener al menos 65 años, ser latino y estar casado, así como tener una duración de la lesión de al menos 10 años, son factores de protección contra los TCS.^{40,141,162-163} Hay evidencia de calidad moderada que muestra que ser mayor al momento de sufrir la lesión y tener un grado de satisfacción más alto con la vida, menor educación y empleo predice

un menor abuso o consumo excesivo de alcohol y que una mayor satisfacción con la vida protege contra el uso de sustancias ilícitas.^{40,141,162-163}

Hay evidencia de baja calidad que indica que el abuso de alcohol se asocia a un aumento del dolor y el cansancio, una calidad de sueño deficiente, menor satisfacción con la vida y menor probabilidad de tener un empleo remunerado.^{107,141} Hay evidencia de calidad moderada que demuestra que el uso de drogas ilícitas o la adicción a medicamentos recetados se asocia con el desarrollo de lesiones por presión.¹⁶⁴ Asimismo, existe evidencia de baja calidad que relaciona el consumo de drogas ilícitas con el dolor y una menor satisfacción con la vida.^{103,141} El consumo de tabaco se asocia a una mala salud y a una mayor mortalidad en personas con LME.^{165,166} La nicotina (2 mg) aumenta la gravedad del dolor neuropático en los fumadores, en comparación con los que reciben un placebo.¹⁶⁷ El uso de opiáceos se asocia a un mayor riesgo de fracturas de las extremidades superiores e inferiores.^{168,169} Algo que resulta inquietante es que dos estudios han descubierto que el uso de analgésicos recetados se asoció a tasas de mortalidad más elevadas en personas con LME.^{34,161}

4.1 Examine a todos los pacientes para detectar los TCS comunes: (a) Antes del alta de la rehabilitación hospitalaria, utilice un instrumento de medición breve y válido que tenga una sensibilidad adecuada para detectar el consumo a lo largo de toda la vida y los problemas con el alcohol, las drogas, el tabaco, la marihuana y el uso extramédico de medicamentos recetados; y, (b) dependiendo de los resultados del tamizaje inicial y de otros factores de riesgo, volver a examinar a los pacientes para detectar el consumo reciente de sustancias en la rehabilitación ambulatoria o en la atención primaria.

Justificación: El instrumento CAGE^{95,164,170} y la Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol^{103,160} se han utilizado en múltiples estudios de detección de alcoholismo. Sin embargo, no se ha evaluado la validez diagnóstica de los instrumentos de detección de consumo de sustancias en personas con LME. Por lo tanto, las recomendaciones de tamizaje se basan en la investigación de otras poblaciones médicas.

Se han desarrollado varios instrumentos de un solo

Cuadro 9. Criterios diagnósticos (genéricos) del trastorno por consumo de sustancias del DSM-5⁴

Un patrón problemático de consumo de sustancias que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo se manifiesta por la presencia de dos o más de los siguientes elementos en un período de 12 meses:

1. Una sustancia que a menudo se toma en cantidades mayores o durante un período más largo de lo previsto.
2. Un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de reducir o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se dedica mucho tiempo a las actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
4. Ansia o un fuerte deseo o impulso de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de sustancias que provoca el incumplimiento de las principales obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de sustancias a pesar de que esto genera problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por sus efectos.
7. Las actividades sociales, laborales o recreativas importantes se abandonan o se reducen a causa del consumo.
8. Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que resulta físicamente peligroso.
9. Consumo continuado de sustancias a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente sea producto del consumo o esté agravado por este.
10. Tolerancia.
 - A. Necesidad de una cantidad notablemente mayor de la sustancia para lograr drogarse o el efecto deseado.
 - B. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de una sustancia.

Nota: Se considera que este criterio no se cumple en el caso de las personas que toman las sustancias únicamente bajo la debida supervisión médica.

11. Abstinencia.
 - A. Véase el DSM-5 para obtener la descripción de los síndromes de abstinencia de sustancias específicas.
 - B. La sustancia se toma para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: Se considera que este criterio no se cumple en el caso de las personas que toman las sustancias únicamente bajo la debida supervisión médica.

Especificadores de la gravedad según el DSM-5: leve: se cumplen de dos a tres criterios; moderada: se cumplen de cuatro a cinco criterios; grave: se cumplen seis o más criterios

Cuadro 10. Utilidad clínica de los instrumentos de medición de trastornos por consumo de sustancias en comparación con la evaluación diagnóstica

Estudio	Instrumento de medición	Umbral	% de sensibilidad	% de especificidad	VPP	VPN	% de prevalencia	N
Smith <i>et al.</i> , 2009 ¹⁷¹	Prueba de detección de alcoholismo de una sola pregunta	≥1	0.82	0.79			11.5	286
Smith <i>et al.</i> , 2010 ¹⁷²	Prueba de detección de una sola pregunta para detectar el consumo de drogas y los trastornos por consumo de fármacos (consumo ilícito y no médico de medicamentos recetados)	≥1	1.00	0.74			11.9	286
Brown y Rounds, 1995 ¹⁷⁴	CAGE-AID	≥1 ≥2	0.79, 0.77	0.77, 0.85				
Brown <i>et al.</i> , 2001 ¹⁷⁵	TICS		0.79	0.78			23	434, 702
Bradley <i>et al.</i> , 2007 ¹⁷⁶	AUDIT-C para hombres y mujeres		0.86, 0.73	0.89, 0.91				
Gryczynski <i>et al.</i> , 2017 ¹⁷⁶	TAM		0.80, 0.85, 0.91, 0.85	0.92, 0.71, 0.89, 0.93	0.60, 0.44, 0.25, 0.49	0.97, 0.95, 1.0, 0.99	25, 14, 4, 17	1995- 2000

Abreviaturas: VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; CAGE-AID: CAGE adaptado para incluir las drogas; TICS: Prueba de detección conjunta de dos ítems; AUDIT-C: Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol; TAM: consumo de tabaco, alcohol, medicamentos recetados y otras sustancias.

ítem para valorar el consumo nocivo de alcohol. Una medida válida pregunta: “En el transcurso del último año ¿cuántas veces ha tomado X o más bebidas en un día?”, donde X = 5 para los hombres y 4 para las mujeres.¹⁷¹ Se considera que existe consumo nocivo si la persona indica una cifra superior a 0 o responde que no sabe. El instrumento tiene una sensibilidad del 82% y una especificidad del 79% para el consumo nocivo de alcohol. Asimismo existen preguntas válidas de un solo ítem sobre el abuso de drogas y fármacos, incluida la que plantea: “En el transcurso del último año ¿cuántas veces ha consumido una droga ilícita o ha utilizado un medicamento recetado por razones que no sean médicas?”.¹⁷² Con un umbral superior a 0, esta medida es 100% sensible y 74% específica para la detección de un trastorno por

consumo de sustancias. Una medida relativamente nueva, denominada Consumo de tabaco, alcohol, medicamentos recetados y otras sustancias, cubre cuatro clases de drogas y fármacos clave con apenas cuatro preguntas.¹⁷³ En el **cuadro 10 (Véase arriba)** se incluye información sobre instrumentos de detección breves y válidos.

4.2 Remita a los pacientes que hayan tenido resultados positivos en las pruebas de detección o a los que se sospecha que padecen un TCS a un profesional de la salud mental para que realice una evaluación diagnóstica de los criterios del TCS.

Justificación: Las personas que tienen un resultado positivo en la detección de TCS deben someterse

a una evaluación más exhaustiva. Los elementos estándar de la evaluación de este trastorno incluyen la determinación del tipo, la frecuencia y la cantidad de la sustancia consumida (incluida la vía de administración); el diagnóstico según el DSM-5 de la gravedad del TCS y la disposición a cambiar la adicción; las comorbilidades psiquiátricas y las afecciones médicas pertinentes; así como las obstáculos y los elementos que faciliten reducir el consumo de sustancias.¹⁷⁷ Una excepción a la recomendación es para las personas cuyos resultados en el instrumento de detección indiquen un consumo de alcohol inquietante sin otros signos de alcoholismo, por ejemplo, AUDIT-C >3 y <8. En el caso de estas personas, resulta eficaz brindar información sobre los riesgos del consumo de alcohol adaptada a la persona, junto con recomendaciones para reducir dicho consumo a los límites recomendados o abstenerse.¹⁷⁸

4.3 Apoye a los pacientes que presenten un trastorno por consumo de sustancias mediante las aptitudes interpersonales no específicas y específicas del TCS que emplean todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y otros) que interactúen con ellos.

Justificación: Las personas con TCS pueden quedar estigmatizadas por creencias no científicas sobre la causa, el curso y el tratamiento de estos trastornos. Crear conciencia en el equipo en cuanto a que los TCS son a menudo trastornos biopsicosociales crónicos y recidivantes que requieren atención episódica o continua, similar a la que se requiere en otras enfermedades crónicas como la diabetes.¹⁷⁹ Conceptualizar la preparación para abordar los TCS en términos no moralistas, por ejemplo, utilizando las etapas del modelo transteórico de cambio (precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento, recaída).¹⁸⁰ Reencuadrar la recaída como una fase normal en el proceso general de cambio y fomentar un enfoque empático y sin juicios de valor para el acercamiento y la reincorporación al tratamiento.¹⁷⁹ Familiarizar al personal de rehabilitación con los tratamientos psicológicos y farmacológicos comunes basados en la evidencia para los TCS. Involucrar al personal en el proceso de enseñar a los pacientes sobre los efectos adversos de las sustancias sobre la

salud, en particular los riesgos específicos de las sustancias en la LME y las posibles interacciones con los medicamentos recetados. El personal puede centrarse en reforzar socialmente todos los esfuerzos de abstinencia, moderación y reducción de daños, así como cualquier otro cambio positivo relacionado con el consumo de sustancias que realicen los pacientes.

4.4 En la medida de lo posible, trate los TCS en el ámbito de la rehabilitación utilizando enfoques farmacológicos, no farmacológicos y basados en la comunidad, en función de la presentación clínica (por ejemplo, comorbilidades), la duración de la estadía, la eficacia del tratamiento y las preferencias del paciente.

Justificación: El tratamiento de los TCS implica un espectro de servicios médicos y psicosociales: detección y remisión; intervención temprana; y servicios ambulatorios habituales o intensivos, servicios de hospitalización y servicios domiciliarios.¹⁷⁸ Sin embargo, apenas una de cada diez personas con TCS acude a programas especializados de tratamiento de la adicción.¹⁸¹ Por lo tanto, hace casi tres décadas, el Instituto de Medicina hizo un llamamiento a quienes no son especialistas para que ofrezcan un tratamiento para la adicción más breve y menos intensivo en los entornos donde se encuentran las personas con problemas de adicción a sustancias.¹⁸² El tratamiento administrado en entornos no especializados puede ser eficaz, especialmente para los TCS menos graves. Por ejemplo, hay metanálisis que indican que las intervenciones breves reducen el consumo preocupante de alcohol y el número de bebidas por semana en entornos de atención primaria.^{183,184} El tratamiento breve contra el abuso de sustancias integrado en los programas de tratamiento de traumatismos médicos o quirúrgicos agudos también puede ser eficaz, especialmente para las personas con TCS de gravedad leve o moderada.¹⁸⁵ Las intervenciones breves pueden funcionar como la fase inicial de un enfoque de atención escalonada y aumentar la disposición de la persona para someterse a un tratamiento formal.¹⁸⁶

Los problemas de adicción no solamente son frecuentes en los entornos de rehabilitación, sino que la rehabilitación de traumatismos también puede generar la oportunidad para que las personas con TCS tengan una mejor disposición al cambio y

sean receptivos al tratamiento.^{33,187,188} Los TCS en los pacientes son una gran inquietud que comparten los médicos y los psicólogos especializados en rehabilitación y están cada vez mejor preparados para identificar y brindar tratamiento a las personas con TCS comórbidos.^{189,190} El Comité de Traumatología del Colegio Estadounidense de Cirujanos ya recomienda para todos la aplicación del enfoque SBIRT (detección, intervención breve y remisión al tratamiento) para el TCS en los servicios de atención de traumatismos.¹⁶ El tratamiento médicamente asistido y las intervenciones psicosociales pueden realizarse en entornos de rehabilitación. Por lo tanto, recomendamos que el tamizaje, la evaluación y las intervenciones de primera línea para los TCS se integren en los programas de rehabilitación de las LME.

4.5 Utilice el tratamiento asistido con medicamentos (TAM) para los TCS, lo que abarca los trastornos por consumo de opiáceos y el alcoholismo, cuando esté indicado.

Justificación: No hay literatura disponible sobre la eficacia del uso del TAM para los TCS en personas con LME. Por lo tanto, nos apoyamos en las prácticas basadas en la evidencia en otras poblaciones. Los TAM se utilizan especialmente para los trastornos por consumo de tabaco, alcohol y opiáceos. Existen muchas GPC en línea que cubren los fundamentos y la implementación de los TAM para estos trastornos. Entre los excelentes ejemplos de directrices se encuentran el Manual de atención primaria y cesación del tabaco del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)¹⁹¹ y la Guía de práctica clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias del VA y el Departamento de Defensa (DD).¹⁷⁸

Para las personas con trastorno por consumo de tabaco, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprueba las terapias de sustitución de nicotina, entre las que se cuentan los parches y la goma de mascar de nicotina, los comprimidos, los inhaladores orales y los atomizadores nasales.¹⁷⁸ Estas terapias ayudan a reducir los síntomas de abstinencia, como la ira y la irritabilidad, pero surten un efecto mínimo sobre el deseo de fumar. La combinación de parches de nicotina con otros medicamentos, como la goma de mascar o

las pastillas de nicotina o el bupropión, aumenta considerablemente las tasas de abstinencia en comparación con la monoterapia. El bupropión (Zyban, Wellbutrin) es un antidepresivo bloqueador de la recaptación de dopamina y norepinefrina, aprobado por la FDA y eficaz para dejar de fumar. La vareniclina (Chantix, Champix) es un agonista parcial de la nicotina que reduce el deseo de fumar y el síndrome de abstinencia y facilita el abandono del tabaquismo (se aconseja estricta supervisión ya que se han informado síntomas psiquiátricos graves, como aumento de la depresión [del 3% al 11%] y comportamiento o ideación suicida [del 6% al 11%]).^{192,193} A fin de mejorar los desenlaces, los expertos en LME recomiendan combinar los tratamientos médicos y psicosociales para dejar de fumar, utilizar la telesalud para hacer un acompañamiento de los pacientes a lo largo del tiempo y tratar las afecciones asociadas como la depresión.¹⁹⁴

Las directrices del VA para los TCS recomiendan encarecidamente el acamprosato, el disulfiram, la naltrexona o el topiramato para el alcoholismo.¹⁷⁸ La aplicabilidad de estos TAM en el contexto de las LME la determina individualmente cada profesional que los prescribe. El acamprosato actúa aumentando el sistema gabaérgico y disminuyendo la actividad del glutamato; asimismo, reduce los síntomas de la abstinencia prolongada.¹⁹⁵ Sin embargo, aumenta el riesgo de muerte por suicidio y debe utilizarse con precaución.¹⁹⁵ El disulfiram actúa al aumentar los niveles de acetaldehído cuando se consume alcohol, lo que origina una serie de efectos adversos desagradables como rubor, náuseas, diaforesis, palpitaciones, taquicardia, visión borrosa e hipotensión.¹⁹⁵ La disfunción autonómica puede ser una contraindicación para el uso de disulfiram después de una lesión medular. La naltrexona es un antagonista de los opiáceos que bloquea los opiáceos endógenos que se liberan cuando se ingiere alcohol.¹⁹⁵ La naltrexona está disponible en forma de píldora diaria o en forma inyectable mensual. El topiramato reduce el deseo de consumir alcohol al aumentar la actividad de los receptores GABA, actuar como antagonista de los receptores de glutamato e inhibir la liberación de dopamina.¹⁹⁵

Las directrices del VA para los TCS recomiendan la buprenorfina y la metadona para el tratamiento del

trastorno por consumo de opiáceos, mientras que la naltrexona inyectable de liberación prolongada, así como la metadona y la buprenorfina, se recomiendan para el tratamiento en fase de mantenimiento.¹⁷⁸ Se recomienda la farmacoterapia en lugar de los tratamientos psicosociales por sí solos en función de la evidencia existente.

La metadona es un agonista de opiáceos que previene la abstinencia a estos, reduce el ansia de consumo y los efectos de los opiáceos ilícitos.¹⁷⁸ Décadas de trabajo con el mantenimiento con metadona demuestran que también mejora los resultados sociales, vocacionales y de salud. Se puede administrar metadona y ajustar la dosis para el tratamiento del dolor durante la rehabilitación hospitalaria. Considere la posibilidad de realizar un electrocardiograma de referencia y un examen físico a los pacientes con riesgo de prolongación del intervalo QT o arritmias.¹⁷⁸ Sin embargo, la terapia de mantenimiento con metadona para la adicción solamente se ofrece a través de programas de tratamiento ambulatorio regulados por el gobierno federal. Por lo tanto, se requiere una cuidadosa coordinación con los programas de tratamiento con metadona para continuar con la terapia y evitar la recaída tras el alta de los centros de hospitalización.

La buprenorfina es un agonista parcial de los opiáceos y se presenta en forma de monoterapia o de agonista/antagonista combinada con la naloxona.¹⁷⁸ El tratamiento con buprenorfina es eficaz en entornos especializados en adicciones, así como en otros entornos clínicos. Reduce los síntomas de abstinencia y las ansias sin producir euforia ni otros efectos secundarios peligrosos, como la supresión respiratoria. Los médicos que completan 8 horas de formación especializada pueden realizar la terapia de inducción y mantenimiento con buprenorfina. La inducción de la buprenorfina puede producirse durante la rehabilitación hospitalaria o ambulatoria, y los pacientes que reciben buprenorfina pueden tener seguimiento con proveedores que ofrezcan programas de tratamiento en un consultorio.

La naltrexona, un antagonista de los opiáceos, es un tratamiento eficaz para la adicción a opiáceos únicamente en su forma inyectable de acción prolongada.¹⁷⁸ La naltrexona actúa bloqueando los efectos de los opiáceos. Los pacientes no deben

haber consumido opiáceos durante 7 a 10 días al iniciar el tratamiento con la naltrexona ya que es un antagonista de los opiáceos y puede precipitar el síndrome de abstinencia.¹⁹⁵

Además de las guías del VA y el Departamento de Defensa, las directrices actualizadas para el uso de medicamentos para tratar la estabilización y la abstinencia de opiáceos, la disminución gradual y el mantenimiento están disponibles en el sitio web de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) (<https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment>). Para facilitar el acceso a programas y proveedores especializados, la SAMHSA ofrece un localizador de programas de tratamiento con metadona en línea (<https://dpt2.samhsa.gov/treatment/directory.aspx>) y un sitio web dedicado a la localización de médicos certificados para proporcionar tratamiento con buprenorfina (<https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/physician-program-data/treatment-physician-locator>). Por último, en consonancia con las directrices nacionales de la Administración de Salud de Veteranos, debe proporcionarse instrucción sobre la sobredosis y la distribución de naloxona a cualquier persona a la que se le prescriban opiáceos.¹⁹⁶

4.6 Considere el tratamiento no farmacológico como opción para los TCS.

Justificación: La investigación sobre la intervención en la LME se limita a evidencia de baja calidad de que el tratamiento multimodal en régimen de hospitalización o ambulatorio reduce el alcoholismo y la drogadicción autodeclarados en los veteranos con LME.¹⁹⁷ Por lo tanto, nos basamos en la bibliografía general sobre el tratamiento para orientar las recomendaciones de esta sección. Una revisión completa de la bibliografía sobre el tratamiento de los TCS va más allá del alcance de esta GPC (véanse las directrices del VA y el Departamento de Defensa para una revisión de la bibliografía sobre el tratamiento psicosocial).¹⁷⁸ En su lugar, enumeramos ejemplos de tratamientos basados en la evidencia para los SUD que pueden implementarse dentro de los entornos de rehabilitación.

Hay evidencia de calidad moderada que muestra que las intervenciones breves (de 1 a 5 sesiones y menos de 1 hora de duración total), que por lo

general consisten en retroalimentación, información, asesoramiento, refuerzo de la motivación y desarrollo de un plan de cambio, reducen el consumo de alcohol al cabo de 1 año en atención primaria y en pacientes de los servicios de urgencias que consumen alcohol de modo pernicioso y perjudicial.¹⁹⁸ Una de las intervenciones breves, el SBIRT,¹⁹⁹ cuenta con numerosos módulos educativos en línea y videos para aprender la técnica de intervención. La entrevista motivacional, que a menudo se realiza en 1 a 4 sesiones, es un tratamiento basado en la evidencia con eficacia demostrada en una serie de TCS.²⁰⁰ La TCC, el manejo de contingencias y la prevención de recaídas son tratamientos eficaces en una amplia gama de TCS.^{201,202} El enfoque de refuerzo comunitario y entrenamiento familiar (CRAFT) es una intervención de refuerzo positivo no confrontacional que se lleva a cabo a través de miembros de la familia o amigos preocupados, para motivar a las personas con TCS a participar en el tratamiento de la adicción. El CRAFT es de 2 a 3 veces más eficaz que otros enfoques como Al-Anon o la Intervención del Instituto Johnson para superar la resistencia al tratamiento formal del abuso de sustancias.²⁰³ Para el abandono del tabaco, las intervenciones de 3 minutos o más pueden surtir efecto.²⁰⁴ Una sesión de asesoramiento de 4 a 30 minutos de duración puede duplicar las tasas de abstinencia, mientras que las sesiones de asesoramiento de más de 30 minutos triplican las tasas de abstinencia. Los enfoques de asesoramiento para dejar de fumar paso a paso se describen en el Manual de atención primaria y cesación del tabaco del VA¹⁹¹ y existe un cuaderno de trabajo para pacientes que acompaña a este programa.²⁰⁵

Con respecto al trastorno por consumo de opiáceos, existe poca evidencia de que las intervenciones psicosociales mejoren los resultados más allá de los efectos de los TAM por sí solos, aunque el abandono del tratamiento es elevado y mantener a los pacientes comprometidos resulta fundamental. La evidencia más sólida que existe hasta la fecha se deriva de un ensayo que combinaba TAM y TCC. La abstinencia fue considerablemente más larga en los pacientes adictos de opiáceos recetados que fueron asignados al azar a TAM administrado por un médico de atención primaria más TCC, que en aquellos asignados al azar solamente a TAM administrado por un médico.²⁰⁶ Sin embargo, no hubo efecto de abstinencia de la TCC para los pacientes que eran adictos a la

heroína. Un estudio de eficacia demostró que una intervención de atención colaborativa compuesta por buprenorfina y naloxona más un programa de TCC para mejoramiento de la motivación de 6 sesiones de duración mejoraba considerablemente el acceso al tratamiento y la abstinencia de alcohol u opiáceos durante 6 meses, en comparación con la atención primaria habitual.²⁰⁷ El programa de TCC de ese estudio se encuentra a disposición en línea en Rand Corporation.²⁰⁸

4.7 Considere remitir al paciente a programas de tratamiento de TCS basados en la comunidad y a recursos de autoayuda.

Justificación: Aunque recomendamos el tratamiento de los TCS como parte de la rehabilitación física estándar, se recomienda enfáticamente la derivación a programas especializados en estos trastornos para aquellos pacientes que estén dispuestos a participar en ellos y sean capaces de hacerlo.^{33,187} Los programas basados en la comunidad están indicados para quienes tengan un TCS más grave, para los que no se recuperan completamente con el tratamiento basado en la rehabilitación física y para los que necesitan un mantenimiento del tratamiento de seguimiento durante períodos prolongados. Los proveedores de rehabilitación física pueden utilizar el sitio web del buscador de tratamientos de la SAMHSA <https://findtreatment.samhsa.gov/> para ayudar a los pacientes a encontrar programas de tratamiento adecuados y accesibles. Opinamos que, lamentablemente, sigue siendo difícil encontrar programas de tratamiento domiciliario para los TCS que puedan prestar servicios a personas con LME, especialmente a aquellas con tetraplejía que requieren asistencia para su cuidado personal.

Ofrezca a los pacientes la opción de participar en programas de 12 pasos (por ejemplo, el de Alcohólicos Anónimos) como complemento o continuación del tratamiento del TCS. Remita a los pacientes, familiares y amigos a Al-Anon y grupos similares para que reciban apoyo si el uso de CRAFT no es factible o no se prefiere.

5. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) Y TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO (TEA)

Antecedentes

Una LME suele implicar la exposición a un

acontecimiento traumático que pone en peligro la vida. Las respuestas emocionales que tienen las personas a la exposición al trauma por lo general siguen una de cuatro trayectorias: resiliencia, recuperación, angustia crónica y retraso.^{209,210}

En general, entre el 5% y el 20% de las personas experimentan síntomas de TEA durante los primeros 3 a 30 días después de la exposición (véase el cuadro 11 para conocer los criterios de diagnóstico).²¹¹ El TEA se conceptualizó originalmente como un precursor del TEPT, y entre el 40% y el 80% de las personas con TEA llegan a desarrollar TEPT.²¹² Sin embargo, se ha descubierto que el TEA es un factor de predicción insuficiente del TEPT y la mayoría de aquellos que desarrollan TEPT no habían cumplido previamente los criterios del TEA.²¹³ Por lo tanto, el TEA se incluye en el DSM-5 como una reacción de estrés grave que merece atención clínica propia.²¹⁴

El TEPT se considera un estado de no recuperación o incapacidad para extinguir el miedo experimentado durante un acontecimiento traumático.²¹⁵ Los síntomas del TEPT se recogen en 4 grupos de síntomas: intrusión, evitación, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, y alteraciones de la alerta y la reactividad (véase el cuadro 12 para conocer los criterios de diagnóstico). Para que se pueda diagnosticar el TEPT, una persona debe tener síntomas durante al menos un mes que le causen una angustia o un impedimento considerable.⁴ Hay evidencia de baja calidad que sugiere que la prevalencia del TEPT después de una LME es del 10%, similar a la tasa en la población general.³

Una revisión sistemática reciente de 17 estudios concluyó que múltiples factores postraumáticos tenían asociaciones clínicamente importantes con el aumento de los síntomas de TEPT: depresión, niveles más bajos de aceptación o adaptación, malestar psicológico, ansiedad, valoración negativa, neuroticismo y dolor.^{216,217} Las mujeres tendían a informar síntomas de TEPT más graves.²¹⁶ Un estudio multicéntrico a gran escala (n=1,062) que incluyó un sobremuestreo de hispanos y negros no hispanos, y que no se incorporó en el metaanálisis, informó una prevalencia general de TEPT del 24.9% y de una prevalencia de TEPT considerablemente mayor entre los hispanos (31.3%) y negros no hispanos (24.7%) que en los blancos no hispanos (19.4%).²¹⁸

Existe escasa información sobre la relación del TEPT con los resultados después de la LME. Sin embargo, el TEPT está asociado a una menor participación social.²¹⁹

Véase el cuadro 11 en las páginas 36-37 y el cuadro 12 en las páginas 37-38.

5.1 Examine a todos los pacientes para detectar el TEA en el plazo de un mes después de la lesión y para detectar el TEPT tras el primer mes. El examen de detección debe realizarse (a) al principio de la hospitalización inicial o durante la estadía para rehabilitación; (b) como repetición del tamizaje si está indicado para evaluar la persistencia de los síntomas o un cambio de estado; (c) en el primer seguimiento posterior al alta; y (d) en momentos específicos en el futuro más allá de los seis meses, en función de los factores de estratificación del riesgo, tales como ser veterano u otro profesional que haya estado expuesto a situaciones traumáticas o tener síntomas cuya gravedad haya estado por debajo del umbral en exámenes de detección anteriores.

Justificación: El 1 de febrero de 2018, el Comité de Traumatología del Colegio Estadounidense de Cirujanos adoptó una resolución para fomentar la detección y la intervención temprana del TEPT en pacientes con traumatismos.²²⁰ Sus recomendaciones se basan en la evidencia emergente que demuestra la viabilidad de identificar precozmente el TEA y el TEPT en los sobrevivientes de traumatismos²²¹ y en la investigación prometedora que sugiere que las intervenciones tempranas integradas dentro de la atención del traumatismo mejoran los resultados.¹⁷ El margen de tiempo durante el cual se puede tratar el TEA, así como prevenir y tratar el TEPT se superpone con el período en el que las personas con LME generalmente están en rehabilitación hospitalaria o ambulatoria. En las investigaciones recientes se ha demostrado la viabilidad de identificar el TEPT poco después de la LME;²²² por lo tanto, parece prudente que las políticas de rehabilitación de la LME sigan las recomendaciones del Comité de Traumatología para la LME.

Ninguna investigación ha validado los instrumentos de detección de TEA o TEPT ni aquellos para medir la gravedad de los síntomas en la LME. Sin embargo,

Cuadro 11. Criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo según el DSM-5⁴

A. La exposición a la muerte real o a la amenaza de muerte, a lesiones graves o a violencia sexual en una (o más) de las siguientes formas:

1. Vivir directamente el o los eventos traumáticos.
2. Presenciar estos hechos en otras personas.
3. Enterarse de que un familiar cercano o un amigo íntimo vivió alguna de estas situaciones. Nota: En los casos de muerte real o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el suceso debe haber sido violento o accidental.
4. Vivir una exposición repetida o extrema a detalles de sucesos traumáticos que produzcan aversión (por ejemplo, los socorristas que recogen restos humanos, agentes de policía expuestos repetidamente a detalles de maltrato infantil). No se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o imágenes, a menos que dicha exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que se inician o empeoran después de producirse el suceso traumático:

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o el estado afectivo del sueño están relacionados con el suceso.
3. Reacciones disociativas (por ejemplo, *flashbacks* o *analepsis*) en las que la persona se siente o actúa como si el suceso traumático fuera recurrente. (Estas reacciones pueden producirse de forma constante y en su forma más extrema se expresa como la pérdida total de la conciencia del entorno presente).
4. Angustia psicológica intensa o prolongada o reacciones fisiológicas marcadas en respuesta a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del suceso traumático.

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, incapacidad de experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).

Síntomas disociativos

6. Sensación alterada de la realidad del entorno o de uno mismo (por ejemplo, verse desde la perspectiva de otro, estar aturdido, que el tiempo se ralentice).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (normalmente debido a la amnesia disociativa y no a otros factores como traumatismo craneal, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar los recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos sobre el suceso traumático o estrechamente asociados a este.
9. Esfuerzos para evitar los recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos sobre el suceso traumático o estrechamente asociados a este.

Síntomas de alerta
10. Alteraciones del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).
11. Comportamiento irritable y arrebatos de ira (con poca o ninguna provocación), generalmente expresados como agresión verbal o física hacia personas u objetos.
12. Hipervigilancia.
13. Problemas de concentración.
14. Respuesta de sobresalto exagerada.
C. La duración de la alteración (síntomas del criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.
Nota: Los síntomas por lo general comienzan inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan durante al menos tres días y hasta un mes para que cumplan con los criterios del trastorno.
D. La alteración causa una angustia clínicamente considerable o un deterioro en el ámbito social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
E. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamentos o alcohol) o a otra afección médica (por ejemplo, lesión cerebral traumática leve) y no se puede atribuir claramente a un trastorno psicótico breve.

Cuadro 12. Criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático según el DSM-5⁴
A. La exposición real a la muerte o a la amenaza de muerte, a lesiones graves o a violencia sexual en una (o más) de las siguientes formas:
1. Vivir directamente el o los eventos traumáticos.
2. Presenciar estos hechos en otras personas.
3. Enterarse de que un familiar cercano o un amigo íntimo vivió alguna de estas situaciones. Nota: En los casos de muerte real o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el suceso debe haber sido violento o accidental.
4. Vivir una exposición repetida o extrema a detalles de sucesos traumáticos que produzcan aversión (por ejemplo, los socorristas que recogen restos humanos, agentes de policía expuestos repetidamente a detalles de maltrato infantil). No se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o imágenes, a menos que dicha exposición esté relacionada con el trabajo.
B. Presencia de nueve (o más) de los siguientes síntomas de cualquiera de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que se inician o empeoran después de producirse el suceso traumático:
Síntomas de intrusión
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o el estado afectivo del sueño están relacionados con el suceso.
3. Reacciones disociativas (por ejemplo, <i>flashbacks</i> o <i>analepsis</i>) en las que la persona se siente o actúa como si el suceso traumático fuera recurrente. (Estas reacciones pueden producirse de forma constante y en su forma más extrema se expresa como la pérdida total de la conciencia del entorno presente).
4. Angustia psicológica intensa o prolongada o reacciones fisiológicas marcadas en respuesta a señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del suceso traumático.

5. Reacciones psicológicas pronunciadas ante señales internas o externas que simbolizan o se asemejan a un aspecto del suceso traumático.
C. Evitación persistente de los estímulos asociados al suceso traumático que se inicia después de dicho suceso, según lo evidencia la presencia de uno o ambos de los siguientes elementos:
1. Evitación o esfuerzos para evitar los recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos sobre el suceso traumático o estrechamente asociados a este.
2. Evitación o esfuerzos para evitar los recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos sobre el suceso traumático o estrechamente asociados a este.
C. Alteraciones negativas cognitivas y el estado de ánimo asociadas al suceso traumático que se inician o se empeoran después de dicho suceso, según lo evidencia la presencia de dos (o más) de los siguientes elementos:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (normalmente debido a la amnesia disociativa y no a otros factores como traumatismo craneal, alcohol o drogas).
2. Evitación o esfuerzos para evitar los recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos sobre el suceso traumático o estrechamente asociados a este.
3. Pensamientos persistentes o distorsionados sobre la causa o las consecuencias del suceso traumático que llevan a la persona a culparse a sí misma o a otros.
4. Estado emocional negativo persistente (por ejemplo, miedo, horror, ira, culpa o vergüenza).
5. Disminución notable del interés o la participación en actividades importantes.
6. Sentimientos de desapego o distanciamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, incapacidad de experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos de amor).
E. Alteraciones pronunciadas en la alerta y la reactividad asociadas al suceso traumático que se inician o se empeoran después de dicho suceso, según lo evidencia la presencia de dos (o más) de los siguientes elementos:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de ira (con poca o ninguna provocación) generalmente expresados como agresión verbal o física hacia personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteraciones del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).
F. La duración de la alteración (criterios B, C, D y E) excede el mes.
G. La alteración causa una angustia clínicamente considerable o un deterioro en el ámbito social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
H. La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamentos, alcohol) o a otra afección médica.

Cuadro 13. Instrumentos de detección del TEPT

Estudio	Instrumento de medición	Umbral	% de sensibilidad	% de especificidad	VPP	VPN	% de prevalencia	N
Geier <i>et al.</i> , 2018 ²²⁸	Lista de comprobación postraumática-5	≥30	0.94	0.94	0.80	0.98	28.3	251
Prins <i>et al.</i> , 2016 ²²⁹	Instrumento de detección del TEPT en atención primaria	≥3	0.95	0.85	0.51	0.99		

Abreviaturas: VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo.

el Instrumento de detección para sobrevivientes de lesiones traumáticas (ITSS), que puede administrarse inmediatamente después de la lesión, ha demostrado predecir quiénes tienen un mayor riesgo de desarrollar TEPT o depresión seis meses después del ingreso en un centro traumatológico de nivel I tras una lesión traumática.²²³ La Escala de Purdue modificada para trastorno de estrés postraumático se ha utilizado en las LME,^{224,225} al igual que la Escala de eventos vitales traumáticos²²⁶ y la Escala para el TEPT administrada por el clínico del DSM-5.⁸² Según una revisión sistemática reciente de las medidas de TEPT, la Lista de comprobación del TEPT y el Tamizaje de TEPT en atención primaria son los instrumentos de detección que arrojan los mejores resultados en general (véase el cuadro 13 arriba).²²⁷

5.2 Remita a los pacientes que hayan tenido resultados positivos en las pruebas de detección o a los que se sospecha que padecen de TEA o TEPT a un profesional de la salud mental para que realice una evaluación diagnóstica de los criterios de estos trastornos.

Justificación: Las personas que tienen un resultado positivo en la detección de TEA deben someterse a una evaluación más exhaustiva que utilice los criterios del DSM-5. Idealmente, el proveedor de servicios de salud mental ejercerá su actividad en el marco de la atención traumatológica aguda o de la rehabilitación para mejorar la detección temprana, la intervención y la coordinación de la atención, así como para reducir los obstáculos del entorno y de otro tipo que impiden recibir los servicios. El TEA y el TEPT generalmente coexisten con otro trastorno de salud mental, como el TCS o el trastorno de ansiedad. Obsérvese que el TEPT puede ser preexistente, causado por la lesión

principal o por eventos peritraumáticos durante la atención aguda y el delirio. Aproximadamente el 25% de las personas con TEPT presentan un inicio tardío (más allá de los 6 meses).²³⁰

5.3 Apoye a los pacientes que presenten trastorno de estrés postraumático mediante las aptitudes interpersonales no específicas y específicas del TEPT que emplean todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y otros) que interactúen con ellos.

Justificación: Debido a la naturaleza del trastorno, las personas con TEPT pueden tener dificultades para confiar en los demás y aceptar ayuda. Además, muchas personas que sufren un trauma tienen una historia previa de trauma o experiencias adversas en la infancia. El movimiento en favor de tomar decisiones basadas en el trauma proporciona recursos y estrategias que el personal de enfermería y otros especialistas en salud mental pueden utilizar para atender a los pacientes con traumas históricos y recientes.^{231,232} La premisa básica de la atención basada en el trauma es que el equipo se pregunte “¿Qué le ocurrió a esta persona?” en lugar de “¿Qué problema tiene esta persona?”. Los cinco principios rectores y los objetivos principales del equipo son el fomento de la seguridad, la confianza, la elección, la colaboración y el empoderamiento.²³³ Estos principios destacan la importancia de preguntarle al paciente, escucharlo y aceptarlo como una forma de intervención importante cada vez que se dé este tipo de interacción con algún integrante del equipo. Asimismo, los integrantes del equipo pueden animarlo a que escriba en un diario, redirigirlo durante las sesiones de atención, incorporar a los

familiares en los cuidados y usar intervenciones farmacológicas.

5.4 En la medida de lo posible, trate el TEA o el TEPT en el ámbito de la rehabilitación utilizando enfoques farmacológicos y no farmacológicos, en función de la eficacia del tratamiento, la presentación clínica (por ejemplo, comorbilidades), la duración de la estadía y las preferencias del paciente.

Justificación: En general, la investigación sobre el tratamiento del TEA y el TEPT en la LME es limitada. Lo que se ha demostrado parece ser similar a lo que ocurre en la población general. Por lo tanto, podemos extrapolar que los tratamientos basados en la evidencia en la población general pueden ser apropiados y eficaces en la población con LME.

Para el TEA, las psicoterapias centradas en el trauma se consideran el tratamiento de primera línea, ya que no existe suficiente evidencia de que los medicamentos sean eficaces.²³⁴ Para el TEPT, se deben recomendar en primer lugar las terapias centradas en el trauma, a menos que estas no estén disponibles o no se prefieran, o si el paciente prefiere la farmacoterapia.²³⁴ El momento de proporcionar la terapia centrada en el trauma debe tener en cuenta otros factores de estrés y el entorno. Por ejemplo, si un paciente está inestable desde el punto de vista médico o está abrumado por una intensa rehabilitación hospitalaria, quizá no sea apropiado iniciar el tratamiento. No obstante, algunos elementos del tratamiento podrían resultar apropiados, como la educación y la normalización, el tratamiento de los síntomas agudos, el apoyo social, las experiencias de exposición orientadas a la rehabilitación y, según sea necesario, la reestructuración cognitiva.²³⁴ Debido a la falta de eficacia y a la evidencia de posibles daños, no deben utilizarse las sesiones de análisis y reflexión.²³⁴

5.5 Ofrezca a los pacientes intervenciones psicológicas breves y basadas en la evidencia (TCC centrada en el trauma) para tratar el TEA y prevenir el TEPT en el plazo de los primeros 30 días después de la lesión.

Justificación: Varios metanálisis muestran que la TCC temprana centrada en el trauma limita considerablemente el TEPT posterior.^{235,236} Estas

intervenciones por lo general comprenden entre cinco y seis sesiones informativas sobre el trauma psicológico, instrucción en el manejo de la ansiedad, terapia de exposición y reestructuración cognitiva.²¹⁴

5.6 Ofrezca a los pacientes con TEPT un tratamiento psicológico basado en la evidencia y centrado en el trauma.

Justificación: A partir del peso de la evidencia de estos tratamientos, la Guía de práctica clínica para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo del VA y el DD recomienda enfáticamente las terapias individuales según las directrices que combinen la exposición o la reestructuración cognitiva con la exposición prolongada, como las siguientes: terapia de procesamiento cognitivo, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, psicoterapia ecléctica breve, exposición narrativa, TCC, terapia cognitiva y terapia de exposición prolongada.²³⁴ Los abordajes cognitivos se centran en corregir los patrones de pensamiento desadaptativos, mientras que los abordajes conductuales pretenden disminuir la alteración fisiológica mediante la exposición a los estímulos desencadenantes. La TCC centrada en el trauma normalmente incluye educación, reestructuración cognitiva y exposición. Se ha descubierto que la TCC reduce la probabilidad de desarrollar TEPT.²³⁷

5.7 Ofrezca a los pacientes con TEA tratamiento farmacológico si no se dispone de psicoterapias centradas en el trauma o estas no se prefieren.

Justificación: Existe evidencia limitada que indica que la farmacoterapia es eficaz para el TEA. En el estudio de farmacoterapia más grande que se ha realizado hasta la fecha se descubrió que el escitalopram no era eficaz para aliviar los síntomas tempranos del TEPT.²³⁸ Un metanálisis del propranolol concluyó que no reducía los síntomas posteriores del TEPT.²³⁹ La administración precoz de hidrocortisona es un tratamiento prometedor que merece más investigación.²¹⁴ Las benzodiacepinas pueden ser útiles para la ansiedad aguda, la agitación o los trastornos del sueño en el período inmediato posterior al acontecimiento traumático, pero su uso prolongado puede ser perjudicial para la adaptación, lo que aumenta el riesgo de desarrollar TEPT.²³⁴

Además, las benzodiacepinas deben evitarse si el paciente tiene antecedentes de abuso de sustancias, y todos los pacientes a los que se les prescriban estos medicamentos deben recibir una supervisión estricta para detectar signos de adicción.²³⁴ Las benzodiacepinas también deben limitarse si a los pacientes se les prescriben opiáceos, debido al riesgo de depresión respiratoria.

5.8 Ofrezca a los pacientes con TEPT un tratamiento farmacológico si no se dispone de psicoterapias centradas en el trauma o estas no se prefieren.

Justificación: Según la GPC del VA y el DD sobre el TEPT, existe evidencia sólida de la eficacia de la sertralina, la paroxetina, la fluoxetina o la venlafaxina como monoterapia para el TEPT en personas a las que se les ha diagnosticado TEPT y que eligen no realizar o no pueden acceder a la psicoterapia centrada en el trauma (véase la GPC del VA y el DD para conocer más detalles). El VA y el DD determinaron que la mirtazapina, la prazosina para el sueño y las pesadillas, la nefazodona, la fenelzina y los antidepresivos tricíclicos tienen una evidencia aceptable en el tratamiento del TEPT.²³⁴ La prazosina es un bloqueante alfa-1, por lo que existe el riesgo de que se produzcan episodios de hipotensión ortostática en pacientes con LME; por lo tanto, los pacientes no deben empezar a tomar este medicamento si tienen una presión arterial baja inestable.

6. SUICIDIO

Antecedentes

La aplicación periódica de instrumentos de detección del suicidio y el tratamiento sistemático del riesgo de suicidio en personas con LME están respaldados por el aumento de la prevalencia notificada de la ideación suicida, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio en esta población. En estudios realizados en EE. UU., se informó que las personas con LME tenían entre 3 y 5 veces más probabilidades de morir por suicidio que la población general,^{240,241} aunque existen datos limitados con respecto a los lesionados en las últimas dos décadas. Un estudio informó una tendencia a la disminución de la mortalidad por suicidio en cohortes de LME desde los años 70 hasta los 90, pero la tasa de suicidio observada seguía siendo al menos 3 veces superior a la de la población

general incluso en las últimas cohortes.²⁴¹ La ideación suicida es común después de una LME. En un análisis transversal, más del 13% de una cohorte de personas con LME informaron ideación suicida en el transcurso de las dos semanas anteriores, y el 7.4% informaron un intento de suicidio en su vida.²⁴² Los estudios realizados en poblaciones no estadounidenses también encontraron un aumento de la ideación suicida y de los intentos de suicidio en personas con LME.²⁴³

Mientras que la LME en sí misma aumenta el riesgo de suicidio, el mayor riesgo de muerte por suicidio después de una LME se ha asociado a ciertas características demográficas (ser de raza blanca, no hispano) y de la lesión (paraplejía, a nivel de T1-S3 con la Escala de deficiencia A, B o C de la Asociación Americana de Lesión Medular),²⁴⁰ así como con un historial de drogadicción o alcoholismo actual.²⁴⁴ La psicoterapia para la depresión, el tratamiento para el trastorno bipolar o la esquizofrenia, o las peores puntuaciones en el PHQ-9 se relacionan con un mayor número de intentos de suicidio a lo largo de la vida.²⁴² Haber tenido una ideación suicida en el transcurso del año anterior fue un factor de riesgo de intento de suicidio durante ese año.²⁴³ La tasa de muertes por suicidio son considerablemente más altas en las personas cuya LME es producto de un intento de suicidio, en comparación con todas las demás causas de LME.²⁴⁵

6.1 Examine formalmente a las personas con LME para detectar la ideación suicida utilizando un instrumento de detección breve, estandarizado y basado en la evidencia. Realice un examen para detectar la intención y el comportamiento suicida en las personas que informan ideación suicida. Realice el examen de detección (a) al principio de la hospitalización inicial o durante la estadía para rehabilitación; (b) como repetición del tamizaje si está indicado para evaluar la persistencia de los síntomas o un cambio de estado; (c) durante un seguimiento temprano posterior al alta; y (d) al menos una vez al año o con mayor frecuencia, en función de los factores de estratificación del riesgo.

Justificación: Aunque en la mayoría de los casos los pensamientos suicidas no culminan en actos suicidas, la incidencia de intentos de suicidio y de muertes por suicidio en personas con LME es considerablemente

mayor entre los que informan ideación suicida.²⁴³ Todas las personas en quienes se identifiquen pensamientos suicidas requieren evaluación adicional, lo que incluye el examen de la intención y el comportamiento suicida.

El ítem 9 del PHQ-9 (“Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que se haría daño de alguna manera?”) puede usarse como instrumento de detección inicial de la ideación suicida.²⁴⁶ Una respuesta positiva (es decir, una respuesta que no sea “nunca”) al ítem 9 del PHQ-9 debe generar una pregunta sobre la intención y el comportamiento suicida. La Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio (C-SSRS) es una herramienta estandarizada para detectar la ideación suicida, cuantificar la gravedad de esta y del comportamiento suicida, y evaluar además la intención o el plan suicida si las preguntas sobre la ideación suicida generan una respuesta positiva (véase el anexo 1).²⁴⁷ La precisión diagnóstica de los instrumentos de evaluación del riesgo de suicidio requiere estudios adicionales.²⁴⁸ Cualquier persona que reciba un resultado que indique riesgo de suicidio en el instrumento de detección debe someterse a una evaluación más profunda de salud mental o conductual.

Faltan directrices basadas en la evidencia con respecto a la frecuencia óptima o la eficacia de los instrumentos de detección en la LME. El riesgo identificado puede influir en la frecuencia de la aplicación de los instrumentos de detección. Podría indicarse un tamizaje más frecuente en el caso de personas que tengan diversos factores de riesgo, antecedentes de ideación o intento de suicidio. El mayor riesgo de muerte por suicidio se registra en los primeros 6 años después de la lesión.^{240,241} El riesgo disminuye posteriormente, aunque el descenso no alcanza relevancia estadística hasta 10 años después de la lesión y el riesgo sigue siendo mayor que el de la población general.²⁴¹ Por lo tanto, es prudente considerar la aplicación periódica de instrumentos de detección, especialmente durante los primeros 6 a 10 años después de la lesión.

6.2 Reconozca los signos de advertencia del suicidio y procure que un profesional capacitado realice cuanto antes una evaluación de dichos signos.

Aplique medidas de seguimiento inmediatas para cualquier persona que muestre signos de advertencia directa de suicidio (por ejemplo, comunicación suicida, preparación para el suicidio, o búsqueda de acceso a medios letales o haber usado recientemente dichos medios).

Justificación: Los signos de advertencia del suicidio difieren de los factores de riesgo:²⁴⁹ en tanto que estos son circunstancias crónicas o de larga duración que se sabe que elevan el riesgo de suicidio, los signos de advertencia es todo aquello que ocurre ahora, o muy recientemente, que indica un riesgo elevado o inminente de suicidio. Entre los signos de advertencia directos se encuentran la comunicación suicida (escribir o hablar sobre la muerte o el suicidio); los preparativos para el suicidio (se sospecha cuando la persona se deshace de sus posesiones, se desprende de la responsabilidad de las personas a su cargo, actualiza su testamento o indica de alguna manera que se están “despidiendo”); o la búsqueda de acceso a medios letales como armas, medicamentos o toxinas.²⁵⁰ Aunque no siempre es así, la mayoría de las personas que intentan o mueren por suicidio dan algún aviso de sus intenciones.²⁵⁰ Se debe tomar en serio a todo aquel que hable de suicidio. Un profesional capacitado y con experiencia en la prevención del suicidio debe evaluar rápidamente a todo aquel que presente signos de advertencia directos. Si una persona parece tener tendencias suicidas agudas, no debe quedarse sola; se debe preservar su seguridad mientras se determina el entorno de tratamiento más apropiado.

Entre los signos de advertencia indirectos se encuentran el incremento reciente de consumo de sustancias o exacerbación de la adicción, la desesperanza (siente que no se puede hacer nada para mejorar la situación); el agobio (habla de ser una carga para los demás); la falta de propósito (no hay razón para vivir); sentirse atrapado sin salida; el retraimiento social (de la familia, los amigos, la sociedad); los cambios drásticos de humor; la culpa abrumadora, la autoculpabilización o la vergüenza; o el descuido del intestino, la vejiga, la piel y otros aspectos del autocuidado.

Los pensamientos o los comportamientos suicidas pueden identificarse en distintos entornos clínicos. En ocasiones, una persona acude a un proveedor

de atención primaria, a una enfermera o a otro integrante del equipo de rehabilitación por problemas de salud mental, o quizá haga declaraciones suicidas en el contexto de la desesperación por los problemas de salud. Otras veces, el clínico sencillamente es capaz de detectar el malestar emocional.

Independientemente de las circunstancias, es importante que se exploren las preocupaciones relativas a la salud mental de la persona. Quienes atienden a personas con LME deben ser conscientes de reconocer los signos de advertencia de suicidio y preguntar directamente sobre los pensamientos suicidas cuando corresponda. Algunos proveedores temen que, al preguntar sobre el suicidio, inciten a la persona a sentirse suicida. Sin embargo, la evidencia muestra que la evaluación directa de la ideación e intención suicida no aumenta el riesgo de suicidio.²⁵⁰ Por otro lado, existe el riesgo de ignorar o pasar por alto el estado suicida si se evita el tema. Las preguntas deben formularse de forma directa y sin prejuicios para aumentar la probabilidad de obtener una respuesta sincera, por ejemplo: “¿Ha pensado en quitarse la vida?”. La pregunta no debe formularse como si se buscara un “no” como respuesta (“No estarás pensando en suicidarte, ¿verdad?”). Toda persona que afirme tener pensamientos suicidas debe someterse a una evaluación más profunda de su salud mental o conductual.

6.3 Estratifique el riesgo de suicidio en función de la gravedad y la temporalidad (episodio agudo o situación crónica) para determinar las intervenciones terapéuticas y el entorno asistencial adecuados.

6.3.1 Facilite una evaluación exhaustiva por parte de un profesional capacitado para integrar la información sobre la intención y el comportamiento suicida, los signos de advertencia, la capacidad de preservar la seguridad de la persona y los factores que incidan en el riesgo de cometer actos suicidas.

6.3.2 Hospitalice a las personas que tengan un riesgo elevado y agudo de suicidarse para preservar su seguridad, y aborde de manera contundente los factores modificables. Observe directamente a estas personas en un entorno seguro con acceso limitado a medios letales (por ejemplo, alejados de artículos puntiagudos o filosos, cuerdas, cables, sustancias tóxicas).

6.3.3 Aborde el aumento crónico del riesgo de suicidio en el contexto de la terapia ambulatoria a largo plazo con proveedores establecidos, ajustando la frecuencia de contacto en función del nivel de riesgo.

Justificación: Hay mucho en riesgo a la hora de brindar tratamiento a pacientes suicidas. La subestimación del riesgo puede conducir a una planificación inadecuada del tratamiento y a la pérdida de la oportunidad de prevenir la muerte. Por otro lado, la sobreestimación del riesgo conduce a ingresos hospitalarios innecesarios, con un importante potencial de vulneración de las libertades civiles. La importancia que reviste el proceso de evaluación de riesgos puede ocasionar que los objetivos de seguridad entren en conflicto con la autonomía del paciente y crear una tensión importante entre el paciente, el médico, el sistema de salud y la ley. Por ello, es imprescindible que la evaluación se fundamente en la objetividad y la evidencia.²⁵⁰

La evaluación del riesgo de suicidio no es una determinación absoluta. La determinación del riesgo de suicidio incluye recopilar información en cuanto a la intención de la persona de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio, la evaluación de los factores que elevan o reducen el riesgo de actuar según esa intención y la integración de toda la información disponible para determinar el nivel de riesgo y el entorno adecuado para la atención.

Aunque no existen protocolos específicos para gestionar el riesgo de suicidio en personas con LME, se pueden adaptar y aplicar las directrices y protocolos desarrollados para otras poblaciones de riesgo. Por ejemplo, el VA ha desarrollado protocolos y algoritmos establecidos para gestionar los diferentes niveles de gravedad y temporalidad del riesgo de suicidio.²⁵¹ Las directrices se encuentran a disposición en inglés en https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoDSuicideRiskFullCPG_Final5088212019.pdf.

Entre las características esenciales de un riesgo agudo elevado se encuentran la ideación suicida con intención de morir por suicidio y la incapacidad de preservar la seguridad, independientemente

del apoyo o la ayuda externa. Un plan de suicidio, el acceso a medios letales y los comportamientos preparatorios recientes o en curso, así como los intentos de suicidio, por lo general están presentes en estas situaciones y contribuyen a agravar el riesgo de suicidio. Si se identifica que una persona tiene un riesgo agudo y elevado de suicidio, por lo general se requiere hospitalización a fin de mantener su seguridad y abordar agresivamente los factores modificables que impulsan el pico agudo de riesgo de suicidio. Es necesario someterla a observación en un entorno seguro. En la medida de lo posible, se debe eliminar el acceso a los medios letales; se debe mantener a la persona alejada de artículos con puntas o bordes afilados, cuerdas o tubos y sustancias tóxicas, y se debe supervisar la administración de medicamentos. La falta de personal capacitado para prestar cuidados relacionados con la LME (por ejemplo, el control del intestino y la vejiga) a veces impide el ingreso en una unidad psiquiátrica de seguridad que, de otro modo, a menudo se recomendaría. Una alternativa sería realizar la observación en un entorno que sea lo más seguro posible dentro del marco de la hospitalización en la que se puedan proporcionar los cuidados necesarios para la LME que a veces pueden incluir un cuidador individual. En estos casos, es fundamental que haya una estrecha colaboración entre los proveedores de servicios de salud mental y de atención médica especializada.

Las personas que tienen un riesgo agudo intermedio de suicidio pueden compartir muchas de las mismas características clínicas con los de riesgo agudo alto, pero la diferencia esencial es la capacidad percibida de preservar su seguridad, independientemente del apoyo o la ayuda externa. Esto implica un juicio clínico basado en la valoración de la totalidad de los datos clínicos disponibles. Es prudente y a menudo preferible considerar la hospitalización de estas personas para tratar los pensamientos o comportamientos suicidas. El tratamiento ambulatorio, si se considera en estos casos, debe ser intensivo, con contacto frecuente, reevaluación periódica del riesgo de suicidio y un plan de seguridad bien articulado.

El riesgo agudo bajo implica típicamente presentaciones clínicas en las que no existe intención suicida actual, plan de suicidio, ni conductas

preparatorias. Todos concuerdan en la capacidad de la persona para mantener de forma independiente su propia seguridad y no se recomienda la hospitalización. Se podría considerar que algunas de estas personas tienen un riesgo crónico aumentado de suicidio en función de los factores de riesgo identificados.

El riesgo crónico de suicidio se aborda adecuadamente a través de una terapia ambulatoria a largo plazo con proveedores establecidos, con la frecuencia de contacto adecuada según el nivel de riesgo. Estas personas requieren un plan de seguridad bien articulado y una evaluación periódica del riesgo de suicidio.

6.4 Establezca un plan de tratamiento para las personas de alto riesgo que fomente una alianza terapéutica con profesionales de la salud mental e incluya psicoterapias basadas en la evidencia enfocadas en el suicidio.

Justificación: Las personas identificadas como de alto riesgo deben recibir un tratamiento intensivo que incluya psicoterapias apropiadas, basadas en la evidencia y centradas en el suicidio, además de abordar los trastornos psiquiátricos coexistentes. Las técnicas terapéuticas que se han utilizado para disminuir el riesgo de suicidio incorporan diferentes combinaciones de enfoques cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales, como la TCC, la terapia de resolución de problemas, la terapia conductual dialéctica y la terapia interpersonal. Los detalles de las psicoterapias específicas pueden encontrarse en otros recursos y no forman parte del alcance de estas directrices.^{250,252} El tipo y el enfoque específicos del tratamiento variarán de un paciente a otro, en función de la presentación y la preferencia del paciente, así como de la habilidad y la experiencia del profesional en determinadas técnicas.

6.5 Optimice el tratamiento de las afecciones médicas y de salud mental coexistentes que puedan afectar el riesgo de suicidio.

Justificación: Deben identificarse y abordarse los factores de riesgo modificables, incluido el tratamiento basado en la evidencia de cualquier afección médica y de salud mental que guarde relación con el riesgo de suicidio, incluidos los TCS, el

TDM, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el TEPT, las lesiones cerebrales traumáticas y el dolor crónico. La depresión mayor se debe identificar y tratar adecuadamente. Cuando se prescriben antidepresivos a pacientes con riesgo de suicidio, es prudente utilizar medicamentos que tengan un riesgo bajo de sobredosis letal (por ejemplo, ISRS, IRSN) y limitar la cantidad de medicamento dispensada y reabastecida, si se prescriben medicamentos que tengan un riesgo más alto de sobredosis letal (por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos).

El dolor crónico no relacionado con el cáncer se ha asociado a un riesgo elevado de suicidio,²⁵³ aunque faltan estudios específicos sobre el dolor relacionado con la LME. Tras controlar otros trastornos psiquiátricos, la relación entre el dolor y el suicidio sigue siendo considerable, aunque se atenúa parcialmente en consonancia con la interpretación de que el dolor aumenta el riesgo de suicidio, más allá de la vinculación entre el dolor y la depresión. Las dosis altas de opiáceos están asociadas a un mayor riesgo de suicidio en personas con dolor crónico sin LME, aunque dicha relación es compleja y los efectos de los factores de confusión y de la disminución gradual de los opiáceos sobre el riesgo de suicidio requieren más investigación.²⁵⁴ Es importante la evaluación y el tratamiento integrales de las personas con dolor crónico, lo que abarca estar atentos a la interferencia del dolor en el funcionamiento y la participación en la vida, así como estar conscientes de que existe un riesgo de suicidio más elevado en esta población y supervisar los pensamientos o los planes suicidas.²⁵⁵

Existe una fuerte interacción entre los TCS, las enfermedades psiquiátricas, los factores psicosociales estresantes y el potencial de suicidio.^{256,257} La integración de la evaluación y la atención psiquiátrica, junto con el tratamiento de la adicción, desempeñan un papel importante en la estabilización y el apoyo a la persona que ha recibido un diagnóstico dual y tiene un riesgo considerable de suicidio. La evaluación de los factores de riesgo social, como los trastornos en las relaciones y las dificultades judiciales y financieras, son aspectos importantes de la atención.

Las lesiones cerebrales traumáticas (LCT), incluidas la LCT leves, están asociadas al riesgo de suicidio incluso después de tener en cuenta la influencia relativa de los factores de riesgo de confusión,^{258,259} aunque los

mecanismos precisos no están claros. Si bien no se ha informado acerca de la influencia en el riesgo de suicidio de una LCT concomitante con una LME, es importante identificar la LCT en las personas con LME, ser conscientes de su posible contribución al riesgo de suicidio y abordar sus secuelas junto con la LME y otra atención de seguimiento médico.

6.6 Eduque a la persona en peligro, a la familia y a los cuidadores sobre el riesgo de suicidio y las opciones de tratamiento. Proporcione información sobre los recursos de prevención del suicidio, incluidas las líneas y servicios en caso de crisis, por ejemplo, el número de la Línea Nacional de Prevención del Suicidio 1-800-273-8255 o 1-800-273-TALK. Proporcione información a los veteranos de las Fuerzas Armadas de EE. UU. sobre los recursos de prevención del suicidio específicos para veteranos, incluida la Línea de Crisis para Veteranos a la que se accede pulsando el 1 después de marcar el 1-800-273-8255, mediante la función de chat en línea en VeteransCrisisLine.net o enviando un mensaje de texto al 838255.

Justificación: Una comunicación eficaz sobre la prevención del suicidio puede ayudar a cambiar la noción, las actitudes y los comportamientos al disipar las ideas erróneas sobre el tratamiento de la salud mental, crear conciencia sobre los recursos que se encuentran a disposición y fomentar la búsqueda de ayuda y los comportamientos saludables. Resulta beneficioso para las personas suicidas conocer de qué forma sus reacciones emocionales, pensamientos y respuestas conductuales a los eventos negativos de la vida se vinculan con las crisis suicidas. Brindar instrucción a la familia, con el consentimiento apropiado del paciente, es una práctica recomendada cuando los proveedores se dan cuenta de que una persona tiene el riesgo de violencia autodirigida o comportamientos suicidas. En el caso de las personas que no se consideran de riesgo, instruir a los familiares puede inducir innecesariamente a la ansiedad en el sistema de apoyo. Por lo tanto, la instrucción debe limitarse únicamente a proporcionar información general sobre los recursos.

Se debe aumentar la concienciación sobre el papel de las líneas de crisis en la prestación de servicios y apoyo a las personas en crisis. La Línea Nacional de Prevención del Suicidio (1-800-273-TALK [8255])

es una red estadounidense de centros de crisis para la prevención del suicidio que ofrece una línea telefónica gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a la que puede acceder cualquier persona en situación de crisis suicida o angustia emocional. Esta línea de crisis ayuda a las personas que llaman por sí mismas o en nombre de un ser querido.²⁶⁰ Las personas que llaman son remitidas al centro de crisis más cercano para recibir asesoramiento inmediato y se las remite a centros de salud mental de su localidad. En www.suicidepreventionlifeline.org se encuentran folletos de la línea de crisis y tarjetas de bolsillo. Para los veteranos y los miembros del servicio activo, el VA se ha asociado con la Línea Nacional de Prevención del Suicidio para proporcionar una línea de crisis específica para veteranos a la que se puede acceder pulsando el 1 después de marcar el 1-800-273-TALK; a través de la función del chat en línea en VeteransCrisisLine.net; o enviando un mensaje de texto al 838255.

6.7 Establezca un plan de seguridad para las personas de alto riesgo de suicidio. Limite el acceso a los medios letales (por ejemplo, restringir el acceso a armas de fuego, colocarle el seguro a las armas, limitar el suministro de medicamentos).

Justificación: Un componente importante de la prevención del suicidio es la comunicación entre los clínicos y las personas en riesgo, a fin de desarrollar estrategias y habilidades que apoyen la capacidad de la persona para evitar actuar ante pensamientos de suicidio. Poner este proceso por escrito en previsión de una crisis suicida y cómo manejarla constituye un plan de seguridad para el paciente o un plan de respuesta ante una crisis, los cuales deben adaptarse a la persona en función de sus signos de alarma específicos y de las estrategias de afrontamiento que haya utilizado eficazmente en el pasado. Entre los elementos de un plan de seguridad se encuentran reconocer las señales de advertencia de una crisis suicida inminente, usar estrategias internas de afrontamiento, usar contactos y entornos sociales como medios de distracción ante pensamientos suicidas, valerse de familiares o amigos para ayudar a resolver la crisis, comunicarse con profesionales o agencias de salud mental y restringir el acceso a medios letales. El plan debe constar en la historia clínica y el paciente debe tener una copia de este; asimismo, debe compartirse

con los miembros de la familia y otras personas si el paciente da su consentimiento. Los planes de seguridad deben actualizarse para que sigan siendo pertinentes durante los cambios de estado clínico y las transiciones de la atención. La planificación de la seguridad es un proceso de colaboración entre el proveedor y el paciente, no un contrato de “no hacerse daño”. No existe evidencia empírica con respecto al uso de contratos de “no hacerse daño” o “no cometer suicidio”. Tener un plan de seguridad es la estrategia de preferencia para prevenir el suicidio.²⁶¹

Las armas de fuego son el medio más común de muertes por suicidio en Estados Unidos, tanto en la población general como en aquellos con LME. En un estudio realizado, el suicidio por armas de fuego representó el 50% de todos los casos entre personas con LME, seguido de la sobredosis o el envenenamiento con un 16%; y las heridas por corte, el ahorcamiento o la asfixia, el ahogamiento y la caída desde las alturas como otros medios informados.²⁴⁰

Los profesionales que brindan atención médica y otros servicios a personas con riesgo de suicidio se encuentran en una posición excepcional para indagar acerca de la existencia de medios letales y colaborar con estas personas y sus redes de apoyo para reducir el acceso a estos. La restricción a los medios letales y el asesoramiento sobre las medidas de seguridad en relación con dichos medios son aspectos importantes de la prevención del suicidio, especialmente dada la naturaleza impulsiva de muchos intentos de suicidio.²⁶² Como parte de las medidas de seguridad de los medios letales se cuentan, entre otros, restringir el acceso a armas de fuego y municiones, prescribir y dispensar medicamentos de forma segura para evitar las sobredosis intencionadas, y modificar el ambiente de atención en los entornos clínicos para evitar los intentos de suicidio por caídas, estrangulamiento o ahorcamiento. Entre las prácticas para reducir el riesgo de suicidio por sobredosis de medicamentos se encuentran prescribir fármacos que tengan un riesgo bajo de sobredosis letal cuando sea factible y limitar la cantidad de medicamentos dispensados y reabastecidos cuando se prescriban fármacos que tengan mayor riesgo de sobredosis letal, como los opiáceos, los antidepresivos tricíclicos, las benzodiacepinas y otros hipnóticos sedantes. Debe considerarse recetar naloxona a las personas

que tengan riesgo de sobredosis de opiáceos.¹⁸⁴ En comparación con quienes guardan las armas de fuego sin seguro o cargadas, las personas que las guardan con seguro o descargadas tienen menos probabilidades de suicidarse con armas de fuego; por lo tanto, contar con dispositivos de seguridad y fomentar su uso es una medida para quienes tienen armas de fuego en la casa.^{262,263}

6.8 Incremente los factores de protección personales y ambientales que puedan mitigar el riesgo de suicidio. Refuerce y mejore las destrezas de afrontamiento.

Justificación: Los factores de protección es todo aquello que tiene el potencial de evitar que la persona intente suicidarse; en otras palabras, sus razones identificadas para mantenerse vivo. Reforzar los factores de protección existentes ayuda a contrarrestar el riesgo de suicidio al promover el bienestar físico, mental, emocional y espiritual. Existen muy pocas investigaciones sobre el efecto de los factores de protección individuales en el riesgo de suicidio.²⁵⁰ Sin embargo, la interacción social y la conexión con la comunidad se han asociado a un menor riesgo de suicidio,^{264,265} y la conexión con los demás, incluidos los miembros de la familia, los compañeros de trabajo, las organizaciones comunitarias y las instituciones sociales, se ha identificado como un factor de protección importante.^{266,267} Estas relaciones positivas ayudan a aumentar el sentido de pertenencia de la persona, fomentan un sentido de valor personal y brindan acceso a fuentes de apoyo. Se ha sugerido que los avances en la accesibilidad física y social, mediante el mejoramiento de la participación social, la integración en la comunidad y el apoyo social para las personas con LME, son factores de protección que posiblemente hayan contribuido al descenso de las tasas de suicidio registradas entre los años 70 y 90 en Estados Unidos.²⁴¹

La participación en actividades placenteras y gratificantes, como los deportes adaptados u otros pasatiempos o actividades profesionales agradables; las creencias culturales, espirituales y religiosas en cuanto al significado y el valor de la vida; y el acceso a relaciones de apoyo en el ámbito de la salud que fomenten el compromiso con el propio bienestar son ejemplos de posibles factores de protección. Los

capellanes, los pastores, los asesores de beneficios, los terapeutas recreativos, los especialistas en rehabilitación profesional y los grupos de apoyo entre compañeros, así como otros integrantes del equipo de rehabilitación y de la red de apoyo médico, resultan recursos valiosos para reforzar los factores de protección.

Desarrollar habilidades de afrontamiento es un componente importante de la mitigación del riesgo de suicidio. Recibir capacitación en habilidades, actitudes y comportamientos puede permitir a las personas con LME interactuar de forma más adecuada con su entorno, para de esta forma disminuir el impacto de los factores de riesgo de suicidio modificables. Por ejemplo, sustituir habilidades de afrontamiento inadaptadas por otras más adaptativas puede tener un impacto directo en la calidad de las relaciones con los seres queridos. Habilidades como el control de la ira, la resolución de conflictos, el manejo del estrés y la ansiedad, la planificación financiera, la orientación profesional, la asertividad, el establecimiento de relaciones, la relajación, el autocuidado, la comunicación y la atención plena ayudan a afrontar mejor los retos de la vida, mejoran la calidad de vida y disminuyen el riesgo de suicidio.

Futuras investigaciones

Perspectiva global

Se necesitan más investigaciones, tales como estudios de trayectoria y de factores de riesgo,^{42,97} para identificar a las personas que, poco después de la LME, tienen más probabilidades de beneficiarse de una mayor vigilancia o de intervenciones tempranas.

Se requieren estudios que examinen las formas de mejorar la transición de los entornos hospitalarios a los ambulatorios y de qué manera las estrategias de transición pueden prevenir y mitigar los problemas de salud mental.

Necesitamos estudios de eficacia comparativa que ayuden a los profesionales médicos y a los pacientes a elegir el mejor tratamiento para cada persona.

Es necesario contar con estudios que comparen la eficacia de la prestación de los servicios de salud mental tradicionales (por ejemplo, detectar y remitir) con formas de atención de salud mental integradas a la rehabilitación.

Además de los estudios de eficacia que se mencionan a continuación, se requieren estudios de eficacia y aplicación de enfoques de atención escalonada, multifacéticos y enfocados en el paciente que concentren los limitados recursos de salud mental en el grado de necesidad de la persona.

Es necesario investigar la eficacia y la efectividad de los modelos alternativos de tratamiento de salud mental, tales como las intervenciones telefónicas, por videoconferencia, por internet y a través de aplicaciones.

Dado que los trastornos de salud mental y los TCS tienden a ser afecciones crónicas recidivantes, se justifican las investigaciones sobre la eficacia de la prevención de recaídas basada en el paciente (por ejemplo, educación, desarrollo de habilidades), así como la prevención basada en el sistema (por ejemplo, atención continua o intermitente).

Dado que los trastornos de salud mental, especialmente la depresión, se asocian a un aumento del costo de la rehabilitación,³² se debe investigar el

efecto del tratamiento de la salud mental y de los TCS en el costo global y la eficacia de la rehabilitación de las LME.

Es necesario investigar el uso de las intervenciones guiadas por compañeros para los trastornos de salud mental, el TCS y el riesgo de suicidio.

Ansiedad

No existen estudios a una escala de muestra adecuada que hayan examinado la validez de criterio de los instrumentos de medición de la ansiedad en las LME. Contar con evaluaciones sólidas y válidas, normalizadas para la población de LME, es el primer paso para identificar a las personas en riesgo y para medir los beneficios del tratamiento.

No hay evidencia que demuestre la eficacia de la farmacoterapia para el tratamiento de la ansiedad, incluidos el TAG o el TP, en personas con LME.

Se necesitan más investigaciones para probar la eficacia de los medicamentos en el tratamiento de la ansiedad en personas con LME, así como estudios de comparación de la farmacoterapia frente a las psicoterapias en esta población.

Las psicoterapias validadas han demostrado un beneficio limitado en esta población; sin embargo, muchos de los tratamientos conocidos para la ansiedad aún no se han investigado en personas con LME, y en los casos en los que se han investigado los tratamientos, el tamaño de la muestra ha sido reducido.

Depresión

Los instrumentos de detección de la depresión específicos para LME (por ejemplo, el LME-QOL) deben validarse con una entrevista diagnóstica estructurada.

Los ECA que utilizan antidepresivos distintos de la venlafaxina ayudarán a desarrollar algoritmos de tratamiento basados en la evidencia para las personas con LME y TDM.

Se necesita más investigación sobre la eficacia de los

tratamientos psicosociales basados en la evidencia para la depresión, incluida la actividad física o las intervenciones de ejercicio, en la población con LME.

Se requieren estudios sobre tratamientos combinados y tratamientos alternativos, como la estimulación magnética transcraneal y la ketamina para la depresión resistente al tratamiento.

Trastorno por consumo de sustancias

No se ha evaluado la validez diagnóstica de los instrumentos de detección de consumo de sustancias en personas con LME.

Se justifica la realización de estudios sobre la aceptabilidad, la viabilidad, la eficacia y la efectividad del tratamiento integrado de los TCS durante la rehabilitación hospitalaria o ambulatoria de las personas con LME.

Se justifica la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicosociales y los TAM por sí solos y en combinación para los TCS en personas con LME.

Es necesario investigar los efectos de las intervenciones sin opiáceos y no farmacológicas contra el dolor sobre el consumo de opiáceos, la adicción a estos y otros desenlaces de salud mental.

TEPT y TEA

Se dispone de poca información sobre la asociación del TEPT con los resultados después de la LME, incluidos los factores que promueven el desarrollo postraumático. Se requiere un seguimiento a largo plazo para determinar los efectos del trauma en la recuperación física tras la LME.

Ninguna investigación ha validado los instrumentos de detección del TEA o el TEPT ni aquellos para medir la gravedad de los síntomas en la LME. Se trata de un área que requiere investigación, teniendo en cuenta que muchas personas adquieren una LME secundaria a un suceso traumático.

Se necesitan estudios de tratamiento para la farmacoterapia y la psicoterapia basadas en la evidencia para el TEA y el TEPT en personas con LME.

Suicidio

Faltan directrices basadas en la evidencia con

respecto a la frecuencia óptima o la eficacia de los instrumentos de detección para las personas con LME. Se justifica la realización de más investigaciones que apoyen los protocolos de detección.

Se ha demostrado que el dolor es un fuerte indicador de la ideación suicida en otras poblaciones; sin embargo, faltan estudios específicos sobre los efectos psicológicos y el riesgo de suicidio asociados al dolor relacionado con la LME.

Es necesario investigar las medidas para mitigar el riesgo de suicidio después de una LME, incluido el papel que desempeñan los esfuerzos para aumentar los factores de protección y su eficacia.

Referencias:

1. Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendation on the use of antithrombotic agents. *Chest*. Feb 1989;95(2 Suppl):2S-4S.
2. U.S. Task force for preventive services: Guide to Clinical Preventive Services. 2.^a Ed. Baltimore, MD: Williams y Wilkins; 1996.
3. Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*. Feb 2009;47(2):108-114.
4. American Psychiatric Association DSM-5 Taskforce. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.^a ed., Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.^a ed., revisión del texto, Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Affairs USDoV. Depression and spinal cord injuries and disorders. Biblioteca de Salud de los Veteranos 2017. Consultado el 16 de marzo de 2017.
7. Craig AR, Hancock KM, Dickson HG. A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury. *Paraplegia*. 1994;32(10):675-679.
8. Scivoletto G, Petrelli A, Di Lucente L, Castellano V. Psychological investigation of spinal cord injury patients. *Spinal Cord*. Ago 1997;35(8):516-520.
9. Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *J Affect Disord*. Jul 2006;93(1-3):229-232.
10. Kennedy P, Evans MJ. Evaluation of post traumatic distress in the first 6 months following sci. *Spinal Cord*. 2001;39(7):381-386.
11. Tetrault M, Courtois F. Use of psychoactive substances in persons with spinal cord injury: A literature review. *Ann Phys Rehabil Med*. Dic 2014;57(9-10):684-695.
12. Kennedy P, Garmon-Jones L. Self-harm and suicide before and after spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*. Ene 2017;55(1):2-7.
13. Craig A, Nicholson Perry K, Guest R, Tran Y, Dezarnaulds A, Hales A, Ephraums C, Middleton J. Prospective study of the occurrence of psychological disorders and comorbidities after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. Ago 2015;96(8):1426-1434.
14. Fann JR, Bombardier CH, Richards JS, Tate DG, Wilson CS, Temkin N. Depression after spinal cord injury: Comorbidities, mental health service use, and adequacy of treatment. *Arch Phys Med Rehab*. Mar 2011;92(3):352-360.
15. Katzelnick DJ, Williams MD. Large-scale dissemination of collaborative care and implications for psychiatry. *Psychiatr Serv*. Sep 2015;66(9):904-906.
16. American College of Surgeons CoT. Alcohol screening and brief intervention for trauma patients. undated.
17. Zatzick D, Roy-Byrne P, Russo J, Rivara F, Droesch R, Wagner A, Dunn C, Jurkovich G, Uehara E, Katon W. A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. *Arch Gen Psychiatry*. May 2004;61(5):498-506.
18. Fann JR, Crane DA, Graves DE, Kalpakjian CZ, Tate DG, Bombardier CH. Depression treatment preferences after acute traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. Dic 2013;94(12):2389-2395.
19. Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: Crd's guidance for those carrying out or commissioning reviews. York: Centre for Reviews and Dissemination: University of York; 2001.
20. Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D, Methods Work Group TUSPSTF. Current methods of the us preventive

services task force: A review of the process. *Am J Prev Med.* Abr 2001;20(3 Suppl):21-35.

21. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Montori V, Akl EA, Djulbegovic B, Falck-Ytter Y, Norris SL, Williams JW, Jr., Atkins D, Meerpohl J, Schunemann HJ. Grade guidelines: 4. Rating the quality of evidence--study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol.* Abr 2011;64(4):407-415.

22. Hayden JA, van der Windt DA, Cartwright JL, Cote P, Bombardier C. Assessing bias in studies of prognostic factors. *Ann Intern Med.* Feb 19 2013;158(4):280-286.

23. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P, Atkins D, Kunz R, Montori V, Jaeschke R, Rind D, Dahm P, Akl EA, Meerpohl J, Vist G, Berliner E, Norris S, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. Grade guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. *J Clin Epidemiol.* Feb 2013;66(2):151-157.

24. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D, Devereaux PJ, Montori VM, Freyschuss B, Vist G, Jaeschke R, Williams JW, Jr., Murad MH, Sinclair D, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Whittington C, Thorlund K, Andrews J, Schunemann HJ. Grade guidelines 6. Rating the quality of evidence--imprecision. *J Clin Epidemiol.* Dic 2011;64(12):1283-1293.

25. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Djulbegovic B, Atkins D, Falck-Ytter Y, Williams JW, Jr., Meerpohl J, Norris SL, Akl EA, Schunemann HJ. Grade guidelines: 5. Rating the quality of evidence--publication bias. *J Clin Epidemiol.* Dic 2011;64(12):1277-1282.

26. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Vist GE, Falck-Ytter Y, Meerpohl J, Norris S, Guyatt GH. Grade guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* Abr 2011;64(4):401-406.

27. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, Alonso-Coello P, Glasziou P, Jaeschke R, Akl EA, Norris S, Vist G, Dahm P, Shukla VK, Higgins J, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ,

Group GW. Grade guidelines: 7. Rating the quality of evidence--inconsistency. *J Clin Epidemiol.* Dic 2011;64(12):1294-1302.

28. Software estadístico Stata: Versión 14 [programa informático]. College Station, TX: StataCorp LP; 2015.

29. Tate D, Forchheimer M, Maynard F, Dijkers M. Predicting depression and psychological distress in persons with spinal cord injury based on indicators of handicap. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists.* Jun 1994;73(3):175-183.

30. Frank RG, Elliott TR, Corcoran J, Wonderlich S. Depression after spinal cord injury: Is it necessary? *Clin Psychol Rev.* 1987;7(6):611-630.

31. Craig A, Tran Y, Siddall P, Wijesuriya N, Lovas J, Bartrop R, Middleton J. Developing a model of associations between chronic pain, depressive mood, chronic fatigue, and self-efficacy in people with spinal cord injury. *J Pain.* Sep 2013;14(9):911-920.

32. Dobrez D, Heinemann AW, Deutsch A, Durkin EM, Almagor O. Impact of mental disorders on cost and reimbursement for patients in inpatient rehabilitation facilities. *Arch Phys Med Rehabil.* Feb 2010;91(2):184-188.

33. Stroud MW, Bombardier CH, Dyer JR, Rimmele CT, Esselman PC. Preinjury alcohol and drug use among persons with spinal cord injury: Implications for rehabilitation. *J Spinal Cord Med.* 2011;34(5):461-472.

34. Cao Y, Clark JMR, Krause JS. Changes in psychotropic prescription medication use and their relationship with mortality among people with traumatic spinal cord injury. *Spinal Cord.* Feb 26 2018.

35. Young AS, Klap R, Shoai R, Wells KB. Persistent depression and anxiety in the united states: Prevalence and quality of care. *Psychiatr Serv.* Dic 2008;59(12):1391-1398.

36. Rodriguez BF, Weisberg RB, Pagano ME, Machan JT, Culpepper L, Keller MB. Mental health treatment received by primary care patients with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* Oct 2003;64(10):1230-1236.

37. Johnson-Lawrence V, Zivin K, Szymanski BR, Pfeiffer PN, McCarthy JF. Va primary care-mental health integration: Patient characteristics and receipt of mental health services, 2008-2010. *Psychiatr Serv*. Nov 2012;63(11):1137-1141.
38. Craig A, Nicholson Perry K. Guide for health professionals on the psychosocial care of adults with spinal cord injury. In: Innovation AfC, ed. Chatswood, NSW Australia: ACI State Spinal Cord Injury Service; 2014.
39. Macciocchi S, Seel RT, Warshowsky A, Thompson N, Barlow K. Co-occurring traumatic brain injury and acute spinal cord injury rehabilitation outcomes. *Arch Phys Med Rehabil*. Oct 2012;93(10):1788-1794.
40. Banerjea R, Findley PA, Smith B, Findley T, Sambamoorthi U. Co-occurring medical and mental illness and substance use disorders among veteran clinic users with spinal cord injury patients with complexities. *Spinal Cord*. 2009;47(11):789-795.
41. Van Gorp S, Kessels AG, Joosten EA, van Kleef M, Patijn J. Pain prevalence and its determinants after spinal cord injury: A systematic review. *Eur J Pain*. Ene 2015;19(1):5-14.
42. Bonanno G, Kennedy P, Galatzer-Levy I, Lude P, Elfström M. Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 2012;57:236-247.
43. Russell HF, Richardson EJ, Bombardier CH, Dixon TM, Huston TA, Rose J, Sheaffer D, Smith SA, Ullrich PM. Professional standards of practice for psychologists, social workers, and counselors in sci rehabilitation. *J Spinal Cord Med*. 2016;39(2):127-145.
44. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, Archer J, Richards DA, Gilbody S, Lovell K, Dickens C, Gask L, Waheed W, Bower P. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: A systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(9):e108114.
45. Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent care of common mental disorders in the united states: Prevalence and conformance with evidence-based recommendations. *J Gen Intern Med*. May 2000;15(5):284-292.
46. Szymanski BR, Bohnert KM, Zivin K, McCarthy JF. Integrated care: Treatment initiation following positive depression screens. *J Gen Intern Med*. Mar 2013;28(3):346-352.
47. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Noel PH, Lin EH, Arean PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: A randomized controlled trial. *JAMA*. Dic 11 2002;288(22):2836-2845.
48. Bombardier CH, Fann J, Ehde D, Reyes R, Hoffman J. Collaborative care for pain, depression and physical inactivity in an outpatient sci clinic: The sci-care study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(10):e78-e79.
49. Medicine. Io. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington DC2001.
50. Fortney JC, Unutzer J, Wrenn G, Pyne JM, Smith GR, Schoenbaum M, Harbin HT. A tipping point for measurement-based care. *Psychiatr Serv*. Feb 1 2017;68(2):179-188.
51. Landes SJ, Carlson EB, Ruzek JI, Wang D, Hugo E, DeGaetano N, Chambers JG, Lindley SE. Provider-driven development of a measurement feedback system to enhance measurement-based care in va mental health. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2015;22:87-100.
52. Guo T, Xiang YT, Xiao L, Hu CQ, Chiu HF, Ungvari GS, Correll CU, Lai KY, Feng L, Geng Y, Feng Y, Wang G. Measurement-based care versus standard care for major depression: A randomized controlled trial with blind raters. *Am J Psychiatry*. Oct 2015;172(10):1004-1013.
53. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, Rush AJ, Weissman MM. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry*. Sep 1991;48(9):851-855.

54. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol.* Oct 1971;27(4):455-456.
55. Le J, Dorstyn D. Anxiety prevalence following spinal cord injury: A meta-analysis. *Spinal Cord.* Ago 2016;54(8):570-578.
56. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* Jun 2005;62(6):617-627.
57. Leander M, Lampa E, Rask-Andersen A, Franklin K, Gislason T, Oudin A, Svanes C, Toren K, Janson C. Impact of anxiety and depression on respiratory symptoms. *Respir Med.* Nov 2014;108(11):1594-1600.
58. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res.* Ago 2011;45(8):1027-1035.
59. Lim SW, Shiue YL, Ho CH, Yu SC, Kao PH, Wang JJ, Kuo JR. Anxiety and depression in patients with traumatic spinal cord injury: A nationwide population-based cohort study. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169623.
60. Tasiemski T, Brewer BW. Athletic identity, sport participation, and psychological adjustment in people with spinal cord injury. *Adapted physical activity quarterly : APAQ.* Jul 2011;28(3):233-250.
61. Migliorini CE, New PW, Tonge BJ. Comparison of depression, anxiety and stress in persons with traumatic and non-traumatic post-acute spinal cord injury. *Spinal Cord.* Nov 2009;47(11):783-788.
62. Jones K, Simpson GK, Briggs L, Dorsett P. Does spirituality facilitate adjustment and resilience among individuals and families after sci? *Disabil Rehabil.* 2016;38(10):921-935.
63. Van Leeuwen CM, Kraaijeveld S, Lindeman E, Post MW. Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: A systematic review. *Spinal cord.* Mar 2012;50(3):174-187.
64. Abdul-Sattar AB. Predictors of functional outcome in patients with traumatic spinal cord injury after inpatient rehabilitation: In saudi arabia. *Neurorehabilitation.* Ene 1 2014;35(2):341-347.
65. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* Jun 1983;67(6):361-370.
66. Kisala PA, Tulskey DS, Kalpakjian CZ, Heinemann AW, Pohlig RT, Carle A, Choi SW. Measuring anxiety after spinal cord injury: Development and psychometric characteristics of the sci-qol anxiety item bank and linkage with gad-7. *J Spinal Cord Med.* May 2015;38(3):315-325.
67. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The gad-7. *Archives of internal medicine.* May 22 2006;166(10):1092-1097.
68. Woolrich RA, Kennedy P, Tasiemski T. A preliminary psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale (hads) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychol Health Med.* Feb 2006;11(1):80-90.
69. Paker N, Bugdayci D, Midik M, Celik B, Kesiktas N. Reliability of the turkish version of the hospital anxiety and depression scale in the people with traumatic spinal cord injury. *NeuroRehabilitation.* 2013;33(2):337-341.
70. Muller R, Cieza A, Geyh S. Rasch analysis of the hospital anxiety and depression scale in spinal cord injury. *Rehabil Psychol.* Ago 2012;57(3):214-223.
71. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* Jul-Ago 2010;32(4):345-359.
72. Grencavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice.* 1990;21(5):372-378.
73. Craske M, Bystritsky A. Approach to treating generalized anxiety disorder in adults. *UpToDate Inc.* 2017. <https://www.uptodate-com.offcampus>.

lib.washington.edu. Consultado el 3 de diciembre de 2017.

74. Stolp-Smith KA, Wainberg MC. Antidepressant exacerbation of spasticity. *Arch Phys Med Rehab*. Mar 1999;80(3):339-342.

75. Rabchevsky AG, Kitzman PH. Latest approaches for the treatment of spasticity and autonomic dysreflexia in chronic spinal cord injury. *Neurotherapeutics*. Abr 2011;8(2):274-282.

76. Roy-Byrne PP, Craske M. Approach to treating panic disorder with or without agoraphobia in adults. UpToDate Inc. 2017. <https://www.uptodate.com.offcampus.lib.washington.edu>. Consultado el 3 de diciembre de 2017.

77. Sobieraj DM, Martinez BK, Hernandez AV, Coleman CI, Ross JS, Berg KM, Steffens DC, Baker WL. Adverse effects of pharmacologic treatments of major depression in older adults. *J Am Geriatr Soc*. Ago 2019;67(8):1571-1581.

78. Dorstyn D, Mathias J, Denson L. Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury: A meta-analysis. *J Health Psychol*. Mar 2011;16(2):374-391.

79. Mehta S, Orenczuk S, Hansen KT, Aubut JA, Hitzig SL, Legassic M, Teasell RW, Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence Research T. An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. Feb 2011;56(1):15-25.

80. Kennedy P, Taylor N, Hindson L. A pilot investigation of a psychosocial activity course for people with spinal cord injuries. *Psychol Health Med*. Feb 2006;11(1):91-99.

81. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 Ene 2007(1):CD001848.

82. Williams R, Murray A. Prevalence of depression after spinal cord injury: A meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. Ene 2015;96(1):133-140.

83. van Gorp S, Kessels AG, Joosten EA, van Kleef M, Patijn J. Pain prevalence and its determinants after spinal cord injury: A systematic review. *Eur J Pain*. Ene 2015;19(1):5-14.

84. Arango-Lasprilla JC, Ketchum JM, Starkweather A, Nicholls E, Wilk AR. Factors predicting depression among persons with spinal cord injury 1 to 5 years post injury. *Neurorehabilitation*. 2011;29(1):9-21.

85. Bailey J, Dijkers MP, Gassaway J, Thomas J, Lingefelt P, Kreider SE, Whiteneck G. Relationship of nursing education and care management inpatient rehabilitation interventions and patient characteristics to outcomes following spinal cord injury: The scirehab project. *Journal of Spinal Cord Medicine*. Nov 2012;35(6):593-610.

86. Riggins MS, Kankipati P, Oyster ML, Cooper RA, Boninger ML. The relationship between quality of life and change in mobility 1 year postinjury in individuals with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. Jul 2011;92(7):1027-1033.

87. Hwang M, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Longitudinal employment outcomes in adults with pediatric-onset spinal cord injury. *Spinal Cord*. Jun 2014;52(6):477-482.

88. January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Symptoms of depression over time in adults with pediatric-onset spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. Mar 2014;95(3):447-454.

89. Hartoonian N, Hoffman JM, Kalpakjian CZ, Taylor HB, Krause JK, Bombardier CH. Evaluating a spinal cord injury-specific model of depression and quality of life. *Arch Phys Med Rehabil*. Mar 2014;95(3):455-465.

90. Tasiemski T, Brewer BW. Athletic identity, sport participation, and psychological adjustment in people with spinal cord injury. *Adapt Phys Act Q*. Jul 2011;28(3):233-250.

91. Saunders LL, Krause JS, Focht KL. A longitudinal study of depression in survivors of spinal cord injury. *Spinal Cord*. Ene 2012;50(1):72-77.

92. Burns SM, Hough S, Boyd BL, Hill J. Sexual

desire and depression following spinal cord injury: Masculine sexual prowess as a moderator. *Sex Roles*. Jul 2009;61(1-2):120-129.

93. Bombardier CH, Fann JR, Tate DG, Richards JS, Wilson CS, Warren AM, Temkin NR, Heinemann AW, Investigators P. An exploration of modifiable risk factors for depression after spinal cord injury: Which factors should we target? *Arch Phys Med Rehabil*. May 2012;93(5):775-781.

94. Dryden DM, Saunders L, Rowe BH, May LA, Yiannakoulis N, Svenson LW, Schopflocher DP, Voaklander DC. Depression following traumatic spinal cord injury. *Neuroepidemiology*. Jul 2005;25(2):55-61.

95. Hassanpour K, Hotz-Boendermaker S, Dokladal P, European Multicenter Study for Human Spinal Cord Injury Study g, Curt A. Low depressive symptoms in acute spinal cord injury compared to other neurological disorders. *J Neurol*. Jun 2012;259(6):1142-1150.

96. Williams RT, Wilson CS, Heinemann AW, Lazowski LE, Fann JR, Bombardier CH. Identifying depression severity risk factors in persons with traumatic spinal cord injury. *Rehabilitation psychology*. 2014;59(1):50-56.

97. Bombardier CH, Adams LM, Fann JR, Hoffman JM. Depression trajectories during the first year after spinal cord injury. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*. 2016;97:196-203.

98. Cuff L, Fann JR, Bombardier CH, Graves DE, Kalpakjian CZ. Depression, pain intensity, and interference in acute spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2014;20(1):32-39.

99. Ullrich PM, Lincoln RK, Tackett MJ, Miskevics S, Smith BM, Weaver FM. Pain, depression, and health care utilization over time after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. May 2013;58(2):158-165.

100. Tsai IH, Graves DE, Lai CH, Hwang LY, Pompeii LA. Association of internet use and depression among the spinal cord injury population. *Arch Phys Med Rehabil*. Feb 2014;95(2):236-243.

101. Hoffman JM, Bombardier CH, Graves DE,

Kalpakjian CZ, Krause JS. A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. Mar 2011;92(3):411-418.

102. Alschuler KN, Jensen MP, Sullivan-Singh SJ, Borson S, Smith AE, Molton IR. The association of age, pain, and fatigue with physical functioning and depressive symptoms in persons with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*. Sep 2013;36(5):483-491.

103. January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Mental health and risk of secondary medical complications in adults with pediatric-onset spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2014;20(1):1-12.

104. Lin MR, Hwang HF, Yu WY, Chen CY. A prospective study of factors influencing return to work after traumatic spinal cord injury in taiwan. *Arch Phys Med Rehabil*. Oct 2009;90(10):1716-1722.

105. Burns SM, Boyd BL, Hill J, Hough S. Psychosocial predictors of employment status among men living with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. Feb 2010;55(1):81-90.

106. Pakpour AH, Kumar S, Scheerman JF, Lin CY, Fridlund B, Jansson H. Oral health-related quality of life in iranian patients with spinal cord injury: A case-control study. *Injury*. Jun 2016;47(6):1345-1352.

107. Craig A, Nicholson Perry K, Guest R, Tran Y, Middleton J. Adjustment following chronic spinal cord injury: Determining factors that contribute to social participation. *Br J Health Psychol*. Nov 2015;20(4):807-823.

108. Kalpakjian CZ, Bombardier CH, Schomer K, Brown PA, Johnson KL. Measuring depression in persons with spinal cord injury: A systematic review. *The journal of spinal cord medicine*. 2009;32(1):6-24.

109. Sakakibara BM, Miller WC, Orenczuk SG, Wolfe DL, Team SR. A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*. Dic 2009;47(12):841-851.

110. Tulskey DS, Kisala PA, Kalpakjian CZ, Bombardier CH, Pohlig RT, Heinemann AW, Carle A, Choi SW.

Measuring depression after spinal cord injury: Development and psychometric characteristics of the sci-qol depression item bank and linkage with phq-9. *J Spinal Cord Med.* May 2015;38(3):335-346.

111. Bombardier CH, Kalpakjian CZ, Graves DE, Dyer JR, Tate DG, Fann JR. Validity of the patient health questionnaire-9 in assessing major depressive disorder during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* Oct 2012;93(10):1838-1845.

112. Bombardier CH, Richards JS, Krause JS, Tulskey D, Tate DG. Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: Implications for screening. *Arch Phys Med Rehabil.* Nov 2004;85(11):1749-1756.

113. Cook KF, Kallen MA, Bombardier C, Bamer AM, Choi SW, Kim J., Salem R, Amtman D. Do measures of depressive symptoms function differently in people with spinal cord injury versus primary care patients: The ces-d, phq-9, and promis-d. *Qual Life Res.* 2016.

114. Radnitz CL, Broderick CP, Perez-Strumolo L, Tirch DD, Festa J, Schlein IS, Walczak S, Willard J, Lillian LB, Binks M. The prevalence of psychiatric disorders in veterans with spinal cord injury: A controlled comparison. *J Nerv Ment Dis.* Jul 1996;184(7):431-433.

115. Tate DG, Forchheimer M, Maynard F, Davidoff G, Dijkers M. Comparing two measures of depression in spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology.* Spr 1993;38(1):53-61.

116. Krause JS, Saunders LL, Reed KS, Coker J, Zhai Y, Johnson E. Comparison of the patient health questionnaire and the older adult health and mood questionnaire for self-reported depressive symptoms after spinal cord injury. *Rehabil Psychol.* Nov 2009;54(4):440-448.

117. Katon W, Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, Peterson D, Rutter CM, McGregor M, McCulloch D. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *The New England journal of medicine.* Dic 30 2010;363(27):2611-2620.

118. Atlantis E, Fahey P, Foster J. Collaborative

care for comorbid depression and diabetes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2014;4(4):e004706.

119. Huffman JC, Niazi SK, Rundell JR, Sharpe M, Katon WJ. Essential articles on collaborative care models for the treatment of psychiatric disorders in medical settings: A publication by the academy of psychosomatic medicine research and evidence-based practice committee. *Psychosomatics.* Mar-Abr 2014;55(2):109-122.

120. Gerhart KA, Koziol-McLain J, Lowenstein SR, Whiteneck GG. Quality of life following spinal cord injury: Knowledge and attitudes of emergency care providers. *Ann Emerg Med.* Abr 1994;23(4):807-812.

121. Dorsett P, Geraghty T, Sinnott A, Acland R. Hope, coping and psychosocial adjustment after spinal cord injury. *Spinal Cord Ser Cases.* 2017;3:17046.

122. Bombardier CH, Fann JR, Tate DG, Richards JS, Wilson CS, Warren AM, Temkin NR, Heinemann AW. An exploration of modifiable risk factors for depression after spinal cord injury: Which factors should we target? *Arch Phys Med Rehabil.* May 2012;93(5):775-781.

123. Kautz CM, Gittel JH, Weinberg DB, Lusenhop RW, Wright J. Patient benefits from participating in an integrated delivery system: Impact on coordination of care. *Health Care Manage Rev.* Jul-Sep 2007;32(3):284-294.

124. Kautz LM, Kautz DD. Transforming our patients, their families, and ourselves: Share the experience. *International Journal for Human Caring.* 2017;21(3):159-160.

125. Arpawong TE, Richeimer SH, Weinstein F, Elghamrawy A, Milam JE. Posttraumatic growth, quality of life, and treatment symptoms among cancer chemotherapy outpatients. *Health Psychol.* Abr 2013;32(4):397-408.

126. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* Sep 2009;70(9):1219-1229.

127. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2009;26(3):279-288.
128. Cuijpers P, Reynolds CF, 3rd, Donker T, Li J, Andersson G, Beekman A. Personalized treatment of adult depression: Medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depress Anxiety*. Oct 2012;29(10):855-864.
129. Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, Ravindran L, Yatham LN, Kennedy SH, Lam RW, MacQueen GM, Milev RV, Parikh SV, Group CDW. Canadian network for mood and anxiety treatments (canmat) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *Can J Psychiatry*. Sep 2016;61(9):576-587.
130. Cardenas DD, Nieshoff EC, Suda K, Goto S, Sanin L, Kaneko T, Sporn J, Parsons B, Soulsby M, Yang R, Whalen E, Scavone JM, Suzuki MM, Knapp LE. A randomized trial of pregabalin in patients with neuropathic pain due to spinal cord injury. *Neurology*. Feb 5 2013;80(6):533-539.
131. Fann JR, Bombardier CH, Richards JS, Wilson CS, Heinemann AW, Warren AM, Brooks L, McCullumsmith CB, Temkin NR, Warms C, Tate DG, Investigators P. Venlafaxine extended-release for depression following spinal cord injury: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 1 Mar 2015;72(3):247-258.
132. Judd FK, Stone J, Webber JE, Brown DJ, Burrows GD. Depression following spinal cord injury. A prospective in-patient study. *Br J Psychiatry*. May 1989;154:668-671.
133. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: Recognition and management. National Collaborating Centre for Mental Health;2016.
134. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, Van Rhoads RS. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 2010. <https://psychiatryonline.org/guidelines>. Consultado el 2 de febrero de 2019.
135. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 7 Abr 2018;391(10128):1357-1366.
136. Antidepressant medication management. Healthcare Effectiveness Data and Information Set 2018; <https://www.ncqa.org/hedis/measures/antidepressant-medication-management/>. Consultado el 2 de febrero de 2019.
137. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: Recognition and management. National Collaborating Centre for Mental Health;2009.
138. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, Rhoads RS. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. American Psychiatric Association;2010.
139. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, Norquist G, Howland RH, Lebowitz B, McGrath PJ, Shores-Wilson K, Biggs MM, Balasubramani GK, Fava M, Team SDS. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in star*d: Implications for clinical practice. *Am J Psychiatry*. Ene 2006;163(1):28-40.
140. Perkes SJ, Bowman J, Penkala S. Psychological therapies for the management of co-morbid depression following a spinal cord injury: A systematic review. *J Health Psychol*. Dic 2014;19(12):1597-1612.
141. Dorstyn D, Mathias J, Denson L. Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury: A meta-analysis. *J Health Psychol*. Mar 2011;16(2):374-391.

142. Houlihan BV, Jette A, Friedman RH, Paasche-Orlow M, Ni P, Wierbicky J, Williams K, Ducharme S, Zazula J, Cuevas P, Rosenblum D, Williams S. A pilot study of a telehealth intervention for persons with spinal cord dysfunction. *Spinal Cord*. Sep 2013;51(9):715-720.
143. Houlihan BV, Jette A, Paasche-Orlow M, Wierbicky J, Ducharme S, Zazula J, Cuevas P, Friedman RH, Williams S. A telerehabilitation intervention for persons with spinal cord dysfunction. *Am J Phys Med Rehabil*. Sep 2011;90(9):756-764.
144. Mercier HW, Ni P, Houlihan BV, Jette AM. Differential impact and use of a telehealth intervention by persons with ms or sci. *Am J Phys Med Rehabil*. Nov 2015;94(11):987-999.
145. Dorstyn D, Mathias J, Denson L. Applications of telecounseling in spinal cord injury rehabilitation: A systematic review with effect sizes. *Clinical Rehabilitation*. Dic 2013;27(12):1072-1083.
146. Nooijen CF, de Groot S, Postma K, Bergen MP, Stam HJ, Bussmann JB, van den Berg-Emons RJ. A more active lifestyle in persons with a recent spinal cord injury benefits physical fitness and health. *Spinal cord*. Abr 2012;50(4):320-323.
147. Hicks AL, Martin KA, Ditor DS, Latimer AE, Craven C, Bugaresti J, McCartney N. Long-term exercise training in persons with spinal cord injury: Effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. *Spinal Cord*. 2003;41(1):34-43.
148. Martin Ginis KA, Latimer AE, McKechnie K, Ditor DS, McCartney N, Hicks AL, Bugaresti J, Craven BC. Using exercise to enhance subjective well-being among people with spinal cord injury: The mediating influences of stress and pain. *Rehabil Psychol*. 2003;48(3):157-164.
149. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Hart S, Brucker B, Burman I. Spinal cord patients benefit from massage therapy. *International Journal of Neuroscience*. 2002;112(2):133-142.
150. Kennedy P, Taylor N, Hindson L. A pilot investigation of a psychosocial activity course for people with spinal cord injuries. *Psychol Health Med*. Feb 2006;11(1):91-99.
151. Bradley MB. The effect of participating in a functional electrical stimulation exercise program on affect in people with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil*. Jun 1994;75(6):676-679.
152. Simon G. E. Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. *UpToDate Inc*. 2017:1-27. Consultado el 3 de diciembre de 2017.
153. Tate DG, Forchheimer MB, Krause JS, Meade MA, Bombardier CH. Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: Risk factors and correlates. *Arch Phys Med Rehabil*. Nov 2004;85(11):1837-1847.
154. Lusilla-Palacios P, Castellano-Tejedor C. Spinal cord injury and substance use: A systematic review. *Adicciones*. 2015;27(4):294-310.
155. Saunders LL, Krause JS. Prevalence of cigarette smoking and attempts to quit in a population-based cohort with spinal cord injury. *Spinal cord*. Advance online publication. . *Spinal Cord*. 2016.
156. Hatch MN, Raad J, Suda K, Stroupe KT, Hon AJ, Smith BM. Evaluating the use of medicare part d in the veteran population with spinal cord injury/disorder. *Arch Phys Med Rehabil*. Jun 2018;99(6):1099-1107.
157. Guilcher SJT, Hogan ME, Calzavara A, Hitzig SL, Patel T, Packer T, Lofters AK. Prescription drug claims following a traumatic spinal cord injury for older adults: A retrospective population-based study in ontario, canada. *Spinal Cord*. Nov 2018;56(11):1059-1068.
158. Kitzman P, Cecil D, Kolpek JH. The risks of polypharmacy following spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 03 2017;40(2):147-153.
159. Hand BN, Velozo CA, Krause JS. Rasch measurement properties of the pain medication questionnaire in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*. Ago 1 2017.
160. Clark JM, Cao Y, Krause JS. Risk of pain

medication misuse after spinal cord injury: The role of substance use, personality, and depression. *J Pain*. Feb 2017;18(2):166-177.

161. Krause JS, Cao Y, Clark JMR. Pain intensity, interference, and medication use after spinal cord injury: Association with risk of mortality after controlling for socioeconomic and other health factors. *Arch Phys Med Rehabil*. Dic 2017;98(12):2464-2470.

162. Saunders LL, Krause JS. Psychological factors affecting alcohol use after spinal cord injury. *Spinal Cord*. May 2011;49(5):637-642.

163. Schandler SL, Cohen MJ, Vulpe M, Frank SE. Incidence and characteristics of spinal cord injured patients with a family history of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*. Sep 1995;56(5):522-527.

164. Tate DG, Forchheimer MB, Krause JS, Meade MA, Bombardier CH. Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: Risk factors and correlates. *Arch Phys Med Rehabil*. Nov 2004;85(11):1837-1847.

165. Garshick E, Kelley A, Cohen SA, Garrison A, Tun CG, Gagnon D, Brown R. A prospective assessment of mortality in chronic spinal cord injury. *Spinal Cord*. Jul 2005;43(7):408-416.

166. Krause JS, Saunders LL. Socioeconomic and behavioral risk factors for mortality: Do risk factors observed after spinal cord injury parallel those from the general USA population? *Spinal Cord*. 2012;50:609-613.

167. Richardson EJ, Richards JS, Stewart CC, Ness TJ. Effects of nicotine on spinal cord injury pain: A randomized, double-blind, placebo controlled crossover trial. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. Spring 2012;18(2):101-105.

168. Bethel M, Weaver FM, Bailey L, Miskevics S, Svircev JN, Burns SP, Hoenig H, Lyles K, Carbone LD. Risk factors for osteoporotic fractures in persons with spinal cord injuries and disorders. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis*

Foundation of the USA. Oct 2016;27(10):3011-3021.

169. Carbone LD, Chin AS, Lee TA, Burns SP, Svircev JN, Hoenig HM, Akhigbe T, Weaver FM. The association of opioid use with incident lower extremity fractures in spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. Mar 2013;36(2):91-96.

170. Saunders LL, Krause JS. Behavioral factors related to fatigue among persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. Feb 2012;93(2):313-318.

171. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Int Med*. 2009;24(7):783-788.

172. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. A single-question screening test for drug use in primary care. *Arch Intern Med*. 2010;170(13):1155-1160.

173. Gryczynski J, McNeely J, Wu LT, Subramaniam GA, Svikis DS, Cathers LA, Sharma G, King J, Jelstrom E, Nordeck CD, Sharma A, Mitchell SG, O'Grady KE, Schwartz RP. Validation of the taps-1: A four-item screening tool to identify unhealthy substance use in primary care. *J Gen Intern Med*. Sep 2017;32(9):990-996.

174. Brown RL, Rounds LA. Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin Medical Journal*. 1995;94(3):135-140.

175. Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Papasouliotis O. A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems. *Journal of the American Board of Family Practitioners*. 2001;14:95-106.

176. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. Audit-c as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcoholism, clinical and experimental research*. Jul 2007;31(7):1208-1217.

177. Dugosh KL, Cacciola JS. Clinical assessment of substance use disorders. UpToDate Inc. 2018. <https://www.uptodate-com.offcampus.lib.washington.edu>. Consultado el 30 de agosto de 2018.

178. The Management of Substance Use Disorders Work Group. Va/dod clinical practice guideline for the management of substance use disorders. 2015. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/sud/>. Consultado el 3 de febrero de 2019.
179. Marlatt GA, Donovan DM, eds. Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addictive behaviors. 2.^a Ed. New York: Guilford Press; 2005.
180. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change - applications to addictive behaviors. Am Psychol. Sep 1992;47(9):1102-1114.
181. Substance Abuse and Mental Health Services Administration CfBHSaQ. The nsduh report: Substance use and mental health estimates from the 2013 national survey on drug use and health: Overview of findings. Rockville, md. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.;2014.
182. Institute of Medicine NAOs. Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
183. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, Viera AJ, Wilkins TM, Schwartz CJ, Richmond EM, Yeatts J, Evans TS, Wood SD, Harris RP. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: A systematic review and meta-analysis for the u.S. Preventive services task force. Ann Intern Med. 6 Nov 2012;157(9):645-654.
184. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt C, Reimer J, Kaner E. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. Alcohol Alcohol. Jan-Feb 2014;49(1):66-78.
185. Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW, Villaveces A, Copass M, Ries RR. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. Ann Surg. Oct 1999;230(4):473-480.
186. Stecker T, McGovern MP, Herr B. An intervention to increase alcohol treatment engagement: A pilot trial. Journal of substance abuse treatment. Sep 2012;43(2):161-167.
187. Bombardier CH, Rimmele CT. Alcohol use and readiness to change after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. Sep 1998;79(9):1110-1115.
188. Gentilello L, Duggan P, Drummnd D, Tonnensen A, Degner E, Fischer R, al. e. Major injury as a unique opportunity to initiate treatment in the alcoholic. Journal of Surgery. 1988;156:558-561.
189. Basford JR, Rohe DE, Barnes CP, DePompolo RW. Substance abuse attitudes and policies in us rehabilitation training programs: A comparison of 1985 and 2000. Arch Phys Med Rehab. Abr 2002;83(4):517-522.
190. Cardoso E, Pruett SR, Chan F, Tansey TN. Substance abuse assessment and treatment: The current training and practice of apa division 22 members. Rehabil Psychol. 2006;51(2):175-178.
191. Himstreet J. Va primary care tobacco cessation handbook: A resource for providers. 2014. https://www.mentalhealth.va.gov/quit-tobacco/docs/IB_10-565-Primary-Care-Smoking-Handbook-PROVIDERS-508.pdf. Consultado el 5 de febrero de 2019.
192. Pfizer labs (per FDA). Product information: Chantrix(r) oral tablets, varenicline oral tablets. New York, NY2014.
193. Pfizer labs (per FDA). Product information: Chantrix(r) oral tablets, varenicline oral tablets. New York, NY2016.
194. Weaver FM, Smith B, LaVela SL, Evans CT, Ullrich P, Miskevics S, Goldstein B, Strayer J, Burns SP. Smoking behavior and delivery of evidence-based care for veterans with spinal cord injuries and disorders. J Spinal Cord Med. 2011;34(1):35-45.
195. Lexicomp online. Lexicomp Online 2019; <https://www.wolterskluwer CDI.com/lexicomp-online/>. Consultado en septiembre de 2019.
196. Oliva EM, Christopher MLD, Wells D,

- Bounthavong M, Harvey M, Himstreet J, Emmendorfer T, Valentino M, Franchi M, Goodman F, Trafton JA, Veterans Health Administration Opioid Overdose E, Naloxone Distribution National S, Development W. Opioid overdose education and naloxone distribution: Development of the veterans health administration's national program. *J Am Pharm Assoc* (2003). Mar - Abr 2017;57(2S):S168-S179 e164.
197. Sweeney TT, Foote JE. Treatment of drug and alcohol abuse in spinal cord injury veterans. *Int J Addict*. Jul 1982;17(5):897-904.
198. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 Feb 2018;2:CD004148.
199. Barata IA, Shandro JR, Montgomery M, Polansky R, Sachs CJ, Duber HC, Weaver LM, Heins A, Owen HS, Josephson EB, Macias-Konstantopoulos W. Effectiveness of sbirt for alcohol use disorders in the emergency department: A systematic review. *West J Emerg Med*. Oct 2017;18(6):1143-1152.
200. DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblach DJ. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. Dic 2017;31(8):862-887.
201. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of studies on alcohol and drugs*. Jul 2009;70(4):516-527.
202. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry*. Feb 2008;165(2):179-187.
203. Roozen HG, de Waart R, van der Kroft P. Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction*. Oct 2010;105(10):1729-1738.
204. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, Heyman RB, Jaen CR, Kottke TE, Lando HA, Mecklenburg RE, Mullen PD, Nett LM, Robinson L, Stitzer ML, Tommasello A, Villejo L, Wewers ME. Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline. In: U.S. Department of Health and Human Services PHS, ed. Rockville, MD2000.
205. Himstreet J. My tobacco cessation workbook: A resource for veterans. 2014. <https://www.mentalhealth.va.gov/quit-tobacco/docs/My-Smoking-Workbook-REVISED-2017-final-508.pdf>. Consultado el 5 de febrero de 2019.
206. Moore BA, Fiellin DA, Cutter CJ, Buono FD, Barry DT, Fiellin LE, O'Connor PG, Schottenfeld RS. Cognitive behavioral therapy improves treatment outcomes for prescription opioid users in primary care buprenorphine treatment. *Journal of substance abuse treatment*. Dic 2016;71:54-57.
207. Watkins KE, Ober AJ, Lamp K, Lind M, Setodji C, Osilla KC, Hunter SB, McCullough CM, Becker K, Iyiewuare PO, Diamant A, Heinzerling K, Pincus HA. Collaborative care for opioid and alcohol use disorders in primary care: The summit randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 1 Oct 2017;177(10):1480-1488.
208. Osilla KC, D'Amico EJ, Lind M, Ober AJ, Watkins KE. Brief treatment for substance use disorders: A guide for behavioral health providers. Santa Monica, CA: Rand Corporation; 2016: <https://www.rand.org/pubs/tools/TL147.html>. Consultado el 3 de febrero de 2019.
209. Bryant RA, Nickerson A, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, Galatzer-Levy I, McFarlane AC, Silove D. Trajectory of post-traumatic stress following traumatic injury: 6-year follow-up. *Br J Psychiatry*. May 2015;206(5):417-423.
210. Johannesson KB, Arinell H, Arnberg FK. Six years after the wave. Trajectories of posttraumatic stress following a natural disaster. *J Anxiety Disord*. Dic 2015;36:15-24.
211. Bryant RA. Acute stress disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations,

course, and diagnosis. UpToDate Inc. 2019. <https://www.uptodate-com.offcampus.lib.washington.edu>. Consultado el 10 de enero de 2019.

212. Stein MB. Approach to treating posttraumatic stress disorder in adults. UpToDate Inc. 2019. <https://www.uptodate-com.offcampus.lib.washington.edu>. Consultado el 10 de enero de 2019.

213. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. Feb 2011;72(2):233-239.

214. Bryant RA. The current evidence for acute stress disorder. *Current psychiatry reports*. 13 Oct 2018;20(12):111.

215. Rothbaum BO, Davis M. Applying learning principles to the treatment of post-trauma reactions. *Ann N Y Acad Sci*. Dic 2003;1008:112-121.

216. Pollock K, Dorstyn D, Butt L, Prentice S. Posttraumatic stress following spinal cord injury: A systematic review of risk and vulnerability factors. *Spinal Cord*. Sep 2017;55(9):800-811.

217. Hatcher MB, Whitaker C, Karl A. What predicts post-traumatic stress following spinal cord injury? *Br J Health Psychol*. Sep 2009;14(Pt 3):541-561.

218. Cao Y, Li C, Newman S, Lucas J, Charlifue S, Krause JS. Posttraumatic stress disorder after spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. May 2017;62(2):178-185.

219. Etingen B, Locatelli SM, Miskevics S, LaVela SL. Examining the relationship between post-traumatic stress disorder and social participation among veterans with spinal cord injuries and disorders. *Disabil Rehabil*. Nov 2018;40(22):2637-2643.

220. American College of Surgeons CoT. Statement on post-traumatic stress disorder in adults. 2018; <https://www.facs.org/about-ac/s/statements/109-adult-ptsd>. Consultado el 19 de febrero de 2019.

221. Hanley J, deRoos-Cassini T, Brasel K. Efficiency of a four-item posttraumatic stress disorder screen in trauma patients. *J Trauma Acute Care Surg*. Oct 2013;75(4):722-727.

222. Warren AM, Reynolds M, Driver S, Bennett M, Sikka S. Posttraumatic stress symptoms among spinal cord injury patients in trauma: A brief report. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. Summer 2016;22(3):203-208.

223. Hunt JC, Sapp M, Walker C, Warren AM, Brasel K, deRoos-Cassini TA. Utility of the injured trauma survivor screen to predict ptsd and depression during hospital admission. *J Trauma Acute Care Surg*. Ene 2017;82(1):93-101.

224. Martz E, Livneh H, Priebe M, Wuermsler LA, Ottomanelli L. Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Arch Phys Med Rehabil*. Jun 2005;86(6):1182-1192.

225. Krause JS, Saunders LL, Newman S. Posttraumatic stress disorder and spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. Ago 2010;91(8):1182-1187.

226. Schonenberg M, Reimitz M, Jusyte A, Maier D, Badke A, Hautzinger M. Depression, posttraumatic stress, and risk factors following spinal cord injury. *Int J Behav Med*. Feb 2014;21(1):169-176.

227. Spoont MR, Williams JW, Jr., Kehle-Forbes S, Nieuwsma JA, Mann-Wrobel MC, Gross R. Does this patient have posttraumatic stress disorder?: Rational clinical examination systematic review. *JAMA*. Ago 4 2015;314(5):501-510.

228. Geier TJ, Hunt JC, Nelson LD, Brasel KJ, deRoos-Cassini TA. Detecting ptsd in a traumatically injured population: The diagnostic utility of the ptsd checklist for dsm-5. *Depress Anxiety*. Feb 2019;36(2):170-178.

229. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The primary care ptsd screen for dsm-5 (pc-ptsd-5): Development and evaluation within a veteran primary care sample. *J Gen Intern Med*. Oct 2016;31(10):1206-1211.

230. Utzon-Frank N, Breinegaard N, Bertelsen M, Borritz M, Eller NH, Nordentoft M, Olesen K, Rod NH, Rugulies R, Bonde JP. Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scand J Work Environ Health*. 1 May 2014;40(3):215-229.

231. Clark C, Classen CC, Fournier A, Shetty M. Treating the trauma survivor: An essential guide to trauma-informed care. New York, NY: Taylor Francis; 2015.
232. Harris M, Falloot RD, eds. New directions for mental health services. Using trauma theory to design service systems. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2001.
233. Williamson LF, Kautz DD. Trauma-informed care is the best clinical practice in rehabilitation nursing. *Rehabilitation Nursing*. 2018;42(2):73-80.
234. The Management of Posttraumatic Stress Disorder Work Group. VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In: Department of Veterans Affairs DoD, ed. Version 3.0 ed2017.
235. Kliem S., C. K. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour research and therapy*. 2013;51(11):753-761.
236. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 Jul 2009(3):CD006869.
237. Kornor H, Winje D, Ekeberg O, Weisaeth L, Kirkehei I, Johansen K, Steiro A. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 19 Sep 2008;8:81.
238. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y, Peleg T, Adessky R, Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the Jerusalem trauma outreach and prevention study. *Arch Gen Psychiatry*. Feb 2012;69(2):166-176.
239. Argolo FC, Cavalcanti-Ribeiro P, Netto LR, Quarantini LC. Prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol: A meta-analytic review. *Journal of psychosomatic research*. Ago 2015;79(2):89-93.
240. DeVivo MJ, Black KJ, Richards JS, Stover SL. Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia*. Nov 1991;29(9):620-627.
241. Cao Y, Massaro JF, Krause JS, Chen Y, Devivo MJ. Suicide mortality after spinal cord injury in the United States: Injury cohorts analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. Feb 2014;95(2):230-235.
242. McCullumsmith CB, Kalpakjian CZ, Richards JS, Forchheimer M, Heinemann AW, Richardson EJ, Wilson CS, Barber J, Temkin N, Bombardier CH, Fann JR, Investigators P. Novel risk factors associated with current suicidal ideation and lifetime suicide attempts in individuals with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. May 2015;96(5):799-808.
243. Nam HS, Kim HR, Ha TH, Shin HI. Suicidal ideation in Korean persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*. Oct 2013;51(10):789-793.
244. Charlifue SW, Gerhart KA. Behavioral and demographic predictors of suicide after traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. Jun 1991;72(7):488-492.
245. Savic G, DeVivo MJ, Frankel HL, Jamous MA, Soni BM, Charlifue S. Suicide and traumatic spinal cord injury-a cohort study. *Spinal Cord*. Ene 2018;56(1):2-6.
246. Louzon SA, Bossarte R, McCarthy JF, Katz IR. Does suicidal ideation as measured by the PHQ-9 predict suicide among VA patients? *Psychiatr Serv*. 1 May 2016;67(5):517-522.
247. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. Dic 2011;168(12):1266-1277.
248. Na PJ, Yaramala SR, Kim JA, Kim H, Goes FS, Zandi PP, Vande Voort JL, Sutor B, Croarkin P, Bobo WV. The PHQ-9 item 9 based screening for suicide risk: A validation study of the patient health questionnaire (PHQ)-9 item 9 with the Columbia suicide severity rating scale (C-SSRS). *J Affect Disord*. May 2018;232:34-40.

249. Rudd MD. Suicide warning signs in clinical practice. *Current psychiatry reports*. Feb 2008;10(1):87-90.
250. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group. *Va/dod clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide*. In: Department of Veterans Affairs DoD, ed. Version 1.0 ed2013.
251. The Assessment and Management of Risk for Suicide Working Group. *Va/dod clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide*. In: Department of Veterans Affairs DoD, ed. Version 2.0 ed2019.
252. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behav Modif*. Ene 2008;32(1):77-108.
253. Hooley JM, Franklin JC, Nock MK. Chronic pain and suicide: Understanding the association. *Curr Pain Headache Rep*. 2014;18(8):435.
254. Ilgen MA, Bohnert AS, Ganoczy D, Bair MJ, McCarthy JF, Blow FC. Opioid dose and risk of suicide. *Pain*. May 2016;157(5):1079-1084.
255. Muller R, Landmann G, Bechir M, Hinrichs T, Arnet U, Jordan X, Brinkhof MWG. Chronic pain, depression and quality of life in individuals with spinal cord injury: Mediating role of participation. *J Rehabil Med*. Jun 28 2017;49(6):489-496.
256. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A review. *Am J Addict*. Mar 2015;24(2):98-104.
257. Stanford RE, Soden R, Bartrop R, Mikk M, Taylor TK. Spinal cord and related injuries after attempted suicide: Psychiatric diagnosis and long-term follow-up. *Spinal Cord*. Jun 2007;45(6):437-443.
258. Bryson CN, Cramer RJ, Schmidt AT. Traumatic brain injury and lifetime suicidality: Applying the interpersonal-psychological theory perspective. *Death Stud*. Ago 2017;41(7):399-405.
259. Madsen T, Erlangsen A, Orlovskaya S, Mofaddi R, Nordentoft M, Benros ME. Association between traumatic brain injury and risk of suicide. *JAMA*. Ago 14 2018;320(6):580-588.
260. Gould MS, Lake AM, Galfalvy H, Kleinman M, Munfakh JL, Wright J, McKeon R. Follow-up with callers to the national suicide prevention lifeline: Evaluation of callers' perceptions of care. *Suicide Life Threat Behav*. Feb 2018;48(1):75-86.
261. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, Chaudhury SR, Bush AL, Green KL. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. Sep 1 2018;75(9):894-900.
262. Lewiecki EM, Miller SA. Suicide, guns, and public policy. *Am J Public Health*. Ene 2013;103(1):27-31.
263. Shenassa ED, Rogers ML, Spalding KL, Roberts MB. Safer storage of firearms at home and risk of suicide: A study of protective factors in a nationally representative sample. *J Epidemiol Community Health*. Oct 2004;58(10):841-848.
264. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Evinger JS, Caine ED. Poor social integration and suicide: Fact or artifact? A case-control study. *Psychol Med*. Oct 2004;34(7):1331-1337.
265. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, Wallace R. Risk factors for late-life suicide: A prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry*. Jul-Ago 2002;10(4):398-406.
266. Conwell Y. Suicide later in life: Challenges and priorities for prevention. *Am J Prev Med*. Sep 2014;47(3 Suppl 2):S244-250.
267. Whitlock J, Wyman PA, Moore SR. Connectedness and suicide prevention in adolescents: Pathways and implications. *Suicide Life Threat Behav*. Jun 2014;44(3):246-272.

Anexos

Anexo 1. Instrumentos de detección de trastornos por consumo de sustancias

Prueba de detección de alcoholismo de una sola pregunta: “En el transcurso del último año ¿cuántas veces ha tomado X o más tragos en un día?”, donde X es 5 para los hombres y 4 para las mujeres, y toda respuesta de ≥ 1 se considera consumo nocivo. A los sujetos que respondieron negativamente a la pregunta de preselección se les hizo la pregunta de detección. Si se les pedía que aclararan, el investigador asociado proporcionaba definiciones de una bebida estándar (12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licor de 80 grados).

Prueba de detección de consumo de drogas o de trastornos por consumo de fármacos: “En el transcurso del último año ¿cuántas veces ha consumido una droga ilícita o ha utilizado un medicamento recetado por razones que no sean médicas?”. Si la respuesta indicaba al menos 1 vez se consideraba que había consumo de drogas. Cuando se pedía aclaratoria sobre el significado de “razones que no sean médicas”, el investigador asociado añadía “por ejemplo, por la experiencia o la sensación que le causó”.

Cuestionario CAGE-AID: “Al pensar en el consumo de drogas, incluya el consumo de drogas ilícitas y el uso de medicamentos recetados de una forma distinta a la prescrita”.

1. ¿Ha sentido alguna vez que debería reducir su consumo de alcohol o drogas?
SÍ NO
2. ¿La gente lo ha hecho molestar al criticar su consumo de alcohol o de drogas?
SÍ NO
3. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas?
SÍ NO
4. ¿Ha tomado alguna vez un trago o ha consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o librarse de la resaca?
SÍ NO

Prueba de detección conjunta de dos ítems (TICS): “En el transcurso del último año, ¿ha bebido o ha consumido drogas más de lo que quería?” y “En el transcurso del último año ¿ha sentido que quería o necesitaba reducir su consumo de alcohol o drogas?”. (Si responde afirmativamente al menos a una pregunta se considera que hay adicción).

TAM: INSTRUMENTO PARA DETECTAR EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL, MEDICAMENTOS RECETADOS Y OTRAS SUSTANCIAS

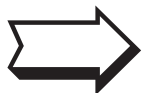
	A diario o casi a diario	Semanalmente	Mensual	Menos de una vez al mes	Nunca
En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia ha consumido algún producto de tabaco (por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, puros, pipas o tabaco sin humo)?					
En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia ha tomado (5 o más bebidas para los hombres; 4 o más bebidas para las mujeres) con alcohol en un día? Una bebida estándar es aproximadamente una copa pequeña de vino (5 onzas), una cerveza (12 onzas) o un solo trago de licor.					
En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia ha consumido alguna droga incluida la marihuana, cocaína o crack, heroína, metanfetamina (cristal), alucinógenos, éxtasis/MDMA?					
En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia ha utilizado algún medicamento recetado más de lo prescrito únicamente por la sensación, o algún fármaco que no le hayan recetado a usted? Entre los medicamentos de venta con receta que pueden utilizarse de este modo se encuentran los analgésicos opiáceos (por ejemplo, OxyContin, Vicodin, Percocet, metadona), medicamentos para la ansiedad o el sueño (por ejemplo, Xanax, Ativan, Klonopin) o medicamentos para el TDAH (por ejemplo, Adderall o Ritalin).					

Anexo 2. Instrumentos de detección del TEPT

Instrumento de detección del TEPT en atención primaria

En ocasiones, algunas personas viven situaciones inusuales o especialmente espantosas, horribles o traumáticas (incendio, maltrato, terremoto, inundación, guerra, muerte). ¿Ha vivido alguna vez un suceso de este tipo? De no ser así, deténgase. Si la respuesta es afirmativa, proceda a preguntar: “En el transcurso del último mes...”	Sí	No
1. ha tenido pesadillas sobre lo sucedido o ha pensado en eso aunque no quería?	Sí	No
2. se ha esforzado por no pensar en el suceso o se ha esforzado por evitar situaciones que le recuerden lo sucedido?	Sí	No
3. ha estado constantemente en guardia, a la expectativa, o se ha asustado fácilmente?	Sí	No
4. se ha sentido insensible o alejado de las personas, las actividades o su entorno?	Sí	No
5. se sintió culpable o no pudo dejar de culparse a sí mismo o a los demás por lo sucedido o por los problemas que esto haya causado?	Sí	No

INSTRUCCIONES: En la siguiente tabla hay una lista de problemas que las personas manifiestan a veces como respuesta a una experiencia muy estresante. Lea con atención cada problema y luego encierre en un círculo uno de los números de la derecha para indicar cuánto le ha molestado el problema en el transcurso del último mes.



Mediante la Lista de comprobación postraumática-5 se puede formular un diagnóstico provisional de dos maneras:

- Trate cada ítem calificado como 2 = “moderadamente” o superior como un síntoma confirmado, y luego siga la regla diagnóstica del DSM-5, que requiere al menos 1 ítem del criterio B (preguntas 1-5), 1 ítem del criterio C (preguntas 6-7), 2 ítems del criterio D (preguntas 8-14), y 2 ítems del criterio E (preguntas 15-20).
- La suma de los 20 ítems (rango de 0 a 80) y el uso de una puntuación umbral de 33 parece ser razonable según los trabajos psicométricos actuales. Sin embargo, a la hora de elegir un umbral, es esencial tener en cuenta los objetivos de la evaluación y la población evaluada. Cuanto más baja sea la puntuación umbral, más permisivos serán los criterios de inclusión, lo que aumenta el posible número de falsos positivos. Cuanto más alta sea la puntuación umbral, más estrictos serán los criterios de inclusión y mayor será el potencial de falsos negativos.

Si un paciente cumple con un diagnóstico provisional utilizando cualquiera de los métodos anteriores, requerirá una evaluación adicional (por ejemplo, la Escala de TEPT según el DSM-5 administrada por el clínico) para confirmar el diagnóstico de TEPT.

En los últimos meses, ¿qué tanto le ha molestado:	En absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. tener recuerdos repetidos, perturbadores y no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. tener sueños repetidos y perturbadores de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo de nuevo (como si la reviviera)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy afectado cuando alguien le recuerda la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas fuertes cuando alguien le recuerda la experiencia estresante (por ejemplo, palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. evitar los recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. tener dificultades para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener fuertes creencias negativas sobre sí mismo, otras personas o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos tales como: soy malo, definitivamente estoy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otro por la experiencia estresante o por lo que ocurrió después?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos fuertes como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. haber perdido el interés en las actividades que solía disfrutar?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o aislado de la gente?	0	1	2	3	4
14. tener problemas para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, ser incapaz de sentir felicidad o sentimientos de amor hacia las personas cercanas)?	0	1	2	3	4
15. tener un comportamiento irritable, arrebatos de ira o un comportamiento agresivo?	0	1	2	3	4
16. asumir demasiados riesgos o hacer cosas que podrían perjudicarlo?	0	1	2	3	4
17. estar "hiperalerta" o vigilante, a la defensiva?	0	1	2	3	4
18. sentirse nervioso o asustarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener problemas de concentración?	0	1	2	3	4
20. tener problemas para conciliar o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

Anexo 3. Instrumentos de detección de la depresión

Cuestionario de salud del paciente de 9 ítems

En el transcurso de las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en realizar actividades.	0	1	2	3
2. Sentirse abatido, deprimido o desesperanzado.	0	1	2	3
3. Dificultades para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado.	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía.	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, que es un fracasado o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás quizá lo hayan notado. O lo contrario: estar tan inquieto que se mueve mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera.	0	1	2	3
Puntuación total del PHQ9				

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas, con una subvención educativa de Pfizer Inc.

Anexo 4. Instrumentos de detección del trastorno de ansiedad

Escala del trastorno de ansiedad generalizada de 7 ítems (GAD-7)

En el transcurso de las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso o con los nervios de punta.	0	1	2	3
2. Preocuparse constantemente sin puede evitarlo o controlarlo.	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por distintas cosas.	0	1	2	3
4. Tener problemas para relajarse.	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto.	0	1	2	3
6. Molestarse fácilmente o estar irritable.	0	1	2	3
7. Sentir miedo, como si algo horrible pudiera ocurrir.	0	1	2	3
Puntuación total del GAD7				

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas, con una subvención educativa de Pfizer Inc.

Anexo 5. Instrumentos de detección del riesgo de suicidio

ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO - VERSIÓN PARA DETECCIÓN

DEFINICIONES E INDICACIONES SOBRE LA IDEACIÓN SUICIDA	Durante el mes anterior	
Haga las preguntas que están en negrita y <u>subrayadas</u> .	SÍ	NO
Haga las preguntas 1 y 2		
1. <u>¿Ha deseado estar muerto o ha deseado dormirse y no despertarse?</u>		
2. <u>¿Realmente ha pensado en matarse?</u>		
Si la respuesta a la pregunta 2 es afirmativa, haga las preguntas 3, 4, 5 y 6. Si la respuesta a la pregunta 2 es negativa, pase directamente a la pregunta 6.		
3. <u>¿Ha pensado alguna vez en cómo podría hacerlo?</u> Por ejemplo: "Pensé en tomar una sobredosis, pero en verdad nunca hice un plan específico sobre cuándo, dónde o cómo hacerlo... y nunca lo llevaría a cabo".		
4. <u>Además de haber tenido estos pensamientos ¿ha tenido la intención de llevarlos a la práctica?</u> En contraposición a "he tenido estos pensamientos, pero definitivamente no voy a hacer nada al respecto".		
5. <u>¿Ha empezado a elaborar o a definir los detalles de cómo suicidarse?</u> <u>¿Piensa llevar a cabo este plan?</u>		
6. <u>¿Ha hecho algo, ha empezado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para poner fin a su vida?</u> Ejemplos: Ha reunido pastillas, consiguió una pistola, regaló objetos de valor, escribió un testamento o una nota de suicidio, sacó pastillas pero no se tragó ninguna, sostuvo la pistola en sus manos pero cambió de opinión o se la quitaron, se fue al tejado pero no saltó; o realmente tomó pastillas, intentó darse un tiro, se cortó, intentó ahorcarse, etc. Si la respuesta es afirmativa, pregunte: <u>¿Esto sucedió en los últimos tres meses?</u>	SÍ	NO

Riesgo bajo 
 Riesgo moderado 
 Riesgo alto 

Para consultas e información sobre capacitación, comuníquese con Kelly Posner, Ph. D.
 Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York, 1051 Riverside Drive, Nueva York, Nueva York, 10032;
 posnerk@nyspi.columbia.edu © 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

Anexo 6:

Declaración de los integrantes del panel sobre conflictos de intereses

CONSORCIO PARA LA MEDICINA DE LA MÉDULA ESPINAL

Se ruega a los integrantes del comité directivo y del panel de guías de práctica clínica, que lean las siguientes políticas sobre conflictos de interés y confidencialidad y que firmen abajo para indicar su aceptación.

POLÍTICA SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

El Consorcio para la Medicina de la Médula Espinal (en lo sucesivo, “el Consorcio”) es una colaboración de organizaciones profesionales y de consumidores financiada y administrada por Veteranos Paralizados de América (en lo sucesivo, “PVA”). PVA desea asegurarse de que no haya conflicto de intereses en las funciones habituales del comité directivo del Consorcio y en el proceso de elaboración de las guías. PVA entiende que los integrantes del comité directivo y de los grupos encargados de elaborar las guías de práctica clínica participan en diversas organizaciones y proyectos, y quizá tengan inversiones financieras que puedan crear un conflicto de intereses real o potencial o la percepción de que existe tal conflicto (en lo sucesivo, “conflicto” o “conflicto de intereses”).

Con esta finalidad, se adoptó la siguiente política:

1. Aplicabilidad Esta política se aplica tanto a los integrantes del comité directivo del Consorcio, incluidos el presidente y el vicepresidente, como a los integrantes de los grupos de elaboración de las guías de práctica clínica (de forma conjunta, “Personas involucradas”).

2. Vigencia. Este acuerdo estará vigente durante el tiempo que la Persona involucrada forme parte del comité directivo o del grupo de elaboración de las guías de práctica clínica, independientemente del papel activo o pasivo que pueda desempeñar en ellos.

3. Determinación de la existencia de un conflicto.

Para determinar la existencia de un conflicto se utilizarán los lineamientos que se establecen a continuación y que se ofrecen a título ilustrativo mas no limitativo, ya que podría producirse un conflicto aunque la situación en cuestión no esté incluida a

continuación. Cada una de las Personas involucradas tiene la responsabilidad personal de determinar inicialmente si existe un conflicto de intereses en su caso. Si una Persona involucrada tiene alguna duda sobre la existencia de un conflicto, debe ponerse en contacto inmediatamente con el presidente del comité directivo.

4. Lineamientos para determinar la existencia de un conflicto. Podría existir un conflicto si la Persona involucrada está influenciada indebidamente por otros (esto es, su cónyuge, padres, hijos u otro individuo con quien dicha Persona involucrada tenga una estrecha relación personal, comercial o profesional, incluidos sus socios, accionistas de una empresa cuyas acciones están en manos de pocas personas, coautores u otros colegas profesionales o compañeros de trabajo cercanos) en detrimento y en contra de la misión del Consorcio, del comité directivo, de los grupos de elaboración de guías de práctica clínica y de PVA.

5. Divulgación del conflicto: Recusación. Si una Persona involucrada determina que existe un conflicto, deberá notificarlo inmediatamente al presidente del comité directivo o al director del departamento de investigación y educación de PVA. El presidente, teniendo en cuenta la opinión del director de investigación y educación, determinará si existe tal conflicto (excepto en aquellos conflictos relacionados con el presidente, en los que decidirá el vicepresidente). La decisión sobre los conflictos y el fundamento de dicha decisión se comunicará al comité directivo y se hará constar en actas. Salvo que el presidente (o, según sea el caso, el vicepresidente) disponga algo distinto en casos específicos, si se comprueba que existe un conflicto, la persona afectada se recusará de los análisis, las votaciones y las tomas de decisiones relacionadas con el asunto objeto del conflicto, y se inhibirá de participar en todas las reuniones en las que este se trate. Una vez finalizado el análisis y adoptadas las determinaciones correspondientes al asunto objeto del conflicto, dicha Persona involucrada podrá reincorporarse a la reunión.

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD

Durante la ejecución de las funciones habituales del Consorcio o de los grupos de elaboración de las guías de práctica clínica, los integrantes del comité

directivo y los integrantes del panel pueden recibir y tener acceso a información confidencial relativa a PVA o a otra entidad que trabaje con el Consorcio. Para garantizar que se mantendrá la confidencialidad de la información, se adopta la siguiente Política de confidencialidad.

1. Aplicabilidad Esta política se aplica tanto a los integrantes del comité directivo del Consorcio, incluidos el presidente y el vicepresidente, como a los integrantes de los grupos de elaboración de las guías de práctica clínica (de forma conjunta, “Personas involucradas”).

2. Vigencia. Este acuerdo estará vigente durante el tiempo que la Persona involucrada forme parte del comité directivo o del grupo de elaboración de guías de práctica clínica, independientemente del papel activo o pasivo que pueda desempeñar en ellos.

3. Definición de información confidencial. “Información confidencial” se refiere a (i) toda información escrita de índole comercial, financiera, técnica y científica relacionada con el Consorcio y que PVA haya identificado claramente como “CONFIDENCIAL”, “DE PROPIEDAD EXCLUSIVA”, o con una identificación similar; o (ii) la información verbal que el comité directivo y/o PVA especifiquen como confidencial. Todos los documentos que se generen durante el proceso de elaboración de las guías son confidenciales y lo seguirán siendo hasta que 1) se haya aprobado el documento para su publicación mediante el voto del comité directivo y 2) PVA publique el documento de forma impresa.

No se considerará “Información confidencial” aquella que (a) sea de dominio público al momento de su divulgación; (b) esté en posesión del Consorcio (lo que incluye a toda Persona involucrada) y esté libre de toda obligación de confidencialidad antes del momento de su divulgación; (c) aunque inicialmente haya coincidido con la definición de “Información confidencial”, posteriormente pase a formar parte del conocimiento público por motivos no imputables al Consorcio (lo que incluye a toda Persona involucrada), a partir de la fecha en que forme parte del dominio público; (d) aunque inicialmente haya correspondido a la definición de “Información confidencial”, la recibe el Consorcio (lo que incluye a toda Persona involucrada) de un tercero, sin obligación alguna de

confidencialidad, a partir de la fecha en que dicho tercero la suministre; o (e) el Consorcio la desarrolle de forma independiente sin el uso de ninguna Información confidencial.

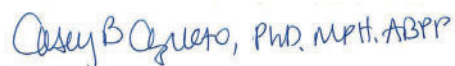
4. Prohibición de divulgar Información confidencial. Toda Persona involucrada se compromete a no divulgar Información confidencial a ninguna persona ajena al Consorcio o a sus afiliados (a tales fines se incluyen las Secciones y los Afiliados Internacionales), excepto lo dispuesto a continuación. Toda Persona involucrada se compromete a utilizar la Información confidencial únicamente para los fines de las actividades del Consorcio. Sin menoscabo de lo anterior, una Persona involucrada podrá divulgar la Información confidencial (i) a los empleados, asesores profesionales, científicos voluntarios y otras Personas involucradas a quienes se les solicite su participación en los asuntos del Consorcio, a consultores y agentes del Consorcio que tengan necesidad de conocerla y que hayan sido informados de esta Política de confidencialidad; o (ii) en la medida en que lo exija la ley o una orden judicial. Toda Persona involucrada tomará las mismas precauciones, que no serán inferiores a las precauciones razonables que tendría para proteger la información más confidencial del propio Consorcio a fin de evitar cualquier divulgación no autorizada o involuntaria de la Información confidencial.

Toda persona que tenga alguna pregunta sobre esta política o su aplicabilidad en una situación determinada debe dirigirla al director de investigación y educación (PVA).

5. Devolución de información confidencial. Toda Persona involucrada se compromete a devolver al presidente del comité directivo o al director de investigación y educación, todos los materiales tangibles con Información confidencial que fueron puestos a disposición o suministrados a dicha Persona involucrada y todas las copias y reproducciones de dichos materiales por solicitud del presidente del comité o del director de investigación y educación (PVA).

CERTIFICACIÓN CON RESPECTO A CONFLICTOS DE INTERESES Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Toda Persona involucrada se compromete a cumplir las disposiciones de estas Políticas mientras sea una Persona involucrada. Al firmar, usted confirma que ha leído y entendido las políticas sobre conflicto de intereses y de confidencialidad antes mencionadas y se compromete a cumplirlas mientras sea una Persona involucrada, según se define en dichas políticas.



Casey B. Azuero, PhD, MPH, ABPP



Charles H. Bombardier, PhD, ABPP



Jesse R. Fann, MD, MPH



Donald D. Kautz, RN, PhD



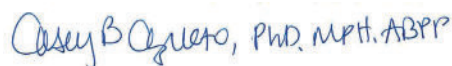
J. Scott Richards, PhD, ABPP



Sunil Sabharwal, MD

CERTIFICACIÓN SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL CONSORCIO

Toda Persona involucrada se compromete a cumplir con las disposiciones de las políticas y procedimientos descritos en el Manual de orientación para las guías de práctica clínica mientras sea una Persona involucrada. Al firmar, usted confirma que ha leído y entendido las políticas y procedimientos del Manual de orientación de las guías de práctica clínica y se compromete a cumplirlas durante el tiempo que sea una Persona involucrada.



Casey B. Azuero, PhD, MPH, ABPP



Charles H. Bombardier, PhD, ABPP



Jesse R. Fann, MD, MPH



Donald D. Kautz, RN, PhD



J. Scott Richards, PhD, ABPP



Sunil Sabharwal, MD

Anexo A: Estrategias de búsqueda

Ovid MEDLINE® <1946 a la 2.ª semana de agosto de 2016>

1. exp Spinal Cord Injuries/
2. spinal cord injur*.mp.
3. (spine or spinal) and sci).mp
4. or/1-3
5. exp Mental Disorders/
6. (mental adj3 (health or disorder*)).mp
7. (anxiety or depression or post-traumatic or posttrau-matic or PTSD or bipolar or suicid* or “self-harm”).ti,ab.
8. exp Substance-Related Disorders/
9. (drug* or alcohol* or illicit or substance) adj3 (use* or abus*).ti,ab.
10. or/5-9
11. 4 and 10
12. limitar 11 a idioma inglés
13. limitar 11 a resúmenes
14. 12 or 13
15. limitar 14 a seres humanos

Ovid MEDLINE® Citas en proceso y otras citas no indexadas <22 de agosto de 2016>

1. spinal cord injur*.mp.
2. ((spine or spinal) and sci).mp
3. (mental adj3 (health or disorder*)).mp
4. (anxiety or depression or post-traumatic or posttrau-matic or PTSD or bipolar or suicid* or “self-harm”).ti,ab.
5. ((drug* or alcohol* or illicit or substance) adj3 (use* or abus*).ti,ab.
6. (1 or 2) and (3 or 4 or 5)
7. limitar 6 a idioma inglés

PsycINFO <1806 hasta la 4.ª semana de julio de 2016>

1. exp Spinal Cord Injuries/
2. spinal cord injur*.mp.
3. ((spine or spinal) and sci).mp
4. or/1-3
5. exp Mental Disorders/

6. (mental adj3 (health or disorder*)).mp
7. (anxiety or depression or post-traumatic or posttrau-matic or PTSD or bipolar or suicid* or “self-harm”).ti,ab.
8. exp “SUBSTANCE USE DISORDER”/
9. ((drug* or alcohol* or illicit or substance) adj3 (use* or abus*).ti,ab.
10. or/5-8
11. 4 and 10

Registro Central de Estudios Controlados Cochrane <Julio de 2016>

1. exp Spinal Cord Injuries/
2. spinal cord injur*.mp.
3. ((spine or spinal) and sci).mp
4. or/1-3
5. exp Mental Disorders/
6. (mental adj3 (health or disorder*)).mp
7. (anxiety or depression or post-traumatic or posttrau-matic or PTSD or bipolar or suicid* or “self-harm”).ti,ab.
8. exp Substance-Related Disorders/
9. ((drug* or alcohol* or illicit or substance) adj3 (use* or abus*).ti,ab.
10. or/5-9
11. 4 and 10

Base de Datos de Revisiones Sistemáticas Cochrane <2005 hasta el 17 de agosto de 2016>

1. (((spine or spinal) and cord and injur*) or sci).ti.

Anexo B. Estudios incluidos

1. Abdul-Sattar AB. Predictors of functional outcome in patients with traumatic spinal cord injury after inpatient rehabilitation: in Saudi Arabia. *Neurorehabilitation*. 2014;35(2):341-347.
2. Ahoniemi E, Pohjolainen T, Kautiainen H. Survival after spinal cord injury in Finland. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011;43(6):481-485.
3. Alschuler KN, Jensen MP, Sullivan-Singh SJ, Borson S, Smith AE, Molton IR. The association of age, pain,

and fatigue with physical functioning and depressive symptoms in persons with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*. 2013;36(5):483-491.

4. Arango-Lasprilla JC, Ketchum JM, Starkweather A, Nicholls E, Wilk AR. Factors predicting depression among persons with spinal cord injury 1 to 5 years post injury. *Neurorehabilitation*. 2011;29(1):9-21.

5. Bailey J, Dijkers MP, Gassaway J, et al. Relationship of nursing education and care management inpatient rehabilitation interventions and patient characteristics to outcomes following spinal cord injury: the SCIRehab project. *Journal of Spinal Cord Medicine*. 2012;35(6):593-610.

6. Banerjee R, Findley PA, Smith B, Findley T, Sambamoorthi U. Co-occurring medical and mental illness and substance use disorders among veteran clinic users with spinal cord injury patients with complexities. *Spinal Cord*. 2009;47(11):789-795.

7. Binks TM, Radnitz CL, Moran AI, Vinciguerra V. Relationship between level of spinal cord injury and posttraumatic stress disorder symptoms. *Ann N Y Acad Sci*. 1997;821:430-432.

8. Boldt I, Eriks-Hoogland I, Brinkhof MW, de Bie R, Jorgi D, von Elm E. Non-pharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;11:CD009177.

9. Bombardier CH, Adams LM, Fann JR, Hoffman JM. Depression Trajectories During the First Year After Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(2):196-203.

10. Bombardier CH, Fann JR, Tate DG, et al. An exploration of modifiable risk factors for depression after spinal cord injury: which factors should we target? *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(5):775-781.

11. Bombardier CH, Fann JR, Wilson CS, et al. A randomized controlled trial of venlafaxine XR for major depressive disorder after spinal cord injury: Methods and lessons learned. *Journal of Spinal Cord Medicine*. 2014;37(3):247-263.

12. Bombardier CH, Kalpakjian CZ, Graves DE,

Dyer JR, Tate DG, Fann JR. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 in assessing major depressive disorder during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(10):1838-1845.

13. Bombardier CH, Richards JS, Krause JS, Tulskey D, Tate DG. Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: implications for screening. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(11):1749-1756.

14. Bradley MB. The effect of participating in a functional electrical stimulation exercise program on affect in people with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75(6):676-679.

15. Burns SM, Boyd BL, Hill J, Hough S. Psychosocial predictors of employment status among men living with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 2010;55(1):81-90.

16. Burns SM, Hough S, Boyd BL, Hill J. Sexual desire and depression following spinal cord injury: Masculine sexual prowess as a moderator. *Sex Roles*. 2009;61(1-2):120-129.

17. Cao Y, DiPiro ND, Xi J, Krause JS. Unmet expectations of adjustment and depressive symptoms among people with chronic traumatic spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 2014;59(3):313-320.

18. Cao Y, Massaro JF, Krause JS, Chen Y, Devivo MJ. Suicide mortality after spinal cord injury in the United States: injury cohorts analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(2):230-235.

19. Cardenas DD, Nieshoff EC, Suda K, et al. A randomized trial of pregabalin in patients with neuropathic pain due to spinal cord injury. *Neurology*. 2013;80(6):533-539.

20. Cardenas DD, Warms CA, Turner JA, Marshall H, Brooke MM, Loeser JD. Efficacy of amitriptyline for relief of pain in spinal cord injury: Results of a randomized controlled trial. *Pain*. 2002;96(3):365-373.

21. Catalano D, Chan F, Wilson L, Chiu CY, Muller VR. The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: a structural

equation model. *Rehabilitation Psychology*. 2011;56(3):200-211.

22. Charlifue SW, Gerhart KA. Behavioral and demographic predictors of suicide after traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 1991;72(7):488-492.

23. Cragg JJ, Noonan VK, Noreau L, Borisoff JF, Kramer JK. Neuropathic pain, depression, and cardiovascular disease: a national multicenter study. *Neuroepidemiology*. 2015;44(3):130-137.

24. Craig A, Nicholson Perry K, Guest R, Tran Y, Middleton J. Adjustment following chronic spinal cord injury: Determining factors that contribute to social participation. *Br J Health Psychol*. 2015;20(4):807-823.

25. Cuff L, Fann JR, Bombardier CH, Graves DE, Kalpakjian CZ. Depression, pain intensity, and interference in acute spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2014;20(1):32-39.

26. Danner G, Radnitz CL. Protective factors and posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation & Health*. 2000;5(3):195-203.

27. Daverat P, Petit H, Kemoun G, Dartigues JF, Barat M. The long term outcome in 149 patients with spinal cord injury. *Paraplegia*. 1995;33(11):665-668.

28. DeVivo MJ, Black KJ, Richards JS, Stover SL. Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia*. 1991;29(9):620-627.

29. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, et al. Spinal cord patients benefit from massage therapy. *The International journal of neuroscience*. 2002;112(2):133-142.

30. Dodd Z, Driver S, Warren AM, Riggs S, Clark M. Effects of Adult Romantic Attachment and Social Support on Resilience and Depression in Individuals with Spinal Cord Injuries. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2015;21(2):156-165.

31. Dorstyn D, Mathias J, Denson L. Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of

psychological outcomes following spinal cord injury: a meta-analysis. *J Health Psychol*. 2011;16(2):374-391.

32. Dorstyn D, Mathias J, Denson L. Applications of telecounseling in spinal cord injury rehabilitation: a systematic review with effect sizes. *Clinical Rehabilitation*. 2013;27(12):1072-1083.

33. Dryden DM, Saunders L, Rowe BH, et al. Depression following Traumatic Spinal Cord Injury. *Neuroepidemiology*. 2005;25(2):55-61.

34. Fann JR, Bombardier CH, Richards J, et al. Venlafaxine extended-release for depression following spinal cord injury: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(3):247-258.

35. Fann JR, Crane DA, Graves DE, Kalpakjian CZ, Tate DG, Bombardier CH. Depression treatment preferences after acute traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94(12):2389-2395.

36. Geisler WO, Jousse AT, Wynne-Jones M, Breithaupt D. Survival in traumatic spinal cord injury. *Paraplegia*. 1983;21(6):364-373.

37. Geyh S, Nick E, Stirnimann D, et al. Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury-an ICF-based study. *Spinal Cord*. 2012;50(9):699-706.

38. Ginis KA, Latimer AE, McKechnie K, et al. Using exercise to enhance subjective well-being among people with spinal cord injury: The mediating influences of stress and pain. *Rehabilitation Psychology*. 2003;48(3):157-164.

39. Gioia MC, Cerasa A, Di Lucente L, Brunelli S, Castellano V, Trallesi M. Psychological impact of sports activity in spinal cord injury patients. *Scand J Med Sci Sports*. 2006;16(6):412-416.

40. Hagen EM, Lie SA, Rekand T, Gilhus NE, Gronning M. Mortality after traumatic spinal cord injury: 50 years of follow-up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2010;81(4):368-373.

41. Hartkopp A, Bronnum-Hansen H, Seidenschur AM, Biering-Sorensen F. Survival and cause of death after traumatic spinal cord injury. A long-term

epidemiological survey from Denmark.[Erratum appears in Spinal Cord 197 Dec;35(12):862-4]. Spinal Cord. 1997;35(2):76-85.

42. Hartoonian N, Hoffman JM, Kalpakjian CZ, Taylor HB, Krause JK, Bombardier CH. Evaluating a spinal cord injury-specific model of depression and quality of life. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95(3):455-465.

43. Hassanpour K, Hotz-Boendermaker S, Dokladal P, European Multicenter Study for Human Spinal Cord Injury Study g, Curt A. Low depressive symptoms in acute spinal cord injury compared to other neurological disorders. J Neurol. 2012;259(6):1142-1150.

44. Hatcher MB, Whitaker C, Karl A. What predicts post-traumatic stress following spinal cord injury? Br J Health Psychol. 2009;14(Pt 3):541-561.

45. Hicks AL, Martin KA, Ditor DS, et al. Long-term exercise training in persons with spinal cord injury: effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. Spinal cord. 2003;41(1):34-43.

46. Hoffman JM, Bombardier CH, Graves DE, Kalpakjian CZ, Krause JS. A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2011;92(3):411-418.

47. Holicky R, Charlifue S. Ageing with spinal cord injury: the impact of spousal support. Disabil Rehabil. 1999;21(5-6):250-257.

48. Houlihan BV, Jette A, Friedman RH, et al. A pilot study of a telehealth intervention for persons with spinal cord dysfunction. Spinal cord. 2013;51(9):715-720.

49. Houlihan BV, Jette A, Paasche-Orlow M, et al. A telerehabilitation intervention for persons with spinal cord dysfunction. Am J Phys Med Rehabil. 2011;90(9):756-764.

50. Hwang M, Chlan KM, Vogel LC, Zebracki K. Substance use in young adults with pediatric-onset spinal cord injury. Spinal Cord. 2012;50(7):497-501.

51. Hwang M, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC.

Longitudinal employment outcomes in adults with pediatric-onset spinal cord injury. Spinal Cord. 2014;52(6):477-482.

52. January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Mental health and risk of secondary medical complications in adults with pediatric-onset spinal cord injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. 2014;20(1):1-12.

53. January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Symptoms of depression over time in adults with pediatric-onset spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95(3):447-454.

54. January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Sleep, well-being, and psychological symptoms in adults with pediatric-onset spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2015;60(4):328-334.

55. January AM, Zebracki K, Czworniak A, Chlan KM, Vogel LC. Predictive factors of hospitalization in adults with pediatric-onset SCI: a longitudinal analysis. Spinal Cord. 2015;53(4):314-319.

56. Jensen MP, Smith AE, Bombardier CH, Yorkston KM, Miro J, Molton IR. Social support, depression, and physical disability: age and diagnostic group effects. Disabil Health J. 2014;7(2):164-172.

57. Jones K, Simpson GK, Briggs L, Dorsett P. Does spirituality facilitate adjustment and resilience among individuals and families after SCI? Disabil Rehabil. 2016;38(10):921-935.

58. Kalpakjian CZ, Albright KJ. An examination of depression through the lens of spinal cord injury. Comparative prevalence rates and severity in women and men. Womens Health Issues. 2006;16(6):380-388.

59. Kalpakjian CZ, Bombardier CH, Schomer K, Brown PA, Johnson KL. Measuring depression in persons with spinal cord injury: a systematic review. Journal of Spinal Cord Medicine. 2009;32(1):6-24.

60. Kalpakjian CZ, Houlihan B, Meade MA, et al. Marital status, marital transitions, well-being, and spinal cord injury: an examination of the effects of sex and time. Arch Phys Med Rehabil. 2011;92(3):433-440.

61. Kemp B, Krause J, Adkins R. Depression among African Americans, Latinos, and Caucasians with spinal cord injury: A exploratory study. *Rehabilitation Psychology*. 1999;44(3):235-247.
62. Kemp B, Tsukerman D, Kahan J, Adkins R. Predicting psychosocial outcomes using a brief measure of quality of life in a sample of people with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2014;20(3):191-196.
63. Kennedy P, Taylor N, Hindson L. A pilot investigation of a psychosocial activity course for people with spinal cord injuries. *Psychol Health Med*. 2006;11(1):91-99.
64. Krause J, Coker J, Charlifue S, Whiteneck GG. Depression and subjective well-being among 97 American Indians with spinal cord injury: A descriptive study. *Rehabilitation Psychology*. 1999;44(4):354-372.
65. Krause JS, Broderick L. Outcomes after spinal cord injury: comparisons as a function of gender and race and ethnicity. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(3):355-362.
66. Krause JS, Carter RE, Pickelsimer EE, Wilson D. A prospective study of health and risk of mortality after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(8):1482-1491.
67. Krause JS, Coker JL, Charlifue S, Whiteneck GG. Health outcomes among American Indians with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(7):924-931.
68. Krause JS, Kemp B, Coker J. Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(8):1099-1109.
69. Krause JS, Saunders LL. Health, secondary conditions, and life expectancy after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(11):1770-1775.
70. Krause JS, Saunders LL, Newman S. Posttraumatic stress disorder and spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(8):1182-1187.
71. Krause JS, Saunders LL, Reed KS, Coker J, Zhai Y, Johnson E. Comparison of the Patient Health Questionnaire and the Older Adult Health and Mood Questionnaire for self-reported depressive symptoms after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 2009;54(4):440-448.
72. LaVela SL, Burns SP, Goldstein B, Miskevics S, Smith B, Weaver FM. Dysfunctional sleep in persons with spinal cord injuries and disorders. *Spinal Cord*. 2012;50(9):682-685.
73. Le J, Dorstyn D. Anxiety prevalence following spinal cord injury: a meta-analysis. *Spinal Cord*. 2016;54(8):570-578.
74. Lidal IB, Jensen AE, Larsen TW, Stanghelle JK. Fatigue in persons who have lived with spinal cord injury for >20 years. *Spinal Cord*. 2013;51(2):103-108.
75. Lidal IB, Snekkevik H, Aamodt G, Hjeltne N, Biering-Sorensen F, Stanghelle JK. Mortality after spinal cord injury in Norway. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2007;39(2):145-151.
76. Lin MR, Hwang HF, Yu WY, Chen CY. A prospective study of factors influencing return to work after traumatic spinal cord injury in Taiwan. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(10):1716-1722.
77. Liu CW, Huang CC, Chen CH, Yang YH, Chen TW, Huang MH. Prediction of severe neurogenic bowel dysfunction in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2010;48(7):554-559.
78. Lundqvist C, Siosteen A, Sullivan L, Blomstrand C, Lind B, Sullivan M. Spinal cord injuries: a shortened measure of function and mood. *Spinal Cord*. 1997;35(1):17-21.
79. Lusilla-Palacios P, Castellano-Tejedor C. Spinal cord injury and substance use: a systematic review. *Adicciones*. 2015;27(4):294-310.
80. Martin Ginis KA, Latimer AE, McKechnie K, et al. Using exercise to enhance subjective well-being among people with spinal cord injury: The mediating influences of stress and pain. *Rehabilitation psychology*. 2003;48(3):157-164.

81. Martz E. Associations and Predictors of Posttraumatic Stress Levels According to Person-Related, Disability-Related, and Trauma-Related Variables Among Individuals With Spinal Cord Injuries. *Rehabilitation Psychology*. 2005;50(2):149-157.
82. McCullumsmith CB, Kalpakjian CZ, Richards JS, et al. Novel risk factors associated with current suicidal ideation and lifetime suicide attempts in individuals with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(5):799-808.
83. Mehta S, Orenczuk S, Hansen KT, et al. An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 2011;56(1):15-25.
84. Mercier HW, Ni P, Houlihan BV, Jette AM. Differential Impact and Use of a Telehealth Intervention by Persons with MS or SCI. *Am J Phys Med Rehabil*. 2015;94(11):987-999.
85. Migliorini C, Tonge B, Taleporos G. Spinal cord injury and mental health. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(4):309-314.
86. Migliorini CE, New PW, Tonge BJ. Comparison of depression, anxiety and stress in persons with traumatic and non-traumatic post-acute spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2009;47(11):783-788.
87. Monin JK, Schulz R, Martire LM, Connelly D, Czaja SJ. The personal importance of being independent: Associations with changes in disability and depressive symptoms. *Rehabilitation Psychology*. 2014;59(1):35-41.
88. Muller R, Peter C, Cieza A, Geyh S. The role of social support and social skills in people with spinal cord injury--a systematic review of the literature. *Spinal Cord*. 2012;50(2):94-106.
89. Muller R, Peter C, Cieza A, et al. Social skills: a resource for more social support, lower depression levels, higher quality of life, and participation in individuals with spinal cord injury? *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(3):447-455.
90. Nam HS, Kim HR, Ha TH, Shin HI. Suicidal ideation in Korean persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2013;51(10):789-793.
91. Nelson AL, Groer S, Palacios P, et al. Wheelchair-related falls in veterans with spinal cord injury residing in the community: a prospective cohort study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(8):1166-1173.
92. Nielsen MS. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Persons With Spinal Cord Injuries: The Mediating Effect of Social Support. *Rehabilitation Psychology*. 2003;48(4):289-295.
93. Nooijen CF, Stam HJ, Schoenmakers I, et al. Working mechanisms of a behavioural intervention promoting physical activity in persons with subacute spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2016;48(7):583-588.
94. Norrbrink C, Lundeborg T. Tramadol in neuropathic pain after spinal cord injury: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin J Pain*. 2009;25(3):177-184.
95. Oh SJ, Shin HI, Paik NJ, Yoo T, Ku JH. Depressive symptoms of patients using clean intermittent catheterization for neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2006;44(12):757-762.
96. O'Shea A, Smedema SM. Understanding depressive symptoms among individuals with spinal cord injuries: A biopsychosocial perspective. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2014;58(1):20-28.
97. Pakpour AH, Kumar S, Scheerman JF, Lin CY, Fridlund B, Jansson H. Oral health-related quality of life in Iranian patients with spinal cord injury: A case-control study. *Injury*. 2016;47(6):1345-1352.
98. Perkes SJ, Bowman J, Penkala S. Psychological therapies for the management of co-morbid depression following a spinal cord injury: a systematic review. *J Health Psychol*. 2014;19(12):1597-1612.
99. Peter C, Muller R, Post MW, et al. Depression in spinal cord injury: assessing the role of psychological resources. *Rehabilitation Psychology*. 2015;60(1):67-80.

100. Radnitz CL, Hsu L, Tirch DD, et al. A comparison of posttraumatic stress disorder in veterans with and without spinal cord injury. *Journal of abnormal psychology*. 1998;107(4):676-680.
101. Radnitz CL, Hsu L, Willard J, et al. Posttraumatic stress disorder in veterans with spinal cord injury: trauma-related risk factors. *J Trauma Stress*. 1998;11(3):505-520.
102. Riggins MS, Kankipati P, Oyster ML, Cooper RA, Boninger ML. The relationship between quality of life and change in mobility 1 year postinjury in individuals with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(7):1027-1033.
103. Rintala DH, Holmes SA, Courtade D, Fiess RN, Tastard LV, Loubser PG. Comparison of the effectiveness of amitriptyline and gabapentin on chronic neuropathic pain in persons with spinal cord injury. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2007;88(12):1547-1560.
104. Rintala DH, Robinson-Whelen S, Matamoros R. Subjective stress in male veterans with spinal cord injury. *J Rehabil Res Dev*. 2005;42(3):291-304.
105. Ruhe HG, Dekker JJ, Peen J, Holman R, de Jonghe F. Clinical use of the Hamilton Depression Rating Scale: is increased efficiency possible? A post hoc comparison of Hamilton Depression Rating Scale, Maier and Bech subscales, Clinical Global Impression, and Symptom Checklist-90 scores. *Comprehensive psychiatry*. 2005;46(6):417-427.
106. Sakakibara BM, Miller WC, Orenczuk SG, Wolfe DL, Team SR. A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2009;47(12):841-851.
107. Saunders LL, Dipiro ND, Krause JS, Brotherton S, Kraft S. Risk of Fall-Related Injuries among Ambulatory Participants with Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*. 2013;19(4):259-266.
108. Saunders LL, Krause JS. Psychological factors affecting alcohol use after spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2011;49(5):637-642.
109. Saunders LL, Krause JS. Behavioral factors related to fatigue among persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(2):313-318.
110. Saunders LL, Krause JS, Focht KL. A longitudinal study of depression in survivors of spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2012;50(1):72-77.
111. Schandler SL, Cohen MJ, Vulpe M, Frank SE. Incidence and characteristics of spinal cord injured patients with a family history of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*. 1995;56(5):522-527.
112. Schonenberg M, Reimitz M, Jusyte A, Maier D, Badke A, Hautzinger M. Depression, posttraumatic stress, and risk factors following spinal cord injury. *Int J Behav Med*. 2014;21(1):169-176.
113. Schulz R, Czaja SJ, Lustig A, Zdaniuk B, Martire LM, Perdomo D. Improving the quality of life of caregivers of persons with spinal cord injury: a randomized controlled trial. *Rehabilitation psychology*. 2009;54(1):1-15.
114. Siddall PJ, Cousins MJ, Otte A, Griesing T, Chambers R, Murphy TK. Pregabalin in central neuropathic pain associated with spinal cord injury: a placebo-controlled trial. *Neurology*. 2006;67(10):1792-1800.
115. Sweeney TT, Foote JE. Treatment of drug and alcohol abuse in spinal cord injury veterans. *Int J Addict*. 1982;17(5):897-904.
116. Tasiemski T, Brewer BW. Athletic identity, sport participation, and psychological adjustment in people with spinal cord injury. *Adapt Phys Act Q*. 2011;28(3):233-250.
117. Tate D, Forchheimer M, Maynard F, Dijkers M. Predicting depression and psychological distress in persons with spinal cord injury based on indicators of handicap. *Am J Phys Med Rehabil*. 1994;73(3):175-183.
118. Tate DG, Forchheimer MB, Krause JS, Meade MA, Bombardier CH. Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: risk factors and correlates. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85(11):1837-1847.

119. Tsai IH, Graves DE, Lai CH, Hwang LY, Pompeii LA. Association of internet use and depression among the spinal cord injury population. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(2):236-243.

120. Ullrich PM, Lincoln RK, Tackett MJ, Miskevics S, Smith BM, Weaver FM. Pain, depression, and health care utilization over time after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 2013;58(2):158-165.

121. Ullrich PM, Smith BM, Blow FC, Valenstein M, Weaver FM. Depression, healthcare utilization, and comorbid psychiatric disorders after spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*. 2014;37(1):40-45.

122. van Gorp S, Kessels AG, Joosten EA, van Kleef M, Patijn J. Pain prevalence and its determinants after spinal cord injury: a systematic review. *Eur J Pain*. 2015;19(1):5-14.

123. van Leeuwen CM, Kraaijeveld S, Lindeman E, Post MW. Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2012;50(3):174-187.

124. Williams R, Murray A. Prevalence of depression after spinal cord injury: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(1):133-140.

125. Williams RT, Heinemann AW, Neumann HD, et al. Evaluating the Psychometric Properties and Responsiveness to Change of 3 Depression Measures in a Sample of Persons With Traumatic Spinal Cord Injury and Major Depressive Disorder. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(6):929-937.

126. Williams RT, Wilson CS, Heinemann AW, Lazowski LE, Fann JR, Bombardier CH. Identifying depression severity risk factors in persons with traumatic spinal cord injury. *Rehabilitation psychology*. 2014;59(1):50-56.

127. Yilmaz B, Yasar E, Koroglu Omac O, Goktepe AS, Tan AK. Gabapentin vs. pregabalin for the treatment of neuropathic pain in patients with spinal cord injury: A crossover study. *Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2015;61(1):1-5.

Anexo C. Estudios excluidos

Se consideró incluir las siguientes publicaciones de texto completo pero no cumplieron los criterios para este informe.

Códigos de exclusión (primer revisor/segundo revisor tras el consenso):

- | | |
|---|---|
| 2 = población no incluida; | 10 = tamaño de la muestra muy pequeño para las preguntas clave pertinentes; |
| 3 = intervención no incluida; | 11 = revisión sistemática o metanálisis utilizado como documento fuente para identificar estudios individuales; |
| 4 = resultado no incluido; | 12 = no aporta datos originales, datos duplicados; |
| 5 = comparador no incluido; | 13 = estudio individual en una revisión sistemática incluida |
| 6 = diseño del estudio no incluido; | |
| 7 = no es un estudio (carta, editorial, revisión no sistemática/narrativa); | |
| 8 = idioma distinto del inglés; | |
| 9 = duración inadecuada; | |

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
1	Abeyasinghe NL, de Zoysa P, Bandara KM, Bartholameuz NA, Bandara JM. The prevalence of symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder among soldiers with amputation of a limb or spinal injury: a report from a rehabilitation centre in Sri Lanka. Psychol Health Med. 2012;17(3):376-381.	6/6
2	Abramson AS. Modern concepts of management of the patient with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1967;48(3):113-121.	7/7
3	Abramson CE, McBride KE, Konnyu KJ, Elliott SL, Team SR. Sexual health outcome measures for individuals with a spinal cord injury: a systematic review. Spinal Cord. 2008;46(5):320-324.	4/4
4	Agar E, Kennedy P, King NS. The Role of Negative Cognitive Appraisals in PTSD Symptoms Following Spinal Cord Injuries. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2006;34(4):437-452.	13/13
5	Akman RY, Coskun Celik E, Karatas M. Sexuality and sexual dysfunction in spinal cord-injured men in Turkey. Turkish Journal of Medical Sciences. 2015;45(4):758-761.	4/4
6	Allen-Wright S. Expanding health promotion to individuals with spinal cord injuries. SCI Nurs. 1999;16(3):85-88.	6/6
7	Allison DJ, Ditor DS. Targeting inflammation to influence mood following spinal cord injury: A randomized clinical trial. Journal of neuroinflammation. 2015;12(1).	3/3
8	Al-Owesie RM, Moussa NM, Robert AA. Anxiety and depression among traumatic spinal cord injured patients. Neurosciences. 2012;17(2):145-150.	4/4
9	Alschuler KN, Kratz AL, Ehde DM. Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. Rehabilitation Psychology. 2016;61(1):7-18.	10/10
10	Anderson CJ, Krajci KA, Vogel LC. Life satisfaction in adults with pediatric-onset spinal cord injuries. Journal of Spinal Cord Medicine. 2002;25(3):184-190.	4/4
11	Anderson CJ, Vogel LC, Betz RR, Willis KM. Overview of adult outcomes in pediatric-onset spinal cord injuries: implications for transition to adulthood. Journal of Spinal Cord Medicine. 2004;27 Suppl 1:S98-106.	10/10

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
12	Anderson CJ, Vogel LC, Chlan KM, Betz RR, McDonald CM. Depression in adults who sustained spinal cord injuries as children or adolescents. <i>Journal of Spinal Cord Medicine</i> . 2007;30 Suppl 1:S76-82.	6/6
13	Anderson CJ, Vogel LC, Chlan KM, Betz RR. Coping with spinal cord injury: strategies used by adults who sustained their injuries as children or adolescents. <i>Journal of Spinal Cord Medicine</i> . 2008;31(3):290-296.	4/4
14	Anton HA, Miller WC, Townson AF. Measuring fatigue in persons with spinal cord injury. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2008;89(3):538-542.	10/10
15	Ataoglu E, Tiftik T, Kara M, Tunc H, Ersoz M, Akkus S. Effects of chronic pain on quality of life and depression in patients with spinal cord injury. <i>Spinal Cord</i> . 2013;51(1):23-26.	2/2
16	Avluk OC, Gurcay E, Gurcay AG, Karaahmet OZ, Tamkan U, Cakci A. Effects of chronic pain on function, depression, and sleep among patients with traumatic spinal cord injury. <i>Ann Saudi Med</i> . 2014;34(3):211-216.	10/10
17	Baker FA, Rickard N, Tamplin J, Roddy C. Flow and Meaningfulness as Mechanisms of Change in Self-Concept and Well-Being Following a Songwriting Intervention for People in the Early Phase of Neurorehabilitation. <i>Front Hum Neurosci</i> . 2015;9:299.	3/3
18	Barbonetti A, Cavallo F, Felzani G, Francavilla S, Francavilla F. Erectile dysfunction is the main determinant of psychological distress in men with spinal cord injury. <i>J Sex Med</i> . 2012;9(3):830-836.	10/10
19	Beedie A, Kennedy P. Quality of social support predicts hopelessness and depression post spinal cord injury. <i>Journal of Clinical Psychology in Medical Settings</i> . 2002;9(3):227-234.	13/13
20	Benony H, Daloz L, Bungener C, Chahraoui K, Frenay C, Auvin J. Emotional factors and subjective quality of life in subjects with spinal cord injuries. <i>Am J Phys Med Rehabil</i> . 2002;81(6):437-445.	6/6
21	Bermond B, Schuerman J, Nieuwenhuijse B, Fasotti L, et al. Spinal cord lesions: Coping and mood states. <i>Clinical Rehabilitation</i> . 1987;1(2):111-117.	10/10
22	Berry JW, Elliott TR, Rivera P. Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. <i>J Pers Assess</i> . 2007;89(3):292-302.	13/13
23	Biering-Sorensen F, Hartkopp A. Spinal cord lesions. <i>Curr Opin Neurol</i> . 1995;8(6):451-455.	6/6
24	Blanes L, Carmagnani MI, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in Sao Paulo, Brazil. <i>Qual Life Res</i> . 2009;18(1):15-21.	10/10
25	Boakye M, Moore R, Kong M, Skirboll SL, Arrigo RT. Health-related quality-of-life status in Veterans with spinal disorders. <i>Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation</i> . 2013;22(1):45-52.	2/2
26	Bockian NR, Lee A, Fidanque CS. Personality disorders and spinal cord injury: A pilot study. <i>Journal of Clinical Psychology in Medical Settings</i> . 2003;10(4):307-313.	4/4
27	Boekamp JR, Overholser JC, Schubert DS. Depression following a spinal cord injury. <i>Int J Psychiatry Med</i> . 1996;26(3):329-349.	11/11

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
28	Bombardier CH, Ehde DM, Stoelb B, Molton IR. The relationship of age-related factors to psychological functioning among people with disabilities. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2010;21(2):281-297.	11/11
29	Bombardier CH, Rimmele CT. Alcohol use and readiness to change after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1998;79(9):1110-1115.	10/10
30	Bombardier CH, Stroud MW, Esselman PC, Rimmele CT. Do preinjury alcohol problems predict poorer rehabilitation progress in persons with spinal cord injury? Arch Phys Med Rehabil. 2004;85(9):1488-1492.	13/13
31	Bombardier CH. Depression and spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95(2):413-414.	7/7
32	Bombardier CH. Venlafaxine XR for depression and pain in spinal cord injury: Major outcomes. Journal of spinal cord medicine.36(5 SPEC. ISSUE):551.	7/7
33	Bonanno GA, Kennedy P, Galatzer-Levy IR, Lude P, Elfstrom ML. Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2012;57(3):236-247.	4/4
34	Borsbo B, Gerdle B, Peolsson M. Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophising on disability, quality of life and health in with chronic pain patients. Disabil Rehabil. 2010;32(17):1387-1396.	10/10
35	Boxall J. Care of the spinal cord-injured patient. Can Fam Physician. 1989;35:2435-2439.	7/7
36	Bozzacco V. Vulnerability and alcohol and substance abuse in spinal cord injury. Rehabil Nurs. 1990;15(2):70-72.	7/7
37	Bracken MB, Shepard MJ. Coping and adaptation following acute spinal cord injury: a theoretical analysis. Paraplegia. 1980;18(2):74-85.	7/7
38	Buckelew SP, Burk JP, Brownlee-Duffeck M, Frank RG, DeGood D. Cognitive and somatic aspects of depression among a rehabilitation sample: Reliability and validity of SCL-90-R research subscales. Rehabilitation Psychology. 1988;33(2):67-75.	4/4
39	Buckelew SP, Frank RG, Elliott TR, Chaney J, Hewett J. Adjustment to spinal cord injury: stage theory revisited. Paraplegia. 1991;29(2):125-130.	13/13
40	Budh CN, Osteraker AL. Life satisfaction in individuals with a spinal cord injury and pain. Clinical Rehabilitation. 2007;21(1):89-96.	10/10
41	Buunk AP, Zurriaga R, Gonzalez P. Social comparison, coping and depression in people with spinal cord injury. Psychol Health. 2006;21(6):791-807.	13/13
42	Byra S. Posttraumatic growth in people with traumatic long-term spinal cord injury: predictive role of basic hope and coping. Spinal Cord. 2016;54(6):478-482.	4/4
43	Cairns DM, Adkins RH, Scott MD. Pain and depression in acute traumatic spinal cord injury: origins of chronic problematic pain? Arch Phys Med Rehabil. 1996;77(4):329-335.	10/10
44	Cao Y, Walker EA, Krause JS. Environmental barriers and subjective health among people with chronic spinal cord injury: A cohort study. Journal of Spinal Cord Medicine. 2015;38(4):526-531.	2/2

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
45	Castriotta RJ, Wilde MC, Sahay S. Sleep disorders in spinal cord injury. <i>Sleep Medicine Clinics</i> . 2012;7(4):643-653.	7/7
46	Chan RC, Lee PW, Lieh-Mak F. Coping with spinal cord injury: personal and marital adjustment in the Hong Kong Chinese setting. <i>Spinal Cord</i> . 2000;38(11):687-696.	10/10
47	Chan RC, Lee PW, Lieh-Mak F. The pattern of coping in persons with spinal cord injuries. <i>Disabil Rehabil</i> . 2000;22(11):501-507.	13/13
48	Chapin MH, Holbert D. Differences in affect, life satisfaction, and depression between successfully and unsuccessfully rehabilitated persons with spinal cord injuries. <i>Rehabilitation Counseling Bulletin</i> . 2009;53(1):6-15.	10/10
49	Charlifue S, Apple D, Burns SP, et al. Mechanical ventilation, health, and quality of life following spinal cord injury. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> . 2011;92(3):457-463.	4/4
50	Charlifue S, Gerhart K. Changing psychosocial morbidity in people aging with spinal cord injury. <i>Neurorehabilitation</i> . 2004;19(1):15-23.	2/2
51	Chen Y, Anderson CJ, Vogel LC, Chlan KM, Betz RR, McDonald CM. Change in life satisfaction of adults with pediatric-onset spinal cord injury. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2008;89(12):2285-2292.	10/10
52	Chevalier Z, Kennedy P, Sherlock O. Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. <i>Spinal Cord</i> . 2009;47(11):778-782.	7/7
53	Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. Locus of control among spinal cord injury patients with different levels of posttraumatic stress disorder. <i>Psychiatry Res</i> . 2007;152(2-3):253-260.	10/10
54	Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. Spinal cord injury, posttraumatic stress, and locus of control among the elderly: a comparison with young and middle-aged patients. <i>Psychiatry</i> . 2006;69(1):69-80.	10/10
55	Chung MC, Preveza E, Papandreou K, Prevezas N. The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. <i>J Affect Disord</i> . 2006;93(1-3):229-232.	2/2
56	Clay DL, Hagglund KJ, Frank RG, Elliott TR, Chaney JM. Enhancing the accuracy of depression diagnosis in patients with spinal cord injury using Bayesian analysis. <i>Rehabilitation Psychology</i> . 1995;40(3):171-180.	13/13
57	Cobo Cuenca AI, Sampietro-Crespo A, Virseda-Chamorro M, Martin-Espinosa N. Psychological impact and sexual dysfunction in men with and without spinal cord injury. <i>J Sex Med</i> . 2015;12(2):436-444.	4/4
58	Coleman JA, Harper LA, Perrin PB, et al. The relationship between physical and mental health variables in individuals with spinal cord injury from Latin America. <i>Pm R</i> . 2015;7(1):9-16.	2/2
59	Cook DW. A multivariate analysis of motivational attributes among spinal cord injured rehabilitation clients. <i>International Journal of Rehabilitation Research</i> . 1981;4(1):5-15.	4/4
60	Cook DW. Psychological adjustment to spinal cord injury: Incidence of denial, depression, and anxiety. <i>Rehabilitation Psychology</i> . 1979;26(3):97-104.	4/4
61	Cook DW. Psychological aspects of spinal cord injury. <i>Rehabilitation Counseling Bulletin</i> . 1976;19(4):535-543.	7/7

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
62	Cook KF, Bamer AM, Amtmann D, Molton IR, Jensen MP. Six patient-reported outcome measurement information system short form measures have negligible age- or diagnosis-related differential item functioning in individuals with disabilities. Arch Phys Med Rehabil. 2012;93(7):1289-1291.	2/2
63	Cook KF, Kallen MA, Bombardier C, et al. Do measures of depressive symptoms function differently in people with spinal cord injury versus primary care patients: The ces-d, phq-9, and promis-d. Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation. 2016:No Pagination Specified.	4/4
64	Corcoran JR, Frank RG, Elliott TR. The interpersonal influence of depression following spinal cord injury: A methodological study. Journal of the Multihandicapped Person. 1988;1(3):161-174.	6/6
65	Coyle CP, Lesnik-Emas S, Kinney WB. Predicting life satisfaction among adults with spinal cord injuries. Rehabilitation Psychology. 1994;39(2):95-112.	13/13
66	Coyle CP, Shank JW, Kinney W, Hutchins DA. Psychosocial functioning and changes in leisure lifestyle among individuals with chronic secondary health problems related to spinal cord injury. Therapeutic Recreation Journal. 1993;27(4):239-252.	13/13
67	Craig A, Hancock K, Dickson H. Improving the long-term adjustment of spinal cord injured persons. Spinal cord. 1999;37(5):345-350.	10/10
68	Craig A, Hancock K. Difficulties in implementing group cognitive behaviour therapy for spinal cord injured persons: A clinical discussion. Australian Psychologist. 1994;29(2):98-102.	7/7
69	Craig A, Nicholson Perry K, Guest R, et al. Prospective Study of the Occurrence of Psychological Disorders and Comorbidities after Spinal Cord Injury. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2015;96(8):1426-1434.	10/10
70	Craig A, Rodrigues D, Tran Y, Guest R, Bartrop R, Middleton J. Developing an algorithm capable of discriminating depressed mood in people with spinal cord injury. Spinal Cord. 2014;52(5):413-416.	4/4
71	Craig A, Tran Y, Middleton J. Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. Spinal Cord. 2009;47(2):108-114.	2/2
72	Craig A, Tran Y, Siddall P, et al. Developing a model of associations between chronic pain, depressive mood, chronic fatigue, and self-efficacy in people with spinal cord injury. Journal of Pain. 2013;14(9):911-920.	4/4
73	Craig A, Tran Y, Wijesuriya N, Middleton J. Fatigue and tiredness in people with spinal cord injury. J Psychosom Res. 2012;73(3):205-210.	10/10
74	Craig AR, Hancock K, Chang E, Dickson H. Immunizing against depression and anxiety after spinal cord injury. Archives of physical medicine and rehabilitation. 1998;79:375-377.	13/13
75	Craig AR, Hancock K, Dickson H, Chang E. Long-term psychological outcomes in spinal cord injured persons: results of a controlled trial using cognitive behavior therapy. Archives of physical medicine and rehabilitation. 1997;78(1):33-38.	13/13
76	Craig AR, Hancock KM, Dickson HG. A longitudinal investigation into anxiety and depression in the first 2 years following a spinal cord injury. Paraplegia. 1994;32(10):675-679.	10/10

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
77	Craig AR, Hancock KM, Dickson HG. Spinal cord injury: a search for determinants of depression two years after the event. <i>Br J Clin Psychol.</i> 1994;33(Pt 2):221-230.	13/13
78	Craven C, Hitzig SL, Mittmann N. Impact of impairment and secondary health conditions on health preference among Canadians with chronic spinal cord injury. <i>Journal of Spinal Cord Medicine.</i> 2012;35(5):361-370.	10/10
79	Crawford JJ, Gayman AM, Tracey J. An examination of post-traumatic growth in Canadian and American ParaSport athletes with acquired spinal cord injury. <i>Psychology of Sport and Exercise.</i> 2014;15(4):399-406.	10/10
80	Crewe NM. Life stories of people with long-term spinal cord injury. <i>Rehabilitation Counseling Bulletin.</i> 1997;41(1):26-42.	6/6
81	Crews WD, Jr., Hensley LG, Goering AM, Barth JT, Rusek JT. Spinal cord injury and anxiety: a comprehensive review. <i>Neurorehabilitation.</i> 1998;11(3):155-174.	11/11
82	Crisp R. Depression and occupational disability in five diagnostic groups: a review of recent research. <i>Disabil Rehabil.</i> 2007;29(4):267-279.	11/11
83	Crisp R. The long-term adjustment of 60 persons with spinal cord injury. <i>Australian Psychologist.</i> 1992;27(1):43-47.	10/10
84	Crumbaugh JC. Cross-validation of Purpose-in-Life test based on Frankl's concepts. <i>Journal of individual psychology.</i> 1968;24(1):74-81.	6/6
85	Cruz-Almeida Y, Alameda G, Widerstrom-Noga EG. Differentiation between pain-related interference and interference caused by the functional impairments of spinal cord injury. <i>Spinal Cord.</i> 2009;47(5):390-395.	4/4
86	Cushman LA, Dijkers MP. Depressed mood in spinal cord injured patients: staff perceptions and patient realities. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 1990;71(3):191-196.	4/4
87	Dahlberg A, Alaranta H, Sintonen H. Health-related quality of life in persons with traumatic spinal cord lesion in Helsinki. <i>Journal of Rehabilitation Medicine.</i> 2005;37(5):312-316.	2/2
88	Dajpratham P, Kongkasuwan R. Quality of life among the traumatic spinal cord injured patients. <i>J Med Assoc Thai.</i> 2011;94(10):1252-1259.	10/10
89	Daniel A, Manigandan C. Efficacy of leisure intervention groups and their impact on quality of life among people with spinal cord injury. <i>International journal of rehabilitation research.</i> 2005;Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. <i>Revue internationale de recherches de réadaptation.</i> 28(1):43-48.	4/4
90	Davidoff G, Roth E, Thomas P, et al. Depression among acute spinal cord injury patients: A study utilizing the Zung Self-Rating Depression Scale. <i>Rehabilitation Psychology.</i> 1990;35(3):171-180.	10/10
91	Davidoff G, Roth E, Thomas P, et al. Depression and neuropsychological test performance in acute spinal cord injury patients: lack of correlation. <i>Arch Clin Neuropsychol.</i> 1990;5(1):77-88.	10/10
92	Davidoff GN, Roth EJ, Richards JS. Cognitive deficits in spinal cord injury: epidemiology and outcome. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 1992;73(3):275-284.	6/6
93	Davis F, Kumaran D S, Nair S, J V. Physical fitness training for people with spinal cord injury. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews.</i> 2009(4).	11/11

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
94	de Carvalho SA, Andrade MJ, Tavares MA, de Freitas JL. Spinal cord injury and psychological response. Gen Hosp Psychiatry. 1998;20(6):353-359.	10/10
95	Dean RE, Kennedy P. Measuring appraisals following acquired spinal cord injury: a preliminary psychometric analysis of the appraisals of disability. Rehabilitation Psychology. 2009;54(2):222-231.	2/2
96	Decker SD, Schulz R. Correlates of life satisfaction and depression in middle-aged and elderly spinal cord-injured persons. Am J Occup Ther. 1985;39(11):740-745.	10/10
97	deRoos-Cassini TA, de S, Valvano AK, Hastings J, Brasel KJ. Meaning-Making Appraisals Relevant to Adjustment for Veterans With Spinal Cord Injury. Psychol Serv. 2012: No Pagination Specified.	10/10
98	Derrett S, Beaver C, Sullivan MJ, Herbison GP, Acland R, Paul C. Traumatic and non-traumatic spinal cord impairment in New Zealand: incidence and characteristics of people admitted to spinal units. Inj Prev. 2012;18(5):343-346.	10/10
99	DeVivo MJ, Kartus PL, Stover SL, Rutt RD, Fine PR. Cause of death for patients with spinal cord injuries. Arch Intern Med. 1989;149(8):1761-1766.	4/4
100	Dijkers M, Cushman LA. Differences between rehabilitation disciplines in views of depression in spinal cord injury patients. Paraplegia. 1990;28(6):380-391.	3/3
101	Dijkers MP. Quality of life of individuals with spinal cord injury: a review of conceptualization, measurement, and research findings. J Rehabil Res Dev. 2005;42(3 Suppl 1):87-110.	7/7
102	Dinoff BL, Richards JS, Ness TJ. Use of topiramate for spinal cord injury-related pain. Journal of Spinal Cord Medicine. 2003;26(4):401-403.	6/6
103	Dishman RK, Berthoud HR, Booth FW, et al. Neurobiology of exercise. Obesity (Silver Spring). 2006;14(3):345-356.	6/6
104	Ditre JW, Radnitz CL. Pre- and Postinjury Substance Misuse Among Veterans With Spinal Cord Injury. Rehabilitation Psychology. 2005;50(2):142-148.	10/10
105	Dorstyn D, Mathias J, Denson L, Robertson M. Effectiveness of telephone counseling in managing psychological outcomes after spinal cord injury: a preliminary study. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2012;93(11):2100-2108.	13/13
106	Dorstyn D, Mathias J, Denson L. Psychosocial outcomes of telephone-based counseling for adults with an acquired physical disability: A meta-analysis. Rehabilitation Psychology. 2011;56(1):1-14.	11/11
107	Drainoni ML, Houlihan B, Williams S, et al. Patterns of Internet use by persons with spinal cord injuries and relationship to health-related quality of life. Arch Phys Med Rehabil. 2004;85(11):1872-1879.	4/4
108	Driver S, Warren AM, Reynolds M, et al. Identifying predictors of resilience at inpatient and 3-month post-spinal cord injury. Journal of Spinal Cord Medicine. 2016;39(1):77-84.	10/10
109	Ducharme S, Murray FM. The Role of Self Destruction in spinal cord injury mortality. Model Systems SCI Digest. 1980;2:29-38.	10/10
110	Duchnick JJ, Letsch EA, Curtiss G. Coping effectiveness training during acute rehabilitation of spinal cord injury/dysfunction: a randomized clinical trial. Rehabilitation psychology. 2009;54(2):123-132.	13/13

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
111	Dunn J, Sinnott KA, Nunnerley J, Scheuringer M. Utilisation of patient perspective to validate clinical measures of outcome following spinal cord injury. Disabil Rehabil. 2009;31(12):967-975.	4/4
112	Dunn M, Davis R. The perceived effects of marijuana on spinal cord injured males. Paraplegia. 1974;12(3):175.	6/6
113	Dunn M, Love L, Ravesloot C. Subjective health in spinal cord injury after outpatient healthcare follow-up. Spinal Cord. 2000;38(2):84-91.	2/2
114	Ebrahimzadeh MH, Makhmalbaf H, Soltani-Moghaddas SH, Mazloumi SM. The spinal cord injury quality-of-life-23 questionnaire, Iranian validation study. J. 2014;19(4):349-354.	4/4
115	Ebrahimzadeh MH, Soltani-Moghaddas SH, Birjandinejad A, Omid-Kashani F, Bozorgnia S. Quality of life among veterans with chronic spinal cord injury and related variables. Arch. 2014;3(2):e17917.	10/10
116	Egner A, Phillips VL, Vora R, Wiggers E. Depression, fatigue, and health-related quality of life among people with advanced multiple sclerosis: results from an exploratory telerehabilitation study. NeuroRehabilitation. 2003;18(2):125-133.	2/2
117	Elliot TR, Kurylo M, Chen Y, Hicken B. Alcohol abuse history and adjustment following spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2002;47(3):278-290.	2/2
118	Elliott FC. A nursing protocol for anxiety following catastrophic injury. Rehabil Nurs. 1983;8(3):18-20, 38.	6/6
119	Elliott TR, Frank RG. Depression following spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1996;77(8):816-823.	7/7
120	Elliott TR, Godshall FJ, Herrick SM, Witty TE, Spruell M. Problem-solving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. Cognitive Therapy and Research. 1991;15(5):387-398.	13/13
121	Elliott TR, Herrick SM, Patti AM, Witty TE, Godshall FJ, Spruell M. Assertiveness, social support, and psychological adjustment following spinal cord injury. Behav Res Ther. 1991;29(5):485-493.	13/13
122	Elliott TR, Herrick SM, Witty TE, Godshall F, Spruell M. Social support and depression following spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 1992;37(1):37-48.	13/13
123	Elliott TR, Kennedy P. Treatment of Depression Following Spinal Cord Injury: An Evidence-Based Review. Rehabilitation Psychology. 2004;49(2):134-139.	11/11
124	Elliott TR, Witty TE, Herrick S, Hoffman JT. Negotiating reality after physical loss: hope, depression, and disability. J Pers Soc Psychol. 1991;61(4):608-613.	10/10
125	Ernst FA. Contrasting perceptions of distress by research personnel and their spinal cord injured subjects. Am J Phys Med. 1987;66(1):12-15.	4/4
126	Faber RA. Depression and spinal cord injury. Neuroepidemiology. 2005;25(2):53-54.	7/7
127	Fann JR, Bombardier CH, Dikmen S, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 in assessing depression following traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil. 2005;20(6):501-511.	2/2

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
128	Fann JR, Bombardier CH, Richards JS, et al. Depression after spinal cord injury: comorbidities, mental health service use, and adequacy of treatment. Arch Phys Med Rehabil. 2011;92(3):352-360.	10/10
129	Fedoroff JP, Lipsey JR, Starkstein SE, Forrester A, Price TR, Robinson RG. Phenomenological comparisons of major depression following stroke, myocardial infarction or spinal cord lesions. J Affect Disord. 1991;22(1-2):83-89.	10/10
130	Fekete C, Siegrist J, Reinhardt JD, Brinkhof MW, Swi SCISG. Is financial hardship associated with reduced health in disability? The case of spinal cord injury in Switzerland. PLoS ONE. 2014;9(2):e90130.	2/2
131	Ferington FE. Personal control and coping effectiveness in spinal cord injured persons. Res Nurs Health. 1986;9(3):257-265.	4/4
132	Field-Fote EC, Brown KM, Lindley SD. Influence of posture and stimulus parameters on post-activation depression of the soleus H-reflex in individuals with chronic spinal cord injury. Neurosci Lett. 2006;410(1):37-41.	4/4
133	Findley PA, Banerjee R, Sambamoorthi U. Excess mortality associated with mental illness and substance use disorders among veteran clinic users with spinal cord injury. Disabil Rehabil. 2011;33(17-18):1608-1615.	13/13
134	Fogelberg DJ, Vitiello MV, Hoffman JM, Bamer AM, Amtmann D. Comparison of self-report sleep measures for individuals with multiple sclerosis and spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2015;96(3):478-483.	4/4
135	Foreman PE, Cull J, Kirkby RJ. Sports participation in individuals with spinal cord injury: demographic and psychological correlates. International Journal of Rehabilitation Research. 1997;20(2):159-168.	2/2
136	Frank RG, Chaney JM, Clay DL, et al. Dysphoria: a major symptom factor in persons with disability or chronic illness. Psychiatry Res. 1992;43(3):231-241.	4/4
137	Frank RG, Elliott TR, Buckelew SP, Haut AE. Age as a factor in response to spinal cord injury. Am J Phys Med Rehabil. 1988;67(3):128-131.	10/10
138	Frank RG, Elliott TR, Corcoran JR, Wonderlich SA. Depression after spinal cord injury: Is it necessary? Clinical Psychology Review. 1987;7(6):611-630.	11/11
139	Frank RG, Elliott TR, Wonderlich SA, Corcoran JR, Umlauf RL, Ashkanazi GS. Gender differences in the interpersonal response to depression and spinal cord injury. Cognitive Therapy and Research. 1987;11(4):437-448.	3/3
140	Frank RG, Elliott TR. Life stress and psychologic adjustment following spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1987;68(6):344-347.	10/10
141	Frank RG, Elliott TR. Spinal cord injury and health locus of control beliefs. Paraplegia. 1989;27(4):250-256.	13/13
142	Frank RG, Kashani JH, Wonderlich SA, Lising A, Visot LR. Depression and adrenal function in spinal cord injury. Am J Psychiatry. 1985;142(2):252-253.	10/10
143	Frank RG, Umlauf RL, Wonderlich SA, Askanazi GS, Buckelew SP, Elliott TR. Differences in coping styles among persons with spinal cord injury: A cluster-analytic approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987;55(5):727-731.	10/10

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
144	Franulic A, Carbonell CG, Pinto P, Sepulveda I. Psychosocial adjustment and employment outcome 2, 5 and 10 years after TBI. Brain Inj. 2004;18(2):119-129.	2/2
145	Fraser AR. The psychiatrist in the spinal unit. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1982;16(4):246-250.	7/7
146	Frisbie JH, Tun CG. Drinking and spinal cord injury. J Am Paraplegia Soc. 1984;7(4):71-73.	4/4
147	Fuhrer MJ, Rintala DH, Hart KA, Clearman R, Young ME. Depressive symptomatology in persons with spinal cord injury who reside in the community. Arch Phys Med Rehabil. 1993;74(3):255-260.	4/4
148	Fukunishi I, Koyama I, Tombimatsu H. Psychological acceptance and alexithymia in spinal cord injury patients. Psychol Rep. 1995;76(2):475-481.	4/4
149	Fullerton DT, Harvey RF, Klein MH, Howell T. Psychiatric disorders in patients with spinal cord injuries. Arch Gen Psychiatry. 1981;38(12):1369-1371.	10/10
150	Furlan JC, Bracken MB, Fehlings MG. Is age a key determinant of mortality and neurological outcome after acute traumatic spinal cord injury? Neurobiology of aging. 2010;31(3):434-446.	2/2
151	Galea M, Tumminia J, Garback LM. Telerehabilitation in spinal cord injury persons: a novel approach. Telemed J E Health. 2006;12(2):160-162.	7/7
152	Galvin LR, Godfrey HP. The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. Spinal Cord. 2001;39(12):615-627.	7/7
153	Gerhart KA, Johnson RL, Whiteneck GG. Health and psychosocial issues of individuals with incomplete and resolving spinal cord injuries. Paraplegia. 1992;30(4):282-287.	13/13
154	Geyh S, Kunz S, Muller R, Peter C, Swi SCISG. Describing functioning and health after spinal cord injury in the light of psychological-personal factors. Journal of Rehabilitation Medicine. 2016;48(2):219-234.	11/11
155	Geyh S, Nick E, Stirnimann D, Ehrat S, Muller R, Michel F. Biopsychosocial outcomes in individuals with and without spinal cord injury: a Swiss comparative study. Spinal Cord. 2012;50(8):614-622.	10/10
156	Giannini MJ, Bergmark B, Kreshover S, Elias E, Plummer C, O'Keefe E. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: Intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. Disabil Health J. 2010;3(2):74-78.	11/11
157	Giannoccaro MP, Moghadam KK, Pizza F, et al. Sleep disorders in patients with spinal cord injury. Sleep Med Rev. 2013;17(6):399-409.	4/4
158	Giardino ND, Jensen MP, Turner JA, Ehde DM, Cardenas DD. Social environment moderates the association between catastrophizing and pain among persons with a spinal cord injury. Pain. 2003;106(1-2):19-25.	10/10
159	Gichia JW, Glenn L. Sufficiency of a two factor model for posttraumatic stress disorder symptoms in spinal injury. Arch Psychiatr Nurs. 2015;29(4):236-237.	7/7

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
160	Glass CA. Psychological intervention in physical disability-with special reference to spinal cord injury. Journal of Mental Health. 1994;3(4):467-476.	7/7
161	Goldman RL, Radnitz CL, McGrath RE. Posttraumatic stress disorder and major depression in veterans with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2008;53(2):162-170.	2/2
162	Gorman C, Kennedy P, Hamilton LR. Alterations in self-perceptions following childhood onset of spinal cord injury. Spinal Cord. 1998;36(3):181-185.	10/10
163	Graves DE, Bombardier CH. Improving the efficiency of screening for major depression in people with spinal cord injury. Journal of Spinal Cord Medicine. 2008;31(2):177-184.	4/4
164	Griffiths HC, Clinpsy D, Kennedy P. Continuing with life as normal:: positive psychological outcomes following spinal cord injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. 2012;18(3):241-252.	10/10
165	Griffiths T, Myers D, Talbot A. A study of the validity of the scaled version of the General Health Questionnaire in paralysed spinally injured out-patients. Psychological Medicine. 1993;23(2):497-504.	4/4
166	Groah SL, Stiens SA, Gittler MS, Kirshblum SC, McKinley WO. Spinal cord injury medicine. 5. Preserving wellness and independence of the aging patient with spinal cord injury: a primary care approach for the rehabilitation medicine specialist. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83(3 Suppl 1):S82-89, S90-88.	6/6
167	Guest R, Craig A, Perry KN, et al. Resilience following spinal cord injury: A prospective controlled study investigating the influence of the provision of group cognitive behavior therapy during inpatient rehabilitation. Rehabilitation psychology. 2015;60(4):311-321.	6/6
168	Gupta A, Deepika S, Taly AB, Srivastava A, Surender V, Thyloth M. Quality of life and psychological problems in patients undergoing neurological rehabilitation. Ann. 2008;11(4):225-230.	10/10
169	Hagen EM, Grimstad KE, Bovim L, Gronning M. Patients with traumatic spinal cord injuries and their satisfaction with their general practitioner. Spinal Cord. 2012;50(7):527-532.	4/4
170	Hagen EM, Rekand T, Gilhus NE, Gronning M. Traumatic spinal cord injuries-incidence, mechanisms and course. Tidsskr Nor Laegeforen. 2012;132(7):831-837.	4/4
171	Hajiaghababaei M, Javidan AN, Saberi H, et al. Female sexual dysfunction in patients with spinal cord injury: a study from Iran. Spinal Cord. 2014;52(8):646-649.	2/2
172	Hammell KW, Miller WC, Forwell SJ, Forman BE, Jacobsen BA. Fatigue and spinal cord injury: a qualitative analysis. Spinal Cord. 2009;47(1):44-49.	4/4
173	Hampton NZ, Qin-Hilliard DB. Dimensions of quality of life for Chinese adults with spinal cord injury: a qualitative study. Disabil Rehabil. 2004;26(4):203-212.	4/4
174	Hancock K, Craig A, Tennant C, Chang E. The influence of spinal cord injury on coping styles and self-perceptions: a controlled study. Aust N Z J Psychiatry. 1993;27(3):450-456.	4/4

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
175	Hancock KM, Craig AR, Dickson HG, Chang E, Martin J. Anxiety and depression over the first year of spinal cord injury: a longitudinal study. <i>Paraplegia</i> . 1993;31(6):349-357.	10/10
176	Hanley MA, Raichle K, Jensen M, Cardenas DD. Pain catastrophizing and beliefs predict changes in pain interference and psychological functioning in persons with spinal cord injury. <i>The Journal of Pain</i> . 2008;9(9):863-871.	10/10
177	Hanover J. What are the assessment components for SCI patients pertaining to evaluation of substance abuse? <i>SCI Nurs</i> . 1990;7(2):38.	7/7
178	Haran MJ, Lee BB, King MT, Marial O, Stockler MR. Health status rated with the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey after spinal cord injury. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2005;86(12):2290-2295.	10/10
179	Harper LA, Coleman JA, Perrin PB, et al. Comparison of mental health between individuals with spinal cord injury and able-bodied controls in Neiva, Colombia. <i>Journal of rehabilitation research and development</i> . 2014;51(1):127-136.	2/2
180	Harris EC, Barraclough BM, Grundy DJ, Bamford ES, Inskip HM. Attempted suicide and completed suicide in traumatic spinal cord injury. <i>Case reports. Spinal Cord</i> . 1996;34(12):752-753.	6/6
181	Harrison J, Glass CA, Owens RG, Soni BM. Factors associated with sexual functioning in women following spinal cord injury. <i>Paraplegia</i> . 1995;33(12):687-692.	10/10
182	Hart KA, Rintala DH, Fuhrer MJ. Educational interests of individuals with spinal cord injury living in the community: medical, sexuality, and wellness topics. <i>Rehabil Nurs</i> . 1996;21(2):82-90.	4/4
183	Hartkopp A, Bronnum-Hansen H, Seidenschnur AM, Biering-Sorensen F. Suicide in a spinal cord injured population: its relation to functional status. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 1998;79(11):1356-1361.	10/10
184	Hartkopp PA, Bronnum-Hansen H, Seidenschnur AM, Biering-Sorensen F. [Survival and cause of death after traumatic spinal cord injury. A long-term epidemiological study]. <i>Ugeskr Laeger</i> . 1998;160(43):6207-6210.	8/8
185	Harvey JR, Bradley MB, Aronica MJ. Psychological effects of functional electrical stimulation: A review of the literature. <i>Journal of Neurologic Rehabilitation</i> . 1992;6(4):203-211.	11/11
186	Hassanijirdehi M, Khak M, Afshari-Mirak S, et al. Evaluation of pain and its effect on quality of life and functioning in men with spinal cord injury. <i>Korean J Pain</i> . 2015;28(2):129-136.	10/10
187	Hausmann LR, Myaskovsky L, Niyonkuru C, et al. Examining implicit bias of physicians who care for individuals with spinal cord injury: A pilot study and future directions. <i>Journal of Spinal Cord Medicine</i> . 2015;38(1):102-110.	4/4
188	Hayes RL, Potter CG, Hardin C. Counseling the client on wheels: A primer for mental health counselors new to spinal cord injury. <i>Journal of Mental Health Counseling</i> . 1995;17(1):18-30.	7/7

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
189	Heinemann A, Williams RT, Wilson CS, et al. Evaluating the psychometric properties of depression measures in persons with SCI and major depressive disorder. Archives of physical medicine and rehabilitation.94(10):e20-e21.	7/7
190	Heinemann AW, Doll MD, Armstrong KJ, Schnoll S, Yarkony GM. Substance use and receipt of treatment by persons with long-term spinal cord injuries. Arch Phys Med Rehabil. 1991;72(7):482-487.	10/10
191	Heinemann AW, Hawkins D. Substance abuse and medical complications following spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 1995;40(2):125-140.	10/10
192	Heinemann AW, Keen M, Donohue R, Schnoll S. Alcohol use by persons with recent spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1988;69(8):619-624.	10/10
193	Heinemann AW, McGraw TE, Brandt MJ, Roth E, Dell'Oliver C. Prescription medication misuse among persons with spinal cord injuries. Int J Addict. 1992;27(3):301-316.	10/10
194	Heinemann AW, Schnoll S, Brandt M, Maltz R, Keen M. Toxicology screening in acute spinal cord injury. Alcohol Clin Exp Res. 1988;12(6):815-819.	4/4
195	Heinrich RK, Tate DG. Latent variable structure of the Brief Symptom Inventory in a sample of persons with spinal cord injuries. Rehabilitation Psychology. 1996;41(2):131-147.	2/2
196	Herrick SM, Elliott TR, Crow F. Social support and the prediction of health complications among persons with spinal cord injuries. Rehabilitation Psychology. 1994;39(4):231-250.	13/13
197	Heutink M, Post MW, Bongers-Janssen HM, et al. The CONECSI trial: results of a randomized controlled trial of a multidisciplinary cognitive behavioral program for coping with chronic neuropathic pain after spinal cord injury. Pain. 2012;153(1):120-128.	4/4
198	Heutink M, Post MW, Luthart P, Pfenning LE, Dijkstra CA, Lindeman E. A multidisciplinary cognitive behavioural programme for coping with chronic neuropathic pain following spinal cord injury: the protocol of the CONECSI trial. BMC neurology. 2010;10(96).	7/7
199	Heutink M, Post MWM, Bongers-Janssen HMH, et al. The conecsi trial: A randomized controlled trial of a multidisciplinary cognitive behavioral program for coping with chronic neuropathic spinal cord injury pain. Topics in spinal cord injury rehabilitation. 2011;16:29-30.	13/13
200	Hicken BL, Putzke JD, Richards JS. Bladder management and quality of life after spinal cord injury. Am J Phys Med Rehabil. 2001;80(12):916-922.	10/10
201	Hitzig SL, Tonack M, Campbell KA, et al. Secondary health complications in an aging Canadian spinal cord injury sample. Am J Phys Med Rehabil. 2008;87(7):545-555.	10/10
202	Hopkins MT. Patterns of self-destruction among the orthopedically disabled. Rehabilitation Research & Practice Review. 1971;3(1):5-16.	7/7

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
203	Horn SD, Smout RJ, DeJong G, et al. Association of various comorbidity measures with spinal cord injury rehabilitation outcomes. Arch Phys Med Rehabil. 2013;94(4 Suppl):S75-86.	4/4
204	Horner-Johnson W, Krahn GL, Suzuki R, et al. Differential performance of SF-36 items in healthy adults with and without functional limitations. Arch Phys Med Rehabil. 2010;91(4):570-575.	4/4
205	Horvat M, French R, Henschen K. A comparison of the psychological characteristics of male and female able-bodied and wheelchair athletes. Paraplegia. 1986;24(2):115-122.	4/4
206	Hossain MS, Rahman MA, Bowden JL, Quadir MM, Herbert RD, Harvey LA. Psychological and socioeconomic status, complications and quality of life in people with spinal cord injuries after discharge from hospital in Bangladesh: a cohort study. Spinal Cord. 2016;54(6):483-489.	2/2
207	Hough S, Stone MT, Buse DC. Dating and relationship psychoeducational group for veterans with spinal cord injury/dysfunction: A historical account of an initial clinical course. Sexuality and Disability. 2013;31(4):337-359.	4/4
208	Hough S. Depression after spinal cord injury and medication: The journey continues. Journal of Spinal Cord Medicine. 2014;37(3):246.	7/7
209	Houlihan BV, Jette A, Ni P, et al. Efficacy of “care call” telerehabilitation intervention for persons with spinal cord dysfunction: Randomized controlled trial. Archives of physical medicine and rehabilitation. 92(10):1690.	7/7
210	Huang CY, Chen WK, Lu CY, et al. Mediating effects of social support and self-concept on depressive symptoms in adults with spinal cord injury. Spinal Cord. 2015;53(5):413-416.	4/4
211	Hui S-ka, Elliott TR, Shewchuk R, Rivera P. Communal behaviors and psychological adjustment of family caregivers and persons with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2007;52(1):113-119.	10/10
212	Hultling C, Giuliano F, Quirk F, Pena B, Mishra A, Smith MD. Quality of life in patients with spinal cord injury receiving Viagra (sildenafil citrate) for the treatment of erectile dysfunction. Spinal cord. 2000;38(6):363-370.	2/2
213	Hunter Revell SM. Symptom clusters in traumatic spinal cord injury: an exploratory literature review. J Neurosci Nurs. 2011;43(2):85-93.	4/4
214	Huston T, Gassaway J, Wilson C, Gordon S, Koval J, Schwebel A. The SCIR rehab project: treatment time spent in SCI rehabilitation. Psychology treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. Journal of Spinal Cord Medicine. 2011;34(2):196-204.	4/4
215	Imai K, Kadowaki T, Aizawa Y. Standardized indices of mortality among persons with spinal cord injury: accelerated aging process. Ind Health. 2004;42(2):213-218.	4/4
216	Jacob KS, Zachariah K, Bhattacharji S. Depression in individuals with spinal cord injury: methodological issues. Paraplegia. 1995;33(7):377-380.	7/7
217	Jamous A, Kennedy P, Grey N. Psychological and emotional effects of the use of oral baclofen: A preliminary study. Paraplegia. 1994;32(5):349-353.	10/10

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
218	January AM, Zebracki K, Chlan KM, Vogel LC. Understanding post-traumatic growth following pediatric-onset spinal cord injury: the critical role of coping strategies for facilitating positive psychological outcomes. <i>Dev Med Child Neurol.</i> 2015;57(12):1143-1149.	13/13
219	Jensen MP, Hirsh AT, Molton IR, Bamer AM. Sleep problems in individuals with spinal cord injury: frequency and age effects. <i>Rehabilitation Psychology.</i> 2009;54(3):323-331.	4/4
220	Jensen MP, Hoffman AJ, Cardenas DD. Chronic pain in individuals with spinal cord injury: a survey and longitudinal study. <i>Spinal Cord.</i> 2005;43(12):704-712.	13/13
221	Jensen MP, Kuehn CM, Amtmann D, Cardenas DD. Symptom burden in persons with spinal cord injury. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 2007;88(5):638-645.	13/13
222	Jensen MP, Moore MR, Bockow TB, Ehde DM, Engel JM. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: a systematic review. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 2011;92(1):146-160.	11/11
223	Jiao J, Heyne MM, Lam CS. Acceptance of disability among Chinese individuals with spinal cord injuries: The effects of social support and depression. <i>Psychology.</i> 2012;3(9A):775-781.	13/13
224	Joerres SG, Bonifay RE, Hastings JE, Saltzstein RJ, Hayes TJ. Seasonal affective disorder in a spinal cord injury population. <i>J Am Paraplegia Soc.</i> 1992;15(2):66-70.	10/10
225	Johnson RL, Gerhart KA, McCray J, Menconi JC, Whiteneck GG. Secondary conditions following spinal cord injury in a population-based sample. <i>Spinal Cord.</i> 1998;36(1):45-50.	10/10
226	Johnstone B, Yoon DP. Relationships between the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality and health outcomes for a heterogeneous rehabilitation population. <i>Rehabilitation Psychology.</i> 2009;54(4):422-431.	10/10
227	Judd FK, Brown DJ, Burrows GD. Depression, disease and disability: application to patients with traumatic spinal cord injury. <i>Paraplegia.</i> 1991;29(2):91-96.	11/11
228	Judd FK, Brown DJ. Psychiatric consultation in a spinal injuries unit. <i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.</i> 1992;26(2):218-222.	10/10
229	Judd FK, Brown DJ. Psychiatry in the spinal injuries unit. <i>Paraplegia.</i> 1987;25(3):254-257.	7/7
230	Judd FK, Brown DJ. Suicide following acute traumatic spinal cord injury. <i>Paraplegia.</i> 1992;30(3):173-177.	7/7
231	Judd FK, Burrows GD, Brown DJ. Depression following acute spinal cord injury. <i>Paraplegia.</i> 1986;24(6):358-363.	10/10
232	Judd FK, Stone J, Webber JE, Brown DJ, Burrows G. Depression following spinal cord injury: A prospective in-patient study. <i>The British Journal of Psychiatry.</i> 1989;154:668-671.	10/10
233	Judd LL, Kunovac JL. Clinical characteristics and management of unipolar depressive disorders comorbid with neurological disorders. <i>Neuropsychobiology.</i> 1998;37(2):84-87.	6/6

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
234	Jurisc B, Marusic A. Suicidal ideation and behavior and some psychological correlates in physically disabled motor-vehicle accident survivors. Crisis. 2009;30(1):34-38.	10/10
235	Kalpakjian CZ, McCullumsmith CB, Fann JR, et al. Post-traumatic growth following spinal cord injury. Journal of Spinal Cord Medicine. 2014;37(2):218-225.	4/4
236	Kalpakjian CZ, Toussaint LL, Albright KJ, Bombardier CH, Krause JK, Tate DG. Patient health Questionnaire-9 in spinal cord injury: an examination of factor structure as related to gender. Journal of Spinal Cord Medicine. 2009;32(2):147-156.	4/4
237	Kannisto M, Sintonen H. Later health-related quality of life in adults who have sustained spinal cord injury in childhood. Spinal Cord. 1997;35(11):747-751.	10/10
238	Karimzadeh M, Salsabili N, Akbariasbagh F, Mehrsai A. The psychological impact of infertility in the male able bodied and spinal cord injured population. Sexuality and Disability. 2006;24(4):185-193.	10/10
239	Katz V, Gordon R, Iversen D, Myers SJ. Past history and degree of depression in paraplegic individuals. Paraplegia. 1978;16(1):8-14.	10/10
240	Kavussanu M, Ring C, Kavanagh J. Antisocial behavior, moral disengagement, empathy and negative emotion: A comparison between disabled and able-bodied athletes. Ethics & Behavior. 2015;25(4):297-306.	10/10
241	Kawar JS, Sayegh HI, Shougah D, Tayseer F. Depression following spinal cord injury among Jordanian patients. Arab Journal of Psychiatry. 1998;9(2):79-83.	7/7
242	Kemp BJ, Kahan JS, Krause JS, Adkins RH, Nava G. Treatment of major depression in individuals with spinal cord injury. Journal of Spinal Cord Medicine. 2004;27(1):22-28.	13/13
243	Kemp BJ, Krause JS. Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. Disabil Rehabil. 1999;21(5-6):241-249.	4/4
244	Kemp BJ, Spungen AM, Adkins RH, Krause JS, Bauman WA. The relationships among serum lipid levels, adiposity, and depressive symptomatology in persons aging with spinal cord injury. Journal of Spinal Cord Medicine. 2000;23(4):216-220.	4/4
245	Kennedy P, Duff J, Evans M, Beedie A. Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society. 2003;42(Pt 1):41-52.	13/13
246	Kennedy P, Duff J. Post traumatic stress disorder and spinal cord injuries. Spinal Cord. 2001;39(1):1-10.	11/11
247	Kennedy P, Evans M, Sandhu N. Psychological adjustment to spinal cord injury: the contribution of coping, hope and cognitive appraisals. Psychol Health Med. 2009;14(1):17-33.	13/13
248	Kennedy P, Evans MJ. Evaluation of post traumatic distress in the first 6 months following SCI. Spinal Cord. 2001;39(7):381-386.	2/2
249	Kennedy P, Kilvert A, Hasson L. A 21-year longitudinal analysis of impact, coping, and appraisals following spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2016;61(1):92-101.	10/10

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
250	Kennedy P, Lowe R, Grey N, Short E. Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross-sectional analysis of coping strategies. Br J Clin Psychol. 1995;34(4):627-639.	2/2
251	Kennedy P, Lude P, Elfstrom ML, Smithson E. Sense of coherence and psychological outcomes in people with spinal cord injury: appraisals and behavioural responses. Br J Health Psychol. 2010;15(Pt 3):611-621.	13/13
252	Kennedy P, Lude P, Elfstrom ML, Smithson EF. Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil. 2011;92(4):597-602.	4/4
253	Kennedy P, Marsh N, Lowe R, Grey N, Short E, Rogers B. A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. Br J Health Psychol. 2000;5(Part2):157-172.	13/13
254	Kennedy P, Rogers BA. Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2000;81(7):932-937.	13/13
255	Kennedy P, Taylor NM, Duff J. Characteristics Predicting Effective Outcomes After Coping Effectiveness Training for Patients With Spinal Cord Injuries. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2005;12(1):93-98.	10/10
256	Kennedy P. Coping effectively with spinal cord injuries: A group program : Therapist guide. Treatments that work. 2009.	2/2
257	Khazaeipour Z, Norouzi-Javidan A, Kaveh M, Khanzadeh Mehrabani F, Kazazi E, Emami-Razavi SH. Psychosocial outcomes following spinal cord injury in Iran. Journal of Spinal Cord Medicine. 2014;37(3):338-345.	2/2
258	Khazaeipour Z, Taheri-Otaghsara SM, Naghdi M. Depression Following Spinal Cord Injury: Its Relationship to Demographic and Socioeconomic Indicators. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. 2015;21(2):149-155.	2/2
259	Kilic SA, Dorstyn DS, Guiver NG. Examining factors that contribute to the process of resilience following spinal cord injury. Spinal Cord. 2013;51(7):553-557.	10/10
260	Kim SP, Davis SW, Sell GH. Amitriptyline in severely depressed spinal cord-injured patients: rapidity of response. Arch Phys Med Rehabil. 1977;58(4):157-161.	10/10
261	King C, Kennedy P. Coping effectiveness training for people with spinal cord injury: preliminary results of a controlled trial. The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society. 1999;38(Pt 1):5-14.	10/10
262	Kirubakaran VR, Kumar VN, Powell BJ, Tyler AJ, Armatas PJ. Survey of alcohol and drug misuse in spinal cord injured veterans. Journal of Studies on Alcohol. 1986;47(3):223-227.	10/10
263	Kisala PA, Tulskey DS, Kalpakjian CZ, et al. Measuring anxiety after spinal cord injury: Development and psychometric characteristics of the SCI-QOL Anxiety item bank and linkage with GAD-7. Journal of Spinal Cord Medicine. 2015;38(3):315-325.	4/4
264	Kishi Y, Robinson RG, Forrester AW. Comparison between acute and delayed onset major depression after spinal cord injury. J Nerv Ment Dis. 1995;183(5):286-292.	10/10

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
265	Kishi Y, Robinson RG, Forrester AW. Prospective longitudinal study of depression following spinal cord injury. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1994;6(3):237-244.	10/10
266	Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT. Suicidal ideation among patients during the rehabilitation period after life-threatening physical illness. J Nerv Ment Dis. 2001;189(9):623-628.	5/5
267	Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. Psychosomatics. 2001;42(5):382-390.	5/5
268	Kishi Y, Robinson RG. Suicidal plans following spinal cord injury: a six month study. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1996;8(4):442-445.	13/13
269	Kivisild A, Sabre L, Tomberg T, et al. Health-related quality of life in patients with traumatic spinal cord injury in Estonia. Spinal Cord. 2014;52(7):570-575.	2/2
270	Kiwerski J, Weiss M, Chrostowska T. Analysis of mortality of patients after cervical spine trauma. Paraplegia. 1981;19(6):347-351.	4/4
271	Kiwerski JE, Krasuski M. Influence of alcohol intake on the course and consequences of spinal cord injury. International Journal of Rehabilitation Research. 1992;15(3):240-245.	4/4
272	Klyce DW, Bombardier CH, Davis TJ, et al. Distinguishing grief from depression during acute recovery from spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2015;96(8):1419-1425.	4/4
273	Kohut RM, Seftel AD, Ducharme SH, Fogel BS, Bodner DR. Sexual and psychological aspects of rehabilitation after spinal cord injury. Psychiatric care of the medical patient. 2015:1504-1526.	6/6
274	Kolakowsky-Hayner SA, Gourley EV, 3rd, Kreutzer JS, Marwitz JH, Meade MA, Cifu DX. Post-injury substance abuse among persons with brain injury and persons with spinal cord injury. Brain Inj. 2002;16(7):583-592.	10/10
275	Kooijmans H, Post M, van der Woude L, de Groot S, Stam H, Bussmann J. Randomized controlled trial of a self-management intervention in persons with spinal cord injury: Design of the HABITS (Healthy Active Behavioural Intervention in SCI) study. Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal. 2013;35(13):1111-1118.	7/7
276	Kortte KB, Gilbert M, Gorman P, Wegener ST. Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2010;55(1):40-47.	13/13
277	Kraft R, Dorstyn D. Psychosocial correlates of depression following spinal injury: A systematic review. Journal of Spinal Cord Medicine. 2015;38(5):571-583.	4/4
278	Kratz AL, Hirsh AT, Ehde DM, Jensen MP. Acceptance of pain in neurological disorders: associations with functioning and psychosocial well-being. Rehabilitation Psychology. 2013;58(1):1-9.	4/4
279	Krause J, Rohe DE. Personality and life adjustment after spinal cord injury: An exploratory study. Rehabilitation Psychology. 1998;43(2):118-130.	13/13

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
280	Krause JS, Bombardier C, Carter RE. Assessment of depressive symptoms during inpatient rehabilitation for spinal cord injury: Is there an underlying somatic factor when using the PHQ? Rehabilitation Psychology. 2008;53(4):513-520.	4/4
281	Krause JS, Broderick LE, Saladin LK, Broyles J. Racial disparities in health outcomes after spinal cord injury: mediating effects of education and income. Journal of Spinal Cord Medicine. 2006;29(1):17-25.	4/4
282	Krause JS, Brotherton SS, Morrisette DC, Newman SD, Karakostas TE. Does pain interference mediate the relationship of independence in ambulation with depressive symptoms after spinal cord injury? Rehabilitation Psychology. 2007;52(2):162-169.	4/4
283	Krause JS, Carter R, Zhai Y, Reed K. Psychologic factors and risk of mortality after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90(4):628-633.	4/4
284	Krause JS, Coker J, Charlifue S, Whiteneck GG. Health behaviors among American Indians with spinal cord injury: comparison with data from the 1996 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Arch Phys Med Rehabil. 1999;80(11):1435-1440.	10/10
285	Krause JS, Edles PA. Injury perceptions, hope for recovery, and psychological status after spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2014;59(2):176-182.	2/2
286	Krause JS, Kjorsvig JM. Mortality after spinal cord injury: a four-year prospective study.[Erratum appears in Arch Phys Med Rehabil 1992 Ago;73(8):716]. Arch Phys Med Rehabil. 1992;73(6):558-563.	4/4
287	Krause JS, McArdle JJ, Pickelsimer E, Reed KS. A latent variable structural path model of health behaviors after spinal cord injury. Journal of Spinal Cord Medicine. 2009;32(2):162-174.	4/4
288	Krause JS, Reed KS, McArdle JJ. A structural analysis of health outcomes after spinal cord injury. Journal of Spinal Cord Medicine. 2010;33(1):22-32.	4/4
289	Krause JS, Reed KS, McArdle JJ. Factor structure and predictive validity of somatic and nonsomatic symptoms from the patient health questionnaire-9: a longitudinal study after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2010;91(8):1218-1224.	4/4
290	Krause JS, Reed KS, McArdle JJ. Prediction of somatic and non-somatic depressive symptoms between inpatient rehabilitation and follow-up. Spinal Cord. 2010;48(3):239-244.	10/10
291	Krause JS, Saunders LL, Bombardier C, Kalpakjian C. Confirmatory factor analysis of the Patient Health Questionnaire-9: a study of the participants from the spinal cord injury model systems. Pm R. 2011;3(6):533-540; quiz 540.	4/4
292	Krause JS, Vines CL, Farley TL, Snizek J, Coker J. An exploratory study of pressure ulcers after spinal cord injury: relationship to protective behaviors and risk factors. Arch Phys Med Rehabil. 2001;82(1):107-113.	4/4
293	Krause JS, Zhai Y, Saunders LL, Carter RE. Risk of mortality after spinal cord injury: an 8-year prospective study. Arch Phys Med Rehabil. 2009;90(10):1708-1715.	13/13
294	Krause JS. Factors associated with risk for subsequent injuries after traumatic spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2004;85(9):1503-1508.	4/4

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
295	Kreuter M, Sullivan M, Dahllof AG, Siosteen A. Partner relationships, functioning, mood and global quality of life in persons with spinal cord injury and traumatic brain injury. Spinal cord. 1998;36(4):252-261.	2/2
296	Kunz S, Joseph S, Geyh S, Peter C. Posttraumatic Growth and Adjustment to Spinal Cord Injury: Moderated by Posttraumatic Depreciation? Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2016;No Pagination Specified.	2/2
297	Kuptniratsaikul V, Chulakadabba S, Ratanavijitrasil S. An instrument for assessment of depression among spinal cord injury patients: comparison between the CES-D and TDI. J Med Assoc Thai. 2002;85(9):978-983.	2/2
298	Kuptniratsaikul V, Smerasuta O, Klomjaiyen P. The perceived handicap questionnaire: a self perceived handicap measurement in patients with spinal cord injury. J Med Assoc Thai. 2002;85(8):935-939.	10/10
299	Kuptniratsaikul V. Epidemiology of spinal cord injuries: a study in the Spinal Unit, Siriraj Hospital, Thailand, 1997-2000. J Med Assoc Thai. 2003;86(12):1116-1121.	10/10
300	Laatsch L, Shahani BT. The relationship between age, gender and psychological distress in rehabilitation inpatients. Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal. 1996;18(12):604-608.	10/10
301	Lamid S, Chia JK, Kohli A, Cid E. Chronic pain in spinal cord injury: comparison between inpatients and outpatients. Arch Phys Med Rehabil. 1985;66(11):777-778.	4/4
302	Le J, Dorstyn D. Anxiety prevalence following spinal cord injury: a meta-analysis. Spinal Cord. 2016;54(8):626.	7/7
303	Levy LF, Makarawo S, Madzivire D, Bhebhe E, Verbeek N, Parry O. Problems, struggles and some success with spinal cord injury in Zimbabwe. Spinal Cord. 1998;36(3):213-218.	4/4
304	Lidal IB, Veenstra M, Hjeltne N, Biering-Sorensen F. Health-related quality of life in persons with long-standing spinal cord injury.[Erratum appears in Spinal Cord. 2008 Nov;46(11):765]. Spinal Cord. 2008;46(11):710-715.	2/2
305	Liu S, Wang L, Cao C, Zhang J. The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms in patients with traumatic spinal cord injuries. Arch Psychiatr Nurs. 2014;28(5):301-304.	4/4
306	Livneh H, Antonak RF. Temporal structure of adaptation to disability. Rehabilitation Counseling Bulletin. 1991;34(4):298-319.	4/4
307	Livneh H, Martz E, Bodner T. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2006;13(3):251-261.	2/2
308	Livneh H, Martz E. Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2014;59(3):329-339.	10/10
309	Livneh H, Martz E. Psychosocial adaptation to spinal cord injury as a function of time since injury. International Journal of Rehabilitation Research. 2003;26(3):191-200.	4/4

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
310	Livneh H, Martz E. The impact of perceptions of health control and coping modes on negative affect among individuals with spinal cord injuries. <i>Journal of Clinical Psychology in Medical Settings</i> . 2011;18(3):243-256.	10/10
311	Lohne V. The incomprehensible injury--interpretations of patients' narratives concerning experiences with an acute and dramatic spinal cord injury. <i>Scand J Caring Sci</i> . 2009;23(1):67-75.	6/6
312	Lude P, Kennedy P, Evans M, Lude Y, Beedie A. Post traumatic distress symptoms following spinal cord injury: a comparative review of European samples. <i>Spinal Cord</i> . 2005;43(2):102-108.	10/10
313	Lundqvist C, Siosteen A, Blomstrand C, Lind B, Sullivan M. Spinal cord injuries. Clinical, functional, and emotional status. <i>Spine</i> . 1991;16(1):78-83.	4/4
314	Lynch KB, Bridle MJ. Construct validity of the Occupational Performance History Interview. <i>Occupational Therapy Journal of Research</i> . 1993;13(4):231-240.	2/2
315	Lyons JS, Larson DB, Burns BJ, Cope N, Wright S, Hammer JS. Psychiatric co-morbidities and patients with head and spinal cord trauma. Effects on acute hospital care. <i>Gen Hosp Psychiatry</i> . 1988;10(4):292-297.	4/4
316	MacDonald MR, Nielson WR, Cameron MG. Depression and activity patterns of spinal cord injured persons living in the community. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 1987;68(6):339-343.	10/10
317	Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. <i>Int J Psychiatry Med</i> . 1987;17(1):3-22.	7/7
318	MacKenzie TD, Kukulja T, House R, et al. A discharge panel at Denver Health, focused on complex patients, may have influenced decline in length-of-stay. <i>Health Aff (Millwood)</i> . 2012;31(8):1786-1795.	7/7
319	Macleod AD. Self-neglect of spinal injured patients. <i>Paraplegia</i> . 1988;26(5):340-349.	10/10
320	Macleod L, Macleod G. Control cognitions and psychological disturbance in people with contrasting physically disabling conditions. <i>Disabil Rehabil</i> . 1998;20(12):448-456.	13/13
321	Mann R, Schaefer C, Sadosky A, et al. Burden of spinal cord injury-related neuropathic pain in the United States: retrospective chart review and cross-sectional survey. <i>Spinal Cord</i> . 2013;51(7):564-570.	10/10
322	Martin Ginis KA, Jetha A, Mack DE, Hetz S. Physical activity and subjective well-being among people with spinal cord injury: a meta-analysis. <i>Spinal Cord</i> . 2010;48(1):65-72.	11/11
323	Martin Ginis KA, Jorgensen S, Stapleton J. Exercise and sport for persons with spinal cord injury. <i>Pm R</i> . 2012;4(11):894-900.	7/7
324	Martz E, Livneh H, Gontkovsky ST, Stokic DS. Psychosocial responses to spinal cord injury as predictors of pressure sores. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i> . 2010;10(2):203-223.	4/4
325	Martz E, Livneh H, Priebe M, Wuermser LA, Ottomanelli L. Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2005;86(6):1182-1192.	13/13

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
326	Martz E, Livneh H. Death anxiety as a predictor of future time orientation among individuals with spinal cord injuries. <i>Disabil Rehabil.</i> 2003;25(18):1024-1032.	4/4
327	Martz E. Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. <i>Death Stud.</i> 2004;28(1):1-17.	2/2
328	Martz E. Do post-traumatic stress symptoms predict reactions of adaptation to disability after a sudden-onset spinal cord injury? <i>International Journal of Rehabilitation Research.</i> 2004;27(3):185-194.	4/4
329	Martz E. Do Reactions of Adaptation to Disability Influence the Fluctuation of Future Time Orientation Among Individuals with Spinal Cord Injuries? <i>Rehabilitation Counseling Bulletin.</i> 2004;47(2):86-95.	4/4
330	Matsuda Y, Kubo T, Fujino Y, Matsuda S, Wada F, Sugita A. Relationship Between Depressive State and Treatment Characteristics of Acute Cervical Spinal Cord Injury in Japan. <i>J Epidemiol.</i> 2016;26(1):30-35.	2/2
331	McAfee PC, Bohlman HH, Han JS, Salvagno RT. Comparison of nuclear magnetic resonance imaging and computed tomography in the diagnosis of upper cervical spinal cord compression. <i>Spine.</i> 1986;11(4):295-304.	6/6
332	McColl MA, Rosenthal C. A model of resource needs of aging spinal cord injured men. <i>Paraplegia.</i> 1994;32(4):261-270.	13/13
333	McColl MA, Skinner HA. Measuring psychological outcomes following rehabilitation. <i>Can J Public Health.</i> 1992;83 Suppl 2:S12-18.	4/4
334	McColl MA, Skinner HA. Spinal cord injury and lifestyle health risks. <i>Canadian Journal of Rehabilitation.</i> 1995;9(2):69-82.	10/10
335	McDermott S, Moran R, Platt T, Isaac T, Wood H, Dasari S. Risk for onset of health conditions among community-living adults with spinal cord and traumatic brain injuries. <i>Primary Health Care Research and Development.</i> 2007;8(1):36-43.	10/10
336	McGowan MB, Roth S. Family functioning and functional independence in spinal cord injury adjustment. <i>Paraplegia.</i> 1987;25(4):357-365.	4/4
337	McIntyre A, Cheung KY, Kwok C, Mehta S, Wolfe D, Teasell RW. Quality of life and bladder management post spinal cord injury: A systematic review. <i>Applied Research in Quality of Life.</i> 2014;9(4):1081-1096.	2/2
338	McKinley WO, Kolakowsky SA, Kreutzer JS. Substance abuse, violence, and outcome after traumatic spinal cord injury. <i>Am J Phys Med Rehabil.</i> 1999;78(4):306-312.	4/4
339	McKinley WO, Tewksbury MA, Godbout CJ. Comparison of medical complications following nontraumatic and traumatic spinal cord injury. <i>Journal of Spinal Cord Medicine.</i> 2002;25(2):88-93.	10/10
340	Mehta S, McIntyre A, Dijkers M, Loh E, Teasell RW. Gabapentinoids are effective in decreasing neuropathic pain and other secondary outcomes after spinal cord injury: a meta-analysis. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 2014;95(11):2180-2186.	11/11
341	Mehta S, McIntyre A, Janzen S, Loh E, Teasell R, Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence T. Systematic Review of Pharmacologic Treatments of Pain After Spinal Cord Injury: An Update. <i>Arch Phys Med Rehabil.</i> 2016;97(8):1381-1391.e1381.	4/4

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
342	Meyers AR, Bisbee A, Winter M. The “Boston model” of managed care and spinal cord injury: a cross-sectional study of the outcomes of risk-based, prepaid, managed care. Arch Phys Med Rehabil. 1999;80(11):1450-1456.	4/4
343	Meyers AR, Feltin M, Master RJ, et al. Rehospitalization and spinal cord injury: cross-sectional survey of adults living independently. Arch Phys Med Rehabil. 1985;66(10):704-708.	4/4
344	Migliorini C, Sinclair A, Brown D, Tonge B, New P. Prevalence of mood disturbance in Australian adults with chronic spinal cord injury. Intern Med J. 2015;45(10):1014-1019.	10/10
345	Migliorini C, Tonge B. Reflecting on subjective well-being and spinal cord injury. Journal of Rehabilitation Medicine. 2009;41(6):445-450.	13/13
346	Miller SM. The measurement of self-efficacy in persons with spinal cord injury: psychometric validation of the moorong self-efficacy scale. Disabil Rehabil. 2009;31(12):988-993.	4/4
347	Miller WC, Anton HA, Townson AF. Measurement properties of the CESD scale among individuals with spinal cord injury. Spinal cord. 2008;46(4):287-292.	4/4
348	Min JA, Lee CU, Hwang SI, et al. The moderation of resilience on the negative effect of pain on depression and post-traumatic growth in individuals with spinal cord injury. Disabil Rehabil. 2014;36(14):1196-1202.	10/10
349	Molton IR, Stoelb BL, Jensen MP, Ehde DM, Raichle KA, Cardenas DD. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: replication and cross-validation. J Rehabil Res Dev. 2009;46(1):31-42.	4/4
350	Moodley N, Pillay BJ. Post-traumatic stress disorder in patients with spinal-cord injuries. South African Journal of Psychology. 2013;43(2):182-197.	4/4
351	Moore AD, Bombardier CH, Brown PB, Patterson DR. Coping and emotional attributions following spinal cord injury. International Journal of Rehabilitation Research. 1994;17(1):39-48.	13/13
352	Mueller AD. Personality problems of the spinal cord injured. Journal of Consulting Psychology. 1950;14(3):189-192.	7/7
353	Muller R, Cieza A, Geyh S. Rasch analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2012;57(3):214-223.	4/4
354	Muller R, Gertz KJ, Molton IR, et al. Effects of a Tailored Positive Psychology Intervention on Well-Being and Pain in Individuals with Chronic Pain and a Physical Disability. Clinical journal of pain. 2016;32(1):32-44.	4/4
355	Munce SE, Fehlings MG, Straus SE, et al. Views of people with traumatic spinal cord injury about the components of self-management programs and program delivery: a Canadian pilot study. BMC Neurology. 2014;14:209.	10/10
356	Muraki S, Tsunawake N, Hiramatsu S, Yamasaki M. The effect of frequency and mode of sports activity on the psychological status in tetraplegics and paraplegics. Spinal Cord. 2000;38(5):309-314.	4/4

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
357	Murray RF, Asghari A, Egorov DD, et al. Impact of spinal cord injury on self-perceived pre- and postmorbidity cognitive, emotional and physical functioning. <i>Spinal Cord</i> . 2007;45(6):429-436.	10/10
358	Nagumo N. Depression occurring after delirium in traumatic spinal cord injury: A retrospective study. <i>Seishin Igaku (Clinical Psychiatry)</i> . 1999;41(4):367-371.	8/8
359	Nestoros JN, Demers-Desrosiers LA, Dalicandro LA. Levels of anxiety and depression in spinal cord-injured patients. <i>Psychosomatics</i> . 1982;23(8):823-824, 827, 830.	10/10
360	Nicholls E, Lehan T, Plaza SL, et al. Factors influencing acceptance of disability in individuals with spinal cord injury in Neiva, Colombia, South America. <i>Disabil Rehabil</i> . 2012;34(13):1082-1088.	4/4
361	Nicholson Perry K, Nicholas MK, Middleton J, Siddall P. Psychological characteristics of people with spinal cord injury-related persisting pain referred to a tertiary pain management center. <i>J Rehabil Res Dev</i> . 2009;46(1):57-67.	10/10
362	Nicholson Perry K, Nicholas MK, Middleton J. Spinal cord injury-related pain in rehabilitation: a cross-sectional study of relationships with cognitions, mood and physical function. <i>Eur J Pain</i> . 2009;13(5):511-517.	13/13
363	Nicolais CJ, Perrin PB, Panyavin I, et al. Family dynamics and psychosocial functioning in children with SCI/D from Colombia, South America. <i>Journal of Spinal Cord Medicine</i> . 2016;39(1):58-66.	10/10
364	Nielsen MS. Post-traumatic stress disorder and emotional distress in persons with spinal cord lesion. <i>Spinal Cord</i> . 2003;41(5):296-302.	10/10
365	Nielson MS. Crisis support and coping as mediators of well-being in persons with spinal cord lesion. <i>Journal of Clinical Psychology in Medical Settings</i> . 2003;10(2):91-99.	10/10
366	Noonan VK, Kopec JA, Zhang H, Dvorak MF. Impact of associated conditions resulting from spinal cord injury on health status and quality of life in people with traumatic central cord syndrome. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2008;89(6):1074-1082.	10/10
367	Norrbrink Budh C, Hultling C, Lundeborg T. Quality of sleep in individuals with spinal cord injury: a comparison between patients with and without pain. <i>Spinal Cord</i> . 2005;43(2):85-95.	4/4
368	Norweg A, Jette AM, Houlihan B, Ni P, Boninger ML. Patterns, predictors, and associated benefits of driving a modified vehicle after spinal cord injury: findings from the National Spinal Cord Injury Model Systems. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2011;92(3):477-483.	3/3
369	Nott MT, Baguley IJ, Heriseanu R, et al. Effects of concomitant spinal cord injury and brain injury on medical and functional outcomes and community participation. <i>Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation</i> . 2014;20(3):225-235.	10/10
370	Osteraker AL, Levi R. Indicators of psychological distress in postacute spinal cord injured individuals. <i>Spinal Cord</i> . 2005;43(4):223-229.	10/10
371	Otis C, Marchand A, Courtois F. Peritraumatic dissociation as a mediator of peritraumatic distress and PTSD: a retrospective, cross-sectional study. <i>J Trauma Dissociation</i> . 2012;13(4):469-477.	10/10

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
372	Otis C, Marchand A, Courtois F. Risk factors for posttraumatic stress disorder in persons with spinal cord injury. <i>Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation</i> . 2012;18(3):253-263.	10/10
373	Overholser JC, Schubert DS, Foliart R, Frost F. Assessment of emotional distress following a spinal cord injury. <i>Rehabilitation Psychology</i> . 1993;38(3):187-198.	4/4
374	Paker N, Bugdayci D, Dere D, Altuncu Y. Comparison of the coping strategies, anxiety, and depression in a group of Turkish spinal cord injured patients and their family caregivers in a rehabilitation center. <i>Eur J Phys Rehabil Med</i> . 2011;47(4):595-600.	10/10
375	Paker N, Bugdayci D, Kesiktas N, Sahin M, Elfstrom ML. Reliability and validity of the Turkish version of spinal cord lesion-related coping strategies. <i>Spinal Cord</i> . 2014;52(5):383-387.	2/2
376	Paker N, Bugdayci D, Midik M, Celik B, Kesiktas N. Reliability of the Turkish version of the hospital anxiety and depression scale in the people with traumatic spinal cord injury. <i>Neurorehabilitation</i> . 2013;33(2):337-341.	2/2
377	Pang MY, Eng JJ, Lin KH, Tang PF, Hung C, Wang YH. Association of depression and pain interference with disease-management self-efficacy in community-dwelling individuals with spinal cord injury. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> . 2009;41(13):1068-1073.	13/13
378	Paniak CE, Shore DL, Rourke BP, Finlayson MA, Moustacalis E. Long-term vocational functioning after severe closed head injury: a controlled study. <i>Arch Clin Neuropsychol</i> . 1992;7(6):529-540.	4/4
379	Paulsen P, French R, Sherrill C. Comparison of mood states of college able-bodied and wheelchair basketball players. <i>Percept Mot Skills</i> . 1991;73(2):396-398.	4/4
380	Pelletier PM, Alfano DP, Fink MP. Social support, locus of control and psychological health in family members following head or spinal cord injury. <i>Appl Neuropsychol</i> . 1994;1(1-2):38-44.	10/10
381	Perez M, Pilsecker C. Family therapy with spinal cord injured substance abusers. <i>Soc Work Health Care</i> . 1989;14(2):15-25.	7/7
382	Perez M, Pilsecker C. Group psychotherapy with spinal cord injured substance abusers. <i>Paraplegia</i> . 1994;32(3):188-192.	7/7
383	Perry KN, Nicholas MK, Middleton J. Spinal cord injury-related pain in rehabilitation: A cross-sectional study of relationships with cognitions, mood and physical function. <i>Eur J Pain</i> . 2009;13(5):511-517.	4/4
384	Perry KN, Nicholas MK, Middleton JW. Comparison of a pain management program with usual care in a pain management center for people with spinal cord injury-related chronic pain. <i>Clinical Journal of Pain</i> . 2010;26(3):206-216.	10/10
385	Peter C, Muller R, Cieza A, Geyh S. Psychological resources in spinal cord injury: a systematic literature review. <i>Spinal Cord</i> . 2012;50(3):188-201.	11/11
386	Pollard C, Kennedy P. A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: a 10-year review. <i>Br J Health Psychol</i> . 2007;12(Pt 3):347-362.	13/13

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
387	Post MW, Adriaansen JJ, Charlifue S, Biering-Sorensen F, van Asbeck FW. Good validity of the international spinal cord injury quality of life basic data set. Spinal Cord. 2016;54(4):314-318.	6/6
388	Post MW, Gerritsen J, Diederiks JP, De Witte LP. Measuring health status of people who are wheelchair-dependent: Validity of the Sickness Impact Profile 68 and the Nottingham Health Profile. Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal. 2001;23(6):245-253.	6/6
389	Post MW, van Leeuwen CM, van Koppenhagen CF, de Groot S. Validity of the Life Satisfaction questions, the Life Satisfaction Questionnaire, and the Satisfaction With Life Scale in persons with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2012;93(10):1832-1837.	6/6
390	Post MW, van Leeuwen CM. Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. Spinal Cord. 2012;50(5):382-389.	11/11
391	Price GL, Kendall M, Amsters DI, Pershouse KJ. Perceived causes of change in function and quality of life for people with long duration spinal cord injury. Clinical Rehabilitation. 2004;18(2):164-171.	4/4
392	Price M. Causes of death in 11 of 227 patients with traumatic spinal cord injury over period of nine years. Paraplegia. 1973;11(3):217-220.	10/10
393	Putzke JD, Barrett JJ, Richards JS, DeVivo MJ. Age and spinal cord injury: an emphasis on outcomes among the elderly. Journal of Spinal Cord Medicine. 2003;26(1):37-44.	13/13
394	Putzke JD, Elliot TR, Richards J. Marital status and adjustment 1 year post-spinal-cord-injury. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2001;8(2):101-107.	4/4
395	Putzke JD, Hicken BL, Richards JS. Race: predictor versus proxy variable? Outcomes after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83(11):1603-1611.	4/4
396	Putzke JD, Richards J, Dowler RN. The impact of pain in spinal cord injury: A case-control study. Rehabilitation Psychology. 2000;45(4):386-401.	10/10
397	Putzke JD, Richards JS, Hicken BL, DeVivo MJ. Interference due to pain following spinal cord injury: important predictors and impact on quality of life. Pain. 2002;100(3):231-242.	4/4
398	Quale AJ, Schanke AK, Froslic KF, Roise O. Severity of injury does not have any impact on posttraumatic stress symptoms in severely injured patients. Injury. 2009;40(5):498-505.	10/10
399	Quale AJ, Schanke AK. Resilience in the face of coping with a severe physical injury: a study of trajectories of adjustment in a rehabilitation setting. Rehabilitation Psychology. 2010;55(1):12-22.	10/10
400	Radnitz CL, Broderick CP, Perez-Strumolo L, et al. The prevalence of psychiatric disorders in veterans with spinal cord injury: a controlled comparison. J Nerv Ment Dis. 1996;184(7):431-433.	13/13
401	Radnitz CL, McGrath RE, Tirch DD, et al. Use of the Beck Depression Inventory in veterans with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 1997;42(2):93-101.	13/13

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
402	Radnitz CL, Schlein IS, Hsu L. The effect of prior trauma exposure on the development of PTSD following spinal cord injury. J Anxiety Disord. 2000;14(3):313-324.	10/10
403	Rahnama P, Javidan AN, Saberi H, et al. Does religious coping and spirituality have a moderating role on depression and anxiety in patients with spinal cord injury? A study from Iran. Spinal Cord. 2015;53(12):870-874.	3/3
404	Raichle KA, Hanley M, Jensen MP, Cardenas DD. Cognitions, coping, and social environment predict adjustment to pain in spinal cord injury. Journal of Pain. 2007;8(9):718-729.	13/13
405	Reidy K, Caplan B. Causal factors in spinal cord injury: patients' evolving perceptions and association with depression. Arch Phys Med Rehabil. 1994;75(8):837-842.	10/10
406	Revell SM. Symptom clusters in traumatic spinal cord injury: An exploratory literature review. J Neurosci Nurs. 2011;43(2):85-93.	11/11
407	Richards JS, Bombardier CH, Wilson CS, et al. Efficacy of venlafaxine XR for the treatment of pain in patients with spinal cord injury and major depression: a randomized, controlled trial. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2015;96(4):680-689.	4/4
408	Richards JS, Meredith RL, Nepomuceno C, Fine PR, Bennett G. Psycho-social aspects of chronic pain in spinal cord injury. Pain. 1980;8(3):355-366.	10/10
409	Richards JS, Osuna FJ, Jaworski TM, Novack TA, Leli DA, Boll TJ. The effectiveness of different methods of defining traumatic brain injury in predicting postdischarge adjustment in a spinal cord injury population. Arch Phys Med Rehabil. 1991;72(5):275-279.	4/4
410	Richards JS. Psychologic adjustment to spinal cord injury during first postdischarge year. Arch Phys Med Rehabil. 1986;67(6):362-365.	10/10
411	Richardson EJ, Richards J. Factor structure of the PHQ-9 screen for depression across time since injury among persons with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2008;53(2):243-249.	4/4
412	Rintala DH, Young ME, Hart KA, Clearman RR, Fuhrer MJ. Social support and the well-being of persons with spinal cord injury living in the community. Rehabilitation Psychology. 1992;37(3):155-163.	13/13
413	Rintala DH, Young ME, Hart KA, Fuhrer MJ. The relationship between the extent of reciprocity with social supporters and measures of depressive symptomatology, impairment, disability, and handicap in persons with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 1994;39(1):15-27.	13/13
414	Rintala DH. Predictive validity of social support relative to psychological well-being in men with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2013;58(4):422-428.	4/4
415	Riordan A, Kelly EH, Klaas SJ, Vogel LC. Psychosocial outcomes among youth with spinal cord injury by neurological impairment. Journal of Spinal Cord Medicine. 2015;38(1):76-83.	4/4

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
416	Rish BL, Dilustro JF, Salazar AM, Schwab KA, Brown HR. Spinal cord injury: a 25-year morbidity and mortality study. Mil Med. 1997;162(2):141-148.	10/10
417	Robinson-Whelen S, Taylor HB, Hughes RB, Wenzel L, Nosek MA. Depression and depression treatment in women with spinal cord injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. 2014;20(1):23-31.	10/10
418	Rodrigues D, Tran Y, Wijesuriya N, Guest R, Middleton J, Craig A. Pain intensity and its association with negative mood States in patients with spinal cord injury. Pain Ther. 2013;2(2):113-119.	4/4
419	Rosenberg DE, Bombardier CH, Artherholt S, Jensen MP, Motl RW. Self-reported depression and physical activity in adults with mobility impairments. Arch Phys Med Rehabil. 2013;94(4):731-736.	11/11
420	Roth E, Davidoff G, Thomas P, et al. A controlled study of neuropsychological deficits in acute spinal cord injury patients. Paraplegia. 1989;27(6):480-489.	2/2
421	Rothstein JL, Levy E, Fecher R, Gordon SK, Bauman WA. Drug use and abuse in an urban veteran spinal cord injured population. J Am Paraplegia Soc. 1992;15(4):217-220.	10/10
422	Rowland JL, White GW, Wyatt DA. Analysis of an intervention to reduce or prevent secondary conditions for people with spinal cord injuries. Journal of clinical psychology in medical settings. 2006;13(3):263-271.	6/6
423	Russell HF, January AM, Kelly EH, Mulcahey MJ, Betz RR, Vogel LC. Patterns of coping strategy use and relationships with psychosocial health in adolescents with spinal cord injury. J Pediatr Psychol. 2015;40(5):535-543.	2/2
424	Saadat S, Javadi M, Divshali BS, et al. Health-related quality of life among individuals with long-standing spinal cord injury: a comparative study of veterans and non-veterans. BMC Public Health. 2010;10:6.	4/4
425	Sabre L, Rekand T, Asser T, Korv J. Mortality and causes of death after traumatic spinal cord injury in Estonia. Journal of Spinal Cord Medicine. 2013;36(6):687-694.	2/2
426	Sadosky A, Parsons B, Emir B, Nieshoff EC. Pain relief and functional improvement in patients with neuropathic pain associated with spinal cord injury: an exploratory analysis of pregabalin clinical trials. J Pain Res. 2016;9:405-416.	4/4
427	Saikkonen J, Karppi P, Huusko TM, Dahlberg A, Makinen J, Uutela T. Life situation of spinal cord-injured persons in Central Finland. Spinal Cord. 2004;42(8):459-465.	13/13
428	Salinas FA, Lugo LH, Garcia HI. Efficacy of early treatment with carbamazepine in prevention of neuropathic pain in patients with spinal cord injury. American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists. 2012;91(12):1020-1027.	11/11
429	Salonia A, Munarriz RM, Naspro R, et al. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. BJU Int. 2004;93(8):1156-1164.	7/7
430	Salter JE, Smith SD, Ethans KD. Positive and negative affect in individuals with spinal cord injuries. Spinal Cord. 2013;51(3):252-256.	10/10

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
431	Sammallahti P, Kannisto M, Aalberg V. Psychological defenses and psychiatric symptoms in adults with pediatric spinal cord injuries. Spinal Cord. 1996;34(11):669-672.	4/4
432	Saulino M, Aversa JF. Evaluation and Management of SCI-Associated Pain. Curr Pain Headache Rep. 2016;20(9):53.	6/6
433	Saunders LL, Krause JS, Carpenter MJ, Saladin M. Risk behaviors related to cigarette smoking among persons with spinal cord injury. Nicotine Tob Res. 2014;16(2):224-230.	2/2
434	Schandler SL, Cohen MJ, Vulpe M. Problem solving and coping strategies in persons with spinal cord injury who have and do not have a family history of alcoholism. Journal of Spinal Cord Medicine. 1996;19(2):78-86.	10/10
435	Schnoll SH, Heinemann AW, Doll M, Armstrong KJ. Substance use and receipt of treatment in persons with recent spinal cord injuries. NIDA Res Monogr. 1989;95:426-427.	6/6
436	Schulz R, Decker S. Long-term adjustment to physical disability: the role of social support, perceived control, and self-blame. J Pers Soc Psychol. 1985;48(5):1162-1172.	13/13
437	Scivoletto G, Petrelli A, Di Lucente L, Castellano V. Psychological investigation of spinal cord injury patients. Spinal Cord. 1997;35(8):516-520.	2/2
438	Shadish WR, Hickman D, Arrick M. Psychological problems of spinal cord injury patients: Emotional distress as a function of time and locus of control. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1981;49(2):297.	7/7
439	Shin JC, Goo HR, Yu SJ, Kim DH, Yoon SY. Depression and Quality of Life in Patients within the First 6 Months after the Spinal Cord Injury. Ann. 2012;36(1):119-125.	10/10
440	Shin JI, Chae JH, Min JA, et al. Resilience as a possible predictor for psychological distress in chronic spinal cord injured patients living in the community. Ann. 2012;36(6):815-820.	10/10
441	Shnek ZM, Foley FW, LaRocca NG, et al. Helplessness, self-efficacy, cognitive distortions, and depression in multiple sclerosis and spinal cord injury. Ann Behav Med. 1997;19(3):287-294.	13/13
442	Skinner AL, Armstrong KJ, Rich J. Depression and spinal cord injury: A review of diagnostic methods for depression, 1985 to 2000. Rehabilitation Counseling Bulletin. 2003;46(3):174-175.	7/7
443	Smedema SM, Ebener D. Substance abuse and psychosocial adaptation to physical disability: analysis of the literature and future directions. Disabil Rehabil. 2010;32(16):1311-1319.	11/11
444	Smith BM, Weaver FM, Ullrich PM. Prevalence of depression diagnoses and use of antidepressant medications by veterans with spinal cord injury. Am J Phys Med Rehabil. 2007;86(8):662-671.	13/13
445	Smith TF, Russell HF, Kelly EH, Mulcahey MJ, Betz RR, Vogel LC. Examination and measurement of coping among adolescents with spinal cord injury. Spinal Cord. 2013;51(9):710-714.	2/2

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
446	Soden RJ, Walsh J, Middleton JW, Craven ML, Rutkowski SB, Yeo JD. Causes of death after spinal cord injury. <i>Spinal Cord</i> . 2000;38(10):604-610.	10/10
447	Somasundaram O, Balakrishnan S, Ravindran OS, Shanmugasundaram TK. A psychological study of spinal cord injured patients involved in the Madras Paraplegia Project. <i>Paraplegia</i> . 1992;30(11):799-802.	10/10
448	Stroud MW, Bombardier CH, Dyer JR, Rimmele CT, Esselman PC. Preinjury alcohol and drug use among persons with spinal cord injury: implications for rehabilitation. <i>Journal of Spinal Cord Medicine</i> . 2011;34(5):461-472.	13/13
449	Stroud MW, Turner JA, Jensen MP, Cardenas DD. Partner responses to pain behaviors are associated with depression and activity interference among persons with chronic pain and spinal cord injury. <i>Journal of Pain</i> . 2006;7(2):91-99.	13/13
450	Summers JD, Rapoff MA, Varghese G, Porter K, Palmer RE. Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. <i>Pain</i> . 1991;47(2):183-189.	13/13
451	Tamplin J, Baker FA, Grocke D, Berlowitz DJ. Thematic analysis of the experience of group music therapy for people with chronic quadriplegia. <i>Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation</i> . 2014;20(3):236-247.	10/10
452	Tasiemski T, Kennedy P, Gardner BP, Blaikley RA. Athletic Identity and Sports Participation in People With Spinal Cord Injury. <i>Adapt Phys Act Q</i> . 2004;21(4):364-378.	13/13
453	Tasiemski T, Kennedy P, Gardner BP, Taylor N. The association of sports and physical recreation with life satisfaction in a community sample of people with spinal cord injuries. <i>Neurorehabilitation</i> . 2005;20(4):253-265.	4/4
454	Tate DG, Forchheimer M, Bombardier CH, Heinemann AW, Neumann HD, Fann JR. Differences in quality of life outcomes among depressed spinal cord injury trial participants. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> . 2015;96(2):340-348.	4/4
455	Tate DG, Forchheimer M, Maynard F, Davidoff G, Dijkers M. Comparing two measures of depression in spinal cord injury. <i>Rehabilitation Psychology</i> . 1993;38(1):53-61.	13/13
456	Tate DG, Forchheimer MB, Karana-Zebari D, Chiodo AE, Kendall Thomas JY. Depression and pain among inpatients with spinal cord injury and spinal cord disease: differences in symptoms and neurological function. <i>Disabil Rehabil</i> . 2013;35(14):1204-1212.	4/4
457	Tate DG, Heinrich RK, Maynard F, Buckelew SP. Moderator-variable effect on the Brief Symptom Inventory test-item endorsements of spinal cord injury patients. <i>Paraplegia</i> . 1994;32(7):473-479.	4/4
458	Tate DG, Kalpakjian C, Chiodo A, et al. Treatment of mild to moderate depression in persons with SCI: A randomized clinical trial. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> . 93(10):E9.	7/7
459	Tate DG, Kewman DG, Maynard F. The Brief Symptom Inventory: Measuring psychological distress in spinal cord injury. <i>Rehabilitation Psychology</i> . 1990;35(4):211-216.	4/4

Número de la cita	Cita	Código de exclusión
460	Tate DG. Alcohol use among spinal cord-injured patients. Am J Phys Med Rehabil. 1993;72(4):192-195.	13/13
461	Tavakoli SA, Kavian M, Bakhsh SC, et al. Is Level of Injury a Determinant of Quality of Life Among Individuals with Spinal Cord Injury? A Tertiary Rehabilitation Center Report. Oman med. 2016;31(2):112-116.	2/2
462	Tawashy AE, Eng JJ, Lin KH, Tang PF, Hung C. Physical activity is related to lower levels of pain, fatigue and depression in individuals with spinal-cord injury: a correlational study. Spinal Cord. 2009;47(4):301-306.	10/10
463	Tee JW, Chan CH, Gruen RL, et al. Early predictors of health-related quality of life outcomes in polytrauma patients with spine injuries: a level 1 trauma center study. Global spine j. 2014;4(1):21-32.	4/4
464	Temple RO, Elliott TR. Personality disorder characteristics and adjustment following spinal cord injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. 2000;6(1):54-65.	10/10
465	Tetrault M, Courtois F. Use of psychoactive substances in persons with spinal cord injury: a literature review. Ann Phys Rehabil Med. 2014;57(9-10):684-695.	11/11
466	Tirch D, Radnitz CL, Bauman WA. Depression and spinal cord injury: a monozygotic twin study. Journal of Spinal Cord Medicine. 1999;22(4):284-286.	11/11
467	Tomey KM, Chen DM, Wang X, Braunschweig CL. Dietary intake and nutritional status of urban community-dwelling men with paraplegia. Arch Phys Med Rehabil. 2005;86(4):664-671.	4/4
468	Tramonti F, Gerini A, Stampacchia G. Relationship quality and perceived social support in persons with spinal cord injury. Spinal Cord. 2015;53(2):120-124.	10/10
469	Tulsky DS, Kisala PA, Kalpakjian CZ, et al. Measuring depression after spinal cord injury: Development and psychometric characteristics of the SCI-QOL Depression item bank and linkage with PHQ-9. Journal of Spinal Cord Medicine. 2015;38(3):335-346.	6/6
470	Turner AP, Bombardier CH, Rimmele CT. A typology of alcohol use patterns among persons with recent traumatic brain injury or spinal cord injury: implications for treatment matching. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84(3):358-364.	4/4
471	Turner JA, Jensen MP, Warms CA, Cardenas DD. Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. Pain. 2002;98(1-2):127-134.	4/4
472	Ullrich P, Jensen M, Loeser J, Cardenas D. Catastrophizing mediates associations between pain severity, psychological distress, and functional disability among persons with spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2007;52(4):390-398.	2/2
473	Ullrich PM, Smith BM, Poggensee L, et al. Pain and post-traumatic stress disorder symptoms during inpatient rehabilitation among operation enduring freedom/operation iraqi freedom veterans with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2013;94(1):80-85.	13/13

474	Valtonen K, Karlsson AK, Alaranta H, Viikari-Juntura E. Work participation among persons with traumatic spinal cord injury and meningocele. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> . 2006;38(3):192-200.	4/4
475	van Leeuwen CM, Edelaar-Peters Y, Peter C, Stiggelbout AM, Post MW. Psychological factors and mental health in persons with spinal cord injury: An exploration of change or stability. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> . 2015;47(6):531-537.	10/10
476	van Leeuwen CM, Hoekstra T, van Koppenhagen CF, de Groot S, Post MW. Trajectories and predictors of the course of mental health after spinal cord injury. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2012;93(12):2170-2176.	2/2
477	van Leeuwen CM, Post MW, Westers P, et al. Relationships between activities, participation, personal factors, mental health, and life satisfaction in persons with spinal cord injury. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2012;93(1):82-89.	2/2
478	van Leeuwen CM, van der Woude LH, Post MW. Validity of the mental health subscale of the SF-36 in persons with spinal cord injury. <i>Spinal Cord</i> . 2012;50(9):707-710.	6/6
479	Virseda-Chamorro M, Salinas-Casado J, Lopez-Garcia-Moreno AM, Cobo-Cuenca AI, Esteban-Fuertes M. Sexual dysfunction in men with spinal cord injury: a case-control study. <i>Int J Impot Res</i> . 2013;25(4):133-137.	10/10
480	Vissers M, van den Berg-Emons R, Sluis T, Bergen M, Stam H, Bussmann H. Barriers to and facilitators of everyday physical activity in persons with a spinal cord injury after discharge from the rehabilitation centre. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> . 2008;40(6):461-467.	4/4
481	Weaver FM, LaVela SL, Miskevics S, Clemmons N, Janke EA, Spring B. Smoking behavior and readiness to change in male veterans with spinal cord injuries. <i>Rehabilitation Psychology</i> . 2007;52(3):304-310.	4/4
482	Weaver FM, Smith B, LaVela SL, et al. Smoking behavior and delivery of evidence-based care for veterans with spinal cord injuries and disorders. <i>Journal of Spinal Cord Medicine</i> . 2011;34(1):35-45.	13/13
483	Weeks DL, Greer CL, Bray BS, Schwartz CR, White JR, Jr. Association of antidepressant medication therapy with inpatient rehabilitation outcomes for stroke, traumatic brain injury, or traumatic spinal cord injury. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2011;92(5):683-695.	4/4
484	Weingardt KR, Hsu J, Dunn ME. Brief screening for psychological and substance abuse disorders in veterans with long-term spinal cord injury. <i>Rehabilitation Psychology</i> . 2001;46(3):271-278.	10/10
485	Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 1998;79(11):1433-1439.	4/4
486	White B, Driver S, Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. <i>Rehabilitation Psychology</i> . 2010;55(1):23-32.	10/10
487	Widerstrom-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Yezierski RP. Chronic pain after spinal injury: interference with sleep and daily activities. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> . 2001;82(11):1571-1577.	4/4

488	Wilcox NE, Stauffer ES. Follow-up of 423 consecutive patients admitted to the Spinal Cord Centre, Rancho Los Amigos Hospital, 1 January to 31 December 1967. Paraplegia. 1972;10(2):115-122.	10/10
489	Williams RT, Heinemann AW, Bode RK, Wilson CS, Fann JR, Tate DG. Improving measurement properties of the Patient Health Questionnaire-9 with rating scale analysis. Rehabilitation Psychology. 2009;54(2):198-203.	4/4
490	Williamson ML, Elliott TR. Major depressive disorder and factorial dimensions among individuals with recent-onset spinal cord injury. Rehabilitation Psychology. 2013;58(1):10-17.	4/4
491	Wollaars MM, Post MW, van Asbeck FW, Brand N. Spinal cord injury pain: the influence of psychologic factors and impact on quality of life. Clinical Journal of Pain. 2007;23(5):383-391.	13/13
492	Wong AW, Heinemann AW, Wilson CS, et al. Predictors of participation enfranchisement after spinal cord injury: the mediating role of depression and moderating role of demographic and injury characteristics. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95(6):1106-1113.	4/4
493	Wood-Dauphinee S, Exner G, Bostanci B, et al. Quality of life in patients with spinal cord injury--basic issues, assessment, and recommendations. Restor Neurol Neurosci. 2002;20(3-4):135-149.	7/7
494	Wool RN, Siegel D, Fine PR. Task performance in spinal cord injury: effect of helplessness training. Arch Phys Med Rehabil. 1980;61(7):321-325.	10/10
495	Woolrich RA, Kennedy P, Tasiemski T. A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. Psychol Health Med. 2006;11(1):80-90.	13/13
496	Young ME, Rintala DH, Rossi CD, Hart KA, Fuhrer MJ. Alcohol and marijuana use in a community-based sample of persons with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1995;76(6):525-532.	10/10
497	Znoj HJ, Lude P. Regulation of emotion and psychological symptoms in people with spinal cord injury. Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift fur Psychologie / Revue Suisse de Psychologie. 2002;61(4):203-210.	4/4

Anexo D. Cuadros de evidencia

Cuadro D-1. Riesgo de sesgo de las revisiones sistemáticas

Autor, año	¿Se proporcionó un diseño por adelantado?	¿Hubo una selección de estudios duplicada?	¿Hubo una duplicación de la extracción de datos?	
Boldt, 2014	Sí	Sí	Sí	
Craig, 2009	Sí	No está claro	No está claro	
Dorstyn, 2011 (TCC)	Sí	No está claro	No está claro	
Dorstyn, 2013 (telesalud)	Sí	No está claro	No está claro	
Jones, 2015	Sí	No está claro	No	
Kalpakjian, 2009	Sí	Sí	Parcialmente	
Le, 2016	Sí	Sí	Sí	
Lusilla-Palacios, 2015	Sí	No está claro	Sí	
Mehta, 2014	Sí	Sí	Sí	
Muller, 2012	Sí	Sí	Sí	
Perkes, 2014	Sí	Sí	Sí	
Sakakibara, 2009	Sí	Sí	Sí	
van Gorp, 2014	Sí	No está claro	No está claro	
van Leeuwen, 2012	Sí	Sí	No está claro	
Williams, 2015	Sí	Sí	No	

Autor, año	¿Se proporcionó una lista de los estudios incluidos?	¿Se proporcionó una lista de estudios excluidos?	
Boldt, 2014	Sí	Sí	
Craig, 2009	Sí	No	
Dorstyn, 2011 (TCC)	Sí	No	
Dorstyn, 2013 (telesalud)	Sí	No	
Jones, 2015	Sí	No	
Kalpakjian, 2009	Sí	No	
Le, 2016	Sí	No	
Lusilla-Palacios, 2015	Sí	No	
Mehta, 2014	Sí	No	

¿Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva?	¿Se utilizó el estado de la publicación (es decir, la literatura gris) como criterio de inclusión?	¿Se determinaron los criterios de inclusión y exclusión por adelantado?
Sí	No	Sí
Sí	No está claro	Sí
Sí	No está claro	Sí
Sí	No está claro	Sí
Sí	No	No está claro
Sí	No	Parcialmente
Sí	Sí	Sí
Sí	No	Sí
Sí	Sí	Sí
Sí	No está claro	Sí
Sí	No está claro	Sí
Sí	No	Sí
Sí	No está claro	Sí
Sí	No está claro	Sí
Sí	No está claro	Sí

¿Se facilitaron las características de los estudios incluidos?	¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos para formular las conclusiones?
Sí	Sí	Sí
Sí	No	No
Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí
Sí	No	No
Sí	No	No
Sí	No está claro	No está claro
Sí	No	No está claro
Sí	Sí	Sí

Autor, año	¿Se proporcionó una lista de los estudios incluidos?	¿Se proporcionó una lista de estudios excluidos?	
Muller, 2012	No	No	
Perkes, 2014	Sí	No	
Sakakibara, 2009	Sí	No	
van Gorp, 2014	Sí	No	
van Leeuwen, 2012	Sí	No	
Williams, 2015	Sí	No	

Autor, año	¿Fueron adecuados los métodos utilizados para combinar los resultados de los estudios? ¿Las síntesis cualitativas y las calificaciones de la fuerza de la evidencia consideran adecuadamente factores como la precisión, la sistematización y las limitaciones metodológicas?	
Boldt, 2014	Sí	
Craig, 2009	No está claro	
Dorstyn, 2011 (TCC)	Sí	
Dorstyn, 2013 (telesalud)	Sí	
Jones, 2015	No está claro	
Kalpakjian, 2009	Sí	
Le, 2016	Sí	
Lusilla-Palacios, 2015	No	
Mehta, 2014	Sí	
Muller, 2012	Sí	
Perkes, 2014	Sí	
Sakakibara, 2009	Sí	
van Gorp, 2014	Sí	
van Leeuwen, 2012	Sí	
Williams, 2015	Sí	

¿Se facilitaron las características de los estudios incluidos?	¿Se evaluó y documentó la calidad científica de los estudios incluidos?	¿Se utilizó adecuadamente la calidad científica de los estudios incluidos para formular las conclusiones?
Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí
Sí	Sí	Sí
Sí	No está claro	No está claro

¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de la publicación?	¿Se describieron los conflictos de intereses de los autores de la revisión sistemática?	¿Se describieron los conflictos de intereses de los autores de los estudios primarios?	Riesgo de sesgo
No	Sí	No	Bajo
No	No	No	Alta
No está claro	No	No	Medio
No está claro	Sí	No	Medio
No	Sí	No	Alta
No	No	No	Medio
Sí	Sí	No	Bajo
No	Sí	No	Medio
No	Sí	No	Medio
No	Sí	No	Medio
Sí	Sí	No	Bajo
No	No	No	Medio
No	Sí	No	Medio
No	Sí	No	Medio
Sí	No	No	Medio

Cuadro D-2. Riesgo de sesgo de los estudios aleatorizados comparados

Autor, año	¿La aleatorización es adecuada?	¿La ocultación de la asignación es adecuada?	¿Los grupos eran similares en el punto de referencia inicial?	¿Se ocultaron los evaluadores de resultados?	¿Había ocultamiento para el proveedor?	
Cárdenas, 2002	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí	
Cárdenas, 2013	Sí	Sí	Sí	No está claro	Sí	
Diego, 2002	No	No está claro	No está claro	Sí	No	
Fann, 2015 Bombardier, 2014 Ruhe, 2005 Williams, 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
Hicks, 2003 Martin-Ginnis, 2003	No	No está claro	Sí	No está claro	No	
Houlihan, 2011 Houlihan, 2013 Mercier, 2015	No está claro	No está claro	No	No está claro	No	
Nooijen, 2016	Sí	No está claro	Sí	Sí	No	
Norrbrink, 2009	No está claro	No está claro	No	No está claro	Sí	
Rintala, 2007	Sí	No está claro	Sí	No está claro	No está claro, enmascaramiento doble	
Siddall, 2006	Sí	Sí	Sí	No está claro	No está claro, enmascaramiento doble	
Yilmaz, 2014	No está claro	No está claro	No está claro	No está claro	Sí	

Cuadro D-3. Riesgo de sesgo de los estudios observacionales

Autor, año	¿Selección no sesgada?	¿Pérdida global de seguimiento o pérdida diferencial de seguimiento aceptables?	¿Resultados preestablecidos y definidos?	¿Se han descrito adecuadamente las técnicas de comprobación?	
Ahoniemi, 2011	Sí	No está claro	Sí	Sí	
Bradley, 1994	No	No; sí	Sí	Sí	
Hartkopp, 1997	Sí	No está claro	No está claro	Sí	
Kalpakjian, 2006	Sí	Sí	Sí	Sí	
Kemp, 1999 “La depresión entre los afroamericanos (...)”	No está claro	Sí	Sí	Sí	
Kennedy, 2006 (actividad psicosocial)	No está claro	Sí	Sí	Sí	
Krause, 1999					
Krause, 2000 “Resultados de salud (...)”	Sí	Sí	Sí	Sí	
Krause, 2009	Sí	Sí	Sí	Sí	
Sweeney, 1982	No	Sí	No está claro	Sí	
Ullrich, 2014	Sí	Sí	Sí	Sí	

¿Había ocultamiento para los pacientes?	Análisis por intención de tratar	Nivel aceptable de exclusión general (<20%)	Nivel aceptable de exclusión diferencial (<10%)	Riesgo de sesgo
Sí	Sí	No	Sí	Medio
Sí	Sí	Sí	Sí	Bajo
No	No está claro	No está claro	No está claro	Alto
Sí	Sí	Sí	Sí	Bajo
No	Sí	Sí	Sí	Alto
No	Sí	Sí	Sí	Medio
No	Sí	No	Sí	Medio
Sí	Sí	Sí	Sí	Alto
No está claro, enmascaramiento doble	Sí	No	Sí	Medio
No está claro, enmascaramiento doble	Sí	No	Sí	Medio
No está claro, enmascaramiento doble	No está claro	No	Sí	Alto

¿Métodos de comprobación no sesgados y adecuados?	¿Análisis estadístico de los posibles factores de confusión?	¿Duración adecuada del seguimiento?	Clasificación del riesgo global de sesgo (alto, medio, bajo)
Sí	No está claro	Sí	Medio
Sí	No	Sí	Alto
Sí	No está claro	Sí	Medio
Sí	Sí	Sí	Medio
Sí	No está claro	Sí	Alto
Sí	No	Sí	Alto
Sí	Sí	Sí	Medio
Sí	No está claro	Sí	Medio
No está claro	No	Sí	Alto
Sí	No está claro	Sí	Medio

Cuadro D-4. Riesgo de sesgo de los estudios observacionales sobre los factores de riesgo

Autor, año	¿La muestra del estudio representa adecuadamente a la población de interés?	¿Los datos del estudio disponibles (es decir, los participantes que no se perdieron durante el seguimiento) representan adecuadamente la muestra del estudio?	¿El factor pronóstico se mide de forma similar para todos los participantes?	
Abdul-Sattar, 2014	Sí	Sí	Sí	
Alschuler, 2013	Sí	Sí	Sí	
Arango-Lasprilla, 2011	Sí	Sí	Sí	
Bailey, 2012	Sí	Sí	Sí	
Bannerjea, 2009	Sí	Sí	Sí	
Binks, 1997	No está claro	No está claro	No está claro	
Bombardier, 2016	Sí	Sí	Sí	
Burns, 2009 Burns, 2010	Sí	No está claro	Sí	
Cao, 2014 (Psicología de la rehabilitación)	No está claro	Sí	Sí	
Cao 2014b ("Archivos de...")	Sí	Sí	Sí	
Catalano, 2011	No está claro	No está claro	Sí	
Charlifue, 1991	Sí	Sí	Sí	
Manguito, 2014	Sí	Sí	Sí	
Cragg, 2015	No está claro	No está claro	Sí	
Craig, 2015	No está claro	No está claro	Sí	
Danner, 2000	Sí (VA)	Sí	Sí	
Daverat, 1995	Sí	Sí	Sí	
Dodd, 2015	Sí	Sí	Sí	
Dryden, 2005	Sí	Sí	Sí	
Fann, 2013	Sí	Sí	Sí	
Geyh, 2013	Sí	Sí	Sí	
Gioia, 2006	Sí	Sí	Sí	
Hartoonian, 2014	Sí	Sí	Sí	
Hassanpour, 2012	Sí	Sí	Sí	
Hatcher, 2009	No está claro	Sí	Sí	

¿El resultado de interés se mide de forma similar para todos los participantes? ¿Se han tenido en cuenta adecuadamente los posibles factores de confusión? ¿El análisis estadístico es apropiado y se informan todos los resultados primarios? Riesgo de sesgo				
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	No está claro	No está claro	No está claro	Alto
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	No está claro	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Alto
	Sí	Sí	Sí	Alto
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Alto

Autor, año	¿La muestra del estudio representa adecuadamente a la población de interés?	¿Los datos del estudio disponibles (es decir, los participantes que no se perdieron durante el seguimiento) representan adecuadamente la muestra del estudio?	¿El factor pronóstico se mide de forma similar para todos los participantes?	
Hoffman, 2011	Sí	Sí	Sí	
Holicky, 1999	Sí	Sí	Sí	
Huang, 2014	Sí	Sí	Sí	
Hwang, 2014	Sí	Sí	Sí	
January, 2014 (Archivos de psicología médica y rehabilitación)	Sí	Sí	Sí	
January, 2015 (psicología de la rehabilitación)	Sí	Sí	Sí	
Jensen, 2014	Sí	Sí	Sí	
Kalpakjian, 2011	Sí	Sí	Sí	
Kemp, 2014	Sí	Sí	Sí	
Krause, 2010 (Archivos de psicología médica y rehabilitación)	Sí	Sí	Sí	
LaVela, 2012	No está claro	No está claro	Sí	
Lidal, 2013	No está claro	No está claro	Sí	
Lin, 2009	No está claro	No está claro	Sí	
Liu, 2010	No está claro	Sí	Sí	
Lundqvist, 1997	No está claro	Sí	Sí	
Martz, 2005 (psicología de la rehabilitación)	No está claro	Sí	Sí	
McCullumsmith, 2015	Sí	Sí	Sí	
Migliorini, 2008	Sí	Sí	Sí	
Migliorini, 2009	Sí	Sí	Sí	
Monin, 2014	Sí	Sí	Sí	
Muller, 2015	Sí	Sí	Sí	
Nam, 2013	Sí	Sí	Sí	
Nelson, 2010	Sí	Sí	Sí	
Nielsen, 2003	Sí	Sí	Sí	
O'Shea, 2014	Sí	Sí	Sí	
Oh, 2006	Sí	Sí	Sí	

¿El resultado de interés se mide de forma similar para todos los participantes? ¿Se han tenido en cuenta adecuadamente los posibles factores de confusión? ¿El análisis estadístico es apropiado y se informan todos los resultados primarios? Riesgo de sesgo				
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Alto
	Sí	Sí	Sí	Alto
	Sí	Sí	Sí	Alto
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Alto
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio

Autor, año	¿La muestra del estudio representa adecuadamente a la población de interés?	¿Los datos del estudio disponibles (es decir, los participantes que no se perdieron durante el seguimiento) representan adecuadamente la muestra del estudio?	¿El factor pronóstico se mide de forma similar para todos los participantes?	
Pakpour, 2016	Sí	Sí	Sí	
Peter, 2015	Sí	Sí	Sí	
Riggins, 2011	Sí	Sí	Sí	
Rintala, 2005	Sí	Sí	Sí	
Saunders, 2011 Saunders, 2013	Sí	No está claro	Sí	
Saunders, 2012	Sí	Sí	Sí	
Schandler, 1995	Sí	Sí	Sí	
Schonenberg, 2014	Sí	Sí	Sí	
Tasiemski, 2011	Sí	Sí	Sí	
Tate, 1994	Sí	Sí	Sí	
Tate, 2004	Sí	Sí	Sí	
Tsai, 2014	Sí	Sí	Sí	
Ullrich, 2013 (psicología de la rehabilitación)	Sí	Sí	Sí	
Ullrich, 2014	Sí	Sí	Sí	
Williams, 2014	Sí	Sí	Sí	

¿El resultado de interés se mide de forma similar para todos los participantes? ¿Se han tenido en cuenta adecuadamente los posibles factores de confusión? ¿El análisis estadístico es apropiado y se informan todos los resultados primarios? Riesgo de sesgo				
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Medio
	Sí	Sí	Sí	Alto
	Sí	Sí	Sí	Medio