

The background of the page features a large, faint watermark of the seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains the text "UNIVERSITAS SAN CAROLIS GUATEMALENSIS INTER CETERAS ORBIS CONSPICUA CAPUT AMERICANA ACADEMIA COACTEMALTEMA" around its perimeter. The central emblem depicts a figure on horseback, likely a saint or a historical figure, holding a staff and a banner. The banner on the left says "PLUS" and the banner on the right says "ULTRA". Above the figure are various heraldic symbols, including a castle, a lion, and a crown.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA –CIEPS-
“MAYRA GUTIERREZ”**

**IMPORTANCIA DE LA REINSERCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON PARAPLEJÍA
A QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES
DE 18 A 35 AÑOS”.**

VERONICA ALICIA RUIZ SANTOS

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPS-
“MAYRA GUTIERREZ”**

**“IMPORTANCIA DE LA REINSERCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON PARAPLEJÍA
QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES
DE 18 A 35 AÑOS”.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO**

DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

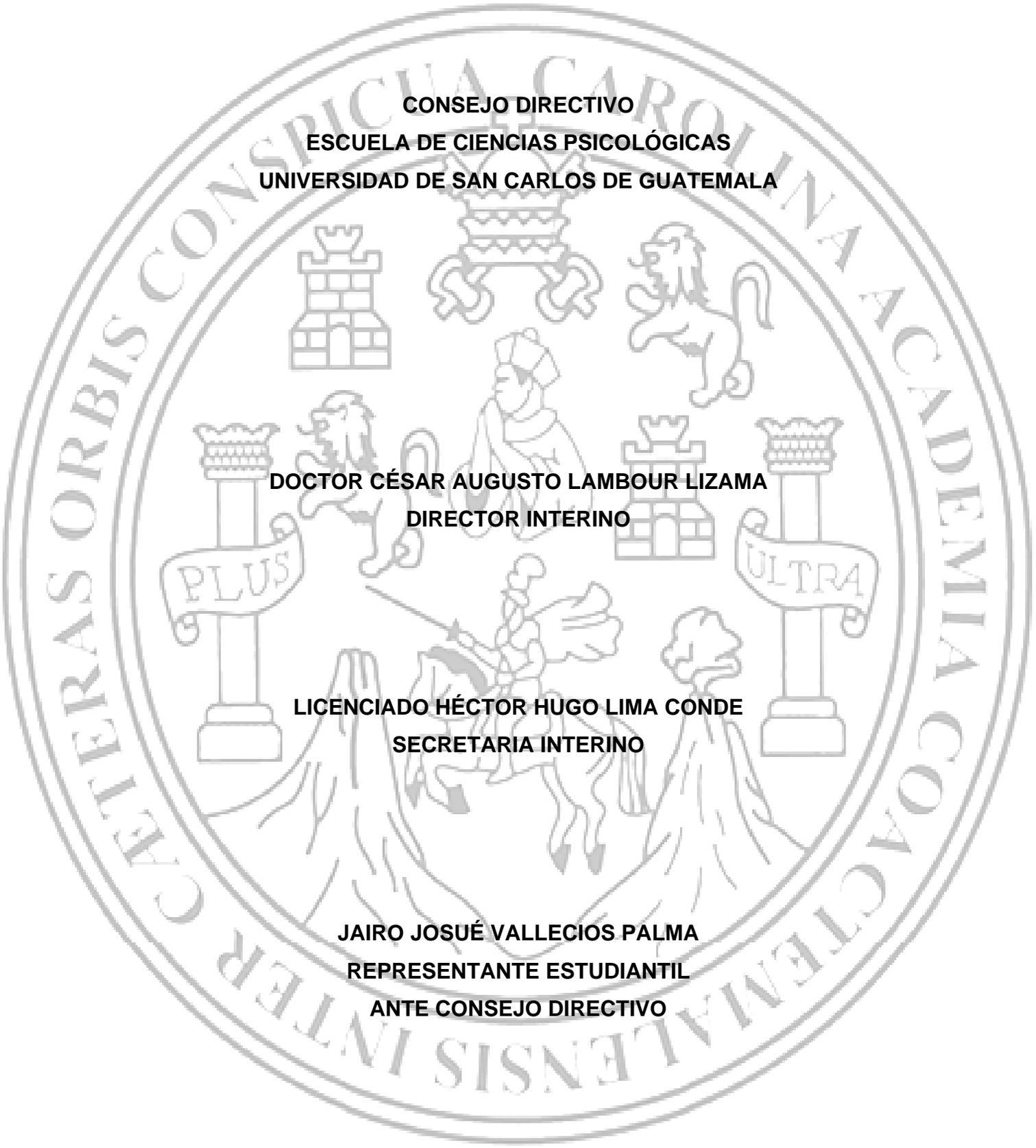
VERONICA ALICIA RUIZ SANTOS

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVA**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TECNICA UNIVERSITARIA

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2012

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a seated man, likely a saint or scholar, surrounded by various heraldic symbols including castles, lions, and a crown. The Latin motto "PETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIA INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24 187530 - Telefax 24 187543
e-mail: uacopsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs
Reg. 139-2003
DIR. 1844-2012

De orden de Impresión Final de Investigación

25 de septiembre de 2012

Estudiante
Veronica Alicia Ruiz Santos
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES GUIÓN DOS MIL DOCE (1833-2012), que literalmente dice:

"UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"IMPORTANCIA DE LA REINSECCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON PARAPLEJÍA QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 18 A 35 AÑOS,"** de la carrera de: Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

Veronica Alicia Ruiz Santos

CARNÉ No. 99-18495

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Bertha Girard de Ramírez y revisado por Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 1493-2012
REG: 139-2003
REG: 023-2011

INFORME FINAL

Guatemala, 18 septiembre 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“IMPORTANCIA DE LA REINSERCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON PARAPLEJÍA QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 18 A 35 AÑOS.”

ESTUDIANTE: **Veronica Alicia Ruíz Santos** CARNÉ No. **99-18495**

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el 05 de septiembre 2012 y se recibieron documentos originales completos el 17 de septiembre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Marco Antonio García Enríquez
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: uacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Reinserción e Información
CUM/USAC



CIEPs. 1494-2012
REG: 139-2003
REG: 023-2011

FIRMA: *[Signature]* HORA: 14:00 REGISTRO: 139-03

Guatemala, 18 de septiembre 2012

Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"IMPORTANCIA DE LA REINSERCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON PARAPLEJÍA QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 18 A 35 AÑOS."

ESTUDIANTE:
Veronica Alicia Ruiz Santos

CARNÉ No.
99-18495

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 02 de septiembre 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
Licenciado Marco Antonio García Enríquez
DOCENTE REVISOR





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala,
Agosto 31 del 2011.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Departamento de Investigaciones Psicológicas
"Mayra Gutiérrez" -CIEPs.-
C U M

Licenciada de Álvarez:

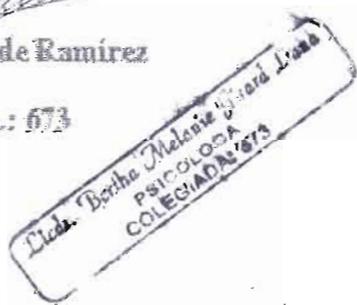
Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría del Informe Final de Investigación Títulado: "IMPORTANCIA DE LA REINSERCIÓN LABORAL EN PACIENTES CON PARAPLEJIA QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE REHABILITACIÓN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL COMPRENDIDOS ENTRE LAS EDADES DE 18 A 35 AÑOS", elaborado por la Estudiante:

Verónica Alicia Ruiz Santos Carné No.: 199918495

El trabajo fue realizado a partir del 14 de agosto del año dos mil tres, al 31 de agosto del año dos mil once. Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs., por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Atentamente,

Licenciada Bertha Girard de Ramirez
ASESORA
Colegiado Activo No.: 673



BGdR/susy
c.c.archivo



Guatemala, 26 de agosto de 2011.

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPS- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Licenciada Álvarez:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Verónica Alicia Ruiz Santos, carné 1999-18495 y Ana Patricia Quel García, carné 1999-21926 realizaron en esta institución entrevistas a pacientes de la sala de lesiones medulares como parte del trabajo de investigación titulado **"Importancia de la Reinserción Laboral dirigido a pacientes con paraplejia que asisten al Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social comprendidos entre las edades de 18 a 35 años"** en el periodo comprendido de abril a julio del presente año, en horario de 10:30 a 11:30 y de 14:00 A 15:30 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,

Miriam Tobar
Terapeuta Ocupacional y Recreativo
Jefe a.i. del Departamento de Terapia Ocupacional

C.c.: file

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS:** Por darme la vida y concederme la gracia de realizar y alcanzar mis objetivos así como bendecirme con la mejor de las madres y con una familia tan hermosa.
- A MI MADRE:** Marta Ruiz por su esfuerzo, amor y apoyo incondicional y porque con su lucha constante nos saco adelante y hoy estoy aquí culminando algo que siempre soñamos.
- A MIS HERMANAS:** Jacqueline y Alejandra por su apoyo y cariño que siempre me han brindado y con el que me motivaron a seguir adelante para llegar a ser un ejemplo de lucha constante digno de seguir.
- A MI ESPOSO:** Juan Carlos Barrios por su amor y comprensión porque me insta a seguir luchando por mis ideales cada día para que juntos saquemos adelante a nuestro hijo
- A MÍ BEBE:** Carlos Daniel porque siendo el mayor tesoro que Dios me ha dado es mi fuente de inspiración y mi motivo de existir que me exhorta a seguir luchando para ofrecerle un futuro mejor.
- A TODA MI FAMILIA:** Que siempre hemos estado unidos en los buenos y en los malos momentos por los que hemos pasado.

AGRADECIMIENTOS

- Ψ Al hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en especial al Departamento de Terapia Ocupacional y Recreativa por concederme la oportunidad de haber realizado esta investigación en dicho centro asistencial.
- Ψ A los pacientes de la sala de lesiones medulares quienes con su participación y colaboración han hecho posible culminar este proceso investigativo
- Ψ A la Licenciada Berta Girard y al Licenciado Marco Antonio García porque con su orientación y asesoría se realizó un trabajo exitoso.
- Ψ A señora Miriam Tobar Terapeuta Ocupacional y Recreativo por su constante apoyo y el interés que mostro en este trabajo, facilitando los medios para la realización de este proyecto.

PADRINO DE GRADUACION

CARLOS ARMANDO SUBYUJ ALVAREZ

MEDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 6231

INDICE

CAPITULO I

Resumen

Prólogo

Introducción.....	1
Planteamiento inicial del problema.....	2
Marco teórico.....	3
Antecedentes históricos del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS.....	3
Enfoques teóricos.....	10
Modelo de la Ocupación Humana.....	10
Estructura teórica del modelo de ocupación humana.....	13
Paraplejía.....	20
Paraplejía flácida y espástica.....	23
El nivel de la lesión.....	25
Causas.....	26
Consecuencias.....	28
Tratamiento.....	29
Aceptación de la incapacidad.....	32
Depresión.....	33
Frustración.....	34
Barreras Arquitectónicas y urbanísticas dentro del entorno integrado.....	35
Reinserción Psicosocial.....	38
El medio familiar y la rehabilitación.....	39
El círculo afectivo y la adaptación social.....	40
La sociedad frente al discapacitado.....	41
La divulgación y la colaboración de los empleadores.....	42
Reinserción Laboral.....	43

Recomendaciones practicas sobre la discapacidad en el lugar de trabajo según la Organización Internacional de Trabajo (OIT).....	47
Hipótesis.....	48

CAPITULO II

Técnicas

Técnicas de muestreo.....	50
Técnicas de análisis estadístico.....	51
Instrumentos.....	52
Entrevista.....	52

CAPITULO III

Presentación y análisis de resultados

Presentación de resultados.....	53
Análisis de resultados.....	54

CAPITULO IV

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones.....	69
Recomendaciones.....	71
Bibliografía.....	73
Anexos.....	76

Resumen

“Importancia de la reinserción laboral en pacientes con paraplejía que asisten al Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social comprendidos entre las edades de 18 a 35 años”

Autora: RUIZ SANTOS VERONICA ALICIA

El informe final que a continuación se presenta fue desarrollado con el propósito de evidenciar las causas de desempleo a consecuencia de las lesiones que dejan como secuela una paraplejía que sufren algunas personas que han sido víctimas de la violencia generada en el país o bien a causa de un accidente automovilístico, así como la importancia que tiene para su retorno a labores cotidianas la aceptación no solo personal sino de las personas que le rodean pasando por un proceso de rehabilitación y al finalizar el mismo reintegrarse a la sociedad, dar a conocer la trascendencia y la efectividad que tienen los talleres de reinserción laboral en pacientes con paraplejía en donde se les ha preparado tanto física como emocionalmente para poder optar a un trabajo o bien adaptarlos a uno nuevo.

Este proyecto se llevó a cabo en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los meses de abril a julio con el 25% de la población interna, que se encuentran en la Sala de Lesiones Medulares de dicho hospital con personas que se encuentran comprendidos entre las edades de 18 a 35 años.

Para efectos de esta investigación se realizaron técnicas de recolección de datos como una entrevista estructurada en la que se evidenció datos generales y laborales de cada uno de los pacientes involucrados.

La oportuna atención médica y rehabilitativa es vital ya que mejora indudablemente la calidad de vida de cada paciente con secuelas de paraplejía a través de la ocupación humana incluyendo mente-cuerpo así como la reinserción del individuo a la sociedad como un ente completo.

Prólogo

La investigación se realizó en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de seguridad Social IGSS con 14 pacientes internos de la sala de lesiones medulares, con el fin de evidenciar la importancia que tiene para cada uno de ellos ser reincorporados a la sociedad de una manera productiva económicamente logrando esto a través de los talleres de reorientación laboral tomando en cuenta que el perfil del desempleado con capacidades diferentes como la paraplejía no está asociado a un predominio exclusivo del género masculino sino que también las mujeres enfrentan estas dificultades.

Es importante que la sociedad conozca la problemática real del desempleo de personas con paraplejía en Guatemala reconociendo el impacto que esta discriminación y rechazo por parte de los empleadores causa en las familias guatemaltecas tales como el desequilibrio económico.

Esto adquiere importancia social ya que mientras se tome conciencia de esta situación se mejora la calidad de vida de estos pacientes ofreciéndoles una nueva oportunidad de empleo en la que puedan desarrollarse como seres humanos llegando a la autorrealización y superando cualquier obstáculo que se les haya presentado.

Poniendo énfasis en la relevancia que tienen los talleres de reinserción laboral y los intereses que cada paciente tiene para ser incluido dentro del programa de reinserción laboral, ya que si bien es cierto fue afectada su actividad motora mas no su capacidad intelectual para adquirir y aplicar nuevos conocimientos para lograr alcanzar sus metas socio-laborales.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia que se ha generado en Guatemala en los últimos años es uno de los factores predominantes para que en la actualidad existan tantas personas con trastornos psíquicos, y emocionales así como limitaciones económicas a consecuencia de haber sufrido algún accidente que les imposibilitan seguir con una vida ordinariamente “normal”, dejándolos en un estado de paraplejía, cuadriplejia o hemiplejia (según cada caso).

Por ser tan amplia la gama de estas limitaciones físicas solamente se limitó al estudio de **la paraplejía**, la cual consiste en: Parálisis de las extremidades inferiores, que suprime el movimiento y la sensibilidad de dicha región.

Dicho estudio se llevó a cabo en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con personas con secuelas de paraplejía comprendidos entre las edades de 18 a 35 años.

En dicho centro asistencial ya existen talleres ocupacionales y de rehabilitación en donde estas personas pueden reincorporarse nuevamente a una vida productiva por medio de un adecuado tratamiento de terapia ocupacional y recreativa trabajando conjuntamente con una oportuna fisioterapia diaria. Este programa consistió en la evaluación que se realizó en el área laboral donde se desempeñaban antes del accidente y después de haber estado integrados en los talleres de reinserción laboral y así observar las deserciones o satisfacciones que pueden darse. Así como sugerencias para mejorar los talleres ya implementados en este nosocomio.

1.1 Planteamiento Inicial del Problema

Viviendo en un país como Guatemala, donde impera la violencia en todos sus ámbitos, es interesante ver como algunas personas hacen discriminación contra seres iguales a ellos por tener alguna limitación física o sensorial y en este estudio se trabajó sobre como puede erradicarse esto y generar fuentes de empleo disminuyendo así la violencia, la frustración y hasta los posibles trastornos de ansiedad o depresión en los que pueden caer las personas con discapacidad (paraplejia).

La investigación estuvo orientada a determinar en qué consiste el problema del desempleo de las personas con discapacidad (paraplejia) el cual constituye un fenómeno de gran repercusión social y profunda desorientación personal, este tiene tal fuerza destructiva en el bloqueo de las expectativas de entrada en el mundo del resto de la sociedad sin ningún tipo de limitación física o mental restringiendo de esta forma la autonomía financiera y provocando frustración por el hecho de no poder desarrollar sus proyectos de vida y de trabajo por el motivo que haya ocurrido la discapacidad tal es el caso de accidentes automovilísticos, violencia (principalmente) entre otros causantes.

Es por ello que es relevante determinar cuáles son las causas para que los empleadores no den el trabajo aun estando las personas capacitadas para optar al mismo, así como también las consecuencias que tiene en las personas que se ven afectadas por tal discriminación, tomando en cuenta que a los que no tienen ninguna instrucción académica o de oficio debieron instruirse en talleres de implementación laboral para poder darles la capacitación necesaria para reincorporarse en todos los ámbitos de su vida.

El sentirse valorado como persona es algo que los paraplégicos han perdido o bien ya no se sienten estimados por los demás por su condición física, pero muchos no comprenden que sus capacidades mentales y sensoriales aún son funcionales.

El enfoque teórico utilizado como guía para este estudio fue el Modelo de la Ocupación Humana.

1.2 Marco teórico

1.2.1. Antecedentes Históricos Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS

Iniciando sus labores en el año de 1948 la implementación efectiva del régimen se inició el 1º de enero de ese año, mediante la cobertura del riesgo de accidentes de trabajo a favor de los trabajadores al servicio de empresas que emplean cinco o más personas en el municipio de Guatemala y a los trabajadores al servicio del estado en todo el país. El 1º de octubre esta cobertura se extendió para los trabajadores al servicio de empresas particulares, a los departamentos de Guatemala, Quetzaltenango, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal acdo. 50 de la junta directiva del 16 de Septiembre de 1948.

El doctor José A. Campo fue nombrado jefe del nuevo servicio creado con el nombre de “Departamento de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”. La sección de reeducación física se componía de servicios de:

- Mecanoterapia
- Electroterapia

- Masoterapia
- Gimnasia y
- Terapia ocupacional y recreativa

Con esta organización y el personal mencionado inicio labores el día lunes 23 de Febrero de 1946 el departamento de rehabilitación del instituto, en el local que ocupa la casa No. 8-45 de la 5ª calle zona 1 la que se componía de 5 habitaciones distribuidas así:

- Un cuarto para la dirección
- Uno para servicios administrativos y secretaria
- Dos piezas para reeducación física
- Una más para el taller de encuadernación

Se dio la necesidad de alquilar el chalet llamado “Loma Linda” situado en la zona 11 a partir del 1º de enero de 1949 a donde se movió todo el equipo del departamento. Se instaló un taller de hilados y tejidos nombrándose al maestro Reginaldo Rodríguez, como encargado, se abrió también un taller de radiotécnica teniendo como maestro al señor José González Campo, taller de carpintería con el Sr. Luís Villagrán, la señora de Solares se hizo cargo del servicio de audiometría y reorientación profesional. Se nombró como jefe del departamento al Dr. Carlos Federico Mora y al Dr. Carlos Umaña Rodríguez como jefe interino.

La gerencia decidió alquilar un local mayor y más amplio habiendo alquilado la casa No. 54 de la Avenida Simeón cañas el 1 de enero de 1950. Se instalaron 2 internados el de Loma Linda con el nombre de Internado No. 1 y el de la Avenida Simeón Cañas como Internado No. 2.

1.2.2 Fundamentos del Proyecto Presentado por la Dirección Técnica del Centro de Rehabilitación en Agosto de 1953

1. Ampliar y cambiar la disposición de edificios y áreas ocupadas para facilitar su funcionamiento.
2. Se propone comprar o adquirir un predio de mayores dimensiones
3. Preparación técnica adecuada de personal técnico, administrativo y de servicios varios.
4. Adquisición y compra de equipo médico de rehabilitación y de trabajo en general.

En enero de 1953 dadas las dificultades para atender los servicios de rehabilitación se trasladan para ser unificados al chalet SCHWANK situado en la 13 calle de la zona 10 de esta ciudad.

El 10 de julio de 1953 después de su regreso a Guatemala el Dr. Aguilera, se hace cargo de la dirección de la unidad de rehabilitación localizada en la 13 calle de la zona 10, observo la necesidad de mejorar los servicios que prestaba el departamento de rehabilitación ya que todo el personal trabajaba sin coordinación y sin perseguir un objetivo adecuado para cada caso.

En 1954 para reforzar y mejorar el servicio de terapia ocupacional se nombra a la señora Carmen de Dorigoni como terapeuta ocupacional.

Se organizó la sección de Terapia Ocupacional en dos partes: una que trataría de mejorar destrezas y movimientos finos y otra para obtener recuperación de fuerza y capacidad de trabajo.

Se inició un programa de reorientación profesional con apoyo de las autoridades facilitando equipos a los pacientes egresados cuando tenían necesidad de aprender nuevos oficios o profesiones.

En virtud de las necesidades urgentes de preparar personal en forma tecnificada se abre la Escuela de Terapia Física y Ocupacional el 17 de agosto de 1955 bajo la dirección del Dr. Miguel Ángel Aguilera con 4 profesores y la experta de las naciones unidas la señorita Sahara Sofía Kontio, bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Terapia Ocupacional es la sección donde se complementan los tratamientos utilizando nuevos recursos en relación con trabajos prácticos para poder alcanzar la pronta recuperación de los pacientes en los talleres de carpintería, terapia laboral, encuadernación, zapatería, etc. Así como actividades de terapia recreativa y educativa general y especialización con objeto de preparar a los pacientes para aprovechar mejores oportunidades a su salida del centro.

La sección de reorientación profesional fue reorganizada técnicamente y presta sus servicios desde el 21 de junio de 1956, siguiendo los lineamientos presentados por el experto Dr. Jorge Ronalt de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) abriendo nuevos talleres de entrenamiento profesional con equipo recién adquirido.

El 31 de octubre de 1955 el centro que ocupaba el antiguo e inadecuado edificio del chalet Schwank fue trasladado al local del centro de hospedaje y convalecencia situado en la zona 4 de esta ciudad.

En julio de 1955 la dirección del centro presenta un proyecto para el aprovechamiento y utilización de un terreno propiedad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, localizado en Eureka con dimensiones de 16 manzanas.

El 1º. De Noviembre a solicitud de la dirección se traslada del consultorio central del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social al Dr. Israel De León nombrándole medico auxiliar del centro.

El 12 de Noviembre de 1956 reunidos en la casa de habitación del Doctor Raúl Fuentes Hernández y su Sra. Carmen Bonifaci de Fuentes un grupo de personas entusiastas y voluntarias fundaron la Asociación Guatemalteca de Rehabilitación de Lisiados nombrándose como primer presidente al Lic. Ivo Schlesinger a quien se le encargó la redacción de los estatutos.

1.2.3 Inauguración del nuevo edificio del Hospital de Rehabilitación

Se llevó a cabo el 12 de junio de 1974, cuando se declara solemnemente inaugurado el nuevo edificio del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Ofrece tratamiento rehabilitativo por medio de un equipo multidisciplinario coordinado por el medico fisiatra. El equipo cuenta con psicólogo/a, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, trabajo social y terapeuta del lenguaje.

Es un Hospital de referencia que atiende pacientes afiliados al régimen del seguro social de toda la República, con capacidad para atender diariamente entre 900 y 1,200 pacientes, cuenta con los siguientes servicios:

- Servicio de Lesiones Medulares
- Servicio de Lesiones Craneoencefálicas.
- Servicio de Amputados y Lesiones de Nervios Periféricos.
- Servicio de Lesiones Diversas

La Consulta Externa funciona con Especialistas en el campo de la Rehabilitación y en las especialidades de: Neurología, Psiquiatría, Medicina Interna, Nutriología, Odontología y clínicas de Electro diagnóstico.

Cuenta con áreas específicas de rehabilitación para los pacientes según cada caso entre las que se encuentran:

- Áreas de Terapia:
- Terapia Física: Mecanoterapia, Hidroterapia, Electroterapia, Ultrasonido.
- Área Terapéutica: Gimnasia terapéutica, Área de ambulaci6n, Terapia laboral,
- Terapia deportiva, Área de lesiones craneoencefálicas, área de Lesiones
- Medulares y de amputados.
- Terapia Ocupacional.
- Terapia de Lenguaje.
- Áreas de Readaptación laboral.
- Área de Prótesis y Ortesis
- Zapatería y Corsetería

Actualmente se encuentra ubicado en la 4ª calle y 14 avenida colinas de pamplona zona 12 ofrece también varios talleres de rehabilitación física y de reorientación laboral a los pacientes que atiende entre los que cabe mencionar:

- Computación
- Sastrería
- Zapatería
- Belleza

A los que pueden asistir los pacientes después de cierto tiempo de tratamiento y siempre y cuando el médico dictamine que está apto o preparado para este procedimiento, el tiempo puede variar de una persona a otra ya que todo proceso es individual considerando la constitución física y psicológica de cada paciente y la manera en que este asimila su estado o situación para incluir al paciente en los talleres existentes o bien darle de alta, tiempo que puede variar de 6 meses a un 1 año antes de que esto suceda según cada caso en particular.

Esta investigación está basada sobre las bases sostenibles de la teoría del modelo de la ocupación humana, es importante ver como esta propuesta está diseñada de una manera incluyente y que lejos de discriminar a la persona la valora como tal haciendo notar que es productiva aun a pesar de las circunstancias adversas que se le presentan y que tiene ahora una discapacidad física parcial pero no un impedimento intelectual total, ya que estas capacidades no se han visto afectadas en ninguna de sus formas.

1.3. Enfoques Teóricos

1.3.1 Modelo de la ocupación humana

Modelo propio de la Terapia Ocupacional, interpreta a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, resaltando el “Comportamiento Ocupacional” como un proceso organizador.

También incluye a los contextos ambientales del comportamiento ocupacional, que son una combinación de espacios, objetos, formas ocupacionales y/o grupos sociales coherentes que constituyen un contexto significativo para el desempeño. Dentro de estos están: el hogar, vecindario, escuela, lugar de trabajo y lugares de reunión y recreación.

1.3.2 Rehabilitación psicosocial: una perspectiva desde el modelo de ocupación humana

El objetivo de este trabajo es establecer la relación entre Ocupación, Rehabilitación y Recuperación de las personas que sufren algún tipo de desventaja por razones sociales, educativas o sanitarias.

Mary Reilly, influyente terapeuta ocupacional, estimulaba a los Terapistas Ocupacionales a orientar el trabajo hacia la superación de la discapacidad, dotando a la persona afectada de herramientas para obtener satisfacción a través de sus ocupaciones y el desenvolvimiento social. Abogaba por la recuperación de los ideales de los fundadores de la terapia ocupacional. Entre 1975 y 1980, como resultado del trabajo realizado por Gary Kielhofner y el conjunto de sus colaboradores, aparecieron las primeras publicaciones de lo que hoy se conoce como el Modelo de Ocupación Humana.

El movimiento global de la rehabilitación psicosocial parece haber definido dos importantes frentes de avance: el que ha tomado la investigación, con todo su movimiento de defensa de la "rehabilitación basada en la evidencia", ofertando toda una gama de "técnicas efectivas" encaminadas a paliar los déficit cognitivos, la adquisición de habilidades para el afrontamiento de síntomas, la adquisición de habilidades sociales y de comunicación, en definitiva, encaminadas a paliar los déficit producidos por la enfermedad

Y otro frente, aquel que hace de la "rehabilitación" una "filosofía" basada en la defensa de los Derechos Humanos y encaminada a establecer medidas individuales y sociales que permitan a cualquier persona afectada por una enfermedad mental un buen ajuste social.

Se trata de un enfoque centrado en el "proceso" por el que se asegura acceso a servicios y recursos, apoyo formal e informal, continuidad de cuidados y otras medidas enfocadas de manera importante al medio social y sanitario.

La Terapia Ocupacional presenta un bagaje en ambas corrientes de actuación: una de las razones por la que surgió la Terapia Ocupacional fue fruto de la reflexión acerca de los efectos de las enfermedades sobre las personas y de cómo a través de la ocupación se podían obtener mejoras funcionales y el mantenimiento de roles ocupacionales significativos, en definitiva sobre la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas.

1.3.3 Hacia la salud a través de la ocupación...

Desde los inicios de la Terapia Ocupacional hasta la actualidad el concepto "Ocupación" ha sufrido importantes modificaciones.

El comportamiento ocupacional es un fenómeno complejo que demanda un amplio rango de análisis: biológico, fisiológico, psicológico, social y cultural y los avances en estas disciplinas modifican y enriquecen el concepto de una manera dinámica.

Es importante señalar que en el grupo de trabajo del Modelo de la Ocupación Humana han tenido gran importancia las teorías psicológicas centradas en la motivación, sobre todo a partir de los trabajos de White acerca del concepto de competencia; los trabajos sociológicos basados en la teoría de la adquisición de roles y, finalmente, en los trabajos antropológicos y sociológicos que explican la cultura como sistema que modela y da significado al comportamiento ocupacional.

El Modelo de la Ocupación Humana aporta una definición del concepto "Ocupación" como "todo comportamiento motivado intrínsecamente, consciente de ser efectivo en el ambiente, encaminado a satisfacer roles individuales formados por la tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización". La adopción de esta definición conlleva el desarrollo de evaluaciones más precisas y específicas sobre los patrones disfuncionales de interacción; hace posible una confrontación más directa y lógica en lo que respecta a los problemas de alteración de la motivación, sentimientos de afectación y comportamiento originado internamente; acerca de las dificultades para mantener el desempeño de roles; sobre la desorganización en los hábitos y comportamientos culturalmente determinados; y sobre la inhabilidad para satisfacer las exigencias sociales que aseguran una posición útil y valorada en la sociedad.

Este concepto sugiere un perfil de programas de intervención que proporcionan oportunidades para desarrollar comportamientos eficaces y competentes; desarrollar destrezas que apoyen el desempeño de los roles deseados; proveer estrategias que aseguren la socialización a los requerimientos del grupo cultural y apoyen las rutinas satisfactorias de la vida

1.3.4. Estructura teórica del Modelo de Ocupación Humana:

El modelo entiende al ser humano como un sistema abierto, el ambiente es la situación física, social y cultural en la cual el sistema opera, el intake es el estímulo procedente del ambiente (personas, objetos, eventos), el throughput es el proceso de análisis, elaboración de esta información por parte de nuestro organismo y la organización de una conducta ocupacional, el output es nuestro comportamiento ocupacional.

El sistema es dinámico, debe ser continuamente reorganizado para responder a las demandas personales y del grupo social a lo largo del espectro de la vida. Para explicar cómo cada humano motiva, organiza y ejecuta el comportamiento ocupacional, el Modelo de la Ocupación Humana divide la organización interna del sistema a través de tres niveles jerarquizados que son:

- Volición: compuesto por los elementos estructurales de la motivación. Respondiendo a la pregunta ¿cómo se motiva la conducta ocupacional?
- Habitación: su estructura incluye componentes que ordenan el comportamiento en hábitos y patrones ocupacionales.
- Ejecución: organiza el repertorio de habilidades.

Subsistema De Volición: es aquel que gobierna todas las operaciones del sistema y es el responsable de escoger e iniciar el comportamiento. El término volición connota voluntad o elección. Es un proceso de la conducta voluntaria que puede ser dirigida más allá de la satisfacción de necesidades básicas.

Los componentes de la volición son imágenes creadas por el conocimiento y las creencias que las personas tenemos de nosotros mismos, generadas y modificadas a través de la experiencia. Podemos analizar varios componentes:

La causalidad personal: se define como el conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente:

Creencias de control: se refiere a la convicción del individuo acerca de que sus logros en la vida están relacionados a las acciones personales (control interno), frente a la convicción de que los acontecimientos están gobernados por los otros, el destino, el azar (control externo).

Creencia en las habilidades: convicción personal de poseer, o no, un rango de habilidades. Expectativas de éxito o fracaso: se refiere a la propia anticipación de futuros esfuerzos y si los logros serán, o no, exitosos.

Este conjunto de creencias pueden determinar dos tipos de comportamiento dentro de un continuum:

Comportamiento Origen-----	Comportamiento Peón
Sentido de control interno	Sentido de Control externo
Posesión de habilidades	Carencia de habilidades
Expectativa de éxito	Expectativa de fracaso

Desde esta perspectiva debemos estar muy atentos a los sentimientos de incapacidad de las personas, la sensación de pérdida de control y de las oportunidades que poseen, y perciben, para realizar elecciones.

Valores: las personas actuamos en un medio social y cultural que nos transmiten imágenes de lo que es bueno, correcto e importante. Estos implican un compromiso para actuar de manera socialmente aceptada que nos permite experimentar un sentido de pertenencia a un grupo. Los valores determinan el sentido e importancia de las ocupaciones que realizamos, así como determinan el grado de satisfacción que se deriva de desempeñarlas.

Se pueden analizar cuatro componentes del concepto "valores":

Orientación temporal: cada uno de nosotros construimos una imagen de nosotros mismos con un componente temporal, esto es con una capacidad de interpretar el pasado, de comprender el presente y de proyectarnos hacia el futuro. Cada etapa conlleva una valoración de cómo debe ser estructurado el tiempo y en qué debe ser empleado: en la infancia estamos temporalmente orientados en el presente y absortos en el juego; en la edad adulta podemos estar más orientados hacia el futuro y, desde esta perspectiva conducimos nuestras elecciones ocupacionales.

Importancia de las actividades: se refiere a una disposición del individuo a encontrar seguridad, propósito y reconocimiento en las actividades que realiza.

Objetivos ocupacionales: metas para los logros o cumplimientos personales, o para futuras actividades o roles ocupacionales.

Estándares personales: se refiere a compromisos para ejecutar las ocupaciones de una manera moral, eficiente, excelente u otras formas socialmente aceptables.

Intereses: son disposiciones a encontrar ocupaciones placenteras. Los intereses representan nuestra imagen o conocimiento del gozo y se ponen mayormente de manifiesto en aquellos aspectos en los que las elecciones se producen de manera más libre. Es decir, las actividades en nuestro tiempo de descanso pueden estar basadas casi exclusivamente en intereses, mientras que las actividades productivas, las de trabajo, están sujetas a una combinación de Intereses, destrezas, restricciones ambientales, etc.

Cuando evaluamos los intereses nos fijamos especialmente en tres dimensiones:

- Discriminación: grado por el cual uno determina o diferencia el grado de placer que nos produce cada actividad.
- El patrón: son las modalidades de actividades que uno está dispuesto a disfrutar (individuales, creativas, deportivas....).
- La potencia: es la medida, el cociente, resultante entre el interés y la acción.

Subsistema de habituación: Organiza el comportamiento ocupacional dentro de patrones o rutinas. Las elecciones conscientes hechas en base a valores, intereses y causalidad personal formalizan una serie de hábitos y roles, que son los componentes del subsistema de habituación. Estas rutinas tratan de satisfacer las demandas internas (las del sujeto) y las demandas externas (las del ambiente). Por lo tanto, una de las claves de bienestar consistirá en el equilibrio entre ambas.

Hábitos: consisten en la sistematización de rutinas. Cuando estas se establecen tenemos que valorar el grado de organización de las mismas (usos, horarios, el desempeño en distintos ambientes); la adecuación social, es decir, en qué medida nuestros comportamientos son los esperados y valorados y grado de flexibilidad de los hábitos, si somos capaces de acomodar los hábitos a las circunstancias.

Roles: un rol es cada uno de los papeles que elegimos, o estamos obligados a desempeñar, dentro de un grupo social y a lo largo de nuestras vidas (estudiante, padre, trabajador, amigo). Cada rol que podamos ejercer conlleva obligaciones y expectativas. El cumplimiento del rol y la satisfacción del mismo están en función de otra serie de componentes.

Incumbencia percibida: es la creencia de que uno posee el estatus, los derechos, las obligaciones de un rol y que los demás nos aceptan y valoran dentro de ese rol.

Expectativas internas: son imágenes que uno tiene acerca de lo que los otros esperan que uno haga por el hecho de pertenecer a un rol específico, cuando las expectativas están integradas son percibidas como obligatorias y llegan a ser impuestas por uno mismo.

Equilibrio: es la integración de un número óptimo de roles y de roles apropiados dentro de la vida. El equilibrio existe si los roles no están en conflicto, ni están mal ajustados respecto a la estructuración del tiempo.

Subsistema De Ejecución: formado por un conjunto de estructuras biológicas y procesos que permiten la organización de habilidades y la puesta en marcha de comportamientos con propósito.

Tipo de habilidades:

- Perceptivo-motoras
- De procesamiento o elaboración.
- De comunicación.

El desempeño ocupacional es resultado de la interacción de la persona con el ambiente este permite y moldea el comportamiento ocupacional por medio de dos influencias fundamentales:

Las oportunidades de ejecución, es decir, el margen de elección del uso de espacios y objetos que nos proporciona el ambiente.

La presión para la obtención de respuestas: es la expectativa, a la demanda, a lo que se espera obtener de un individuo por parte del contexto en el que se desenvuelve (escenario, reglas, requisitos, demandas del rol). El comportamiento ocupacional adaptativo sería la consecuencia del equilibrio entre los factores ambientales y personales: El Modelo de Ocupación Humana propone realizar una diferenciación entre el ambiente físico o material que incluye los espacios naturales y artificiales, y los objetos que en ellos disponemos (artefactos y materiales de la vida diaria);

El ambiente social, el de la interacción entre las personas y las tareas que realizan (proyectos y actividades de la vida diaria); y la cultura. Estos estratos representan una jerarquía ambiental que influye en la selección de nuestros espacios de relación y los desempeños ocupacionales subsecuentes:

La cultura determina los grupos sociales disponibles y valorados; los grupos seleccionan y organizan las tareas propias de los miembros de pertenencia; las tareas dictan qué objetos serán utilizados y de qué manera. Las características y demandas del ambiente condicionan nuestra elección y la causalidad personal determina el grado de desafío que una persona espera encontrar en el ambiente y la configuración de valores e intereses determinan el tipo de ambiente que será atractivo para la persona.

El término Volición se refiere a voluntad o elección consciente, por lo que se relaciona estrechamente con el concepto de elecciones ocupacionales, las cuales son decisiones cotidianas respecto a aquellas actividades ocupacionales que la persona decide realizar en un momento determinado.

Derivado de la teoría del modelo de la ocupación humana pasamos a entender como la paraplejía cambia el sistema de vida de cualquier persona que infortunadamente haya sufrido una lesión medular y como consecuencia de ello haya quedado en este estado pero que con la oportuna rehabilitación y reorientación laboral puede volver a ser una persona productiva económicamente y seguir contribuyendo a su entorno familiar y social.

1.4. Paraplejía

Término utilizado por Hipócrates para referirse a la parálisis parcial o ligera, en contraposición a apoplejía, con la que se referían a la parálisis total. En la actualidad, la paraplejía significa, en sentido amplio, la parálisis de los miembros inferiores del cuerpo, señaló la neuróloga Nallely Gallardo Rivera, egresada y especialista en Neurocirugía de la Universidad de Navarra, España.

La facultativa explicó que cuando se presenta esta patología es porque primero existe ya una lesión bilateral de la vía motora, la cual puede ser dañada a nivel de la protoneurona o de la deutoneurona. Si la afectada es la neurona central se produce una paraplejía espasmódica con signos de piramidalismo, y si lo es la periférica, estará acompañada de flacidez, denominándose a la primera como «espástica» y a la segunda como «flácida». Con respecto a ésta última, es el resultado de una lesión bilateral de la neurona motriz periférica que puede radicar a nivel de la médula o de los nervios periféricos. De aquí, la subdivisión de las paraplejías flácidas en dos grupos: medulares y neuróticas.

En las de índole medular, la lesión obra ya sobre las células motoras de las astas anteriores regionales o en su prolongación cilindro axial intra medular.

Se caracteriza por la instalación en forma brusca de una parálisis de los miembros inferiores, con inmovilidad absoluta, flaccidez o hipotonía acentuada, descontrol sobre los esfínteres, arreflexia profunda, signos de Babinski —aunque al principio serán imperceptibles—, reflejos de automatismo medular muy marcados, insensibilidad total hasta el límite que corresponde a la lesión, fenómenos tróficos de aparición precoz (atrofia considerable de los músculos paralizados, escaras sacras o glúteas, ampollas y flictenas) y entumecimiento de los vasos motores.

La parálisis de los esfínteres en un primer momento origina retención de orina y materia fecal, pero luego degenera en incontinencia; suele, por esta razón, haber rápida infección urinaria.

La especialista señala que en la de tipo neurótico, la lesión se producirá sobre todo en las raíces anteriores medulares o sobre los mismos nervios periféricos, e inicia ordinariamente en forma lenta con pródromos constituidos por parestesia y dolor.

Con respecto a las paraplejías espásticas, éstas son originadas por lesiones bilaterales de la vía motriz piramidal y se caracterizan por la parálisis de los miembros inferiores con espasticidad o hipertonia marcada. El grado de afectación es variable, yendo desde la paresia leve a la inmovilidad más acentuada. Por lo general, hay más espasticidad que parálisis.

“El comienzo de este tipo de paraplejía es gradual o pasa previamente por una fase flácida. El enfermo tiene por lo regular los miembros inferiores con extensión, los músculos de las rodillas juntos y apretados, los pies en equinismo, las masas musculares duras oponiendo resistencia a los movimientos pasivos y a la vez, presente en ambos lados, el síndrome de piramidalismo (hiperreflexia osteotendinosa, clonus y signos de Babinski)”, expresó la doctora Gallardo.

El paciente manifestará comportamiento variable en los reflejos cutáneos abdominales según la causa que determine su paraplejía. Los reflejos de automatismo medular están habitualmente exagerados y acompañados de protuberancias esfinterianas leves o marcadas, retención de orina, constipación e incontinencia.

Con respecto al caminar en el paciente parapléjico espástico, esta función va a diferir según su grado de contractura, siendo por lo general del tipo Pareto espástico con sus distintas variantes: marcha digitigrada, de gallinácea o pendular, existiendo a su vez trastornos sensitivos ligeros.

Salvo ciertos casos de procedencia encefálica (como los debidos a una lesión bilateral de los lóbulos paracentrales, donde están los centros de origen de las fibras destinadas a los miembros inferiores, o ciertos casos de niños que padecen enfermedad de Little producida por detención del desarrollo de la vía piramidal, consecutiva a lesiones cerebrales o medulares congénitas), las paraplejías espásticas son todas de origen medular y sus principales causas son: compresión lenta regional, sífilis, traumatismo, esclerosis en placas, siringomielia, esclerosis medular combinada y enfermedad de Strümpell-Lorrein.

En resumen la paraplejía es la incapacidad funcional de los miembros inferiores y del tronco, debida a algún trastorno en la medula espinal que interrumpe e interfiere la corriente nerviosa a las partes afectadas manifestándose por una parálisis flácida o espástica o por trastornos de abolición total, disminución o exageración de la sensibilidad, esta interrupción de la corriente nerviosa se manifiesta en la medula desde la sexta raíz dorsal hacia abajo.

Entre los diversos tipos que existen están:

- La paraplejia cervical o superior (afecta los brazos)
- La crural o inferior (afecta las piernas) y
- La braquiocrural (presente en los brazos y en las piernas al mismo tiempo).

La paraplejia puede ser:

1.4.1. Paraplejía flácida

- √ Parálisis: generalmente completa, quedando el paciente imposibilitado de efectuar movimientos.
- √ Atonía muscular: disminución de la consistencia muscular perdiendo así su tono, elasticidad y exagerándose los movimientos pasivos.
- √ Sensibilidad: se manifiesta en forma de anestesia completa.
- √ Esfínteres: paralizados, incontinencia urinaria y de materias fecales.
- √ Reflejos: abolidos en su totalidad.
- √ Trastornos tróficos: frialdad debido a trastornos en la circulación venosa.
- √ Atrofias musculares: por la falta de acción de los músculos estos se atrofian y pierden tonicidad.

1.4.2. Paraplejia espástica

- √ Parálisis: generalmente leve.
- √ Contracturas: se manifiesta por una extensión exagerada de los miembros y especialmente cuando la sección medular es incompleta.

- √ Reflejos: se encuentran exagerados, en especial los rotulianos y el de Babinsky. Los reflejos cutáneos casi siempre abolidos.
- √ Hay anestesia e hipersensibilidad.
- √ Esfínteres: retención debido a la hipertonia de los mismos y dilatación de la vejiga.

1.4.3. La médula espinal después de la lesión

Una lesión de la médula espinal puede ocurrir debido a una lastimadura o daño debido a una enfermedad de la columna vertebral o la medula espinal.

En la mayoría de las lesiones los huesos de la espalda o vértebras pellizcan la médula espinal pudiendo inflamarse. La lesión en realidad puede desgarrar el cordón espinal y/o sus fibras nerviosas. Una enfermedad o infección puede causar resultados similares.

Después de una lesión en la médula espinal, todos los nervios por arriba del nivel de la lesión continúan funcionando normalmente. Por debajo del nivel de la lesión, los nervios no pueden enviar mensajes entre el cerebro y las diferentes partes del cuerpo tal y como lo hacía antes de la lesión.

1.4.4. Lesión parcial o total

El tipo de lesión de la medula espinal es clasificada como parcial o total. La lesión total es como si cortaran todo el servicio telefónico de un edificio ningún mensaje puede llegar a las oficinas, por el contrario la lesión parcial es como si suspendieran tal servicio en solo algunas oficinas del edificio, porque algunos mensajes logran pasar mientras que otros no. Algunas personas con una lesión parcial pueden tener mucha sensación pero poco movimiento, otros en cambio pueden tener algo de movimiento y muy poca sensación.

1.4.5. El nivel de la lesión

Es el punto más bajo, por debajo del cordón espinal, donde existe una disminución o ausencia de sensación (nivel sensitivo) y movimiento (nivel motor). Por ejemplo una lesión a nivel de T-8 significa que la persona tiene una disminución o pérdida de sensación y movimiento por debajo del octavo segmento dorsal de la medula espinal, pero podría tener más sensación y movimiento que una persona con una lesión a nivel de C-5 que significa la disminución o pérdida de sensación y movimiento por debajo del quinto segmento cervical de la medula espinal

Se dice que una persona tiene paraplejía cuando ha perdido la sensación y no es capaz de mover las partes inferiores de su cuerpo, y la lesión es en el área dorsal, lumbar o sacra.

1.4.6. Cambios que ocurren después de la lesión inicial

Algunas personas tienen movimientos involuntarios como temblores o movimientos nerviosos, estos son nombrados espasmos, y ocurren cuando un mensaje equivocado desde un nervio causa que un músculo se mueva, frecuentemente este movimiento no puede ser controlado.

Además del movimiento y sensación, una lesión en la medula espinal afecta otras funciones del cuerpo. Los pulmones, intestinos y vejiga urinaria pueden no trabajar de la misma manera que ocurría antes de la lesión, así como también hay cambios en la función sexual.

1.4.7. Causas

Los tipos de paraplejía con sección completa o incompleta de la medula ocurren en traumatismos de gran intensidad como:

- ⇒ Las heridas por arma de fuego
- ⇒ Las caídas de gran altura
- ⇒ Los golpes
- ⇒ Otras clases de accidente grave
- ⇒ Hemorragias medulares
- ⇒ Parálisis infantil
- ⇒ Mielitis aguda
- ⇒ Encefalitis epidémica
- ⇒ Elevado índice de extrema pobreza
- ⇒ Aumento de la violencia

- ⇒ Accidentes de diferentes etiologías
- ⇒ Contaminación del medio
- ⇒ Desastres naturales
- ⇒ Tratamientos equivocados, etc.

Las lesiones de la medula sacra producen además de los trastornos esfinterianos y genitales, parálisis de los músculos del pie y cierto tipo de arreflexia y anestesia.

Las lesiones de la medula lumbar presentan anestesia de los miembros inferiores y abolición de reflejos.

Las lesiones de la médula dorsal producen paraplejía con trastornos esfinterianos, anestesia en cinturón, pérdida de reflejos abdominales.¹

1.4.8 Complicaciones que se presentan en los parapléjicos

Son frecuentes las ulceraciones por decúbito producto de una lesión local sobre los tejidos de baja vitalidad y resistencia, a esto se suma la pérdida del control vasomotor, el estado de shock medular y la incapacidad de cambiar de posición.

¹ Aguilera Arankowsky, Aída Sonia Factores que influyen en la rehabilitación psíquica del parapléjico, pp. 1-36, 54-57, 107-108

Otras complicaciones son las contracturas musculares, posiciones viciosas por la inmovilidad y la falta de actividades, deformidades posturales como la distorsión de la pelvis y otras de la columna vertebral, complicaciones respiratorias como la estasis pulmonar y bronquial así como poca fijación de calcio en los huesos y propensión a la alcalosis sanguínea, debido a esto pueden haber fracturas y destrucciones óseas.

1.4.9 Consecuencias

Los pacientes parapléjicos pueden presentar varias dificultades entre las que están las siguientes:

- ⇒ Trastornos respiratorios: se ven afectados los músculos accesorios de la respiración presentando trastorno respiratorio y estasis de las secreciones.
- ⇒ Trastornos circulatorios: al interrumpirse las fibras sinápticas pierden la atonía vascular, la ausencia de impulsos nerviosos en los vasos y la incapacidad del músculo de contraerse origina defectos circulatorios por lo que la circulación se hace más lenta produciendo edemas de los miembros.
- ⇒ Trastornos urinarios: el esfínter de la vejiga esta innervado por las raíces de los nervios sacros IV por lo que toda lesión medular se encuentra afectada originando retención e incontinencia de orina que obligan a la cateterización de la orina con sonda de Folly.
- ⇒ Trastornos intestinales: la ampolla rectal y el esfínter anal, reciben innervación de las raíces sacras 3, 4, 5, y 6 por lo que en las lesiones de la médula espinal hay constipación intestinal producida por la parálisis del esfínter anal.

- ⇒ Trastornos óseos: la acción de los ejercicios en la fase inmediata del tratamiento ayuda un poco al metabolismo del calcio apareciendo así descalcificación ósea.
- ⇒ Las depresiones psíquicas son otro componente que se agrega a las reacciones y padecimientos de los pacientes con discapacidades físicas.²

1.4.10. Tratamiento

El tratamiento físico del parapléjico debe aplicarse durante las 24 horas posteriores a la instalación del cuadro e ininterrumpidamente.

Debe recomendarse reposo que es relativo ya que después de las primeras 24 horas se inicia la movilización pasiva de los miembros afectados previniendo de esta manera las ulceraciones.

Puede desarrollarse un programa de actividades para los miembros superiores para fortalecer brazos y manos, aprender autoconciencia corporal.

Es necesario un periodo de adaptación para que el paciente recupere el sentido del equilibrio y uso del cuerpo cuando se mueve por primera vez de la cama a una silla. Luego de esta fase se prosigue con la preparación del paciente en la forma en que deberá trasladarse de un lugar a otro.

2. Aguilera Arankowsky Aida Sonia Factores que Influyen en la Rehabilitación del parapléjico. Pp. 13-31

La elevación de piernas es una función necesaria para la mayoría de los métodos que permiten efectuar los pasajes a y de la silla de ruedas. Por lo tanto debe insistirse en conseguir con seguridad este componente de la actividad previo al pasaje en sí.

Los pasajes pueden realizarse directamente o con la utilización de auxiliares.

I. Directamente

- a. De costado: es el más práctico para pacientes con brazos y tronco excelentes. El requisito para realizarlo es tener espacio suficiente para acomodar la silla en posición que debe ser oblicua.
- b. De frente: es recomendable a pacientes con miembros superiores débiles pues reemplaza la necesidad de elevar la cadera deslizando o arrastrándola. El requisito es que la altura de la cama sea igual a la silla de ruedas y que el espacio intermedio que existe sea el menor posible, a fin de evitar que el paciente eleve la cadera.

II. Uso De Auxiliares De Pasajes

Son en general tablas, bancos o sillas que sirven de intermediarios o de prolongadores entre el espacio silla de ruedas / cama, solo deben utilizarse cuando la situación las determine imprescindibles.

a. **Posterior Con Apertura Del Respaldo:**

Este sistema es solo realizable con silla de ruedas que permite efectuar la apertura del respaldo. Las formas de traslado son:

- **Directamente con medio giro:** Cuando la distancia al suelo es demasiado grande teniendo buen tronco, brazos fuertes y gran libertad de movimientos articulares.
- **Sistema de bancos escalonados:** Este método es útil para pacientes de gran peso y de mediana fuerza muscular. Para los traslados a diferentes lugares.³

1.4.11. Ejercicios preliminares al entrenamiento de las actividades de la vida diaria

Esta serie de ejercicios preliminares son los básicos de donde se derivan los necesarios para satisfacer los requerimientos de la enseñanza y el aprendizaje de los métodos y técnicas para la realización de las actividades de la vida diaria en silla de ruedas.

Es necesario recordar que cada uno de los ejercicios preliminares debe orientarse hacia la realización de una actividad.⁴

³Maltinskis Enriqueta. Recuperación Funcional. Argentina edit. El Ateneo 1960 pp. 70-100

⁴Maltinskis Enriqueta Recuperación Funcional. Argentina edit. El Ateneo 1960 pp. 67-69, 112-113.

Juntamente al tratamiento y entrenamiento físico es también relevante mencionar que la persona con discapacidad debe aceptar la situación y ambientarse a un nuevo estilo de vida.

1.5. Aceptación de su incapacidad

1.5.1. El discapacitado y su rehabilitación

Para que un discapacitado no se convierta en un ser resentido o inadaptado, y acepte su nueva forma de vida necesita de la ayuda del medio ambiente social que lo rodea. El paso más importante de la rehabilitación de los incapacitados severos es lograr que el sujeto llegue a aceptar la realidad de lo ocurrido.

Se afirma que la colaboración del paciente es la base para un tratamiento eficaz, tratando de obtener satisfactorios resultados en un plan de entrenamiento funcional.

Existen además de las consecuencias físicas factores psicológicos que de igual manera afectan la salud mental de estos pacientes.

1.5.2 Factores Psicológicos que Intervienen en la Paraplejía

1.5.3. Aspectos psíquicos

El ser humano posee una personalidad estructurada sobre la base de los elementos biológicos, psicológicos y sociales.

La organización psíquica del individuo está compuesta por varios factores entre ellos el aspecto emotivo del cual dependen la función del carácter y la adaptación social.

Las personas con discapacidad física reaccionan frente a las frustraciones usando el mecanismo de regresión en forma inconsciente, por ejemplo, tienen la necesidad de recibir gratificaciones infantiles.

Al principio el individuo sufre una fuerte impresión que culmina en una verdadera reacción de depresión que se establece por ciertos mecanismos como: inseguridad personal, y la introyección e incorporación de los sentimientos negativos del grupo social.

El principal objetivo de la rehabilitación psíquica es ayudar al individuo a aceptar su condición, dándose cuenta de lo que ya no posee y a la vez de lo que tienen disponible.⁵

1.6. Depresión

Es un estado emotivo de actividad psico-física baja y desagradable que puede ser normal o patológica, que designa una disposición psíquica de desesperación que puede conducir a un cuadro de insuficiencia.

⁵ Gasto Ferrer Cristóbal Tratamiento y Diagnóstico Diferencial en psiquiatría.

Ocurre cuando el paciente nota la incapacidad funcional y sus consecuencias, en las formas más severas de depresión se observa quietud, inhibición, sentimiento de frustración, desprecio a sí mismo y desinterés, en una depresión severa con un grado de tensión constante, el individuo se vuelve muy sensible. La irritabilidad es el estado del ánimo caracterizado por ira o mal humor.

La represión es un proceso psíquico mediante el cual las percepciones o ideas serían dolorosas para la conciencia, permanecen en el sistema subconsciente aunque sin perder su dinamismo.

En los pacientes con discapacidad en ocasiones pueden notarse trastornos de personalidad como: neurosis, psicosis maniaco-depresivas, hipocondría, histeria y actitud dependiente pasiva. Pueden darse también otras situaciones como la hostilidad y agresión, dependencia vs exagerada independencia.

1.7 La Frustración:

Una situación o vivencia emocional en la que una expectativa, un deseo, un proyecto o una ilusión no se cumplen.

Así cuando un deseo o una ilusión no se cumple a causa de la frustración el sujeto puede reaccionar por el camino del enfado, la agresividad o en forma más extrema la violencia o bien generar desde un estado de contención e inhibición es decir no reacción, sentimientos de tristeza, pesimismo, temor que con el tiempo se va a relacionar con la desmotivación.

1.7.1. Tolerancia a la frustración:

Cuando se dice que una persona tiene tolerancia a la frustración internamente lo que tiene es un grado de fortaleza yoica y cierto equilibrio interior que le permite continuar amando y trabajado (en términos freudianos), frente a, o a pesar de la frustración.

Luego de haber procesado correctamente el estado actual en que se encuentra una persona con paraplejia debe enfrentarse al medio ambiente el cual idóneamente debiera ofrecer un entorno integrado ofreciéndole un ambiente libre de barreras arquitectónicas en sentido amplio, para que puede moverse de un lugar a otro y que se sienta comprendido mas no que incite a sentir lastima o pena por su persona.

1.8. Barreras arquitectónicas

Son los impedimentos que se presentan en el interior de los edificios frente a las distintas clases y grados de discapacidad tales como las puertas angostas, gradas, ascensores estrechos, baños, lavamanos, entre otros.

Las barreras en el medio físico pueden ser de carácter:

- Arquitectónico
- Urbanístico y
- De transporte.

El diseño de los edificios, la planificación de los núcleos urbanos y la organización de los sistemas de transporte deben accionar en forma convergente para proporcionar un entorno físico libre “apto para todos”, una estructura y mobiliario urbano, sitios históricos y espacios abiertos de dominio público y privado sin barreras arquitectónicas, sistemas de movilidad pública y privada sin barreras en el transporte.

La reunión del grupo de expertos de las naciones unidas realizada en nueva York en 1974 sobre “**el diseño sin barreras**” puso en relieve que un entorno libre de obstáculos permite que un mayor número de personas sean autosuficientes social y económicamente y recomendó emprender acciones para brindar a las personas con discapacidad el derecho a acceder y usar los ámbitos públicos, el sistema de transporte colectivo y elegir el lugar de su vivienda para posibilitar su total desarrollo potencial económico, social y personal sin estar impedidos por “el entorno físico hecho por el hombre”.

Tanto la vivienda, los edificios, las estructuras y mobiliario urbano, históricos y espacios no edificados de dominio público y privado y el transporte, idealmente, deben tener las siguientes características:

- **Franqueable:** que se pueda entrar al edificio o casa desde la vía pública sin ayuda de terceros.
- **Accesibles:** siendo franqueable es posible desplazarse en edificios y llegar a los lugares de destino.
- **Usables:** cuando se pueden desarrollar en su interior las actividades proyectadas.

- **Uso:** del mobiliario urbano al que se aproxima cuando dispone de transitabilidad y estacionamiento.
- **Transitabilidad:** Que se pueda circular por las veredas, senderos de parques y jardines, cruzar las calzadas sin riesgos por sus propios medios.
- **Estacionamiento:** Para el automóvil particular que conduce o transporta una persona con discapacidad.

1.8.1. Barreras En El Transporte

Son los impedimentos que presentan las unidades de transporte particulares o colectivas (de corta, mediana y larga distancia), terrestres, marítimas, fluviales o aéreas. Para que estas sean óptimas y ofrezcan un buen servicio a las personas con discapacidad deben contar con:

- **Identificación:** las unidades deben ser fácilmente reconocibles mediante una señalización normalizada.
- **Abordaje:** las unidades deben permitir el acceso ya sea por medio de accesorios especiales o por características de diseño a distintas clases y grados de discapacidad por sus propios medios.
- **Desplazamiento:** de la persona con discapacidad y su ayuda técnica se deben poder desplazar en el interior de los vehículos
- **Uso:** de los botones de llamadas locales, sanitarias y servicios complementarios, que deben estar al alcance de la persona con discapacidad.

- **Reserva de Plazas:** en los vehículos de transporte público, donde deben estar señalizadas en forma clara y normalizada.

No solo es importante la rehabilitación física y psicológica del paciente sino también el hecho de reintegrarlo a la sociedad de una forma productiva en el amplio sentido de la palabra, pero para ello debe primero situarse a la persona a una reincorporación social en la que el apoyo de la familia es de vital trascendencia para una adecuada adaptación a un nuevo estilo de vida. La comprensión familiar devuelve al discapacitado su función dentro del marco del hogar, promueve su independencia y posibilita su adaptación al brindar el aliento para traspasar los límites del desarrollo de la familia e incursionar en todos los ámbitos del medio social.

1.9. Reinserción psico-social

1.9.1 Importancia social de la rehabilitación

La rehabilitación como programa orgánico, sistemático e integral, constituye el medio que, proyectado para cumplir con las necesidades físico-sociales y vocacionales de todo discapacitado físicamente permite restituirlo plenamente al ámbito social que lo rodea.

El número de discapacitados aumenta paradójicamente. El ritmo agitado de la mecanización trae consigo, un sinnúmero de accidentes de trabajo y de tránsito, que producen un incremento en los índices de población con incapacidades físicas por lo que se hace necesaria la creación de las entidades para organizar la rehabilitación de estas personas mediante la creación de centros asistenciales especializados, adecuados a las necesidades de todas las personas discapacitadas y que provea lo necesario para ubicarla en la óptimas condiciones de competir con sus semejantes.

Rehabilitar constituye un programa de excelentes resultados sociales y económicos, pues al permitir utilizar las capacidades residuales de los individuos separados del medio laboral, considerados como cargas sociales, consigue incorporarlos plenamente al proceso productivo. La recuperación funcional aporta con sus métodos y técnicas un significativo apoyo en la preparación necesaria para transformar en entes útiles esos elementos económicos no aprovechados⁶.

1.10. El medio familiar y la rehabilitación

1.10.1. La comprensión familiar

La situación psicológica familiar frente al problema del discapacitado es la producida por un largo y contradictorio proceso de rebeldía y aceptación, de desesperación y de calma, de negación a la realidad. En los casos en que la invalidez se produce en temprana edad requieren una comprensión excepcional para enfocar los problemas de la educación y el desarrollo envueltos en la de la incapacidad físico-funcional y en los propios de la niñez, por el contrario la comprensión necesaria para el adulto implica un retorno a las ocupaciones habituales a la organización de la vida, es decir a la readaptación social.

Lo importante es permitirle al paciente ocupar el lugar que le corresponde dentro de la organización familiar. El adulto, a veces jefe de familia, ya rehabilitado debe recuperar la responsabilidad sobre sus funciones anteriores; económicas, morales o educativas. El adolescente o niño debe encontrar el equilibrio hogareño y la afectividad natural para progresar en la aceptación de su realidad.

⁶ Maltinskis Enriqueta Recuperación Funcional. Argentina Edit. El Ateneo 1960 pp. 5

El medio familiar no debe inculpar al discapacitado causándole frustración en un posible desarrollo para que no sienta como carga la convivencia, la participación activa del medio familiar presenta distintas características pero dado que el objetivo es alcanzar la independencia en la realización de las actividades (en la calle o en la casa), es importante la participación activa de estos en dicho programa de rehabilitación ya que deben fomentar la organización normal de la vida del paciente permitiéndole integrarse a ella sin alterar en la medida de las posibilidades los intereses dentro y fuera del hogar.

1.11. El círculo afectivo y la adaptación social

Es de suma importancia la participación del círculo afectivo en el proceso de la adaptación social. Factor preponderante en las relaciones de sociabilidad del paciente, ya que de este depende una vida sana socialmente. El hombre necesita de los demás tanto como desea necesiten de él, y el discapacitado encuentra en esta relación de necesidades la dificultad producida por el desconocimiento de sus valores y necesidades.

La participación en la vida, problemas e inquietudes de los demás, permite aumentar el conjunto de situaciones comunes que fomentan el trato y aumentan la sociabilidad. La independencia psicológica amplía la aplicación de la independencia física adquirida en los procesos de rehabilitación. La realización de probables tareas comunes aumenta la confianza y el deseo de superación.

1.12. La sociedad frente al discapacitado

La sociedad debe brindar el margen de comprensión necesario, mismo que debe alcanzar a producir el reflejo de volcarse hacia la sociedad con total abandono de la siempre existente tendencia al aislamiento.

La palabra oportuna, el saber cómo y dónde ayudar, la expresión natural unida a la espontaneidad del momento, el tacto necesario en el trato con discapacitados, se adquieren mediante la comprensión de sus problemas y las de sus posibilidades.

En cuanto a la sociabilidad el discapacitado mantiene su condición humana y no deja de experimentar los requerimientos naturales de afectividad y convivencia estando capacitado, aunque adquiere un grado de adaptación psíquica a desarrollarlas íntegramente en el medio social que le corresponde vivir, pues sus facultades de contacto le permiten manifestarse con plenitud y en forma idéntica y homogénea a la de sus semejantes.

No solo la sociedad como tal sino también están involucrados los empleadores durante este proceso de reinserción psico-social y laboral productivo como agentes provisoros de fuentes de empleo en donde puedan incluir dentro de sus corporaciones a personas con capacidades diferentes dando la oportunidad para evitar sentimientos de inferioridad y seguir siendo fructífero para su familia.

1.13. La divulgación y la colaboración de los empleadores

Todos los seres humanos, por su propia condición son propensos a adquirir defectos, exteriores e interiores; por ello el discapacitado con un defecto exterior no es un ente negativo por encima de todo la evolución es marcada por la capacidad mental, pues el mundo es movido por la inteligencia y la fuerza sólo es válida cuando se une al pensamiento racional.

La divulgación efectiva de lo que es y de lo que puede ser un discapacitado rehabilitado, debe abarcar todos los sectores, partiendo desde las aulas de la escuela primaria, hasta el hogar y a la calle misma los conocimientos científico-sociales del discapacitado que alcanzarán a formar en la conciencia popular los conceptos de la igualdad entre el discapacitado y el medio social.

Con la divulgación surge la colaboración práctica que permitirá en forma eficaz mejorar las condiciones ambientales para la adaptación de discapacitados.

La comprensión en el caso particular de un discapacitado debe traspasar los campos emotivos para incursionar en el circunscrito por la incapacidad física, provocadora de las más variadas reacciones en la manifestación de la afectividad.

La comprensión de las soluciones a los problemas ocasionados por la incapacidad física se obtiene mediante un análisis de los pasos componentes de cada actividad, y el estudio de las técnicas de la recuperación funcional. La colaboración practica surge imprescindible cuando se llega a la certeza de que la contribución económica no es todo, pero que si abarca gran parte del sector activo de la rehabilitación, la solución al shock de la situación del discapacitado frente a la sociedad requiere una colaboración individual, donde cada integrante desempeña, en cada momento de su diario vivir, la responsabilidad de un papel de irrenunciable trascendencia.⁷

Luego de haber dominado y superado este proceso rehabilitativo en el que el paciente ha sido preparado física y psicológicamente para afrontarse al medio ambiente en el que tendrá que vivir día a día es importante que la persona sea incluida en talleres de reorientación laboral para que puede volver a su vida socio económica de una manera independiente sin dejar de ser productivo y sintiéndose útil.

1.14. Reinserción laboral

1.14.1. El empleo de discapacitados

La sociedad no puede ni debe olvidar que en su seno existen seres disminuidos, capaces de ser útiles y aprovechables. No puede permitir la existencia de un número de personas dentro de su comunidad obligadas a recibir sin poder, sin que se les brinde la oportunidad de que se le abra la puerta del camino que le permita dar.

⁷ Maltinskis Enriqueta Recuperación Funcional. Argentina edit. El Ateneo 1960 Op. Cit pp. 7-9

Cuando el discapacitado adquiere un conocimiento de sus posibilidades, quiere convertirse en un ente dinámico y capaz, abandona esa pasividad que la tradición le atribuye y trata de luchar contra todos los obstáculos que le presenta su propia incapacidad para alcanzar a realizar las más elementales e íntimas actividades.

Su lucha debe ser favorecida y por ello debe dotársele de todos los elementos necesarios, poniendo a su alcance la oportunidad de capacitarse, y formando una conciencia social que posibilite el desarrollo normal de sus funciones que le permita auto-bastarse física y económicamente.

La rehabilitación surge como expresión de las cualidades morales y necesidades de la sociedad, debe adecuarse a los requisitos de la adaptación de discapacitados favoreciendo el establecimiento de sus derechos sociales y orientando la coordinación de las acciones aisladas que trabajen en favor del encauce consuetudinario de los mismos, sólo así se favorece el retorno del discapacitado a la vida normal de relación, salvando la barrera físico-psicológico de la inferioridad, para posibilitar esa vida latente, que realmente quiere vivir.

Es necesario rehabilitar al paciente y la sociedad debe aportar su colaboración total a este proceso, y ello implica la aceptación de las capacidades laborales del discapacitado. El paciente rehabilitado, instruido y orientado vocacionalmente, compenetrado de un lugar dentro de la sociedad, alcanza a demostrar la normalidad de la función que desarrolla.

Las incapacidades dejan de existir cuando se encuentra la ocupación adecuada a la invalidez, consiguiéndose alejar la resistencia de quienes, ignorando las situaciones reales del individuo rehabilitado no comprenden la trascendencia de su derecho al trabajo.

El terapeuta ocupacional no puede planificar una rehabilitación realista y progresiva y un restablecimiento a no ser que también tenga en cuenta las condiciones económicas del paciente.

A fin de obtener información sobre diversos aspectos y demandas de diferentes empleos, es posible que el terapeuta ocupacional tenga que visitar centros industriales y de otro tipo de trabajo. El trabajo industrial puede utilizarse como un medio de rehabilitación dentro o fuera del hospital.

Los pacientes a los que se les ha prescrito la terapéutica ocupacional durante el proceso de su tratamiento se engloban las siguientes categorías:

1. Los que pueden reintegrarse a su trabajo anterior

La mayoría de los pacientes pueden volver a sus ocupaciones anteriores después de ser dados de alta en el hospital, ya sea de inmediato o después de un corto periodo de convalecencia. Los pacientes con invalidez física pueden presentar problemas de desplazamiento.

Un problema adicional para este grupo y los restantes puede ser el de la accesibilidad o movilidad, en casa o en el trabajo, puede ser preciso un traslado o incluso un cambio de empleo (pero no de ocupación) a no ser que puedan efectuarse modificaciones y adaptaciones.

2. Los que pueden asumir un trabajo alternativo

El paciente puede ser o estar capacitado para otro tipo de trabajo dentro de sus posibilidades, este lo puede conseguir en su anterior empresa o a través del ministerio de trabajo.

3. Los capacitados para un trabajo protegido

Estos probablemente registrados como inválidos no estarán en condiciones para un empleo abierto y podrían ser colocados en talleres de minusválidos o en centros especiales, probablemente no podrán ser enviados a las unidades de rehabilitación industrial o al centro de adiestramiento.

Algunos pacientes no pueden emplearse en la industria libre. Entre los factores que determinan la decisión se incluyen el tipo I y grado de invalidez, así como los conocimientos específicos del funcionario de rehabilitación de la invalidez. El empleo protegido ofrece seguridad, con un salario bajo, pero acepta la lentitud y otras limitaciones impuestas por la incapacidad.⁸

El terapeuta ocupacional tiene que elaborar un esquema de ocupaciones diversas dentro de las consideraciones clínicas y disponer lo necesario para que los pacientes sean visitados por artesanos pagados o voluntarios.⁹

⁸ Maltinskis Enriqueta Recuperación Funcional Argentina edit. El Ateneo 1960 pp. 6

⁹ MacDonald, E.M. Terapéutica Ocupacional en la Rehabilitación pp. 52-57, 237-241

1.14.2. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo

Los empleadores están jugando un papel más importante que nunca en la promoción de oportunidades para las personas con discapacidad que buscan empleo, en la permanencia en el empleo de los trabajadores que han adquirido una incapacidad durante su vida laboral y en el desarrollo de estrategias de reinserción laboral para quienes han perdido su trabajo como consecuencia de una discapacidad. En apoyo de esas tendencias, la Organización Internacional de Trabajo (OIT) está elaborando un Repertorio de Recomendaciones Prácticas sobre la Discapacidad en el Trabajo, para proporcionar orientaciones dirigidas a los empleadores de los sectores público y privado, así como a las autoridades nacionales sobre las siguientes cuestiones:

- Incorporación al empleo de personas con discapacidad.
- Promoción y desarrollo profesional de los trabajadores con discapacidad.
- Conservación en el empleo de los trabajadores que adquieren una discapacidad durante su vida laboral.
- Reincorporación al trabajo de las personas que han perdido su empleo como consecuencia de la discapacidad.

1.15. Planteamiento De Hipótesis

1.15.1 Hipótesis

La aplicación del programa de reinserción laboral dirigido a personas con paraplejía mejora su adaptación socio-laboral.

1.16. Variables

1.16.1. Variable independiente:

La aplicación del programa de reinserción laboral.

1.16.2. Variable dependiente:

Mejora la adaptación socio – laboral de los pacientes.

Obtención de los indicadores para cada una de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Índices elevados de violencia • Accidentes automovilísticos • Poca preparación académica • Integración de maras • Consumo de drogas • Elevación de la dependencia económica • Atribución de obligaciones a otros • Proyección de papeles o roles personales a otros individuos • Falta de motivación para continuar viviendo • Depresión • Deseos de muerte • Deterioro de la imagen personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento del afecto • Elevación de autoestima • Mejoramiento de auto imagen • Convierte seres inactivos en útiles y productivos • Evita la dependencia en todos sus aspectos • Anula sentimientos de inferioridad • Aparta al individuo de posibles trastornos mentales tras la ocupación • Evitación de trastornos emocionales • Evitación de sentimientos de auto-venganza • Mejoramiento de relaciones interpersonales y sociales

II. Técnicas E Instrumentos

2. Técnicas

2.1. Técnicas de Muestreo

La muestra que se utilizó para el estudio fue de una población de pacientes que asisten al Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, miembros del módulo de lesiones medulares durante el periodo comprendido de abril a julio 2011.

El Hospital se dedica principalmente a la Ortopedia y Rehabilitación, que atiende a personas afiliadas al régimen de seguridad social, entre ellas se encontraron pacientes con lesiones medulares parapléjicas, lesiones craneoencefálicas e individuos lesionados por accidentes automovilísticos como de otra índole.

2.2 Tamaño de la muestra:

La muestra estuvo conformada por el 25% total de los pacientes internados en su mayoría de sexo masculino comprendidos entre las edades de 18 a 35 años de edad y con tiempo de lesión desde 3 meses hasta 5 años.

2.3. Procedimientos

Se estableció un convenio con el departamento de Terapia Ocupacional y Recreativa del Hospital de Rehabilitación, a través de la Dirección Médica, por medio de los terapeutas ocupacionales para llevar a cabo la investigación.

Posteriormente se identificó la muestra con el propósito de establecer contacto con los pacientes y personal involucrado. De igual manera se realizaron observaciones sistematizadas en el proceso de las terapias ocupacionales, así como de rehabilitación y de entrenamiento con la finalidad de obtener un mayor conocimiento sobre el tema.

2.4. Técnicas de Recolección de Datos

Para recolectar los datos se utilizaron las siguientes técnicas:

- Aplicación de la entrevista elaborada para recabar datos de cada paciente perteneciente a la muestra.

2.5. Técnicas de Análisis Estadístico

Para realizar el análisis estadístico se utilizaron las siguientes técnicas:

El porcentaje; con la finalidad de encontrar la cantidad de personas sobre el total de los pacientes de la sala de lesiones medulares que lograron incorporarse exitosamente a los talleres de reorientación laboral.

2.6 Instrumentos

2.6.1. Entrevistas

La entrevista está formada por 2 etapas que se utilizaron para obtener información del tipo de accidente y tiempo de evolución, la primera fase está conformada por datos generales, manteniendo en el anonimato el nombre de cada paciente, la segunda fase se compone por preguntas dirigidas hacia la visión de la vida antes y después de la lesión, así también los factores psicológicos que en ella intervienen tales como la frustración y la depresión expresadas a través de cada uno de los cuestionamientos de esta última parte de la entrevista.

La entrevista consiste en diecinueve preguntas en donde las primeras cinco corresponden a datos generales, las otras catorce preguntas corresponden al estado actual en que se encuentran por la lesión sufrida, de la pregunta seis a la once la persona debe responder de manera generalizada como era antes de haber sufrido la lesión medular, de la doce a la diecinueve el paciente tiene que responder como se siente ahora mismo y como se ve en el futuro.

Es auto aplicable sin límite de tiempo. El paciente responde a cada cuestionamiento libre y espontáneamente.

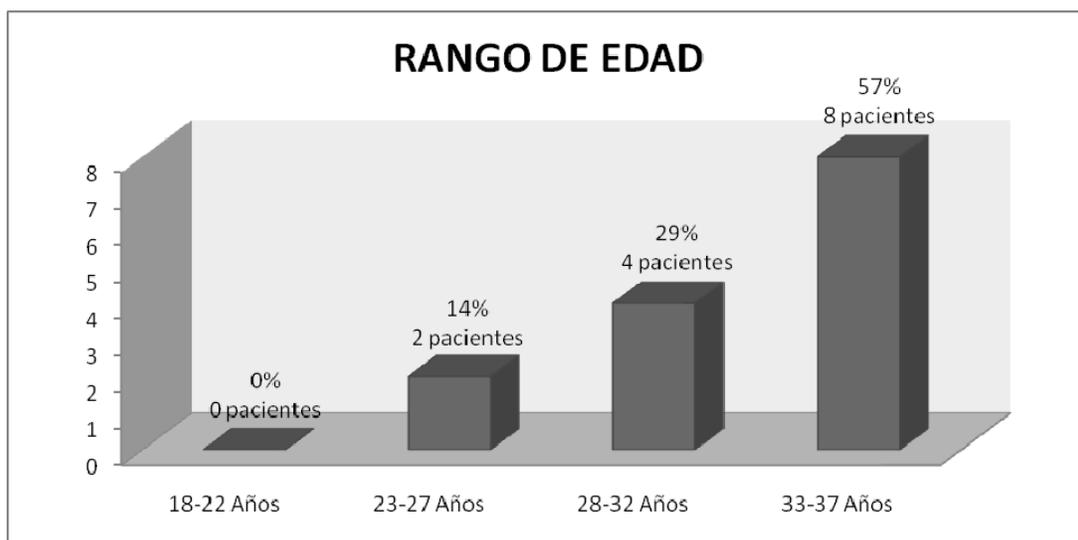
III. Presentación Y Análisis De Resultados

3. Presentación de Resultados

La presente investigación se realizó con la población de pacientes que asisten al Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, integrantes del módulo de lesiones medulares, durante el periodo de abril a julio dos mil once. La muestra estuvo conformada por 14 pacientes, correspondiente al 25 por ciento sobre el total de internos.

La muestra se obtuvo de catorce pacientes del módulo de lesiones medulares con quienes se evaluó la importancia de la reinserción laboral y la necesidad de reincorporarse a la vida productiva aplicando conocimientos previos o bien adquiriendo nuevas destrezas evaluando a la vez un antes y un después, del accidente, fuerza muscular, disposición, vulnerabilidad entre otros y también la manera en que cambió la visión de la vida de cada persona.

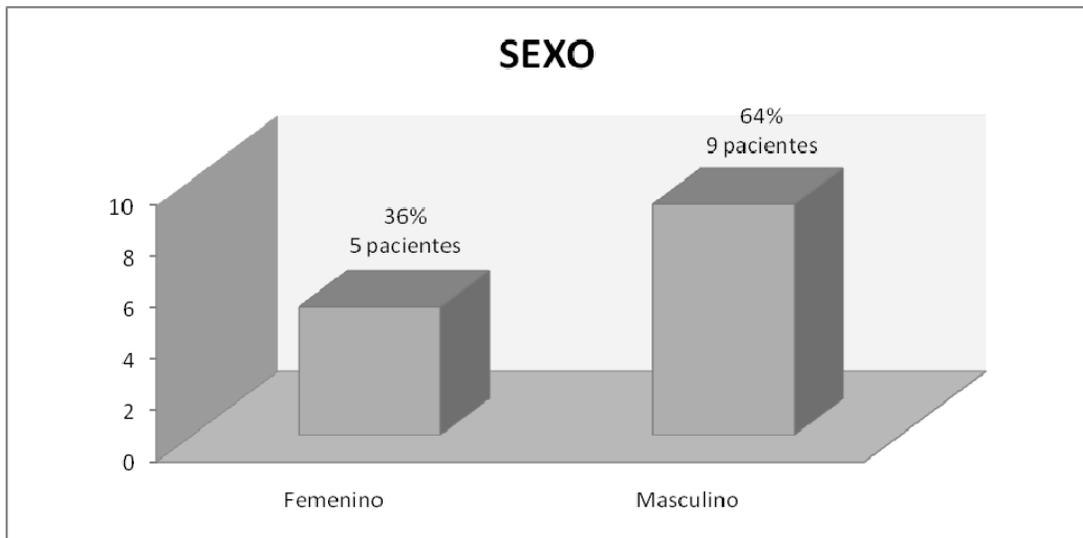
PREGUNTA No. 1



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

Entre los pacientes entrevistados se pudo determinar que el rango de edad predominante está entre los 33 a 37 años correspondiendo esto al 57% de personas internadas en la sala de lesiones medulares, quienes tienen a su cargo mayores responsabilidades dentro del hogar viéndose afectado el aporte económico por el accidente sufrido, el 29% corresponde a personas entre las edades de 28 a 32 años quienes también tienen cargas familiares aunque en una escala menor que la categoría anterior ya que algunos de ellos no viven en hogares integrados como familia propiamente dicha, el 14% corresponde al rango de 23 a 27 años de edad respectivamente estas personas también deben cumplir con ciertas obligaciones dentro del hogar primario con el aporte mensual para el sostenimiento de sus padres o hijos en el caso de que algunas son madres solteras.

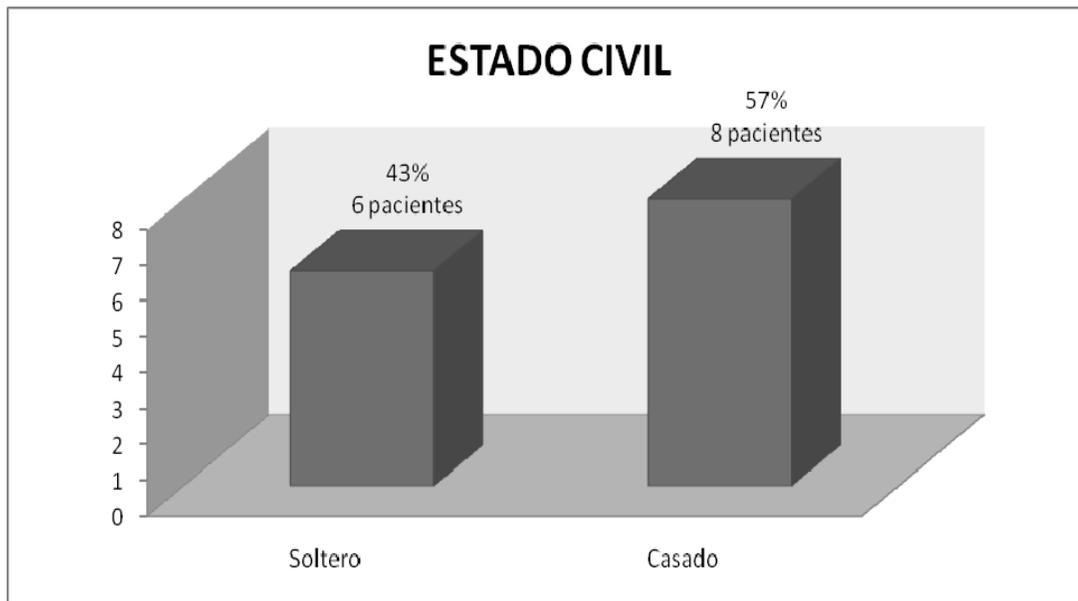
PREGUNTA No. 2



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

En relación al género de los pacientes se estableció que en su mayoría, en un 64%, los afectados por este tipo de lesiones son hombres mientras que el 36% restante son mujeres, independientemente de esto les afecta en su círculo social, emocional, familiar y sobre todo en lo laboral ya que ambos grupos generacionales deben cumplir con determinadas obligaciones familiares por el hecho de ser cabeza de hogar lo cual se ve interrumpido por la violencia generada en el país que cada día va en mayor aumento y en el caso de las mujeres hay quienes son madres solteras o deben aportar a su hogar económicamente para el sostén de sus padres que en algunos casos son personas de la tercera edad.

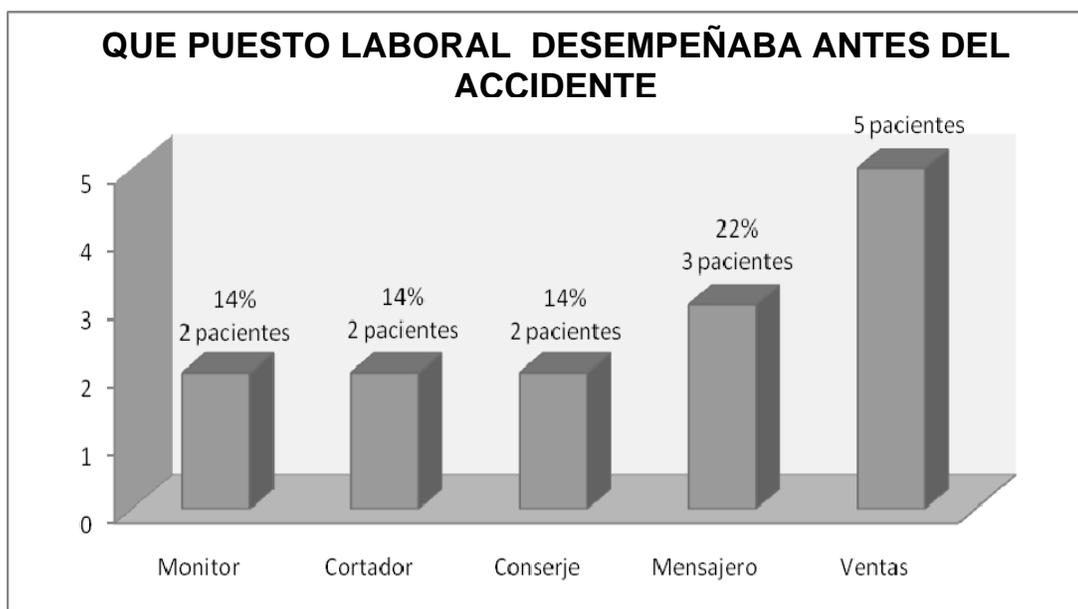
PREGUNTA No. 3



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

Otro de los cuestionamientos planteados fue en relación al estado civil de cada una de las personas involucradas dentro de la muestra en la cual se determinó que un 57% están casados y que el 43% son solteros lo cual no implica que estos pacientes no tengan responsabilidades económicas con su familia ya que en algunos casos según el sondeo realizado hay personas que son madres solteras, como se hizo saber en el cuestionamiento anterior, que tienen hijos sin estar casados o que anterior al accidente aportaban de alguna manera, económicamente, a su hogar para el sostén del mismo. La violencia no hace distinción de edad, sexo, raza o clase social así como estado civil de cada persona involucrada y esto es evidente en el consenso que se realizó en esta oportunidad con los internos del mencionado centro hospitalario.

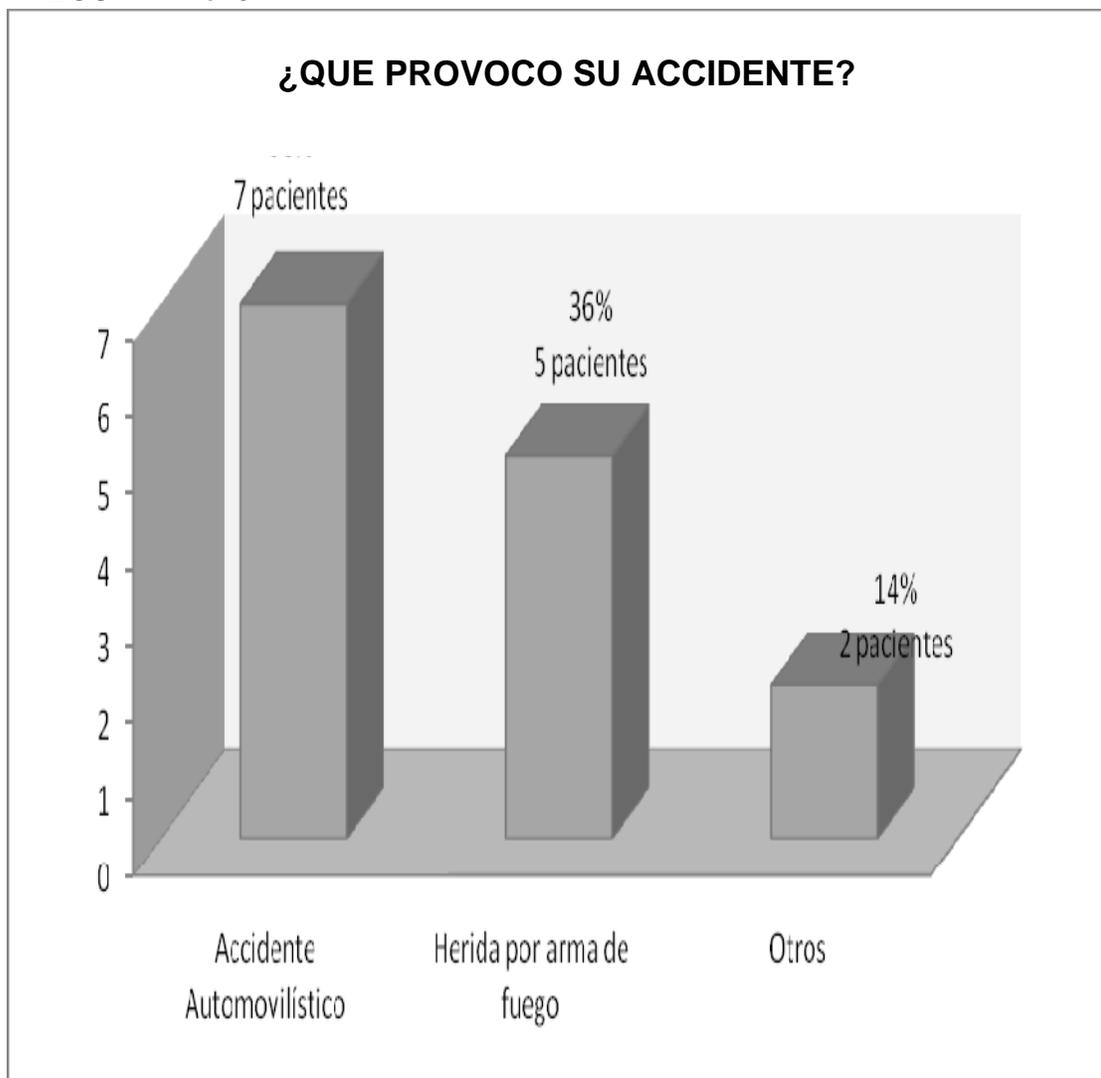
PREGUNTA No. 4



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

Dentro de la gran mayoría de personas que son víctimas de la violencia hay diferentes oficios o trabajos a los que se dedican los individuos de los cuales logran llevar el sustento diario a su casa lo cual se ve interrumpido por diferentes situaciones que si bien no son comunes están a la orden del día y en cualquier momento una persona puede ser el blanco perfecto para llegar a sufrir una herida que le cambie totalmente la vida y que lo deje en un estado de paraplejía o con otras afecciones de la columna que le impidan volver del todo al trabajo que tenía anterior a sufrir este tipo de incidente. Es frecuente que este tipo de lesiones sea sufrido por personas que se dedican a las ventas o a la mensajería esto se debe a que ellos la mayor parte de tiempo están “expuestos” ya que conducen una motocicleta o están trabajando en la calle lo cual los hace más vulnerables a sufrir un percance de cualquier índole. Los puestos laborales no varían tanto uno del otro ya que como puede notarse la mayoría son trabajos en los que se utilizan motocicletas o automóviles.

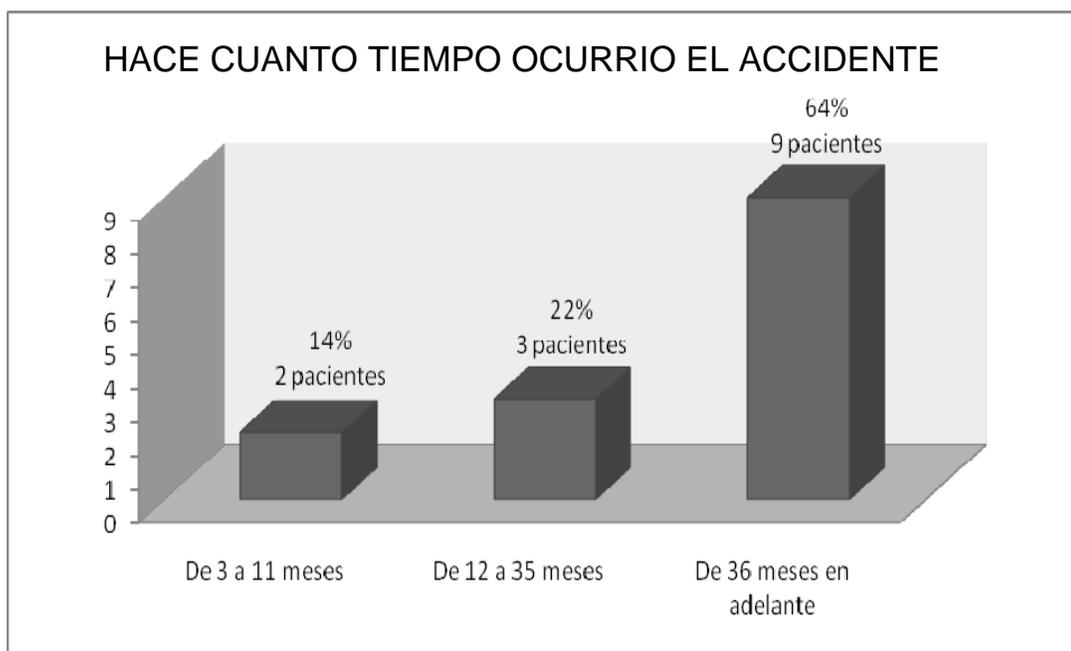
PREGUNTA No. 5



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

En relación al cuestionamiento anterior se estableció que las causas que provocaron el accidente se debieron a accidentes automovilísticos en un 36%, otros fueron por herida de arma de fuego en un 50% y otros en un 14% por una enfermedad inespecificada estos datos son exclusivos a esta sala y centro asistencial e inclusive el tiempo en el que se realizó la investigación ya que los mismos pueden variar de un lugar a otro así como en tiempo y espacio. En la investigación realizada la imprudencia de algunos pilotos y la mala utilización de las armas de fuego, que lejos de ser un instrumento para defensa personal, se ha convertido en un objeto que cualquiera puede adquirir y hacer mal uso de ella dejando secuelas graves en otros como lesiones medulares entre ellas la paraplejía.

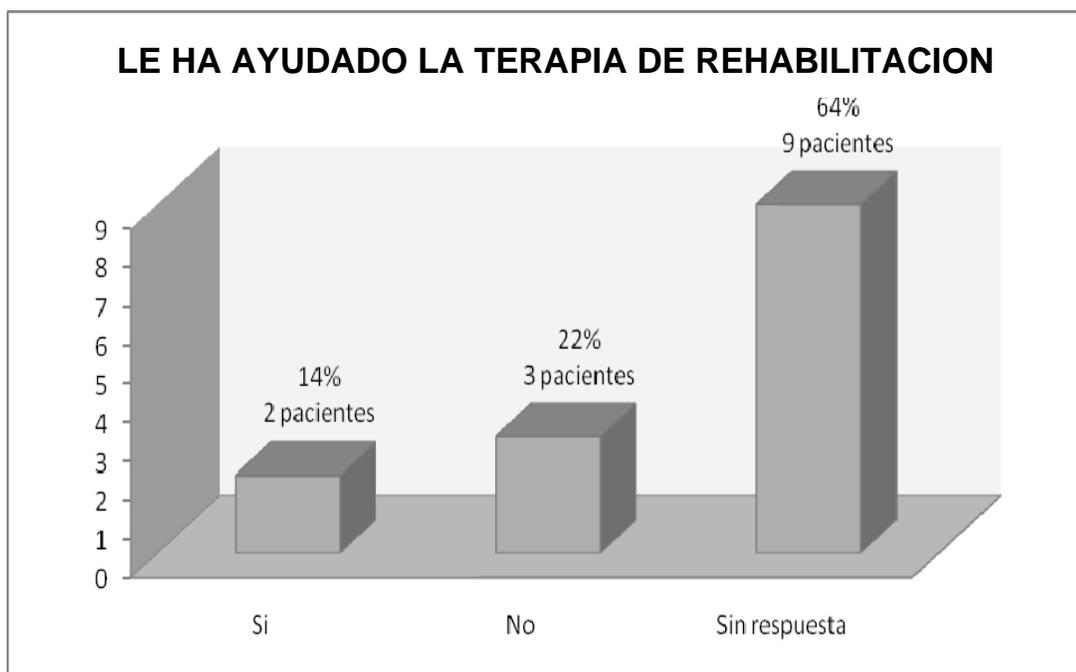
PREGUNTA No. 6



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

Hubo pacientes en esta investigación que ya tienen bastante tiempo con la lesión medular y hay quienes aún no han aceptado la incapacidad ya que les es difícil asumir que su vida cambió de un día para otro, un 64% llevan más de 36 meses en este estado, un 22% tienen de un año a 35 meses con paraplejía y hay 2 pacientes que recientemente sufren este tipo de lesión medular a pesar del tiempo que algunos tienen aún no se habitan a su nuevo estilo de vida o a tener capacidades diferentes ya que como es lógico no es fácil situarse en una nueva forma de vida donde les cambió toda la perspectiva de subsistencia a nivel físico y emocional.

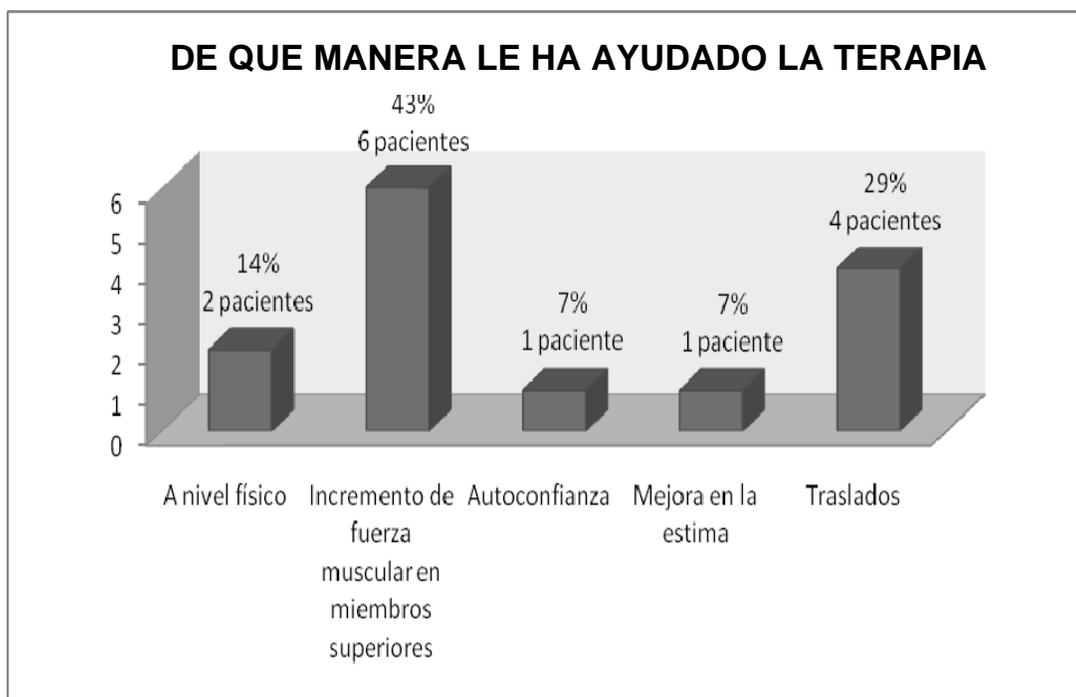
PREGUNTA No. 7



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

En su mayoría, en un 64%, hay pacientes que prefieren no responder al cuestionamiento de que si les ha ayudado la terapia de rehabilitación ya que tienen sus reservas no emiten opinión alguna al respecto, un 14% que corresponde a 2 pacientes piensan que si les ha ayudado las terapias rehabilitativas y un 22% relacionado con 3 pacientes en su punto vista opinan que no han sido productivas para ellos y para su reincorporación a la sociedad y a la productividad.

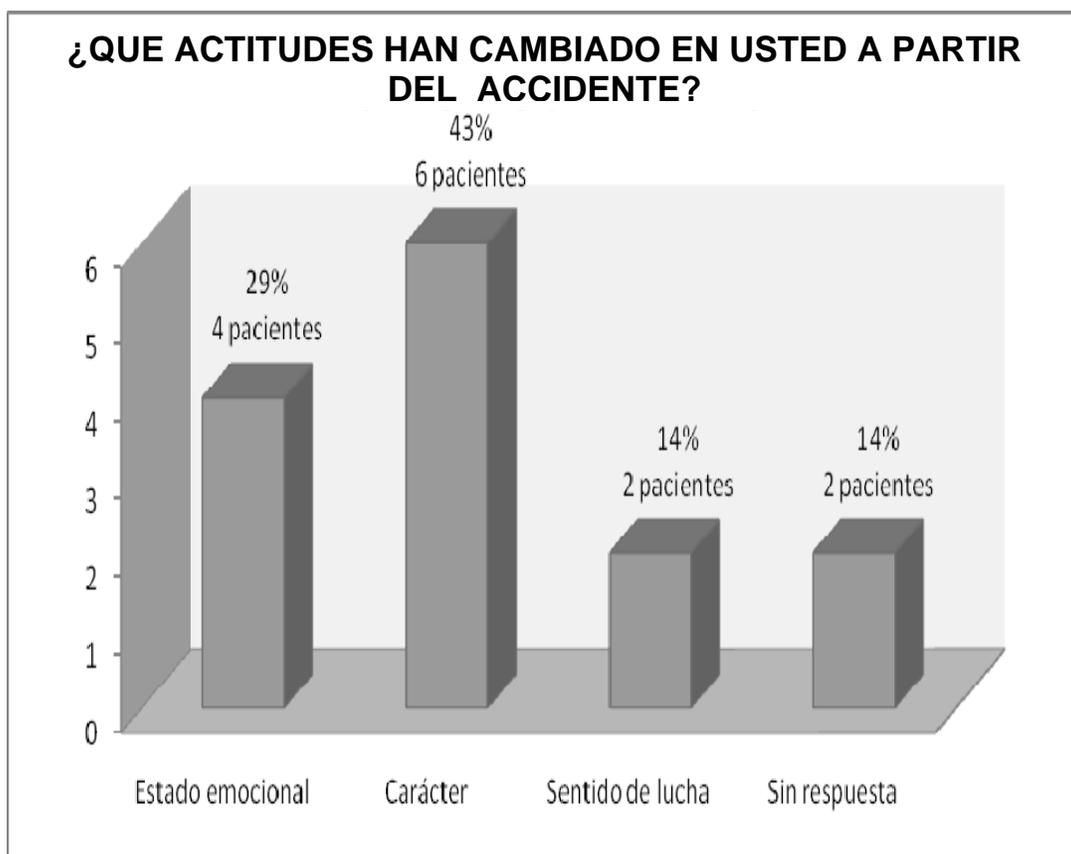
PREGUNTA No. 8



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

En todo tipo de terapias hay aspectos positivos como negativos y la terapia de rehabilitación no es la excepción los pacientes entrevistados concuerdan, algunos, con que les ayuda recibir este tipo de rehabilitación en el sentido de que incrementan fuerza muscular en miembros superiores, que aprenden a trasladarse de un lugar a otro y que en general a nivel físico logran mejorar por otra parte hay quienes refieren haber mejorado la confianza en sí mismos y la mejora en la estima. Por ser más relevante el hecho de lo que aportan estas terapias que lo que es negativo de las mismas las respuestas que según los mismos pacientes no han colaborado en su proceso de rehabilitación no fueron incluidas en este gráfico.

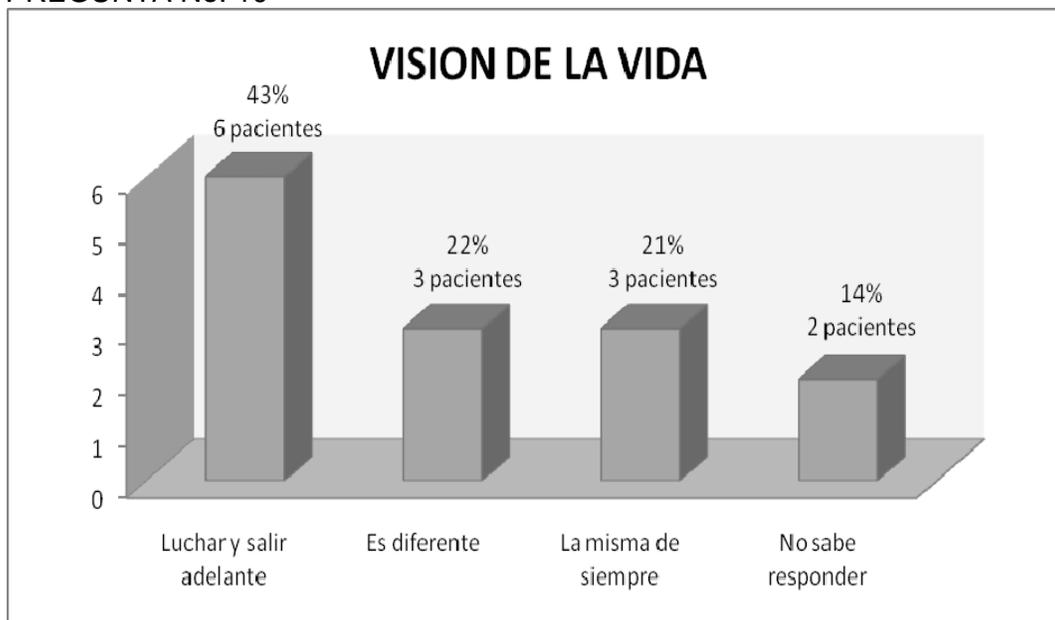
PREGUNTA No. 9



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

El hecho de haber sufrido un accidente ya sea por imprudencia de otros, por violencia o estar en el momento y lugar impreciso a la hora incorrecta son factores que influyen en el cambio de actitud de cualquier persona mas aun si esto tiene secuelas de por vida dejando a la persona en un estado de paraplejia y el hecho de que cambie toda su existencia por completo ya que no volverán a caminar los cambios no son solo a nivel físico sino también a nivel emocional y psíquico como se ha venido recalando hay quienes prefieren no responder porque aun se encuentran en un estado de negación de la realidad y en su pensamiento persiste la idea de que es algo pasajero y que volverán a caminar y a realizar sus actividades cotidianas tal como lo hacían antes del accidente otros en cambio se sobreponen al dolor y tratan de ignorar la situación y seguir luchando por lo que quieren con lo que tienen.

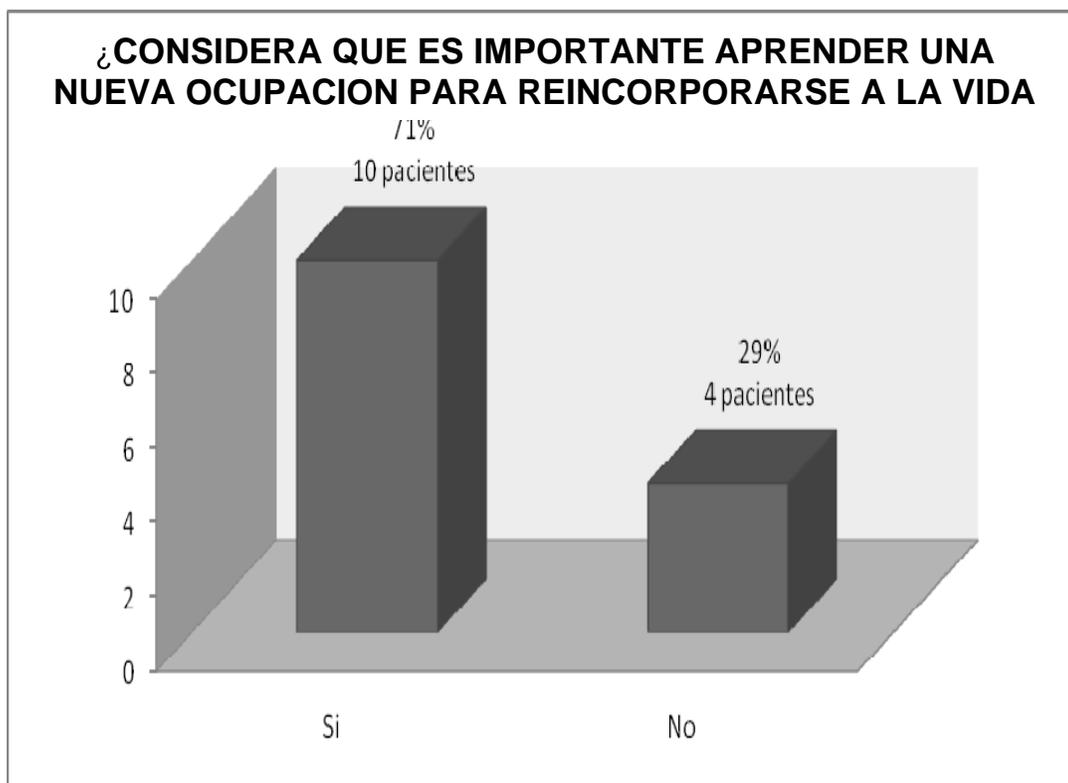
PREGUNTA No. 10



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

La mayoría de pacientes, como es de suponer, tienen una visión de la vida distinta a partir del accidente ya que ven frustrados sus sueños y su futuro porque se sienten incapaces de ser productivos para sí mismos y para la sociedad, algunos se encuentran en un estado en el que aun no saben responder debido al hecho de estar todavía en el periodo de asimilación y aceptación de la incapacidad, estos pacientes corresponden al 14%, un 21% tienen una actitud de que todo sigue igual y su visión según ellos es la misma de siempre el 22% opina que es diferente sin especificar mayores cambios en su personalidad, el 43% restante están enfocados en luchar y salir adelante por el bienestar de ellos mismos y de su familia que son parte fundamental en el proceso de rehabilitación y readaptación.

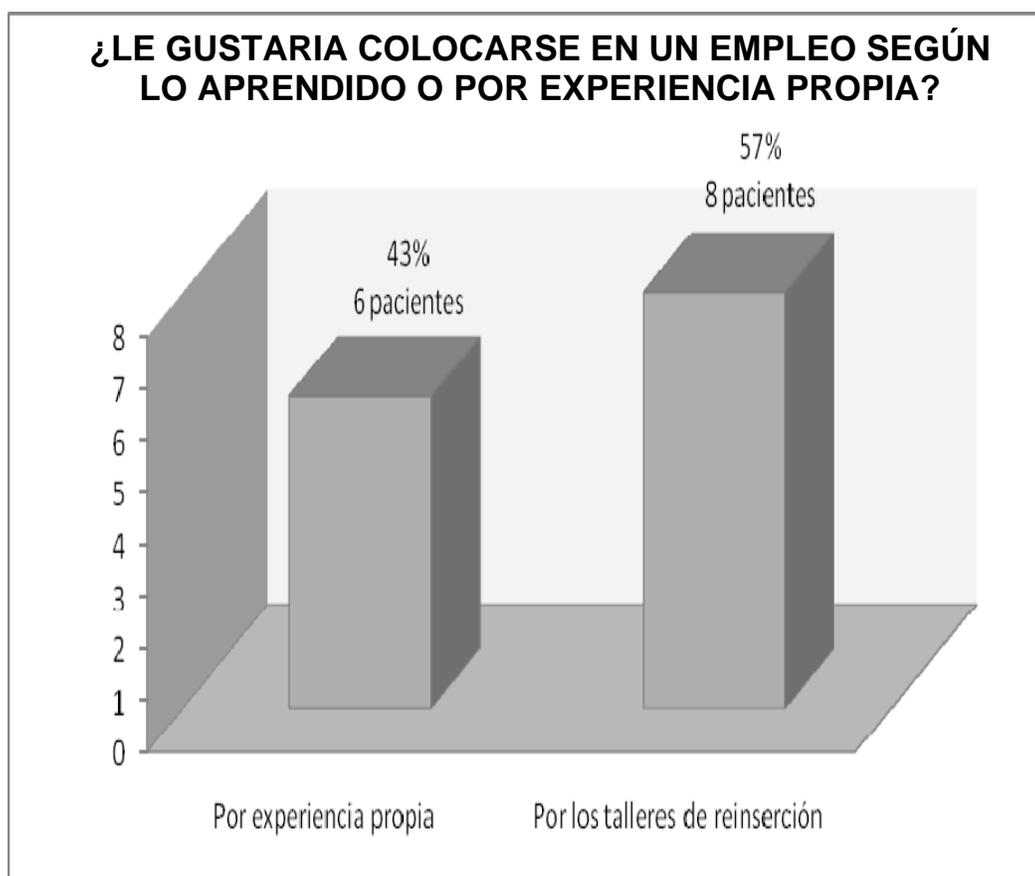
PREGUNTA No. 11



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

En el proceso de investigación se pudo determinar que existen diferentes opiniones acerca de los talleres de rehabilitación y mas aún de los de reinserción laboral el 71% de pacientes entrevistados consideran la importancia de aprender una nueva ocupación para reincorporarse a la sociedad y seguir con su vida productiva económicamente hablando y no volverse una carga para la familia sin sentir frustración o depresión por tener capacidades diferentes un 29% están dispuestos a reincorporarse a su vida laboral pero desde su propia experiencia y no le ven relevancia a los talleres de reinserción laboral para su regreso a la sociedad en todos los ámbitos de la misma.

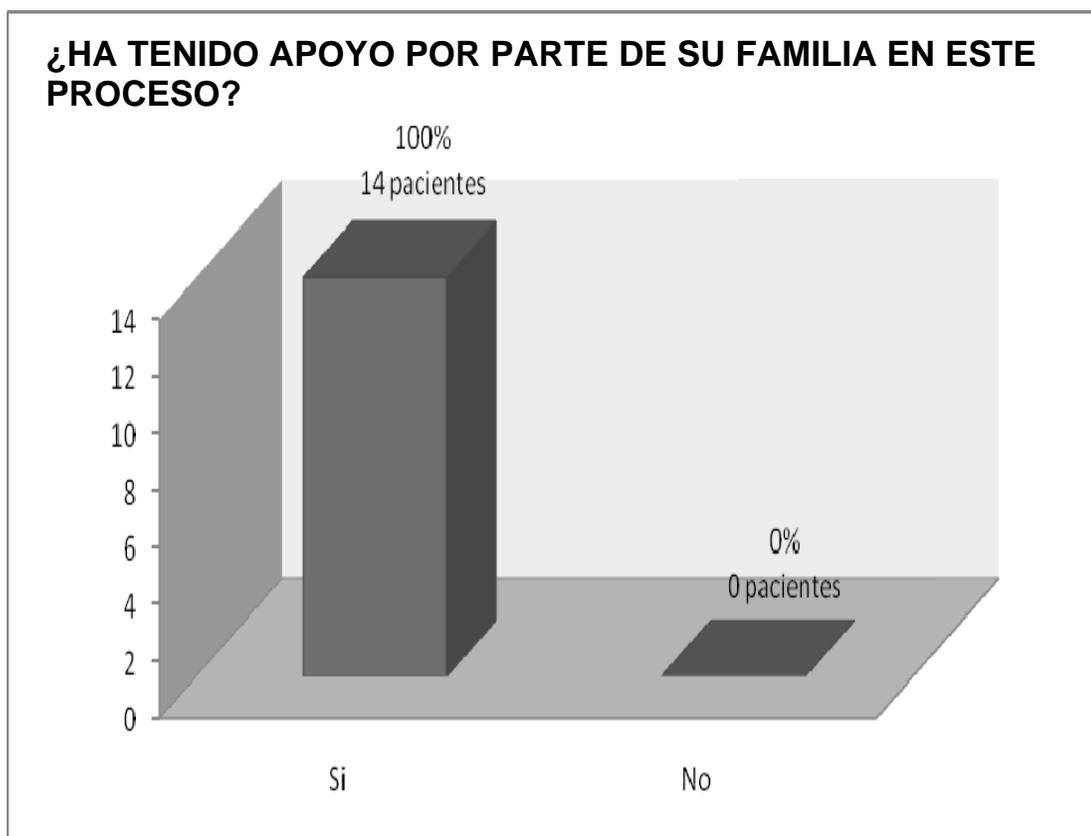
PREGUNTA No. 12



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

Como puede notarse esta gráfica esta relacionada al cuestionamiento anterior ya que si bien es cierto los programas de reinserción laboral son importantes cuanto más lo es colocarse en un nuevo empleo en su mayoría los pacientes consideran que es muy importante aprender un nuevo oficio para el sostén propio y familiar por otra parte un 43% están convencidos que pueden hacerlo desde su propia experiencia y que no necesitan aprender nada mas para su reincorporación a su vida económica.

PREGUNTA No. 13

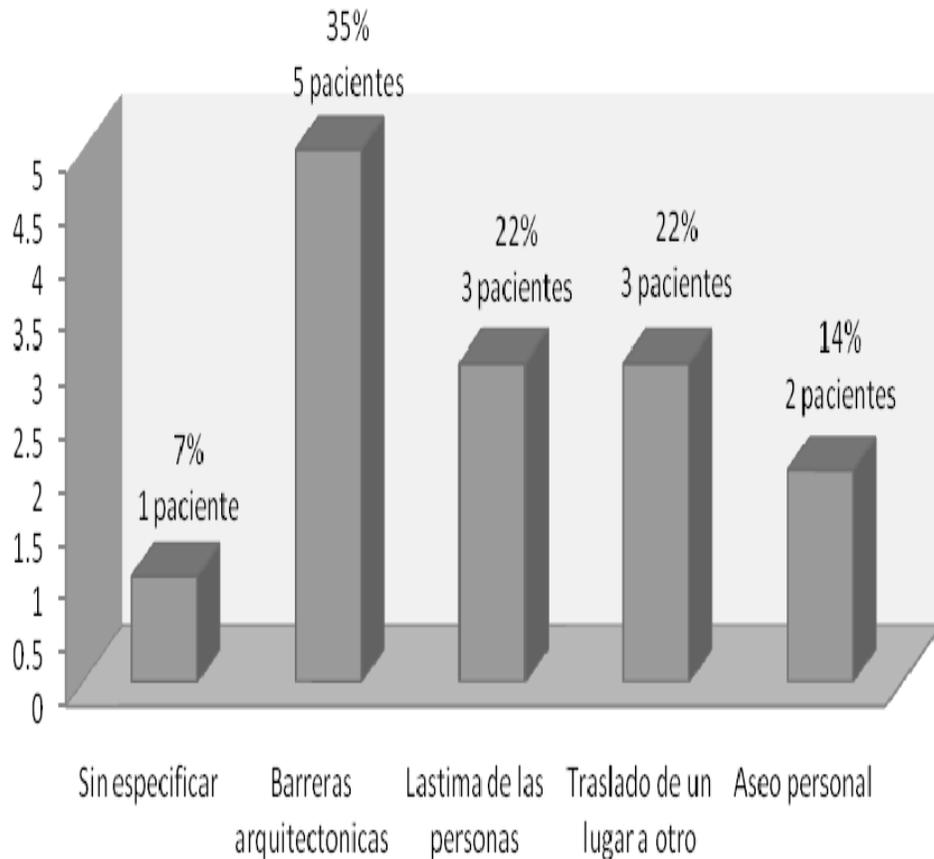


Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

La familia es una parte importante en la vida de cualquier ser humano y es un apoyo moral un respaldo en el que muchos individuos depositan toda su confianza más aún si la persona cae en situaciones difíciles de sobrellevar como es el caso de sufrir lesiones incapacitantes de por vida la persona se refugia en su familia y es vital que encuentre el soporte necesario en ellos para levantarse anímicamente y así lograr la fuerza física necesaria para seguir luchando en pro de su bienestar personal y de los que están a su alrededor. Es significativo el hecho de que todos los pacientes reciben ese apoyo familiar de una u otra manera para continuar y salir de los estados depresivos en los que llegan a caer por estar sufriendo la lesión medular que los coloca al borde del cambio de vida total y definitiva sin revocatoria del suceso.

PREGUNTA No. 14

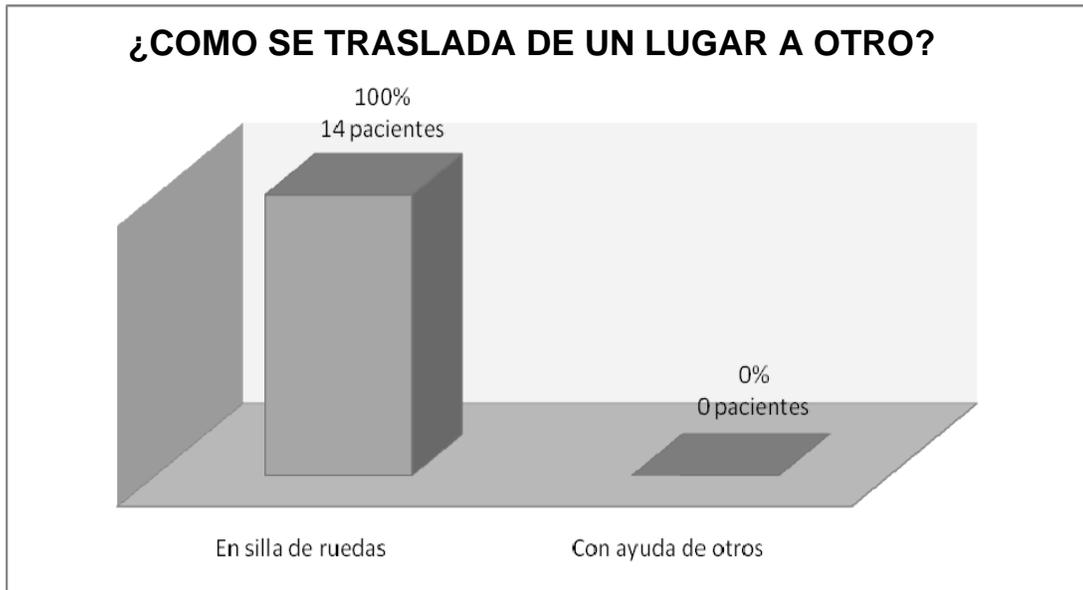
¿QUE TIPOS DE BARRERAS O DIFICULTADES HA ENCONTRADO EN SU DIARIO DESENVOLVIMIENTO (INCLUYENDO LA ACTITUD DE LAS PERSONAS)?



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

La mayoría de los pacientes concluyen que en su diario vivir a partir del accidente ven con “nuevos ojos” todas las barreras que si bien siempre han estado presentes por doquier nunca antes le habían tomado importancia porque podían pasar “sobre ellas” pero ahora que su estado físico es diferente cobran mayor relevancia y mas las barreras arquitectónicas siendo estas la entrada y salida de lugares o edificios públicos, la falta de rampas entre otras, así también el hecho de trasladarse de un lugar a otro y la lastima de las demás personas son barreras de actitud de las individuos que ven con cierto modo despectivo a las personas que padecen esta afección de la medula.

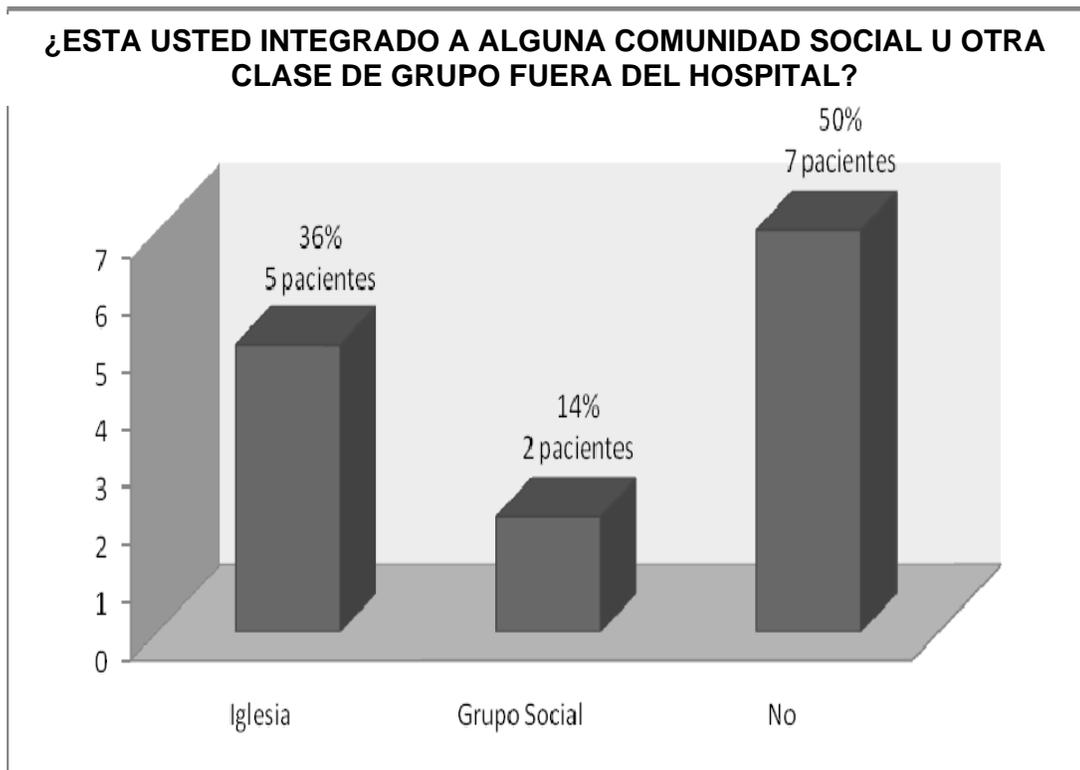
PREGUNTA No. 15



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

Como es de suponer y sin mayor explicación de esta gráfica todos los pacientes utilizan silla de ruedas para trasladarse de un lugar a otro y aprenden a utilizar instrumentos que le faciliten el traspaso de la silla a la cama, al baño, al sillón entre otros y viceversa.

PREGUNTA No. 16



Fuente: Boleta de entrevistas aplicadas a los pacientes internos de la Sala de Lesiones Medulares del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS

El hecho de estar integrado a un grupo fuera del Hospital de Rehabilitación es un factor importante ya que contribuye en el proceso de rehabilitación en la adaptación, mejoramiento de la estima y desarrollo de la personalidad después del accidente, hay quienes están integrados a una iglesia sin especificar religión, otros en grupos sociales y la mayoría no pertenecen a ningún grupo o sociedad y no tienen interés alguno en incorporarse a uno de estos.

CAPITULO IV

Conclusiones Y Recomendaciones

4.1 CONCLUSIONES

Con la total participación de los pacientes y el personal involucrado en este proceso de manera consciente y objetiva se puede concluir lo siguiente:

- Ψ Las causas principales que inciden en la paraplejía son el resultado de los altos índices de violencia por los cuales atraviesa el país y la irresponsabilidad de los conductores al manejar en estado de ebriedad provocando accidentes automovilísticos con graves consecuencias.
- Ψ Que las personas pueden llegar a la frustración y a la depresión teniendo inclusive pensamiento suicida durante los primeros meses consecutivos a la lesión, por un cambio tan radical que se da de una manera tan brusca, y la manera en que les cambia por completo la vida dándole un giro de más de 180° a todo su entorno y ambiente.
- Ψ Que el apoyo familiar y la comprensión de la sociedad, sin llegar a sentir pena o lastima por ellos, es de vital importancia para el interés que puedan tener estos pacientes por salir adelante y seguir con una vida normal dentro de los límites impuestos por el mismo accidente.
- Ψ Que al no llenar sus expectativas de vida los pacientes entran en un estado de depresión y de rencor contra las personas que los rodean incluyendo la vida misma ya que se sienten frustrados por que afirman que han perdido el sentido de la vida y que no pueden llegar a cumplir sus metas.

- Ψ Que la sociedad al no comprender la dimensión de las repercusiones que tiene la violencia generada asume un rol de indiferencia con el cual lejos de que ayude al paciente lo discrimina aislándolo de toda actividad, orillándolo a ser un individuo ensimismado.

- Ψ Que la aplicación de los programas de reorientación laboral son una fuente de motivación para cada paciente ya que ofrece una nueva oportunidad de seguir adelante sin dejar de ser productivo y sin sentir que son una carga para la familia.

- Ψ Que mediante una terapia de rehabilitación integral aplicada adecuadamente y la buena disposición de la persona puede llegar a recobrar la confianza en sí mismo y en los demás y recuperar la autoestima para poder reincorporarse a su vida familiar, social y económica.

- Ψ Y finalmente, se concluye que, es una característica propia de las personas con paraplejía mantener un nivel medio de frustración, actitud confrontadora y un estado anímico bajo como rasgo de personalidad después de sufrida la lesión medular.

4.2 RECOMENDACIONES

- Ψ Al Departamento de Carreras Técnicas de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala promover actividades formativas, informativas, culturales a estudiantes y público en general donde haya una adecuada información y concientización acerca de los procesos rehabilitativo y de las consecuencias que tiene la violencia en Guatemala, las secuelas de los accidentes de tráfico dando a conocer que las personas con lesiones medulares, paraplejia específicamente, son seres aun productivos con lo que tienen y que no valen menos por lo que han perdido, (como la capacidad de caminar).
- Ψ Al Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, fortalecer y promulgar los talleres de reorientación laboral entre la población interna a través de la comunicación juntamente con el Departamento de Terapia Ocupacional y Recreativa poniendo énfasis en el proceso de reinserción a nivel general de cada paciente.
- Ψ Para beneficio de los pacientes, lo ideal es que tanto el terapeuta ocupacional y recreativo como el re orientador laboral sumen esfuerzos en procura del mejor conocimiento integral del ser humano y lo que desea para sí mismo, en lo que se refiere al funcionamiento de la dualidad mente – cuerpo para un mejor aprovechamiento de las capacidades, destrezas o aptitudes para desarrollar un oficio y canalizar todo tipo de agresión, frustración y depresión que surja durante el proceso de adaptación y asimilación de lo ocurrido y el hecho de cómo le cambia la vida y la visión de la misma.
- Ψ Se sugiere integrar la preparación física (aumento de fuerza muscular en miembros superiores, por ejemplo,). Psicológica y entrenamiento en actividades de la vida diaria, ocupacionales y laborales dándole a cada una la importancia equitativa que cada una merece para la obtención de óptimos resultados.

Bibliografía

- Aguilera Arankowsky Aida Sonia **Factores que influyen en la rehabilitación psíquica del parapléjico.** Pp. 1-36, 54-57, 107-108
- Serrano Chávez Gloria Marina **Propuestas para operativizar la política social de atención al discapacitado físico en Guatemala.**
- Aguilera Sonia **Factores que influyen en la rehabilitación del parapléjico.** Pp. 13-31
- Hamonet, C.I. and Heuleu, J.N. **Manual de rehabilitación.** 39-95.
- Maltinskis Enriqueta. **Recuperación Funcional.** Argentina edit. El ateneo 1960.
- Mcdonald, E.M. **Terapéutica Ocupacional en la Rehabilitación** Pp. 52-57, 237-241.
- Hoffman, Lynn **Fundamentos de la Terapia familiar.** Un marco conceptual para el cambio de sistemas. Fondo de cultura económica, México 1987.
- Bellack Allan S. y Herser Michel **Métodos de investigación en psicología clínica.**
- Siquier de Ocampo María Luisa **las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnostico.** Ed. Nueva visión, Buenos Aires 1987.
- Diccionario de la Investigación científica. Ed. Blanco, Bogotá 1984.

- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Info IGSS [en línea] Guatemala: disponible en: [http](http://www.igss.gub.gt/)
- Moreno García I. **Síndrome del lesionado medular, tratamiento, rehabilitación y cuidados continuos.** Guía de tratamiento [monografía en línea] 2002 Hospital Monográfico Asepeyo Coslada (Madrid)
- Velasco Marra, Salinero Pérez M. **Tratamiento de fisioterapia en el lesionado medular.**
- **Aproximación psicológica al problema del lesionado Medular traumático.** Departamento de Psicología General [tesis en línea] Universidad de Barcelona, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, 2004
- Vásquez Cabrera C, Carod Artal F. Calidad **de vida en pacientes con secuela neurológica y en sus cuidadores evaluados mediante la escala sf-36** [en línea] 1999 Red Sarah de Hospitales del Aparato Locomotor. Brasil [accesado junio 2010]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/union99/congresslibslvaVv12.html>.
- Estévez Perera A, García V, Villanueva Moreno M, Martínez Díaz N. **Calidad de vida en lesionados medulares del Centro Nacional de Rehabilitación.**
- "Julio Díaz" [en línea] Matanzas, Cuba: El Hospital, 2009 [accesado junio 2010]. Disponible en:
- <http://www.bvs.sld.cy/revisits/mar/mfr109/mfr03109.htm>
- www.monografias.com
- www.google.com
- www.yahoo.es

Anexos

ENTREVISTA

A continuación encontrará una serie de preguntas a las cuales debe responder de forma clara.

Paciente Interno Edad _____
Sexo M F
Externo

Estado civil: Soltero Casado

Cargas Familiares _____

Lugar de trabajo: _____

Puesto laboral _____

Que provoco su accidente _____

Hace cuánto tiempo _____

Le ha ayudado la terapia de rehabilitación _____

De qué manera _____

Que actitudes han cambiado en su persona a partir del accidente _____

Que visión tiene ahora de la vida _____

Considera que es importante aprender una nueva ocupación u oficio para reincorporarse a la vida económica productiva _____

Le gustaría colocarse en un empleo según lo aprendido en los talleres del Hospital de Rehabilitación o bien por su propia experiencia

Ha tenido apoyo por parte de su familia en este proceso, de qué manera

Que tipos de barreras o dificultades ha encontrado en su diario desenvolvimiento (incluyendo la actitud de las personas

Como se traslada de un lugar a otro _____

A parte del grupo de la terapia está usted integrado a alguna comunidad social
u otra clase de grupo _____

GLOSARIO

Apoplejía:

Suspensión súbita y completa de la acción cerebral, debida comúnmente a derrames sanguíneos en el encéfalo o las meninges.

Arreflexia:

Falta de reflejos, en general por lesión nerviosa.

Atrofia muscular:

Término médico que se refiere a la disminución del tamaño del músculo esquelético perdiendo así fuerza muscular por razón de que esta se relaciona con su masa.

Auto eficacia:

Son los pensamientos y sentimientos que uno tiene relacionados con la efectividad percibida en el uso de las capacidades personales para lograr los resultados deseados en la vida.

Bagaje:

Conjunto de conocimientos o noticias de que dispone una persona.

Barreras:

En general, una barrera de accesibilidad es un obstáculo que impide o dificulta la realización de una determinada tarea o actividad, afectando de esta manera a la plena integración social de esa persona. Se dividen en dos grandes grupos: las presentes en el entorno físico (en la naturaleza) y las futuras artificiales por la sociedad. Estas últimas, creadas por el hombre, pueden ser de varios tipos; psicológicas, culturales, arquitectónicas, urbanísticas, de comunicación e información, entre otros.

Barreras arquitectónicas:

Designa aquellos obstáculos físicos que impiden que determinados grupos de población puedan llegar, acceder o moverse por un edificio, lugar o zona en particular. Se trata del tipo más conocido de barrera de accesibilidad, ya que está presente en el medio físico y es la que resulta más evidente a la sociedad.

Barrera de accesibilidad:

Es un obstáculo que impide o dificulta la realización de una determinada tarea o actividad, afectando de esta manera a la plena integración social de esa persona.

Causalidad personal:

Es el propio sentido de competencia y eficacia.

Déficit

Es la escasez de algún bien físico o material.

Depresión:

(Del latí depressu, que significaba “abatido” o “derribado”) es un trastorno del estado de ánimo, y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. La depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

Discapacidad

La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás.

Discriminación

(Del latín: *discriminatio*, *-ōnis*) la discriminación es todo acto de separar a una persona de una sociedad o formar grupos de personas a partir de criterios determinados. En su sentido más amplio, la discriminación es una manera de ordenar y clasificar otras entidades. Puede referirse a cualquier ámbito, y puede utilizar cualquier criterio.

Espasticidad:

Un trastorno motor del sistema nervioso en el que alguno músculos se mantiene permanentemente contraído. Dicha contracción provoca la rigidez y acortamiento de los músculos e interfiere sus distintos movimientos y funciones.

Frustración

Es una respuesta emocional común a la oposición relacionada con la ira y la decepción, que surge de la percepción de resistencia al cumplimiento de la voluntad individual. Cuanto mayor es la obstrucción y la voluntad, mayor también será probablemente la frustración. La causa de la frustración puede ser interna o externa. En las personas, la frustración interna pueden surgir de problema en el cumplimiento de las metas personales y deseos, las pulsiones y necesidades, o tratar con las deficiencias observadas, tales como la falta de confianza o temor a situaciones sociales. El conflicto también puede ser una fuente interna de la frustración, cuando uno tiene objetivos contrapuestos que interfieran unos con otros, puede crear una disonancia cognitiva. Las causas externas de la frustración implican condiciones fuera de un individuo, como un camino bloqueado o una tarea difícil.

Habitación:

Son las actividades que realizamos diariamente, desde levantarnos de la cama, asearnos, alimentarnos, ir a la escuela o trabajo, actividades de ocio, actividades del tiempo libre, etc. y a las cuales estamos familiarizados

Hábitos:

Tendencias adquiridas a responder automáticamente y rendir en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones conocidas. Estos se realizan de manera inconsciente, estos al estar tan familiarizados con esa actividad que con el simple hecho de un ligero cambio en ella hará que la persona entre en un conflicto.

Hipotonía:

Término médico que indica disminución del tono muscular, también se conoce como disminución del tono muscular o flacidez (grado de contracción que siempre tienen los músculos aunque estén en reposo).

Hipertonía:

Aumento de tono, especialmente en los músculos.

Masoterapia:

Consiste en la aplicación de masajes que permiten tratar, prevenir y diagnosticar algunos tipos de enfermedades, es empleada con fines terapéuticos y puede alcanzar efectos determinados como la estimulación, la oxigenación de los músculos y órganos, con los que se estimula la circulación sanguínea y linfática, logrando un equilibrio y la sensación de bienestar.

Mecanoterapia:

(Del griego mekhanē, máquina, y therapia, tratamiento.) (Bonnet, de Lyon, 1848.) Sinónimo: método de Zander (1857). Método de tratamiento que consiste en hacer ejecutar a las articulaciones movimientos activos o pasivos por medio de aparatos especiales.

Motivación:

Concepto que explica la conexión y los modos de relación entre los sucesivos estados del acontecer psíquico. Cada hecho en la vida es motivación para el acontecimiento siguiente y es motivado a su vez por el precedente.

Orientación Profesional:

Consiste en ayudar a personas desempleadas, o aquellas que quieran cambiar de empleo, a conseguir un puesto de trabajo. Esto se consigue proporcionando asesoramiento, información y entrenamiento que facilite su inserción profesional. La orientación persigue incrementar la empleabilidad de una persona formándola y desarrollando aquellos aspectos personales que la ayuden en la consecución de sus objetivos, como aumento de la autoestima, concienciación de que el control de su vida depende de ella misma, etc.

Paliativo:

Que mitiga, suaviza o atenúa el dolor o los efectos negativos de algo, estos no curan pero mejoran la calidad de vida del paciente.

Paraplejía:

La paraplejía es una enfermedad por la cual la parte inferior del cuerpo queda paralizado y carece de funcionalidad. Normalmente es resultado de una lesión medular o de una enfermedad congénita como la espina bífida. Una polineuropatía puede tener también como consecuencia la paraplejía. Si los brazos se ven afectados también por la parálisis la enfermedad se denomina tetraplejía.

Poli neuropatía:

Puede causar paraplejía si las fibras motoras se ven afectadas. Aunque en teoría los brazos podrían verse afectados también, las fibras que abastecen a las piernas son más largas y por lo tanto más vulnerables.

Rehabilitación:

Es el conjunto de procedimientos dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, vocacional y educacional compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales. La rehabilitación produce múltiples intervenciones dirigidas a ambos: la causa y los efectos secundarios del daño y la enfermedad.

Reinserción:

Reintegración o nueva adaptación de una persona en la sociedad después de haber estado durante un tiempo al margen de ella.

Rol:

Se refiere a una posición determinada del individuo en el contexto social, a la actitud y las funciones que se espera que asuma.

Sentido de capacidad personal:

Es una autoevaluación de las capacidades físicas, intelectuales y sociales.

Signo de Babinski:

O signo de Koch es la extensión dorsal del dedo gordo del pie y generalmente acompañado de la apertura en abanico de los demás dedos en respuesta a la estimulación plantar del pie, signo característico de lesión del tracto piramidal o fascículo cortico espinal llamado síndrome de neurona motora o superior.

Sistema nervioso central

Cualquier enfermedad que afecte al sistema piramidal de la médula espinal desde la vértebra dorsal hacia abajo puede acabar en una paraplejía, ya que esta estructura transmite las "instrucciones" del movimiento desde el cerebro.

Sistema nervioso periférico

Es rara la paraplejía que es causada por una lesión en los nervios que suministran a las piernas. Esta forma de lesión no suele ser simétrica y podría no causar paraplejía.

Terapia Ocupacional

(T.O.) es definida por la *Asociación Americana de Terapia Ocupacional* en 1968 como "El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales".

Recientemente, es calificada como "La disciplina socio sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración".

Valores

Creencias y compromisos que significan lo que es bueno, correcto e importante para hacer.

Volición:

Los pensamientos y sentimientos volitivos se relacionan con lo que uno considera importante (valores), percibe como capacidad y eficacia personal (causalidad personal) y encuentra disfrutable (intereses).