

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"EL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO DE LESION MEDULAR  
EN REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE  
SEGURIDAD SOCIAL (IGSS). ANALISIS DEL TRABAJO  
SOCIAL ACERCA DE SU SITUACION FAMILIAR



En el Grado Académico de

LICENCIADO

Guatemala, Octubre de 1995.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

DL  
15  
T(906)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco  
SECRETARIO: Dr. Otto Manuel España Mazariegos

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada Ovalle  
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes Santisteban

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada: Rebeca Morán Mérida  
Licenciada: Aracely Quiroa de Gómez  
Licenciado: Roberto Alfonso Solís De León  
Licenciada: Amparo Meléndez López  
Licenciada: Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Maestra Educación Primaria: Edelmira Mendoza Pinelo  
Maestra Educación Primaria: Margarita de Jesús García  
Maestra Educación para el Hogar: Claudia Lorena Alfaro  
Bachiller en Ciencias y Letras: Sara O. Franco Tejeda  
Secretaria Comercial: Rosa Elena Barillas C.

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTOR: Lic. César A. Estrada Ovalle  
SECRETARIA: T.S. Miriam Silda Fuentes Santisteban  
ASESOR: Dr. Juan René López Estrada  
REVISOR: Lic. Rolando López Godínez  
COORDINADOR PROGRAMA  
ESPECIAL DE LICENCIATURA: Lic. Edgar Flores González

Guatemala,  
7 de Septiembre de 1,995

Licenciado  
CESAR A. ESTRADA OVALLE  
Director Escuela de Trabajo Social  
Su Despacho

Honorable Señor Director:

De la manera más atenta me dirijo a usted, para someter a su consideración el trabajo de Tesis de la Trabajadora Social señora MYRIAM JOCABED, QUILO ROSALES DE GUZMAN.

El trabajo en mención, se titula "EL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO DE LESION MEDULAR EN REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, (IGSS), ANALISIS DEL TRABAJO SOCIAL ACERCA DE SU SITUACION FAMILIAR, JUNIO 1991 - JUNIO 1992".

He asesorado y revisado el trabajo de investigación y considero que llena satisfactoriamente los requisitos para su aprobación.

La presente Tesis es un trabajo que será de mucho interés para Profesionales interesados en el tema.

Me complace informarle, por tanto, que en calidad de Asesor, otorgo mi aprobación para que la señora MYRIAM JOCABED, QUILO ROSALES DE GUZMAN, pueda continuar con los trámites que corresponde, para optar el grado de Licenciada en Trabajo Social.

Sin otro particular, se suscribe del Señor Director con muestras de mi alta consideración.

  
Dr. JUAN RENÉ LOPEZ ESTRADA  
COLEGIADO 1365  
ASESOR

Dr. Juan René López  
Fisiatra  
Colegiado 1,365  
Hospital de Rehabilitación  
IGSS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



PEL-167/95

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
EDIFICIO S-1, 2o. NIVEL  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Noviembre 9 1995

Teléfonos:  
760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289  
Teléfonos Directos: 769590-769602  
Fax: 769590

Licenciado  
César A. Estrada Ovalle  
DIRECTOR-ESCUELA TRABAJO SOCIAL  
Presente.

De manera atenta me dirijo a usted, adjuntándole para su conocimiento y efecto consiguiente, el INFORME FINAL de tesis: "EL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO DE LESION MEDULAR EN REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, (IGSS), ANALISIS DEL TRABAJO SOCIAL ACERCA DE SU SITUACION FAMILIAR, JUNIO-1991 - JUNIO 1992", presentado por la estudiante MYRIAM JOCABED QUILO ROSALES DE GUZMAN.

El dictamen lo rindió favorablemente el licenciado Rolando López Godínez, en el oficio No. 206-32/95.

Al agradecer su atención, quedo de usted deferente servidor.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Edgar Flores González  
COORDINADOR  
PROGRAMA ESPECIAL DE LICENCIATURA

EFG/edl.  
cc: Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



DICTAMEN-206-32/95

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.  
EDIFICIO 8-1, 2o. NIVEL  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Noviembre 7 1995

Teléfonos:  
760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289  
Teléfonos Directos: 769590-769602  
Fax: 769590

Licenciado  
César A. Estrada Ovalle  
DIRECTOR-ESCUELA TRABAJO SOCIAL  
Presente.

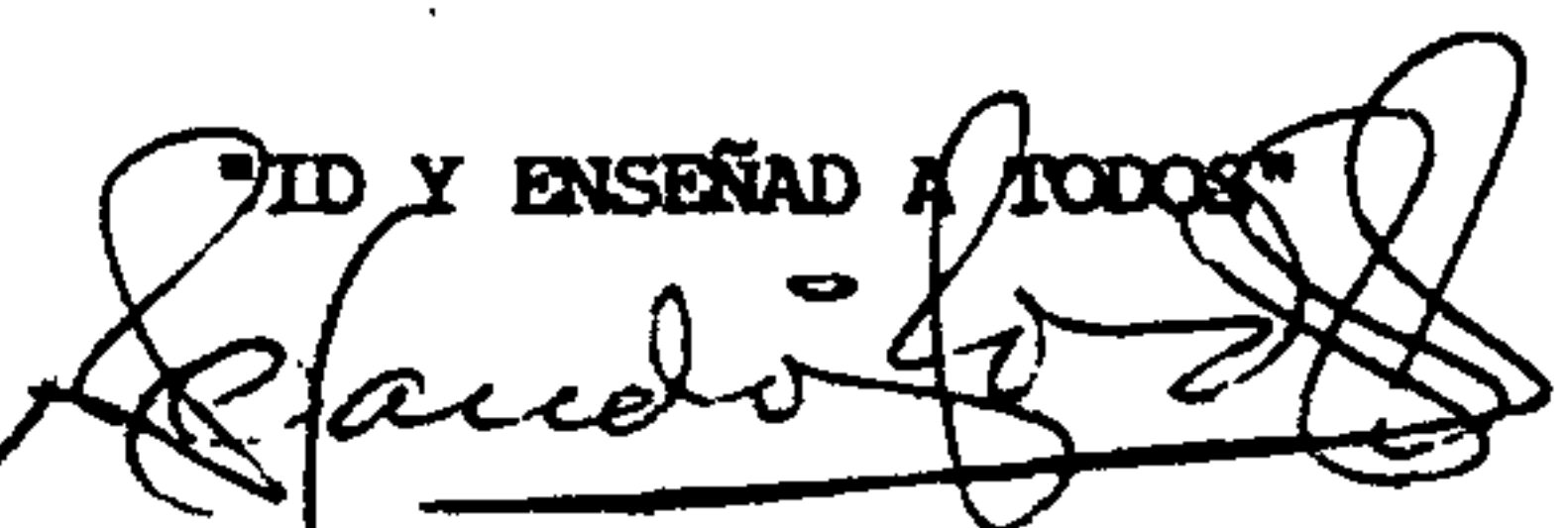
Señor Director:

Respetuosamente me dirijo a usted, para informarle que mediante el oficio PEL-118/95 de fecha 13 de septiembre de 1995, se me asignó para revisar y orientar el trabajo de tesis titulado: "EL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO DE LESION MEDULAR EN REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, (IGSS), ANALISIS DEL TRABAJO SOCIAL ACERCA DE SU SITUACION FAMILIAR, JUNIO-1991 - JUNIO 1992", presentado por la estudiante MYRIAM JOCABED QUILO ROSALES DE GUZMAN.

Se realizó la revisión minuciosa y sistemática del Informe Final, con el propósito de adecuarlo a las normas respectivas dictadas por la Escuela de Trabajo Social y la sustentante verificó los planteamientos señalados.

En consecuencia, recomiendo la impresión del trabajo de tesis de la Trabajadora Social: MYRIAM JOCABED QUILO ROSALES DE GUZMAN, y así pueda discutirse en su examen público y opte a su graduación profesional.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"  
  
Lic. Rolando López Godínez  
INVESTIGADOR-REVISOR - AREA DE TESIS  
- P E L -

RLG/edl.  
cc: Archivo.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.

EDIFICIO S-1, 2o. NIVEL

Ciudad Universitaria, Zona 12

Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

760790-4 y 760985-86-88, Ext. 288-289

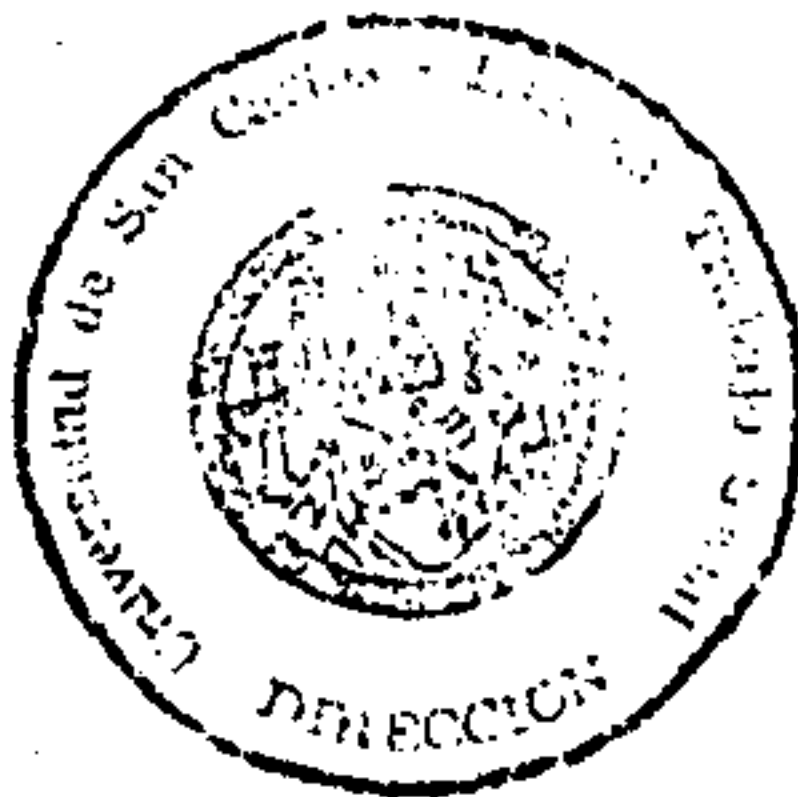
Teléfonos Directos: 769590-769602

Fax: 769590

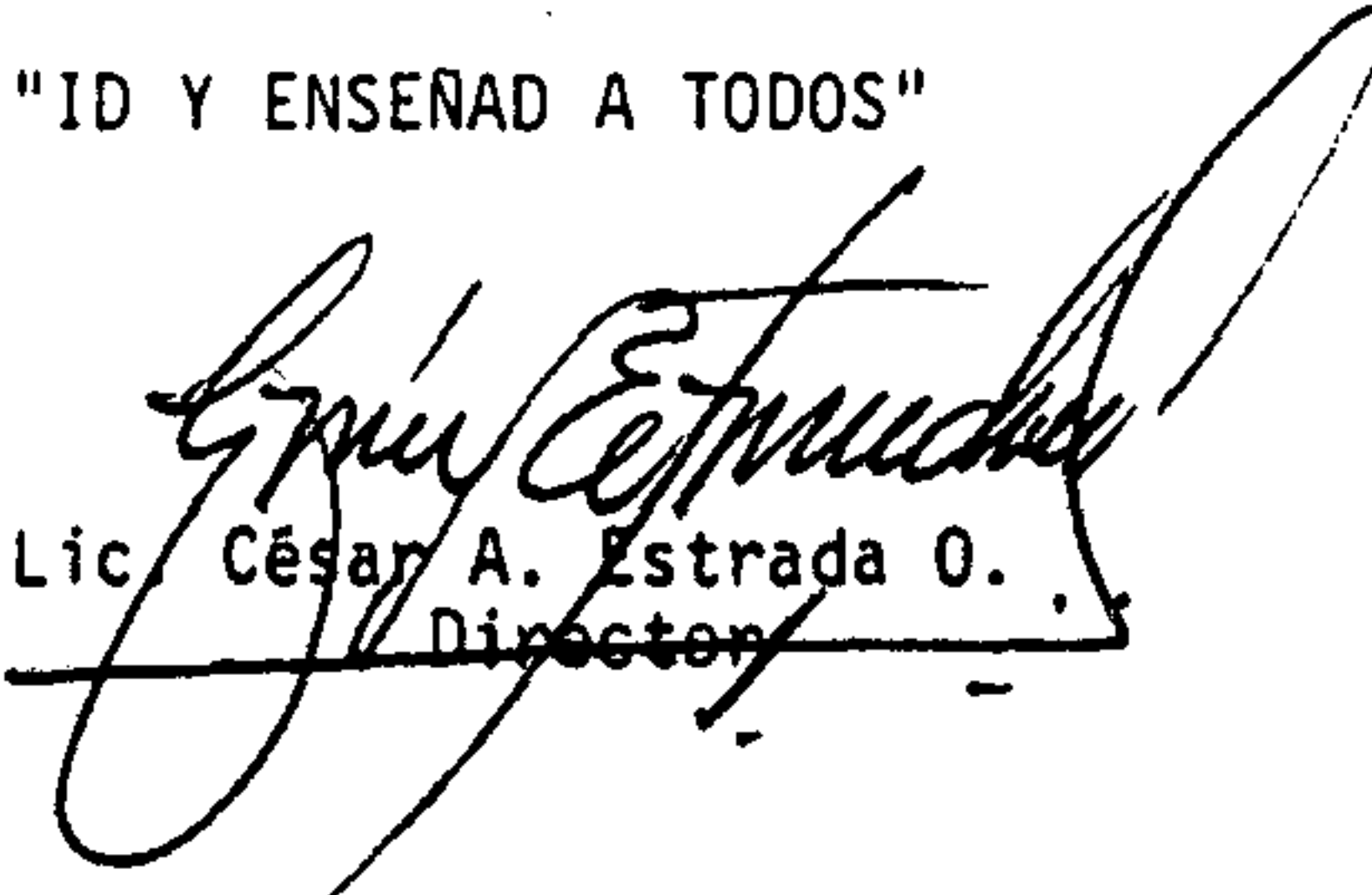
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.          UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA.-----

En vista de los dictámenes favorables que anteceden del Dr. Juan René Lórez Estrada y del Licenciado Rolando López Godínez en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "EL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO DE LESION MEDULAR EN REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS), ANALISIS DEL TRABAJO SOCIAL ACERCA DE SU SITUACION FAMILIAR, JUNIO 1991-JUNIO 1992", presentado por Myriam Jocabed Quilo Rosales de Guzmán previo a conferírsele el título de Trabajador Social en el grado de LICENCIADO una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los nueve días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y cinco.



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Lic. César A. Estrada O.  
Director

CAEO/cdm  
c.c.:archivo

## ACTO QUE DEDICO

**A DIOS:** Gran arquitecto del Universo, fuente de amor y sabiduría.

**A LA MEMORIA DE MIS PADRES:** Rev. Carlos Clodoveo Quilo T.  
Esther Rosales de Quilo  
Flores sobre su tumba. Y que el grito de triunfo de este día, lo escuchen en la mañana gloriosa de la resurrección de los justos.

**A MI ESPOSO:** Carlos Ismael Guzmán de los Santos  
Por su comprensión y apoyo incondicional.

**A MIS HIJOS:** Miriam Carolina, Carlos Ismael, Carlos Daniel y Karla Estela Guzmán Quilo  
Con inmenso amor.

**A MIS HERMANOS:** Dora Elizabeth, Rebeca Esther, Marta Luz, Raquel Eunice y Carlos Clodoveo Quilo Rosales  
Con amor fraternal.

**A:** Mis hermanos políticos.

**A:** Mis sobrinos.

**A:** Mis familiares en general.

**A MIS AMIGAS:** T.S. Albamarina B. de González  
T.S. Berta Sánchez López  
T.S. Magdalena Cordón de Carrera  
T.S. Marta Elena Estrada Araujo  
T.S. Lilian Urzúa de Juárez  
T.S. Amparo S. de Marroquín  
T.S. Vilma Zepeda Abal

**Y EN ESPECIAL A:** Hilda Morales de Venegas  
Gracias por su amistad y cariño en todo momento.

**TESIS QUE DEDICO**

**A MI PATRIA GUATEMALA.**

**A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.**

**AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, EN ESPECIAL  
AL HOSPITAL DE REHABILITACION.**

**A LOS PACIENTES DE AFECCION MEDULAR, DE LA SALA DR.  
FRANCISCO SANDOVAL ROSALES, QUIENES SIRVIERON DE MOTIVACION  
PARA HACER POSIBLE ESTA INVESTIGACION.**

**A MI ASESOR DR. JUAN RENE LOPEZ ESTRADA:  
CON AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL POR LA ENSEÑANZA QUE DE  
EL RECIBI Y LA ADMIRACION, DE SU ENTREGA TOTAL PARA EL  
PACIENTE.**

**A MI REVISOR:  
LIC. ROLANDO LOPEZ GODINEZ, CON MUCHO APRECIO.**

**A SILVIA CANAHUI:  
CON AGRADECIMIENTO POR LA COLABORACION PRESTADA EN TODO  
MOMENTO.**



"Artículo II.- Los autores se harán responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras". Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

## I\_N\_D\_I\_C\_E

	<b>Pág.</b>	<b>No.</b>
<b>INTRODUCCION</b>	i	
<b>MARCO TEORICO</b>	iii	
<b>CAPITULO 1</b>		
<b>SINTESIS HISTORICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	01	
1.1 La Seguridad Social en Guatemala	05	
1.2 Campos de Aplicación	08	
<b>CAPITULO 2</b>	10	
2.1 Historia de la Rehabilitación	10	
2.2 Antecedentes de la Rehabilitación en Guatemala	14	
2.3 Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	15	
2.4 Rehabilitación en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	19	
<b>CAPITULO 3</b>	22	
3.1 Rehabilitación de Pacientes	22	
<b>CAPITULO 4</b>		
<b>ACTITUDES DE LA FAMILIA DEL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO</b>	29	
4.1 Generalidades	30	
4.2 La Familia	31	
<b>CAPITULO 5</b>		
<b>REHABILITACION EN SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA</b>	37	
5.1 Prestaciones en Servicio	37	
5.2 Prestaciones en Dinero	37	
<b>CAPITULO 6</b>	40	
6.1 Sistemas de Rehabilitación Integral en el Hospital de Rehabilitación del IGSS, y la Intervención del Trabajador Social	40	

	Pág.	No.
6.2 Intervención del Trabajador Social	42	
<b>CAPITULO 7</b>		
<b>PROPUESTA METODOLOGICA AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	47	
7.1 Objetivos Generales	49	
7.2 Objetivos Específicos	49	
<b>CONCLUSIONES</b>	66	
<b>RECOMENDACIONES</b>	68	
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	70	
<b>ANEXOS</b>		

## I\_N\_T\_R\_O\_D\_U\_C\_C\_I\_O\_N

En Guatemala, existen instituciones gubernamentales y no gubernamentales encaminadas a brindar atención a pacientes gran traumatizados de lesión medular, incluyendo al Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En el presente trabajo de investigación sobre "EL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO DE LESION MEDULAR EN REHABILITACION. ANALISIS DEL TRABAJO SOCIAL ACERCA DE SU SITUACION FAMILIA", se presenta una indagación de los problemas, con el objeto de buscar alternativas de investigación por parte del Trabajador Social.

Uno de los objetivos que impulsan a realizar este trabajo es la ausencia de documentos que enfoquen el problema y el interés de profundizar acerca de la familia, del conocimiento de ésta como apoyo y soporte del paciente gran traumatizado de lesión medular.

Tomando en cuenta que el paciente como individuo, necesita para su desenvolvimiento biosocial, de la integración familiar, la cual es la base de la estructura social. Es necesario e indispensable, que la familia participe adecuadamente de la orientación, ya que ellos muestran sentido de culpabilidad e inseguridad; por lo que aportan escasa participación en el proceso rehabilitativo de éste, dificultándole la adaptación a la vida productiva.

Mediante observación directa y consultas realizadas a través de entrevistas dirigidas al equipo multidisciplinario del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se ha

detectado que la mayoría de pacientes de lesión medular, presentan niveles de frustración, por la no aceptación de su problema físico, así como la sobreprotección familiar, complicándosele su situación con los problemas afines que se le presentan; la desintegración, la lucha de éstos para sobrevivir, la solución de conflictos emocionales, dificultan con ello el proceso rehabilitativo.

Los pacientes en su mayoría provienen del área rural, muchos de ellos son de ocupación jornaleros, albañiles, operarios y agentes de seguridad por lo que se consideran de escasos recursos. Asimismo han recibido una escolaridad deficiente o ninguna, abarcando desde los analfabetos hasta los que cursan los primeros grados de primaria, encontrando muy raras veces que han podido cursar secundaria o a la universidad.

Algunos pacientes se hayan involucrados en situaciones donde la actitud de la familia juega un papel muy importante para ellos.

Cuando el hogar no tiene una estructura sólida, aparece la desintegración familiar, es aquí donde el paciente es abandonado por la esposa o conviviente, dejándolo sólo o al amparo de los hijos. Esto provoca un gran conflicto emocional. De ahí depende que el paciente gran traumatizado y su familia reciban una orientación adecuada a fin de que logre reincorporarse a la sociedad. Un factor determinante para el paciente es la "FAMILIA", por lo que ésta debe recibir un adiestramiento específico por parte del equipo multidisciplinario, proporcionándole orientación completa y mantener una buena supervisión, para evitar posteriores problemas.

## MARCO TEORICO

Tomando en cuenta que el individuo necesita de un ambiente adecuado para su desenvolvimiento biosocial, es indispensable la integración familiar; ésta se considera como base de la estructura social, su falta trae consecuencias negativas desde la niñez hasta la vida adulta, ya que al no repararse afecta emocionalmente al individuo, sobre todo cuando sufre de limitaciones físicas.

Es necesario e imprescindible que la familia participe adecuadamente de la orientación de sus miembros, pues muestran un grado de culpabilidad e inseguridad hacia el paciente gran traumatizado aportando escasa participación en el proceso rehabilitativo de éste, dificultándole la adaptación a la vida productiva.

Para comprender la importancia de los aspectos relacionados con el paciente, acerca del diagnóstico y el tratamiento en rehabilitación es necesario conocer la definición de rehabilitación: "COMO EL PROCESO DE TRATAMIENTO DIRIGIDO A AYUDAR A LOS INCAPACITADOS FISICOS, A EMPLEAR AL MAXIMO SUS CAPACIDADES RESIDUALES Y PERMITIRLES OBTENER LA MAXIMA SATISFACCION Y UTILIDAD EN LO QUE SE REFIERE A SI MISMO, A SU FAMILIA Y A SU COMUNIDAD". 1/

El éxito de la rehabilitación requiere un proceso de tratamiento, el que tiene que estar basado en un diagnóstico total y completo de la

---

1/

Frederic Krussen: "Medicina Física y Rehabilitación", 3a. Edición, Editora Médica Panamericana, Junín 831, Buenos Aires, Argentina, 1980.

### Incapacidad física y del funcionamiento físico del paciente.

El proceso rehabilitativo debe utilizar los conocimientos y capacidades de muchas disciplinas profesionales que se relacionan y debe incluir el empleo de servicios y recursos de la comunidad.

Es necesario e imprescindible, que la familia participe adecuadamente de la orientación de sus miembros, en vista de que posteriormente ellos serán los encargados de brindarles los cuidados necesarios.

Mediante observación directa y consultas realizadas a través de entrevistas dirigidas al equipo multidisciplinario del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se ha detectado que la mayoría de pacientes (parapléjicos y cuadripléjicos) con lesión medular, ya sea por accidente o por enfermedad, en un período de tres meses a su ingreso al centro presentan niveles de frustración por la no aceptación de su problema físico, así también como la sobreprotección familiar, complicándosele su situación con los problemas afines que se le presentan, entre los que se podría mencionar como causa principal: "LA DESINTEGRACION FAMILIAR", la lucha de éstos para sobrevivir, la solución de conflictos emocionales, dificultándose con ello el proceso rehabilitativo.

El paciente tropieza con muchas barreras, una de ellas, la que podríamos decir infranqueable es la "frustración", la que sucede inmediatamente al sufrir el cambio físico; algunos pacientes se verán involucrados en situaciones en donde la actitud de la familia juega un papel muy importante para ellos, como lo es la sobreprotección que posiblemente

se ha iniciado desde niño, siendo demasiado amado y protegido, proporcionándole mucho cariño y cuidado, luego lo transforman en niño inmaduro y dependiente, consentido y egocéntrico, que exigirá toda la vida que se esté pendiente de él.

El Trabajador Social es un profesional cuyo principal objetivo y campo de trabajo es comprender "la relación de los individuos, de su familia y de pequeños grupos con otros sistemas físicos y sociales, comunes a toda la comunidad". El paciente y su familia, son considerados miembros esenciales de un equipo juntamente con los profesionales que harán posible que la rehabilitación ejerza un efecto permanente en la vida del paciente, después de que concluya el programa médico real.

Para el paciente "la rehabilitación es básicamente un proceso optimista que concede que, a pesar de la continua y aún catastrófica incapacidad, es posible una mejor vida para el paciente". 2/

"La rehabilitación es como un puente para el paciente, que salva la brecha entre la inutilidad y la utilidad, entre la desesperanza y la esperanza, entre el desespero y la felicidad". 3/

La rehabilitación exige la atención conjunta de un triple aspecto: 1) el físico; 2) el psicológico; y 3) el socioeconómico. Según esto se podrá hablar de recuperación, cuando se trate de un individuo enfermo o discapacitado físico en el que no exista repercusión psicosocial y que sea susceptible de volver a su estado de salud anterior, gracias al tratamiento terapéutico.

---

2/ Ruth Perin Stryker: "Enfermería de Rehabilitación", Nueva Editorial Interamericana, S.A., la. Edición en Español, México, D.F., 1974.

3/ Idem.



## CAPITULO 1

### SINTESIS HISTORICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El autor José Pérez Lañero define la Seguridad Social como "una institución esencialmente humana y de servicio, concebida para beneficio del hombre, donde el capital, el trabajo y la riqueza son factores de la economía que se relaciona con la Seguridad Social. El capital permite el sostenimiento del régimen en forma justa, la retribución de la riqueza, finalidad de los programas de Seguridad Social". 4/

La Seguridad Social indudablemente nació con el hombre, cuando éste tuvo que vivir en sociedad con sus congéneres, con fines de protección y defensa contra las adversidades de la naturaleza, de los animales que los rodeaban y del mismo hombre.

La Seguridad Social, principia a ser administrada por el Estado, cuando éste se funda de una manera monárquica, democrática o teocrática y dicta leyes proteccionistas para los trabajadores con la participación de ellos mismos y de los patronos. Aunque su concepto va variando de acuerdo con la evolución histórico social, dependiendo de la época, del momento político y la clase del gobierno existente.

La definición científica de la Seguridad Social la cimentó Sir William Henry Beveridge, Economista inglés y profesor de la Universidad de Oxford, así: "Es un sistema de subsidio a los hijos, pagados a los padres, amplios servicios de rehabilitación, prevención y curación de

---

4/ José Pérez Lañero: "Fundamentos de la Seguridad Social", Aguilar S.A. de Ediciones, Sección Tercera, Política, Madrid, 1956, Ediciones Madrid 5006, Impreso en España por P. López, Meléndez Valdéz, 17 Madrid.

enfermedades y mantenimiento de la ocupación".

En Guatemala desde 1877 se emitió el Decreto de Reglamento de Trabajo de Jornaleros No. 177, en que se fija al patrón darle al jornalero un alimentación sana y abundante entre otras prestaciones.

El 17 de noviembre de 1881, el Gobierno alemán fijó un programa en materia de política social. A partir de esa fecha los trabajadores van a tener derecho a asistencia médica, posibilidad de ingresar a un hospital y a recibir una prestación en dinero (subsidio); cuando por causa de enfermedad o accidente no pueden realizar sus labores. De esta forma el trabajador va a poder restablecer su salud y contar con una pensión económica que le permitirá cubrir sus necesidades básicas.

La Seguridad Social surge como una consecuencia del desarrollo de la sociedad, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de los trabajadores en todo el mundo.

El término Seguridad Social, lo empleó por primera vez el Libertador Simón Bolívar cuando en febrero de 1819 declaró en el Congreso de Angostura que: "EL SISTEMA DE GOBIERNO MAS PERFECTO ES AQUEL QUE OFRECE MAYOR SUMA DE FELICIDAD POSIBLE, MAYOR SUMA DE SEGURIDAD SOCIAL".

Como resultado de la Revolución Industrial se realiza una serie de cambios y reformas en el orden social existente, los cuales culminan en Alemania, cuando el gobierno de ese país, bajo la dirección del Canciller OTTO VON BISMARCK instaura la política social cuyo fin es eliminar "la incertidumbre y la inseguridad" de los trabajadores. Antes de la creación

del Régimen Guatemalteco de Seguridad Social había en nuestro país alguna legislación destinada a proteger a los trabajadores, concretamente era la Ley Protectora de Obreros, Decreto 669, promulgada el 21 de noviembre de 1906, bajo la administración del Licenciado Manuel Estrada Cabrera. Los principios de esta Ley se quedaron escritos sin tener ninguna aplicación, pues no se previó una organización administrativa que fuera la que llevara a la práctica esta protección.

En Guatemala como consecuencia de la segunda guerra mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno dictatorial de Jorge Ubico Castañeda y se eligió un gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo (1945-1951).

El gobierno de Guatemala de esa época, gestionó la venida al país de dos técnicos en materia de Seguridad Social. Ellos fueron el Lic. Oscar Barahona Streber (costarricense) y el actuario Walter Dittel (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de ese estudio lo publicaron en un libro titulado "BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA".

La Ley Orgánica del Instituto se promulgó el 30 de octubre de 1946, año tercero de la Revolución. El Régimen de Seguridad Social no es otra cosa que la expresión legal y obligatoria de los deberes de la convivencia, y casi podría decirse que es un grato instrumento de como sensación moral. Pero el sistema no tiene solamente exigencias, revierte en forma constante sobre la comunidad, elevando el nivel de vida, mejorando las condiciones generales del país, estabilizando las relaciones de las clases

sociales y contribuyendo decisivamente a una armonía que se basa en la progresiva eliminación de la miseria, de la enfermedad, de la indigencia y de la incultura.

A la Institución de Seguridad Social, están ligados todos los habitantes del país, unos como contribuyentes, otros como beneficiarios; todos como integrantes de la colectividad que recibe, con la aplicación de la ley respectiva, un caudal de energía económica, moral y cultural. No hay programa político que omita entre los puntos fundamentales de su ideología el establecimiento de la Seguridad Social, coincidencia que no refleja sino el valor intrínseco del régimen.

De todo aquel que tiene ingresos, sea rico o sea pobre, se obtiene una parte proporcional al monto de los mismos, para subvenir a las necesidades de quienes se inhabilitan.

Con estos antecedentes, el 30 de octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, sanciona el Decreto Número 295, "LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL", se crea así: "Una institución autónoma, de derecho público, con personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima". (Cap. I, Artículo 10.). 5/

Se crea así un Régimen Unitario, Nacional y Obligatorio. Esto

---

5/ Ley Orgánica y Principales Reglamentos, Departamento de Relaciones Públicas, Tercera Edición, 1985.

significa que debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y cargas tributarias y los patronos y trabajadores de acuerdo con la ley deben estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

La Ley Orgánica del IGSS, es "Ley de la República". La Constitución Política de la República de Guatemala, promulgada el 31 de mayo de 1985, dice en el Artículo 100: "SEGURIDAD SOCIAL: EL ESTADO RECONOCE Y GARANTIZA EL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL, PARA BENEFICIO DE LOS HABITANTES DE LA NACION". 6/

#### **1.1 LA SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA:**

El impacto que causó en Guatemala la Revolución del Octubre de 1944, se reflejó en la situación económica, política, cultural y social del país.

El desarrollo que se inició en todos los aspectos mencionados se hizo más evidente en el aspecto social, pues se concretaron valiosas conquistas para los sectores mayoritarios, plasmados en la Constitución de 1945 y que dieron vida a las diversas instituciones entre las que sobresale por su importancia y proyección al bienestar social del país, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Como mencionáramos anteriormente, previamente a la implantación del Régimen Guatemalteco de Seguridad Social, el gobierno a través del

---

6/ "El IGSS, para Estudiantes" (folleto), Producción Departamento de Relaciones Públicas, Julio de 1989.

Ministerio de Economía y Trabajo, integró la Comisión de Seguros Sociales, que presidió el Lic. José Rolz Bennett con quien colaboraron, el Dr. César Méza, Ing. Jorge Arias De Blois, Lic. Salvador Saravia y Lic. José Antonio Reyes Cardona. Además, de los antes nombrados trabajaron el Señor Actuario Walter Dittel y el Lic. Oscar Barahona Streber, a quienes se encomendó formular el Proyecto de Ley para establecer el Régimen de Seguridad Social en Guatemala.

Esta comisión analizó la realidad del país en todos sus aspectos, los recursos médicos hospitalarios relacionados con la implantación de la Seguridad Social, aspectos financieros, culturales, fiscales y otros que deben aplicarse a la realidad guatemalteca así como el proyecto de Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La Ley Orgánica del Instituto se inspira en principios bien definidos: es flexible con principios claros y justos, susceptibles de ser comprendidos y aceptados por los grupos de población y la colectividad a que van a ser aplicados, ya que la ley debe adaptarse a las necesidades sociales, de orden cambiante, respetando los principios fundamentales en que se inspira.

Para la organización y planificación de sus acciones y programas, el régimen es sostenido por el Estado, patronos y trabajadores, quedando su organización integrada por una Junta Directiva, como órgano superior, con seis miembros, un propietario y un suplente, representando al Ministerio de Economía y Trabajo, Junta Monetaria del Banco de Guatemala, Consejo Superior Universitario de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Asociación o Sindicato de Patronos registrados conforme la Ley y sindicatos de trabajadores autorizados por la ley.

La Junta Directiva del Instituto tiene la facultad reglamentaria y la capacidad de crear e instituir su propio ordenamiento jurídico integrado por normas jurídicas con plena eficacia y fuerza, dicta los reglamentos necesarios para la correcta aplicación de la ley o sea todos aquellos que debe emitir para el cumplimiento de los fines de protección social del régimen y los reglamentos que requiera el funcionamiento interno del Instituto, pudiendo ser de carácter administrativo, médico, gerencial, etc. La Gerencia es el órgano ejecutivo para la administración y gobierno de la institución; un Consejo Técnico se integra por asesores con funciones consultivas y quienes deben ser expertos en diferentes ramas profesionales.

En Guatemala, al crearse el Régimen de Seguridad Social, se estableció la obligación de todos los integrantes de los sectores de población que participen en el proceso de producción de bienes y servicios, de contribuir al sostenimiento del régimen, de conformidad con un porcentaje de salario y un porcentaje de capital, teniendo el derecho de recibir beneficios para sí mismos y los familiares que dependen económicamente de ellos, beneficios compatibles con el mínimo de protección que el interés y la estabilidad social requieran que se les otorgue.

Legalmente el Instituto siempre ha estado obligado a tomar en consideración las circunstancias sociales y económicas del país, el nivel de vida, los métodos de producción, las costumbres, las características, necesidades y posibilidades del conglomerado social y de las actividades que éste realice.

Sus programas han cubierto hasta hoy a la clase trabajadora con

prestaciones directas pero a través de la concesión de prestaciones indirectas también ha proyectado su acción hacia el ámbito nacional.

## 1.2 CAMPOS DE APLICACION:

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ha tratado en la medida de sus posibilidades de proteger a todos sus afiliados, desarrollando programas de protección contra los riesgos que afectan la salud y la capacidad de trabajo, que implican servicios de atención médica y hospitalaria y prestaciones en dinero. La evolución del régimen ha sido gradual llegando a cubrir los 22 Departamentos en que se divide política y administrativamente la República de Guatemala.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social inició la atención a sus afiliados a partir del 10. de enero de 1947, con el Programa de Accidentes de Trabajo, para laborantes del Municipio de Guatemala. Después de funcionar un período en este programa, se comprobó que a pesar de los resultados obtenidos con las atenciones y tratamiento médico quirúrgico prestados determinados casos presentaban dificultad para reincorporarse al trabajo. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sintió la necesidad urgente de prestar servicios de rehabilitación. Se encargó entonces la organización y planeamiento preliminar de los servicios de rehabilitación del Instituto al Psicopedagogo Fernando Centeno Güell, costarricense, graduado en España en Educación Especial, quien así mismo se encargó de la selección del personal que iniciaría labores.

El 8 de julio de 1949, después de diez y seis meses de experiencias derivadas del Programa de Accidentes de Trabajo, se hizo patente la necesidad de introducir reformas y poner en vigor el Programa de Accidentes Comunes. Se emitió y aprobó el Reglamento sobre



"PROTECCION RELATIVA A ACCIDENTES EN GENERAL. ESTABLECIENDOSE EN LA SECCION VI, LAS CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION". (Ley Orgánica del IGSS).

Respecto a las incapacidades el Instituto emitió el Acuerdo No. 97 de la Junta Directiva, cuyo Artículo 78, dice: "Todo afiliado que esté en incapacidad temporal recibiendo tratamiento médico o asistencia hospitalaria del Instituto debe someterse a los servicios de Rehabilitación que indiquen de común acuerdo la Dirección de Servicios Médicos y el Departamento de Rehabilitación, con aprobación de la Gerencia del mismo".

7/

ARTICULO 80: "Todo afiliado en proceso de Rehabilitación tiene derecho como parte de éste, a recibir tratamiento médico general con el exclusivo fin de mantenerlo en las mejores condiciones de salud que sean posibles y de facilitar el buen éxito de dicho proceso". 8/

La REHABILITACION: "Es la restauración del individuo incapacitado a la más completa utilidad física, mental, vocacional, social y económica de que puede ser capaz". 9/

---

7/ Ley Orgánica y Principales Reglamentos, Departamento de Relaciones Públicas, Tercera Edición, 1985.

8/ IGSS: "Contenido de Conferencias del Régimen de Seguridad Social, Administración y Relaciones Interpersonales", Abril de 1987. Pág. 3.

9/ Revista Rehabilitación I, Parreño J. R., Dr. Vice-Presidente de la Asociación Iberoamericana de Rehabilitación de Inválidos.

## CAPITULO 2

### 2.1 HISTORIA DE LA REHABILITACION:

El Dr. Henry J. Kessler ha dicho: "DURANTE LOS SIGLOS, LOS FISICAMENTE INCAPACITADOS FUERON PERSONAS APARTADAS DEL GRUPO SOCIAL, ALTERNATIVAMENTE ADORADOS O DESPRECIADOS, EN OCASIONES COMPADECIDOS, CON FRECUENCIA TEMIDOS Y SIEMPRE INCOMPRENDIDOS".

"Sólo recientemente han atravesado el negro velo de la ignorancia y la superstición, y han surgido como personas diferentes a lo normal principalmente en cuanto a la magnitud de sus necesidades". 10/

La sociedad ha sido lenta en reconocer esas necesidades y en tratar de remediarlas. Hace sólo tres siglos a los lisiados casi no les era permitido vivir, el que sólo los físicamente normales tenían derecho a la vida, era un concepto aceptado que controlaba la supervivencia.

La primera ayuda que recibían los lisiados, de la cual tenemos noticias, está representada por aquella que se refería, "al tratamiento de sus dificultades funcionales, cirugía de huesos", en los pueblos primitivos que poblaron Europa, Asia y el norte de Africa.

El hombre paleolítico descubrió la silla como técnica de inmovilización, su descubrimiento como dice el Dr. Edgar M. Rick "merece el mismo honor que los inventores de la rueda y el fuego hecho por el hombre", que en términos paleontológicos serían sus contemporáneos.

---

10/ Idem.

La era neolítica con el descubrimiento del cuchillo y la sierra, realizaron intervenciones sobre todo amputaciones.

Los pueblos primitivos dejaban morir a los niños y adultos lisiados por considerarlos "REMORA", por no poderse valer por sí mismos, en su defensa contra sus enemigos, las bestias, los elementos, las enfermedades y el hambre. Otro de los factores que influían en el desprecio y ambulación de los físicamente disminuidos, era el bajo nivel espiritual, de estos pueblos primitivos que consideraban la invalidez como un testigo por pecados cometidos por el individuo o sus progenitores.

#### **ORIGEN E INCIDENCIA DEL PARAPLEJICO:**

**PARAPLEJIA:** "Es la incapacidad funcional de los miembros inferiores y del tronco, debido a algún trastorno en la médula espinal, que interrumpe e interfiere la corriente nerviosa a las partes afectadas, manifestándose ya sea una parálisis flácida o espástica, o por trastornos de abolición total, disminución o exageración de la sensibilidad".

La paraplejía se conoce desde la antigüedad. La primera referencia escrita fué encontrada en papiro egipcio, esta data de 5,000 años A. de C.

El pronóstico de los que sufrían lesión medular hasta hace pocas décadas era muy grave por sus complicaciones. La mayoría en las primeras semanas o podían vivir en un estado de enfermedad o sufrían una muerte prematura.

Por su personaje es famosa la anécdota del Almirante LOR NELSON,

que fué víctima de una lesión de arma de fuego durante la batalla de Trafalgar, cuando le dijo al cirujano del barco que había perdido todas las fuerzas y sensibilidad desde la cintura para abajo, el cirujano le contestó: "mi Lor, desgraciadamente para su país, nada se puede hacer por usted". Nelson murió a las pocas horas.

A partir de la primera guerra mundial, se produce un gran avance en el estudio y tratamiento de la paraplejía. Guttman fué uno de los mayores contribuyentes a comprender este mal, fué uno de los primeros en crear la necesidad de unos cuidados especiales y de un tratamiento global rehabilitador. Desde entonces se comprende que "la paraplejía presenta aspectos médicos, rehabilitadores, psicosociales, tecnológicos, y que necesita en su tratamiento que procure sus cuidados especiales para que el parapléjico pueda vivir una vida activa y productiva".

La historia de la rehabilitación está íntimamente ligada al desarrollo de la medicina. La Medicina Física en particular y el incremento de una conciencia social y del sentido de responsabilidad. En todos los tiempos el impedido ha sido ridiculizado, perseguido o ignorado.

Hipócrates, padre de la medicina, nacido el año 460 A.C. describió muchas deformidades y manifestó en su libro sobre la cirugía "debe tenerse presente que el ejercicio fortalece y la inactividad consume". Este es un principio básico que sirve de fundamento a la medicina física y a la rehabilitación.

Se registraron muy temprano varias formas de tratamiento y procedimiento de asistencia. Los primitivos métodos de tratamiento como de helioterapia se han usado desde los días de la mitología, cuando el sol era adorado como dios, por su poder curativo.

al mínimo.

## 2.2 ANTECEDENTES DE LA REHABILITACION EN GUATEMALA:

Por Decreto No. 295 del Congreso de la República, de fecha 26 de octubre de 1946, durante el gobierno del Dr. Juan José Arévalo Bermejo, se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, siendo el primer Gerente del Instituto el Lic. Oscar Barahona Streber, de nacionalidad costarricense.

A inicios de 1947, se hizo efectivo el programa sobre protección de accidentes de trabajo, y después de funcionar un período en este programa, se comprobó que a pesar de los resultados obtenidos con las atenciones y tratamientos, los pacientes tenían problemas para reincorporarse a su trabajo.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sintió la necesidad urgente de prestar servicios de rehabilitación, se emitió y se aprobó el reglamento sobre Protección relativa a Accidentes en general, estableciéndose en la Sección VI las características de los servicios de Rehabilitación, los cuales están plasmados en el Artículo 78 que dice textualmente: "Todo afiliado que esté en la incapacidad temporal y recibiendo tratamiento médico debe someterse a los servicios de rehabilitación que indique de común acuerdo la Dirección de Servicios Médicos y el Departamento de Rehabilitación" (Artículo 78, Acuerdo 97 de Junta Directiva). II/

---

II/ Ley Orgánica y Principales Reglamentos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Departamento de Relaciones Públicas, Tercera Edición, 1985.

al mínimo.

## 2.2 ANTECEDENTES DE LA REHABILITACION EN GUATEMALA:

Por Decreto No. 295 del Congreso de la República, de fecha 26 de octubre de 1946, durante el gobierno del Dr. Juan José Arévalo Bermejo, se creó el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, siendo el primer Gerente del Instituto el Lic. Oscar Barahona Streber, de nacionalidad costarricense.

A inicios de 1947, se hizo efectivo el programa sobre protección de accidentes de trabajo, y después de funcionar un período en este programa, se comprobó que a pesar de los resultados obtenidos con las atenciones y tratamientos, los pacientes tenían problemas para reincorporarse a su trabajo.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sintió la necesidad urgente de prestar servicios de rehabilitación, se emitió y se aprobó el reglamento sobre Protección relativa a Accidentes en general, estableciéndose en la Sección VI las características de los servicios de Rehabilitación, los cuales están plasmados en el Artículo 78 que dice textualmente: "Todo afiliado que esté en la incapacidad temporal y recibiendo tratamiento médico debe someterse a los servicios de rehabilitación que indique de común acuerdo la Dirección de Servicios Médicos y el Departamento de Rehabilitación" (Artículo 78, Acuerdo 97 de Junta Directiva). II/

---

II/ Ley Orgánica y Principales Reglamentos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Departamento de Relaciones Públicas, Tercera Edición, 1985.

### **2.3 HOSPITAL DE REHABILITACION DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL:**

La implementación efectiva del Régimen, se inició el 10. de enero de 1948, 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 10. de octubre de 1948 ésta cobertura se extendió para los trabajadores al servicio de empresas particulares, a los Departamentos de Guatemala, Quetzaltenango, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal (Acuerdo 50 de la Junta Directiva del 16 de septiembre de 1948).

Se instaló y abrió sus puertas en una casa alquilada en la 5a. Calle 8-30, Zona I, el día 20 de enero de 1948.

El 15 de diciembre de 1947 se nombró al personal que fungiría en el Departamento de Rehabilitación del IGSS, siendo su director el Dr. José A. Campo. Al inicio el Departamento de Rehabilitación se componía de cinco habitaciones distribuidas así:

- Un cuarto para la dirección
- Un cuarto para servicios administrativos y secretaría
- Dos piezas para reeducación física
- Una pieza para el taller de encuadernación

Durante los dos primeros meses se trabajó de 2 a 4 horas diarias, ya que el número de pacientes atendidos no sobrepasaba de tres al día, habiendo sido necesario, más tarde decretar un derecho de retroactividad para atender lesionados de cinco años atrás, con objeto de lograr mayor asistencia.

Fué así como se inició un rudimentario servicio de rehabilitación. El servicio fué exclusivamente para pacientes externos ambulatorios y no se trataban pacientes hospitalizados. Este servicio pronto llegó a atender con el tiempo un número mayor de casos que a pesar de la mejoría de sus lesiones quedaban con reducción o pérdida funcional de uno o más miembros, sin poder regresar a su trabajo habitual. Fué necesario atender algunos pacientes que ameritaban hospitalización, para lo cual se les facilitó hospedaje en varios hoteles de la capital. Este tipo de hospitalización dió lugar a conflictos muy serios por falta de orden y disciplina. Hubo necesidad entonces de preparar local para hospitalización y tratamiento ambulatorio y con ese propósito se alquiló por parte de la institución el chalet llamado "Loma Linda" situado en la Zona II a partir del 1 de enero de 1949.

Se habilitaron 20 camas y se amplió el personal. Se nombró administrador, una ayudante de cocina, una camarera y dos lavanderas; se instaló taller de hilados y tejidos, y taller de radiotecnía y de carpintería. En enero de 1950, la Gerencia decidió alquilar un local mayor y más amplio ya que las instalaciones de Loma Linda eran muy pequeñas, para atender la demanda creciente de servicios, habiendo alquilado la casa No. 54 de la Avenida Simeón Cañas. Allí se instaló un internado (internado 2) y en la casa de Loma Linda el otro (internado 1).

Aún así los problemas mayores se suscitaron en la hospitalización de los pacientes por falta de comodidades y servicios, solamente se atendía a un parapléjico el Señor Francisco Gómez, sin posibilidades de mejorar su situación.

En enero de 1953, dadas las dificultades para atender los servicios



de rehabilitación, se trasladaron para ser unificados al Chalet "Schwank" situado en la 13 Calle de la Zona 10 de esta ciudad, se dispuso inclusive hacer nuevas construcciones provisionales para utilizar al máximo el espacio; preparando la hospitalización de 40 pacientes y atención además de un número creciente de casos ambulatorios que diariamente se presentaban para tratamiento. Se dispuso el traslado de diez parapléjicos que se encontraban desde hace tiempo en el Hospital de Traumatología sin tratamiento adecuado.

La situación de los pacientes continuó estática y muy complicada y difícil, ya que no había realmente una atención en el verdadero concepto de rehabilitación, que pudiera garantizar el egreso de los pacientes que habían sido ingresados, al no disponerse de planes para un programa verdaderamente integrado.

En estas condiciones y como una medida de emergencia se pretendió resolver el problema; pagando indemnización global a los pacientes hospitalizados, con objeto de que las personas pudieran ser recibidas con esta ayuda económica en el seno familiar. Pero la medida no surtió efecto, porque los pacientes se gastaron el dinero y sin plan alguno para salir, se quedaron nuevamente hospitalizados en forma definitiva.

En esta forma podía decirse que el Programa de Rehabilitación estaba totalmente estancado y paralizado. Unicamente se consideraba recuperar aquellos casos de lesiones diversas de poca importancia, que podían volver al trabajo, en corto o mediano plazo, y que eran atendidos en forma tecnificada.

Las prestaciones aumentaban día a día, sin ponerse fin a esta situación.

El Centro de Rehabilitación fué objeto de una reorganización en cuanto a edificio, personal y desarrollo de sus labores.

El 31 de octubre de 1955, el centro que ocupaba el antiguo e inadecuado edificio el Chalet "Schwank", fué trasladado al local del centro de hospedaje y convalecencia situado en la Zona 4, de esta ciudad, unificando así sus actividades y servicios en una sola dependencia.

Cada año sin interrupción el Dr. Miguel Angel Aguilera, Director de la Unidad de Rehabilitación, presentaba a las autoridades un proyecto para la construcción de un edificio adecuado para albergar al Hospital de Rehabilitación. Informados de la existencia de un predio propiedad del IRCA quienes adeudaban una fuerte cantidad al Instituto.

Después de las inspecciones y trámites de rigor, la compañía de Ferrocarriles hizo entrega por valor relativamente bajo del predio localizado en Colinas de Pamplona en la Zona 12, con extensión de cinco manzanas y un poco más.

El 14 de noviembre de 1972 se iniciaron trabajos. El proyecto se inició, constaba de lo siguiente:

- Admisión, administración y vestidores
- Terapia de cubículos, gimnasia y pediatría
- Gimnasia e hidroterapia
- Talleres de orientación profesional y prótesis
- Encamamiento de parapléjicos
- Encamamiento de parapléjicos
- Encamamiento para hospedaje y convalecencia
- Servicios generales

El 12 de junio de 1974, se declara solemnemente inaugurado el nuevo edificio del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el lugar donde actualmente funciona. 12/

#### 2.4 REHABILITACION EN EL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL:

En Guatemala existen instituciones gubernamentales y no gubernamentales encaminadas a brindar atención a pacientes gran traumatizados de lesión medular, incluyendo al Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En el presente trabajo de investigación sobre "El Paciente Gran Traumatizado de Lesión Medular en Rehabilitación. Análisis del Trabajo Social acerca de su Situación Familiar", se pretende realizar una indagación de los problemas, con el objeto de buscar alternativas de investigación por parte del Trabajador Social.

Uno de los objetivos que impulsan a realizar este trabajo es la ausencia de documentos que lo enfoquen y el interés de profundizar acerca de la familia, del conocimiento de éste como apoyo y soporte del paciente gran traumatizado de lesión medular.

Tomando en cuenta que el individuo necesita de ambiente adecuado para su desenvolvimiento psicobiosocial para lo cual es indispensable

---

12/ Miguel Angel Aguilera Pérez. "Recopilación de Datos Históricos y Estadísticos", Programa de Rehabilitación del IGSS, 1948-1981 (33 Años), Junio de 1984.

la integración familiar; la que se considera como base en la estructura social.

Es necesaria e indispensable, que la familia participe adecuadamente de la orientación de sus miembros pues muestran un alto grado de culpabilidad e inseguridad hacia el paciente gran traumatizado, aportando escasa participación en el proceso rehabilitativo de éste, dificultándole la adaptación a la vida productiva.

Mediante observación directa y consultas realizadas a través de entrevistas dirigidas al equipo multidisciplinario del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se ha detectado que la mayoría de pacientes de lesión medular, presentan niveles de frustración, por la no aceptación de su problema físico, así como la sobreprotección familiar, complicándosele su situación con los problemas afines que se le presentan. La desintegración familiar, la lucha de éstos para sobrevivir, la solución de conflictos emocionales, estado civil, dificultando con ello el proceso rehabilitativo.

Los pacientes en su mayoría provienen del área rural, muchos de ellos de ocupación jornalero, albañiles, operarios, agentes de seguridad, por lo que sus recursos económicos son precarios.

En su mayoría han recibido una escolaridad deficiente o ninguna, abarcando desde los analfabetos hasta los que cursan los primeros grados de primaria, encontrando muy raras veces que han podido cursar secundaria, llegando a la universidad.

Algunos pacientes se verán involucrados en situaciones, en donde la actitud de la familia juega un papel muy importante para ellos, como

lo es la sobreprotección que posiblemente se ha iniciado desde niño, siendo demasiado amado y protegido, proporcionándole mucho cariño y cuidado, transformándolo en niño inmaduro, dependiente, pasivo, consentido y egocéntrico, que elegirá toda la vida que se esté pendiente de él.

Cuando el hogar no tiene estructura sólida, aparece otra barrera como lo es "la desintegración familiar". Cuando el paciente es abandonado por su esposa o conviviente, dejándolo sólo o al amparo de los hijos, muchas veces éstos menores de edad.

Este cambio provoca en el paciente conflicto emocional. De ahí depende la importancia que el paciente gran traumatizado y su familia reciba una orientación adecuada a fin de que logre reincorporarse a la sociedad.

El Trabajador Social es uno de los profesionales competentes, para realizar este tipo de valoración biosocial. El Trabajador Social es un profesional cuyo principal objetivo y campo de trabajo son "LAS INTERACCIONES DE LOS INDIVIDUOS, DE SUS FAMILIAS Y DE PEQUEÑOS GRUPOS", con otros sistemas físicos y sociales, comunes a toda la humanidad.

Un factor determinante para la rehabilitación del paciente gran traumatizado es la familia; quien interviene directamente con el paciente por lo que el adiestramiento debe ser específico para ella, por parte del equipo multidisciplinario, proporcionando una orientación completa y mantener una buena supervisión, para evitar posteriores problemas.

## CAPITULO 3

### 3.1 REHABILITACION DE PACIENTES:

Rehabilitación de lesionados medulares: Cuadriplejías y Paraplejías, Post-Traumáticas.

**¿Qué es REHABILITACION?:** "Es la restauración del individuo incapacitado a la más completa utilidad física, mental, vocacional, social y económica de que puede ser capaz". 13/

**¿Qué es LESION?:** "En general, daño o perjuicio en alguna parte del cuerpo (especialmente el cerebro) opuesto a perjuicio funcional". 14/

**¿Qué es PARAPLEJIA?:** "Es la incapacidad funcional de los miembros inferiores y del tronco, debida a algún trastorno en la médula espinal, que interrumpe e interfiere la corriente nerviosa a las partes afectadas, manifestándose ya sea para una parálisis flácida o espástica, o por trastornos de abolición total, disminución o exageración de la sensibilidad". 15/

El procedimiento del Centro de Rehabilitación para el cuidado del enfermo, principia desde el momento que le es transferido por un centro

---

13/ Revista Rehabilitación I, Parreño, J. R. Dr. Vice-presidente de la Asociación Iberoamericana de Rehabilitación de Inválidos.

14/ Driedrich: "Diccionario de Psicología", Editores Harder, 1981, Barcelona, Pág. 1070.

15/ Rusk Howard, Dr., "Medicina de Rehabilitación".

hospitalario del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ya sea de la capital o de un departamento de la República. El enfermo es controlado por el Médico de Admisión quien lo examina, lo refiere a quien será su Médico Fisiatra durante el tiempo que permanezca en tratamiento.

El hace diagnóstico, pronóstico y prescribe el programa de medicina física, solicitando las consultas respectivas. Al ingresar a sala, el paciente es examinado, por el Médico Internista, quien elabora su ficha de salud y ante cualquier lesión orgánica o trastorno funcional, que interfiera en su rehabilitación, dando el tratamiento indicado (siempre asesorado por el Médico Fisiatra, Jefe de Sala).

Seguidamente interviene Trabajo Social, quien elabora "Ficha Social", para tratar de obtener la mayor información, la que será muy valiosa durante el tiempo de tratamiento del paciente, y después de su egreso.

En dicha ficha se anotarán la situación socioeconómica, situación familiar, situación laboral, etc., adjuntándola al expediente médico.

Posteriormente el paciente es evaluado por Psicología para completar el estudio psíquico de reacción o de adaptación del mismo, frente al traumatismo sufrido.

El paciente durante su estancia en el Hospital, es atendido por un grupo de profesionales, que forman "EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO". Este está integrado por los siguientes profesionales: Médico Fisiatra quien es el Jefe de la Sala, Médicos Residentes, Fisioterapista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Jefe de Enfermería y Trabajadora Social.

Cuando el paciente lleva cierto tiempo de tratamiento (tres meses), el paciente es presentado en Junta de Gran Traumatizado. Allí el caso es evaluado por cada una de las personas que conforman la Junta. Luego se analiza y se indica la conducta a seguir. Posteriormente su reevaluación se hará cada seis u ocho semanas; aquí se conocen sus progresos de adaptación, cooperación, recuperación tanto física como psíquica y su estado vocacional, para así instituir la reorientación profesional que el caso amerite hasta su egreso.

Por estar el paciente afiliado a un Régimen de Seguridad Social, tiene derecho según el Reglamento (Leyes Básicas del ICSS) y de conformidad con sus Artículo Nos. 14, 61, 74, 76, 79, 80 y 82, a:

1o. Recibir tratamiento Médico General con el exclusivo fin de mantenerlo en las mejores condiciones de salud que sean posibles y de facilitar el buen éxito del proceso de rehabilitación.

2o. A la reeducación de los órganos lesionados, como una de las fases del tratamiento médico o a la sustitución o complemento de ellos, por medio de aparatos ortopédicos, siempre que ello sea posible y necesario y a la readaptación profesional como al conjunto de esfuerzos tendientes a convertir de nuevo al trabajador, en una persona económicamente activa y procurar conseguirle una ocupación compatible con sus aptitudes.

3o. Al pago de una prestación corriente en dinero, correspondiente a las dos terceras partes del salario devengado por él antes del accidente.

4o. A la prestación que el Instituto proporcionará por la naturaleza



de su lesión, la cual es permanente y prolongada y que en parapléjicos y cuadripléjicos corresponde a lesión funcional del aparato locomotor con consecuencias graves; proporcionándole una pensión mensual a partir de cuando el médico forense dictamine PRIMER día de Gran Invalidez.

50. A los servicios de rehabilitación que necesite en cualquier momento posterior a la conclusión de su incapacidad, siempre que le quede alguna secuela e incapacidad total.

60. Las pensiones son de duración indeterminada, se suspenden cuando el afiliado abandone o rehuse recibir los servicios de rehabilitación y se vuelven a dar cuando desaparezca la causa respectiva; terminándose, cuando estos servicios hayan logrado plenamente su objetivo, de reincorporar al afiliado al proceso de producción; o cuando el instituto determine que ya el afiliado no necesita los servicios de rehabilitación, a juicio del Médico Tratante, que este haya terminado sus objetivos. 16/

Tomando en cuenta que el individuo necesita de un ambiente adecuado para su desenvolvimiento biosocial, es indispensable la integración familiar; la que se considera como base de la estructura social. La falta de éstas trae como consecuencias negativas desde la niñez hasta la vida adulta, que al no repararse afecta emocionalmente al individuo, sobre todo cuando sufre las limitaciones físicas.

Es necesario e imprescindible que la familia, participe adecuadamente

---

16/ Ley Orgánica y Principales Reglamentos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Departamento de Relaciones Públicas, Tercera Edición, Guatemala, 1985.

de la orientación de sus miembros, pues muestran un grado de culpabilidad e inseguridad hacia el paciente gran traumatizado, aportando escasa participación en el proceso rehabilitativo de éste, dificultándose la adaptación a la vida productiva.

Para comprender la importancia de los aspectos biosociales del diagnóstico y el tratamiento en rehabilitación, es necesario conocer la definición de Rehabilitación: "Como el proceso de tratamiento dirigido a ayudar a los incapacitados físicos a emplear al máximo sus capacidades residuales y permitirles obtener la máxima satisfacción y utilidad en lo que se refiere a sí mismos, a su familia y a su comunidad". 17/

La rehabilitación puede resultar en la completa independencia y el buen funcionamiento del paciente, o puede significar sólo una restauración parcial. En algunos casos, los fines de la rehabilitación pueden suponer la mejor adaptación del paciente a una vida dependiente de los demás.

El éxito de la rehabilitación requiere un proceso de tratamiento basado en un diagnóstico total y completo de la incapacidad física y del funcionamiento físico del paciente, así como el conocimiento anticipado de los últimos resultados físicos.

No se puede anticipar y menospreciar el funcionamiento psicológico y social de un paciente junto con su ambiente y su situación en la vida. Se debe considerar y utilizar al paciente, su familia y la comunidad.

---

17/ Krusen: "Medicina Física y Rehabilitación", 3a. Edición, Editora Médica Panamericana, Junin 831, Buenos Aires, Argentina.

El proceso rehabilitador debe utilizar los conocimientos y capacidades de muchas disciplinas profesionales que se relacionan, y debe incluir el empleo de servicios y recursos de la comunidad.

Mediante observación directa y consultas realizadas, a través de entrevistas dirigidas, el equipo multidisciplinario del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ha detectado que la mayoría de pacientes con lesión medular, ya sea por accidente o por enfermedad, en un período de tres meses a su ingreso al centro, presentan niveles de frustración por la no aceptación de su problema físico, así como también la sobreprotección familiar, complicándosele su situación con los problemas afines que se le presentan: la desintegración familiar, la lucha de éstos para sobrevivir, la solución de conflictos emocionales, el estado civil, dificultando con ello el proceso rehabilitativo.

La mayoría de pacientes proviene del área rural, muchos de ellos de ocupación jornalero, operarios, albañiles, agentes de seguridad, por lo que su situación económica es escasa. Su escolaridad es deficiente o ninguna, abarcando desde los analfabetos hasta los que cursan los primeros grados de primaria, encontrando muy raras veces que han podido cursar secundaria llegando a la universidad.

Desde el punto de vista familiar, la mayor parte de pacientes cuyo estado civil comprende desde los unidos, siguiéndole en su orden los casados y solteros en menor escala, oscilando entre las edades de 16 a 60 años, predominando el sexo masculino.

El paciente tropieza con muchas barreras, una de ellas la cual

podríamos decir infranqueable es la "FRUSTRACION", la que sucede al sufrir este cambio físico.

Algunos pacientes se verán involucrados en situaciones en donde la actitud de la familia juega un papel muy importante para ellos; como lo es la sobreprotección que posiblemente se ha iniciado desde niño, siendo demasiado amado y protegido; proporcionándole mucho cariño y cuidado, luego lo transforman en niño inmaduro, dependiente, pasivo, consentido y egocéntrico, que exigirá toda la vida que se esté pendiente de él.

Cuando el hogar no tiene estructura sólida, aparece otra barrera como lo es "LA DESINTEGRACION FAMILIAR", cuando el paciente es abandonado por su esposa o conviviente dejándole sólo o al amparo de los hijos, muchas veces éstos menores de edad. Este tipo de cambio provoca en el paciente conflicto emocional. De ahí depende la importancia que el paciente gran traumatizado y su familia reciban una orientación adecuada a fin de que logre reincorporarse de nuevo a la sociedad.

El Trabajador Social es uno de los profesionales competentes para realizar este tipo de valoración psicosocial. El Trabajador Social es un profesional cuyo principal objetivo y campo de trabajo son "las interacciones de los individuos, de sus familias y de pequeños grupos con otros sistemas físicos y sociales comunes a toda la humanidad".

## CAPITULO 4

### ACTITUDES DE LA FAMILIA DEL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO

La familia es el núcleo de la sociedad, la familia estable y equilibrada, produce una sociedad más sana y organizada. Consiste en que el hombre y la mujer reconozcan que son elementos de la sociedad en que viven y se desarrollan, en que deben mantener un espíritu de colaboración entre ambos y un deseo de superación dentro de esa misma sociedad, a efecto de ir escalando posición y prestigio para el bienestar de su mismo grupo.

Según el autor Dorsch Friedrich la Familia: "Biológicamente es la vida en común de dos individuos de sexo distinto, que se unen para la reproducción y conservación de la especie, la preservación de los miembros de la familia y de la crianza de los hijos en el ambiente familiar". 18/

Para este autor, la familia es también como un pueblo o nación que se multiplica, es una organización social.

Otro concepto de familia nos dice: "Gente que vive en una casa bajo la autoridad del señor de ella. Conjunto de parientes. Parentela Inmediata de uno. Prole. Conjunto de individuos de una condición común". 19/

---

18/ Dorsch Friedrich: "Diccionario de Psicología", Editorial Herder, 1981, Barcelona, Pág. 1070.

19/ Diccionario Manual Sopena, Enciclopédico e Ilustrado, Tomo I, Editorial Ramón Sopena, S.A., Provenza 95, Barcelona.

En este capítulo se hace un enfoque general de cómo es la familia guatemalteca, con el objetivo de conocer sus condiciones, composición, limitaciones, actitudes, etc., y de esa manera tratar de comprender el comportamiento, especialmente de la familia hacia el paciente gran traumatizado.

#### 4.1 GENERALIDADES:

Guatemala es un país situado al Norte de América Central, su extensión territorial es de 108,889 kilómetros cuadrados.

Su hidrografía y topografía contribuye para que exista una variedad de climas, lo que favorece diversos cultivos que inciden significativamente en su desarrollo económico.

Su población estimada es de 9,500,000 habitantes; destacándose la raza nativa (indígena) y por otro la ladina. 20/

En relación a la economía, Guatemala es un país eminentemente pobre y actualmente atravesando una severa crisis económica, por lo que existe un sinnúmero de circunstancias que propician un ambiente desagradable y poco estimulante para sus habitantes; entre los que podríamos mencionar: hambre, desempleo, analfabetismo, falta de servicios de salud.

Caracteriza a nuestro país una economía inestable, fundamentalmente de consumo, como la mayoría de países denominados del "Tercer Mundo".

---

20/ Julia Urrutia de García, Informe Nacional de Guatemala, Pág. 2.

Las riquezas están en manos de pocos, mientras que la mayoría de la población es eminentemente pobre.

La población cuyo ingreso no cubre el precio de la canasta básica de alimentos constituye el grupo de extrema pobreza. Las mayores oportunidades económicas se encuentran en el área urbana central y los peores dentro de las áreas rurales. Los bajos niveles de ingresos están directamente ligados a la falta de oportunidades económicas, especialmente en el área rural. 21/

El pueblo no tiene acceso a los servicios mínimos necesarios como lo es la salud; en la mayoría de las comunidades no hay hospitales, los centros de salud no son suficientes y no se alcanzan a cubrir la población necesaria.

#### 4.2 LA FAMILIA:

Cuando se pretende definir a la familia, siempre se piensa en ella como el "NUCLEO DE LA SOCIEDAD", término que se limita a suponer que sí existe una familia bien conformada y/o integrada.

La familia tiene deberes con la sociedad y viceversa, la que es un agente entre el individuo y la sociedad. La familia guatemalteca, está organizada por un núcleo integrado por la pareja y sus hijos.

En la sociedad guatemalteca, la familia que siempre ha jugado un papel predominante, lamentablemente se ha venido desintegrando en forma paulatina.

---

21/ Consejo Nacional de Planificación Económica: "Criterios para la Planeación de Recursos Humanos", Pág. 20.

En nuestro medio se marcan varios tipos de familia, según su desarrollo tradicional y moderno, en las cuales podemos mencionar:

**Urbana:** Tiene un promedio menor de miembros, menos tasas de fecundidad y mortalidad. Ubicadas en las cabeceras departamentales y en la ciudad capital

**Rural:** Tiene alta proporción de hijos nacidos fuera del matrimonio y de jefes de familia, cuyo estado civil es soltero. Se encuentran ubicados en áreas rurales del país.

**Indígenas:** Es patriarcal. La pareja vive en casa de la familia y la mujer pierde su ascendencia de la familia de origen.

De acuerdo al tipo de ocupación la familia también puede ser:

**Campesina:** Fundamentalmente formada por personas del área rural. Trabajan en el campo.

**Obrera:** Se ubica en las áreas urbanas. Sus miembros dependen del salario percibido como trabajadores de fábricas, artesanos, etc.

**Profesionales:** Familias de las llamadas clase media y alta. Los jefes de familia devengan salarios de acuerdo a su profesión.

#### **4.2.1 Funciones de la Familia:**

La función principal de la familia es básicamente la satisfacción de los siguientes requerimientos:



<b>Función Vital:</b>	Alimentación Vivienda Vestuario Salud
<b>Espirituales:</b>	Inculcar amor a Dios Cariño y comprensión
<b>Cultural:</b>	Educación Recreación Capacitación Socialización
<b>Eticos:</b>	Normas morales

La familia también se puede definir por su integración en:

**Integradas:** Compuesta por padres e hijos que habitan el mismo techo.

**Semi-Integradas:** Los padres e hijos guardan cierto tipo de relación, pero ya no existe armonía entre los miembros del grupo familiar.

**Desintegrada:** Ruptura de la unidad familiar, disolución de la estructura social.

Existe un porcentaje bastante elevado de hogares que se han desintegrado por diversos motivos, entre los que podríamos mencionar:

- a) Falta de comunicación
- b) Pérdida de objetivos familiares
- c) Desempleo
- d) Vicios

Los efectos de la desintegración de la familia son desastrosos, especialmente para los hijos, aún más si son pequeños.

Una familia desintegrada se vuelve muy agresiva e indiferente y en ella se fomenta el maltrato hacia sus miembros.

Para efecto del presente estudio, podemos indicar que la conducta familiar juega un papel relevante o determinante para mantener una estabilidad emocional y social del paciente.

Es importante tomar en cuenta que los factores sociales, económicos y culturales que integran el ambiente donde vive el paciente juega un papel muy importante para determinar la incidencia de su enfermedad.

Generalmente el enfermo es considerado una carga, que se agrega al sinnúmero de problemas que la familia tiene. Todo este conjunto de circunstancias hace que el paciente cambie de conducta, la que deberá asumir ante él mismo y la sociedad como tal.

Si la comunidad le niega oportunidades para su incorporación total a la misma, él también se negará toda oportunidad de lucha y superación, porque de antemano está consciente de los problemas que habrá de afrontar y se da por vencido antes de iniciar la batalla.

La familia, deseando cooperar, puede encontrarse con miedo, confusión o antagonismo. Puede presentar miedo tangible a la pérdida de ingresos, en especial si el paciente ha sido la principal fuente. En aquellos casos en los que el paciente está casado e involucrado emocionalmente y sexualmente con otra persona, la consideración es la función sexual que es a menudo de suprema importancia, en especial

cuando el paciente y su compañera planean su futuro.

Conforme transcurre el tiempo y el paciente gran traumatizado se percata de su situación, una idea comienza a presentarse en su medio, la que se va agigantando en forma exagerada: "¿Qué será de mí?", pregunta que trae otras: "¿Cómo me ganaré la vida?", "¿Quién velará por mí?", "¿Quién cuidará de mi familia cuando falte?".

En su mayoría los pacientes se sienten y se presentan intranquilos cuando ya está cerca su egreso de la Unidad Hospitalaria. Ellos reconocen que el ambiente al cual llegarán es totalmente diferente. Ya no podrán tener la misma atención que se les brindó durante su estancia en el hospital, la comodidad de la cual disfrutaron (espacio donde ambular, uso de baño y sanitario adecuado). Alimentación balanceada y a su hora, ropa limpia y ante todo la atención médica pronta y oportuna, además el cariño y afecto que les proporcionó el equipo multidisciplinario y demás personal que siempre estuvo en contacto con ellos.

Muchas veces los familiares, incluso antes de que el paciente haya abandonado el hospital, se alejan, lo que puede suceder por situación económica precaria, por ignorancia, por temor a enfrentarse al problema o simplemente su sostén económico ya no lo es más.

Cuando sucede esta situación, al paciente no se le abandona, sino que la atención que se le prodiga es más profunda; se trata de localizar a la familia y hacer labor de convencimiento con ellos, para que el jefe del hogar u otro miembro de la familia sea aceptado como tal.

El Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad

Social, cuenta con personal especialmente capacitado. Trabaja un equipo multidisciplinario que se encarga de ayudar al paciente a proporcionar el tratamiento cuidadoso y experimentado que necesita para adaptarse a la vida colectiva y al trato social mientras esté sometido a su rehabilitación y a su vida posterior.

Todo paciente gran traumatizado donde quiera que viva necesita la oportunidad de trabajar, mediante una retribución digna, con el fin de satisfacer las necesidades básicas de alimento y cobijo para él y su grupo familiar. Está obligado a usar silla de ruedas o le resulta difícil subir gradas, su vivienda debe permitirle entrar y salir con facilidad. Así mismo debe disponer de otros factores como diversión y relaciones satisfactorias con la familia y las amistades en su comunidad.

Es corriente que la familia no haya tomado en cuenta todas estas necesidades, inclusive ni el paciente, mucho menos la comunidad.

## CAPITULO 5

### REHABILITACION EN SEGURIDAD SOCIAL EN GUATEMALA

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, fundó en el año 1947, el Hospital de Rehabilitación, con el propósito de ayudar a los trabajadores afiliados que presentarán incapacidad prolongada, parcial o total, derivada de un accidente o enfermedad.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, brinda a afiliado paciente dos tipos de servicio. Prestaciones en servicio y prestaciones en dinero.

#### 5.1 PRESTACIONES EN SERVICIO.

Atención médica, desde el inicio del riesgo, donde incluye atención médica, hospitalización, la que lleva un promedio de seis, ocho y hasta doce meses, dependiendo del caso. Exámenes especiales (rayos X, radiografía, tomografías, etc.).

#### 5.2 PRESTACIONES EN DINERO:

El paciente al solicitar atención al instituto, tiene el deber de presentar Certificado de Trabajo, el que le sirve para acreditar derechos como afiliado. En base a este certificado, el afiliado paciente recibe dos terceras partes de su salario, lo cual ayuda a solventar la situación económica de su grupo familiar.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, proporciona a los pacientes que han llenado el requisito como tal, equipo el cual consiste

en:

- a) Silla de ruedas ya sea para cuadripléjicos o parapléjico.
- b) Cama ortopédica tipo fuller.
- c) Aparatos largos de marcha, los que le ayudarán para que pueda verticalizarse (pararse).
- d) Paralelas de madera.
- e) Muletas para quien las necesite.
- f) Ropa de cama (sábanas, frazada, cubrecama, almohada).

En un 90% de casos, el Instituto también proporciona equipos de trabajo, al que también se le denomina "equipo mínimo". Para poder otorgar dichos equipos, se trabaja desde cuando el paciente inicia su tratamiento rehabilitativo, mediante evaluación para conocer sus habilidades y destrezas. Seguidamente se elabora estudio de factibilidad, de acuerdo al equipo al que el paciente tiene interés. Estos equipos se proporcionan a los pacientes que ya no se integrarán de nuevo a su trabajo. El estudio de factibilidad se realiza en la comunidad donde el paciente vivirá al egreso del hospital. Uno de los requisitos es que el paciente mismo lo trabaje; pues servirá para que se considere una persona útil, y que pueda permanecer ocupado.

Los principales equipos que se otorgan son:

- a) Equipo mínimo de tienda, tiene como requisito que haya energía eléctrica. Consiste en refrigeradora, mostrador, estantería, tilichera, balanza de reloj y araña de frascos para dulces.
- b) Equipo mínimo de reparador de calzado: mesa de trabajo, pie de hierro, cuchillas, suela, martillo, pegamento, etc.

c) Equipo mínimo de sastrería: espejo grande, mesa para cortar, máquina de coser eléctrica, escuadras, reglas, metros, tijera, plancha eléctrica, tela, etc.

d) Molina de Nixtamal.

e) Equipo de Radiotecnica.

## CAPITULO 6

### 6.1 SISTEMAS DE REHABILITACION INTEGRAL EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL IGSS, Y LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL:

Para los fines de este capítulo, consideramos la rehabilitación como el proceso de tratamiento dirigido a ayudar a los incapacitados físicos, a emplear al máximo sus capacidades residuales y permitirles la máxima satisfacción y utilidad en lo que se refiere a sí mismos, a su familia y a la comunidad.

La rehabilitación puede resultar en la completa independencia y el buen funcionamiento del enfermo o puede significar sólo una restauración parcial. En algunos casos, los fines de la rehabilitación pueden suponer la mejor adaptación del paciente a una vida dependiente de los demás.

La rehabilitación es el medio de ayudar al individuo incapacitado a utilizar al máximo sus capacidades de satisfacción saludable de las necesidades y de autorrealización.

El Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, fué fundado en el año 1948, en vista de la necesidad que había de atender a los pacientes que habían quedado con algún trauma o impedimento después de algún accidente.

La rehabilitación es una técnica que incluye esfuerzos conjuntos de diversos especialistas médicos y paramédicos y otro personal científicamente preparado, para mejorar las aptitudes físicas, mentales, sociales y vocacionales de afiliados que, como consecuencia de accidentes o enfermedades, sufren incapacidades que les impiden desenvolverse



normalmente en sus actividades diarias.

El objeto de los programas de rehabilitación es luchar para que ellos recuperen su capacidad y logren reincorporarse a la vida productiva, con iguales oportunidades que el resto de la población.

El programa de rehabilitación tiende a sustituir al individuo su nivel normal de autosuficiencia física, económica, social y emocional.

Durante la estancia del paciente en el Hospital se le da el tratamiento preciso para curar su enfermedad, pero la razón primordial de su ingreso es el diagnóstico y tratamiento de su incapacidad.

Las actividades y funciones del Hospital de Rehabilitación están dirigidas y reguladas con los siguientes cuerpos de autoridad:

- Dirección Ejecutiva (Director y Sub-director)
- La Junta Técnica
- La Junta Médica
- La Junta Administrativa
- La Administración

El Hospital cuenta con profesionales médicos de las siguientes ramas:

- Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
- Especialista en Traumatología
- Especialista en Psiquiatría
- Especialista en Medicina Interna
- Especialista en Urología
- Médicos Generales
- Médicos de Guardia y Emergencia

El Hospital de Rehabilitación, cuenta con personal de enfermería especializada, el cual colabora en todos los aspectos relacionados con el tratamiento médico general. Las enfermeras supervisan y ayudan a los pacientes en sus actividades programadas. Cuidan aspectos de la higiene personal, vestido, ambulación, traslados, destreza manual, adaptación y manejo de silla de ruedas y otras actividades terapéuticas para los pacientes que están encamados por su imposibilidad de moverse; ellas los atienden y los ayudan también para tomar sus alimentos, etc.

Los pacientes con diferentes grados y clase de limitación física, son sometidos al tratamiento fisioterapéutico que requiere su afección; en especial para el paciente parapléjico y cuadripléjico realizan ejercicios terapéuticos: para relajación, isométricos para desarrollar la fuerza y resistencia muscular, para desarrollar coordinación, para mejorar o mantener la movilidad de articulaciones o tejidos blandos y para traslados del enfermo a la cama o silla de ruedas.

Para todo este proceso se cuenta con salas, gimnasios, equipo y personal especializado.

Además para su rehabilitación el paciente que necesita también se le otorga rehabilitación psiquiátrica, reorientación profesional, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, terapia psicológica, taller de prótesis, terapia recreativa y deportiva, medicamentos y equipos, prestaciones en dinero y como parte muy importante **TRABAJO SOCIAL**.

## **6.2 INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL:**

El Trabajador Social del Hospital de Rehabilitación participa en el proceso integral desarrollando sus funciones con el paciente, con la

familia, con la comunidad y con el Instituto. Se interesa que el paciente en tratamiento reciba oportunamente las prestaciones que le correspondan, se procura que coopere en su tratamiento; se hacen estudios de evaluación de su situación socioeconómica y ambiental; se prepara a la familia y a la comunidad, a donde los pacientes se reincorporarán después de su tratamiento.

El Trabajador Social coordina en muchos aspectos las diferentes actividades a las que el paciente es llevado en el Hospital y de acuerdo con la evaluación inicial, se le programa ayudas y la previsión de los problemas que su condición de incapacidad creará en el proceso de rehabilitación.

El Trabajador Social es un profesional que tiene relación estrecha tanto con el paciente como con la familia, desde su ingreso al hospital, su permanencia en éste y continúa teniéndola a su egreso. El Trabajador Social es uno de los profesionales que llega a conocer muy de cerca al paciente y a su grupo familiar, así como el ambiente que le rodea, con cuyo conocimiento puede llegar a establecer las diferentes causas y problemas que afectan al paciente.

Se trata de mantener una actividad complementaria (seguimiento) el cual es imprescindible que se desarrolle mediante contactos periódicos con el gran traumatizado y su núcleo familiar y social, con el propósito de rectificar errores, practicar reajustes y compensar eventuales retrocesos por enfermedad intercurrente, desajuste ambiental o inadecuadas condiciones de trabajo, la organización socioeconómica del grupo familiar.

El Trabajador Social es el profesional cuya ocupación primordial es

la ambientación social de las personas en relación con sus problemas vitales. Dicho profesional tiene el conocimiento suficiente para ayudar a las personas a conducirse de modo socialmente satisfactorio, con una vida útil deberá intervenir de modo lógico en el esfuerzo de rehabilitación física, con orientación, en vista de que el paciente en un momento se vuelve negativo.

El Trabajador Social tiene seis funciones importantes en la rehabilitación del paciente:

- a) Participar en la realización del diagnóstico social.
- b) Realizar los servicios de la asistencia social.
- c) Ofrecer informes al equipo multidisciplinario respecto al funcionamiento social del paciente.
- d) Influir en el desarrollo y los cambios de actuación social en la institución y en la comunidad para conseguir una calidad de vida más satisfactoria para todos.
- e) Influir en el equipo respecto a sus actividades, sentimientos y objetivos en relación al paciente y a su familia.
- f) Actuar para desarrollar un enlace eficaz entre la agencia de rehabilitación y el bienestar más amplio de la comunidad.

El Trabajador Social es un profesional, que tiene relación estrecha, tanto con el paciente como con la familia, desde su ingreso al hospital, durante su permanencia en el mismo y continúa teniéndola a su egreso. En la mayoría de veces, cuando hay oportunidad realiza visitas domiciliarias llegando a conocer de cerca que otro profesional al paciente, al grupo familiar y a la comunidad en que se desenvuelve, como el ambiente que le rodea, con cuyo conocimiento puede llegar a establecer las diferentes causas y problemas que le afectan al paciente.

Se trata de tener una actividad complementaria la cual es imprescindible que se desarrolle mediante contactos periódicos con el gran traumatizado y su núcleo familiar, con el propósito de rectificar errores, practicas reajustes y compensar eventuales retrocesos por enfermedad intercurrente, desajuste ambiental o inadecuadas condiciones de trabajo. La organización socioeconómica del grupo familiar; sin embargo, no siempre es posible practicar un seguimiento eficaz porque requiere adecuados dispositivos y completa colaboración del gran traumatizado y su familia.

Pese a los esfuerzos que se realizan en el Hospital de Rehabilitación, muchas veces el nivel cultural y educativo del paciente y su grupo familiar, no les permite poner en práctica los conocimientos que se les dan, siendo una de las causas principales de la incidencia del paciente al hospital; el abandono por parte de la esposa o conviviente, dejándole sólo y abandonado con sus hijos, en una gran cantidad de casos. En su mayoría con hijos menores de edad, quienes desde muy pequeños tienen que desempeñar las tareas del campo, para poder subsistir con el padre y sus hermanitos.

La labor del Trabajador Social en estos casos, tiene mucha importancia y en consecuencia es determinante, aparte del MEDICO TRATANTE, es la única persona del equipo multidisciplinario que continúa con una relación profesional con el paciente y su familia, algunas veces teniendo un acercamiento directo o indirecto a efecto de que no se quede en un total desamparo.

Uno de los valores de nuestra sociedad es que todos los hombres deben ser capaces de llevar una vida satisfactoria, ésta se alcanza cuando

las necesidades básicas están cubiertas y cuando el individuo tiene la oportunidad de autorrealizarse de modo constructivo.

En muchas oportunidades el paciente gran traumatizado se siente frustrado, cuando al egreso de la Unidad Hospitalaria, llega a su casa, encontrándose prácticamente sólo, su familia le ha abandonado, yéndose lejos de él, no tiene quien le informe y esto duplica su frustración.

En su mayoría cuando únicamente han convivido por algunos años (la conviviente) ya no le interesa, pues sabe que su sostén económico ya no lo será, ya no le interesa saber de él, aleja a los hijos. El paciente no encuentra un lugar adecuado donde habitar, pues en su mayoría son del altiplano, no poseen un lugar propio para vivir, mucho menos adecuado a la necesidad que éste conlleva.

Son muy pocos los pacientes que pueden afrontar el problema; en muchos casos se dan al abandono, no se preocupan por ellos mismos; entonces sucede que se inicia el calvario por ellos: de nuevo al hospital, con muchas complicaciones; en especial "ULCERADOS", por la falta de higiene y por la falta de movilización. En su mayoría vuelven a recuperarse pero "algunos" ya no lo soportan y llegan a fallecer, dejando en la orfandad familias de cuatro y hasta ocho hijos; los cuales se quedan en completo desamparo principalmente si la madre también los ha abandonado por buscar nuevos horizontes.

## CAPITULO 7

### PROPUESTA METODOLOGICA AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

El presente trabajo pretende dar a conocer el proceso de rehabilitación del paciente de afección medular y de la familia; cumpliendo con los objetivos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de crear una adecuada retroalimentación que pueda ser utilizada a posteriori y que ayude a estas personas discapacitadas, miembros de la sociedad guatemalteca.

En lo personal, decidí enfocar este problema y analizarlo a través de la investigación, porque durante los años en que he estado en contacto directo con el paciente, con su familia y con su comunidad, me he dado cuenta de la serie de problemas por el que éste pasa. En cualquier comunidad en que se viva, cualquiera sea la situación económica o social, la familia es reconocida como tal.

Cuando cualquiera de los miembros de la familia sufren algún trauma o enfermedad que los incapacita para seguir llevando una vida normal y activa, se crea un desajuste, haciendo que la estabilidad de la familia peligre, por lo que desde el punto de vista social, la situación del paciente gran traumatizado es irregular; sólo a través de relaciones familiares, armoniosas y balanceadas logrará una vida más satisfactoria.

El objetivo principal de la investigación es hacer "UNA PROPUESTA" al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ver la posibilidad de nombrar un equipo, integrado por: Médico Fisiatra, Trabajador Social, Enfermera Graduada, Psicóloga y Fisioterapista, que tengan contacto

directo con el paciente, con la familia; no sólo cuando esté dentro del área hospitalaria, sino dándole mayor importancia a su egreso. Cuando éste se integre de nuevo a su hogar, a su grupo familiar y comunidad para enfrentarse de nuevo a la vida.

Que el Hospital de Rehabilitación cuente con un vehículo propio, que se utilice únicamente para este tipo de trabajo, y que el grupo de profesionales pueda trasladarse a las comunidades, para efectuar visitas periódicas.

El objetivo de estas visitas será para comprobar hasta dónde el paciente ha colaborado juntamente con la familia en relación a su cuidado personal. Comprobar si el paciente "necesita" nuevo tratamiento médico. Ha sucedido en varias ocasiones, que el paciente solicita de nuevo los servicios de la Institución a los dos meses de su egreso; comprobándose que ésto sucede por la falta de interés que él mismo ha tenido hacia su persona; la falta de cuidado de la familia para con el mismo. El abandono total en que ha quedado. La ignorancia total de la familia y la comunidad.

Además es necesaria la intervención de enfermería; muchos pacientes y en especial el grupo familiar, a pesar que durante la estancia de éste en el hospital se les entrena como "atenderles", cuando llega el momento de tenerlos en su casa, ya todo lo han olvidado; por eso es necesario mantener una orientación constante por parte de enfermería. La intervención de Trabajo Social, además es necesaria, para estar pendientes acerca de la agilización del trámite de prestaciones ante el Departamento de I.V.S. ya que en estos casos la situación económica del paciente será muy deficiente, pues muchos de ellos no tendrán quien le apoye económicamente, posiblemente sólo algún salario que devengue un hijo menor, o posiblemente la esposa o conviviente, si éste no ha sido



abandonado. Además proporcionar al paciente una orientación más personalizada con respecto al cuidado del equipo que el Instituto les proporciona.

Esta propuesta se hace, para ver si es posible que el paciente afiliado vuelva de nuevo a hacer uso de una estancia hospitalaria de no menos de seis meses de tiempo; además podría evitar que el Instituto invirtiera de nuevo en otro tratamiento, pudiéndose evitarlo.

#### **7.1 OBJETIVOS GENERALES:**

-Describir la necesidad de que: Médicos, Trabajadores Sociales, Enfermería y Fisioterapia, le den mayor importancia al paciente gran traumatizado con tratamiento curativo y no paliativo.

-Motivar a las autoridades del Hospital de Rehabilitación para que implanten cursos de capacitación a la mayor parte del personal (enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.) para el adiestramiento de la familia y del paciente gran traumatizado.

#### **7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

-Educar a los pacientes que son sometidos al proceso de rehabilitación, debido al estado delicado que presentan, así mismo a su grupo familiar, a fin de que no sea considerado una carga, velando para que se conserve su salud, evitando problemas de reincidencia.

-Determinar si la labor profesional del Trabajador Social, aplicando sistemáticamente técnicas de investigación social, tanto con el paciente gran traumatizado como con la familia, constituyendo una alternativa viable para el conocimiento y solución de los problemas sociales que aquejan al paciente y a su familia.

CUADRO No. 1  
PRINCIPALES CAUSAS DE MINUSVALIA

CAUSAS	f	%
1. Agresión	20	40
2. Accidente de Tránsito	05	10
3. Accidente de Trabajo	15	30
4. Esclerosis Múltiples	02	04
5. Accidente Común	07	14
6. Miellitis Transversa	01	02
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

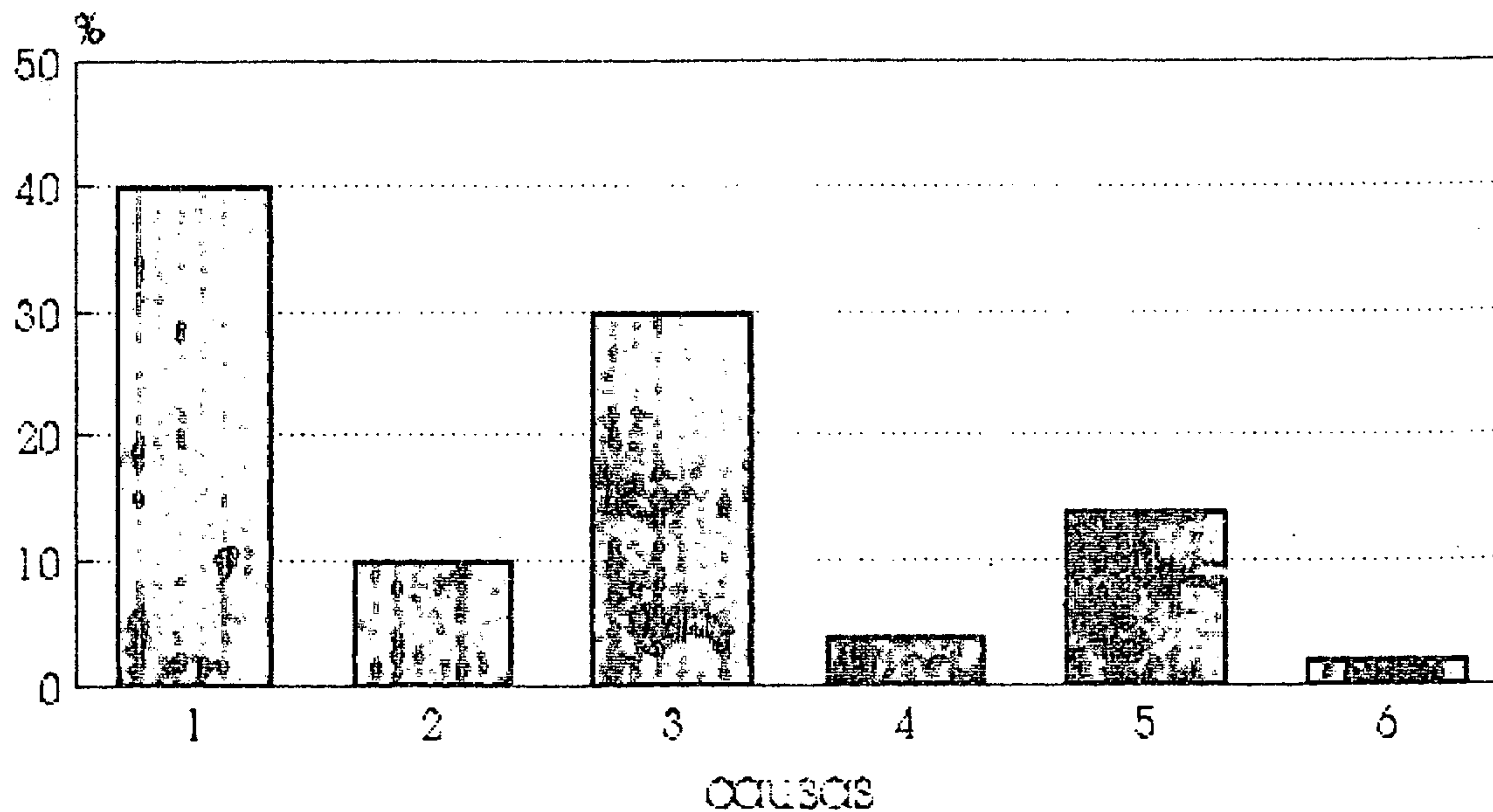
**FUENTE:** Investigación de situación de la familia del paciente  
Gran Traumatizado. Año 1991-1992.

En el presente cuadro podemos observar que la principal causa de minusvalía, es provocada por agresión, la que puede ser provocada por proyectil de arma de fuego y arma blanca.

En segundo término, la causa es por accidentes de trabajo, el que en su mayoría es provocada por la caída de lugares muy altos (andamios, edificios de varios pisos, caída de árboles: como mangales, cocoteros, etc.).

Le siguen en el orden los accidentes de tránsito (que son atropellados ya sea por vehículos, ferrocarril y también se cuentan los embarrancados).

# principales causas minusvalia



fuentes: hoja recoleccion datos

CUADRO No. 2

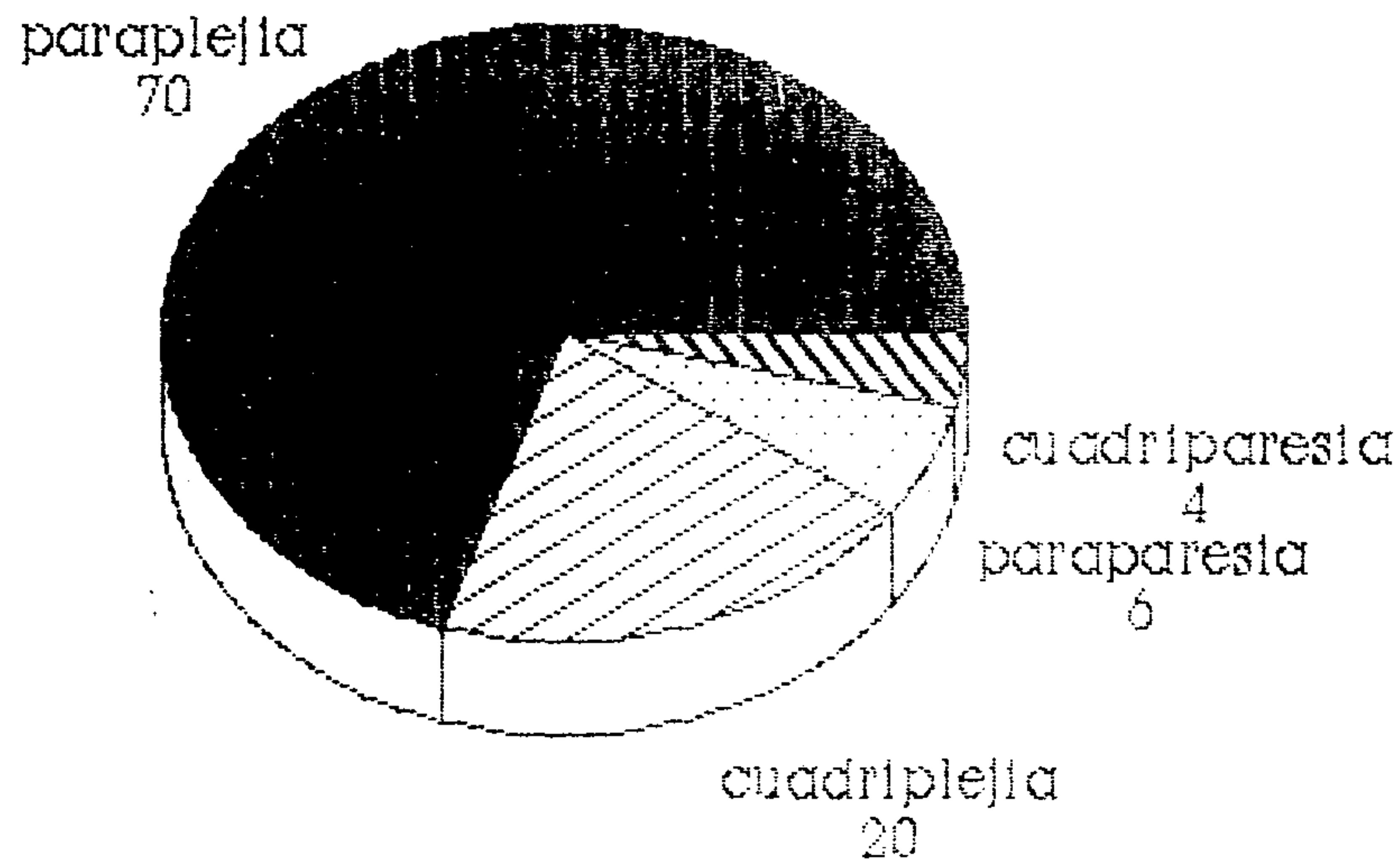
**PORCENTAJE DE CASOS POR NUMERO DE MIEMBROS AFECTADOS**

<b>CAUSA</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1. Paraplejía	35	70
2. Cuadriplejía	10	20
3. Paraparesia	03	06
4. Cuadriparesia	02	04
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Investigación de situación de la familia del paciente Gran Traumatizado. Año 1991-1992.

Durante el año de junio de 1991 a junio de 1992, el 70% de los pacientes ingresados al Hospital de Rehabilitación presentaron paraplejía (afección de miembros inferiores), el 20% presentaron cuadriplejía, a consecuencia de la causa producida por la afección medular.

# porcentaje de casos por No. miembros afectados



CUADRO No. 3

SITUACION FAMILIAR

SITUACION	f	%
1. Hogar integrado	20	40
2. Hogar desintegrado	30	60
TOTAL	50	100

**FUENTE:** Investigación de situación de la familia del paciente Gran Traumatizado. Año 1991-1992.

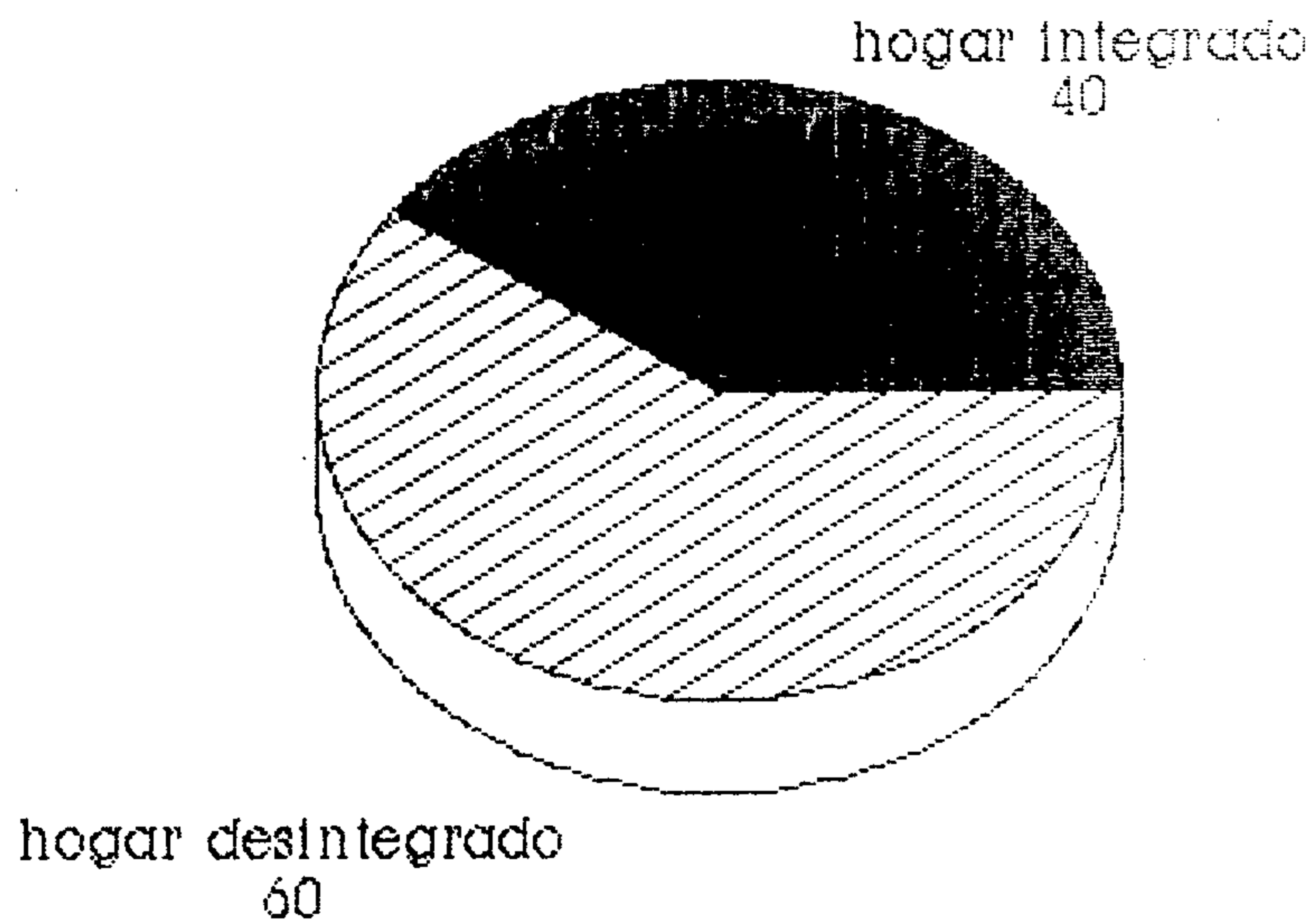
En el presente cuadro podemos observar que el 60% de los pacientes, durante el período de un año junio 1991-junio 1992, ingresaron al Hospital de Rehabilitación que procedentes de hogares desintegrados.

Dentro del porcentaje se encontraron pacientes que aún era solteros, que únicamente vivían con su madre, los que fueron abandonados por el padre siendo aún menores (muy pequeños).

Los pacientes que ya habían formado un hogar, cuya conviviente o esposa los había abandonado, quedando al cuidado de algún otro familiar.

# familia

## porcentajes situacion familiar



Fuente: hoja recoleccion datos

CUADRO No. 4

**PACIENTES QUE TRABAJAN PARA EL SOSTENIMIENTO FAMILIAR**

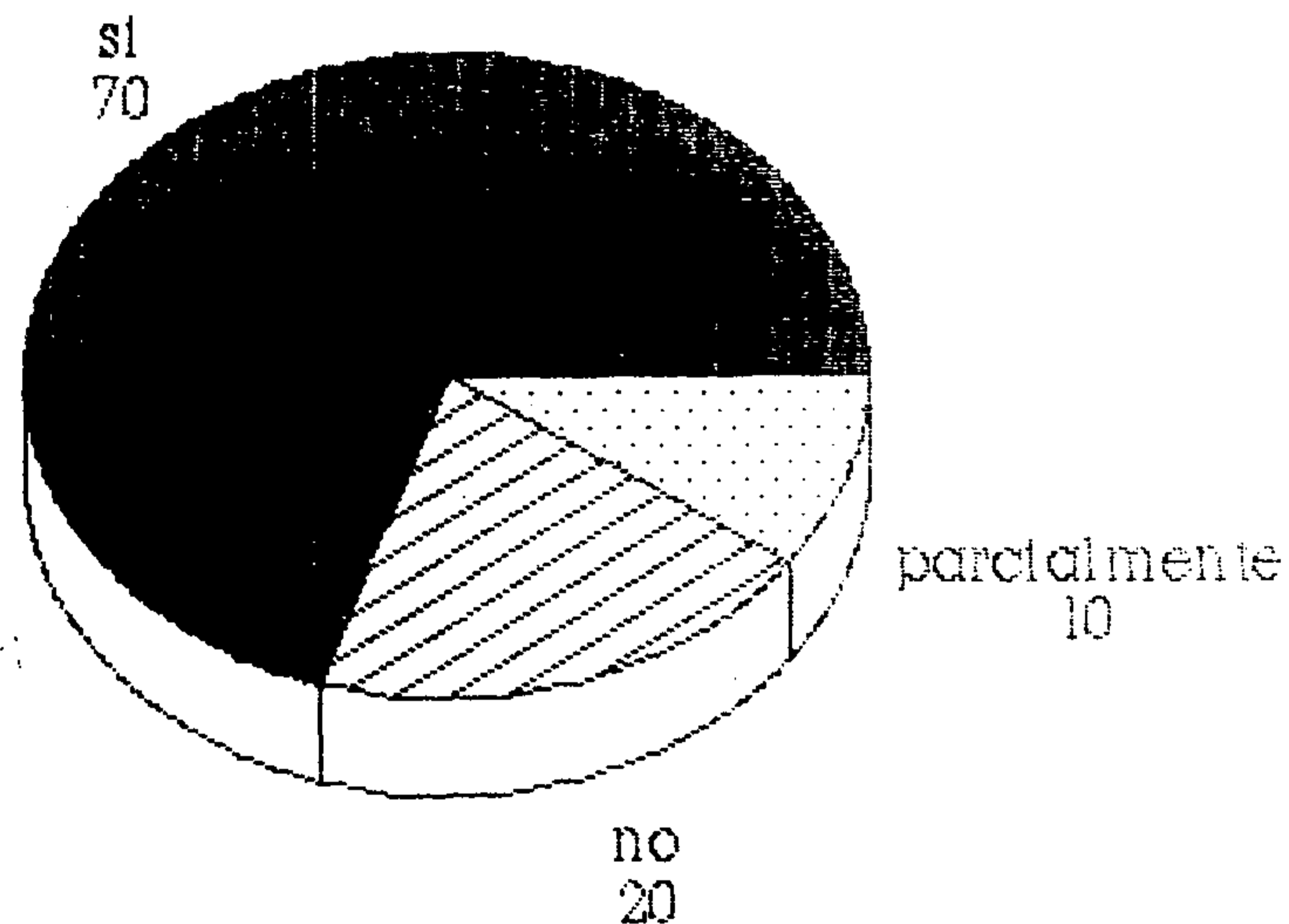
<b>VARIABLES</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
SI	35	70
NO	10	20
Parcialmente	05	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Investigación de situación de la familia del paciente Gran Traumatizado. Año 1991-1992.

En el cuadro podemos apreciar que el 70% de pacientes al sufrir el accidente, trabajaban para el sostenimiento de su grupo familiar. El otro 20% trabajaban únicamente para su propio sostenimiento; siendo pacientes solteros, menores de edad, sin cargas familiares.



# % pacientes que trabajaban para sostenimiento familiar



fuentes: hoja recoleccion datos

CUADRO No. 5

**APORTE ECONOMICO FAMILIAR POST-MINUSVALIA**

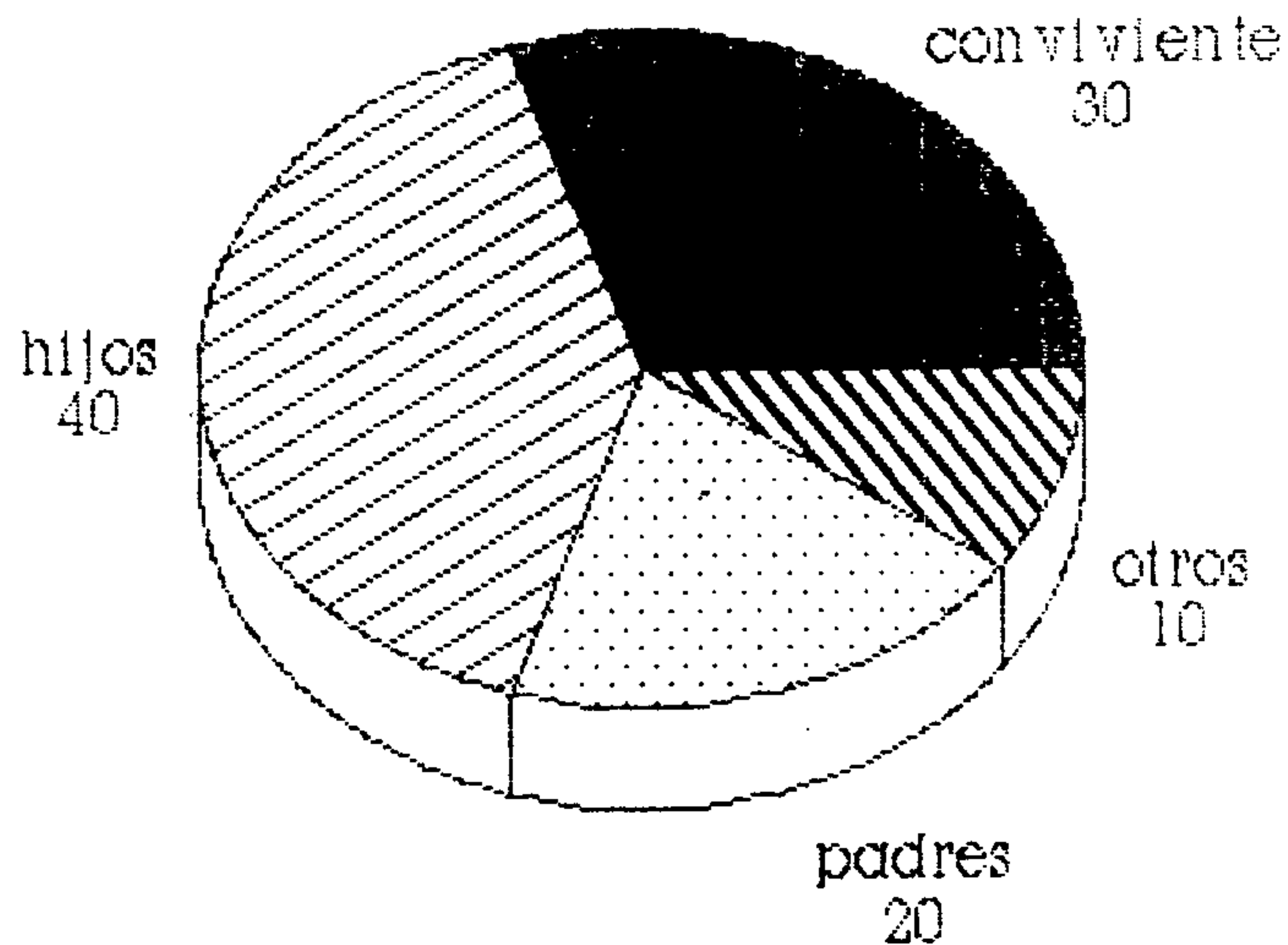
<b>FAMILIAR</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Esposa o conviviente	15	30
Hijos	20	40
Padres	10	20
Otros	05	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Investigación de situación de la familia del paciente Gran Traumatizado. Año 1991-1992.

Con respecto al aporte económico después de la minusvalía, el paciente es ayudado económicamente en un 40% por los hijos, en su mayoría son menores de edad; que oscilan entre 12 a 14 años. Es característico en estos grupos familiares, que los jóvenes (tanto hombres como mujeres) a los 15 años ya han formado un hogar.

En segundo lugar, le siguen en un 30%, la ayuda económica proporcionada por la esposa o conviviente.

# % aporte economico familiar post-minusvalia



fuentes: hoja recoleccion datos

CUADRO No. 6

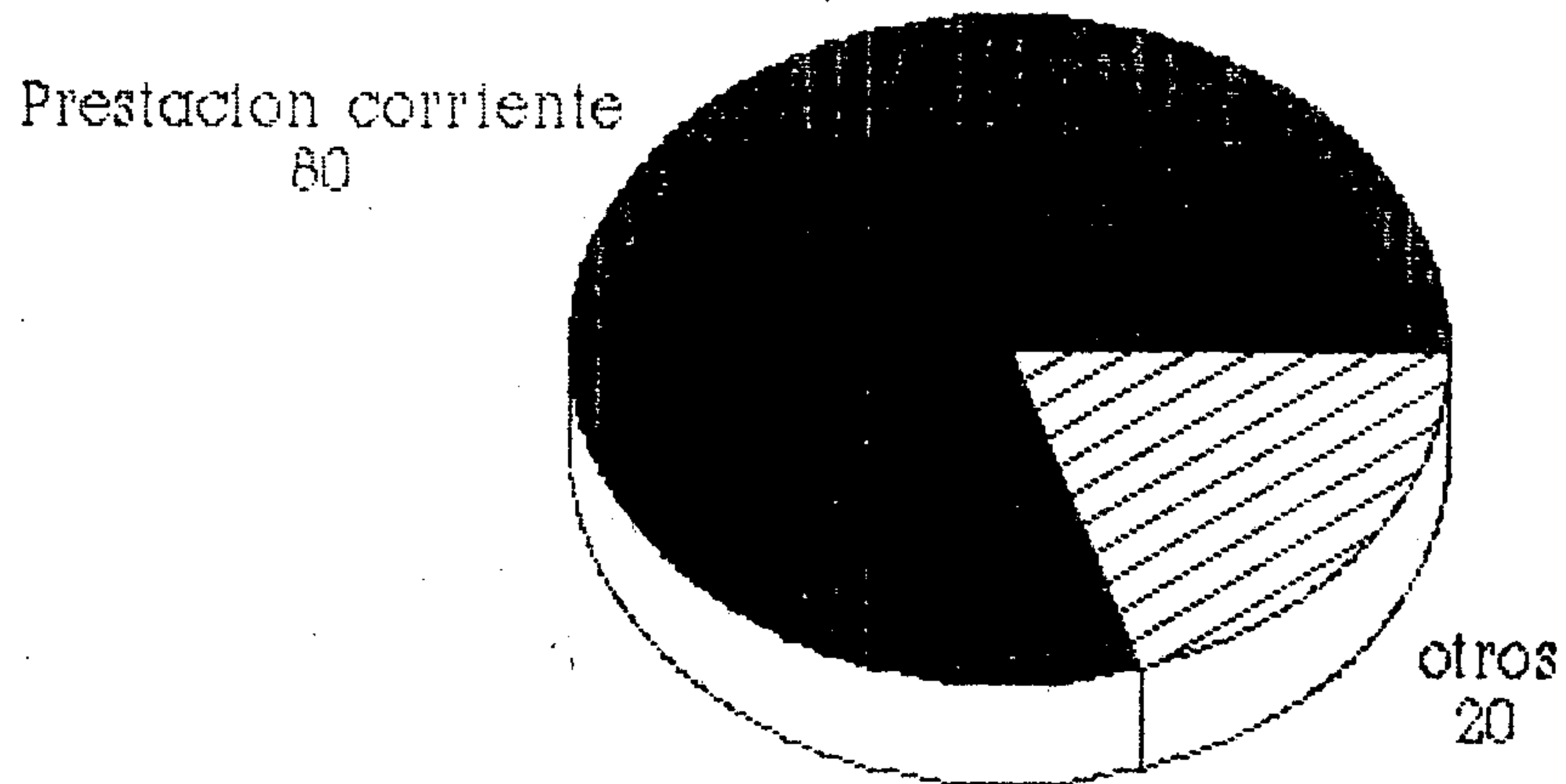
**INGRESOS ECONOMICOS EN PERMANENCIA HOSPITALARIA**

<b>ORIGEN</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Prestación corriente	40	80
Otros	10	20
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Investigación de situación de la familia del paciente Gran Traumatizado. Año 1991-1992.

Los pacientes que ingresan al Hospital de Rehabilitación del IGSS, por afección medular; se pudo comprobar según el resultado de la investigación, que en un 80% reciben prestaciones en dinero y en un 20% (otros) son los pacientes que únicamente han acreditado derecho para recibir prestaciones en servicio (atención médica) que para ellos es lo principal; pues desean superar la limitación. Estos pacientes posiblemente al suceder el percance o enfermedad, se encuentran en período de desempleo o no llena el tiempo indicado por la Ley de la Institución.

# % ingresos economicos en permanencia hospitalaria



CUADRO No. 7

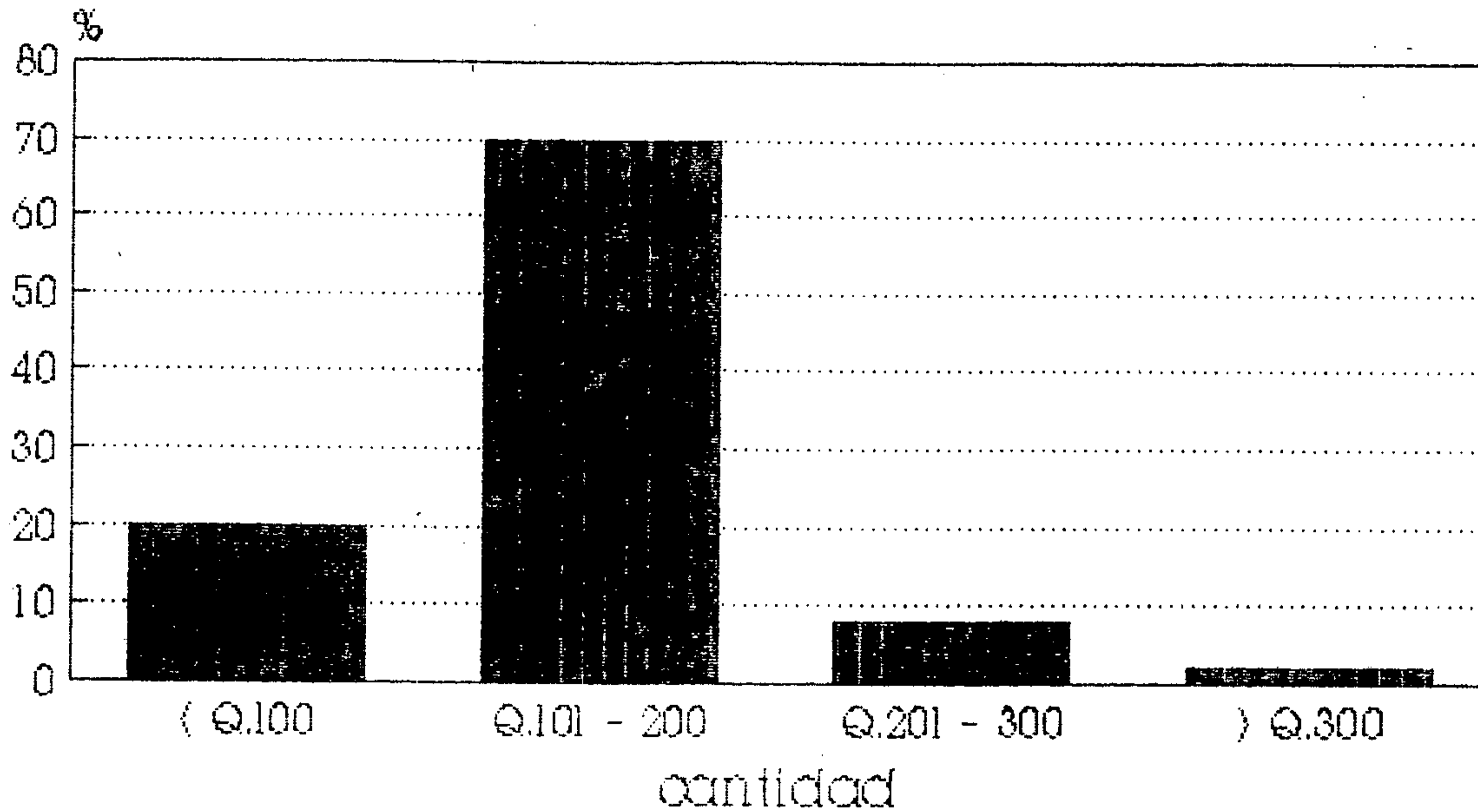
**PROMEDIO DE INGRESOS ECONOMICOS DURANTE LA  
PERMANENCIA HOSPITALARIA**

<b>CANTIDAD</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Menor que Q.100.00	10	20
Q.101.00 a Q.200.00	35	70
Q.201.00 a Q.300.00	04	08
Q.301.00 ó más	01	02
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Investigación de situación de la familia del  
paciente Gran Traumatizado. Año 1991-1992.

Al estudiar el promedio de ingresos que perciben los pacientes, durante su estancia hospitalaria, se pudo comprobar que el 70% recibe entre Q.101.00 a Q.200.00 mensuales; siguiéndole en un 20% los que reciben menos de Q.100.00 mensuales.

# % Total ingresos en permanencia hospitalaria



fuentes: Hoja recoleccion datos

CUADRO No. 8

**EDAD PROMEDIO DEL PACIENTE INGRESADO EN LA SALA DE  
AFECCIONES MEDULARES DURANTE EL AÑO JUNIO 1991-1992**

<b>EDAD</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
15 a 24	18	36
25 a 34	10	20
35 a 44	15	30
45 a 54	03	06
55 a 64	02	04
65 a 70	01	02
75 a 90	01	02
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Investigación de situación de la familia del  
paciente Gran Traumatizado. Año 1991-1992.

Al efectuar la investigación, se comprobó que el 36% de pacientes ingresados en la sala de afecciones medulares eran de edad promedio de 15 a 24 años, siguiéndole en un 30% los pacientes de 35 a 44 años. Es característico en esta afección ver pacientes jóvenes, que se lanzan a desempeñar trabajos, sin escatimar ningún tipo de problema, arriesgándose a que suceda cualquier riesgo.



CUADRO No. 9

**GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PACIENTE INGRESADO EN LA SALA DE AFECCIONES MEDULARES DURANTE EL AÑO JUNIO 1991-JUNIO 1992**

<b>NIVEL</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Analfabeta	10	20
1o. a 3o. Grado Primaria	20	40
4o. a 6o. Grado Primaria	15	30
Básico	02	04
Vocacional	02	04
Universitario	01	02
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Investigación de situación de la familia del paciente Gran Traumatizado. Año 1991-1992.

Con relación al grado de escolaridad del paciente Gran Traumatizado de afección medular, apreciamos que el 40% únicamente han recibido instrucción primaria, llegando a cursar los primeros tres grados de primaria. El 30% ha terminado su educación primaria y el 20% son analfabetas, que nunca han asistido a la escuela, no han recibido lectura y escritura.

## C\_O\_N\_C\_L\_U\_S\_I\_O\_N\_E\_S

1. Debido a la situación de inseguridad que impera en nuestro país, la violencia es una de las principales causas que incrementan la mi nusvalía.
2. La minusvalía es factor determinante para la desintegración familiar, principalmente en el área rural.
3. Como segundo factor determinante para ocasionar minusvalía, son los accidentes de trabajo, ocurridos por desconocimiento o por un descuido.
4. En su mayoría, los pacientes con afección medular (70%) que ingresa ron al Hospital de Rehabilitación del ICSS, durante el año Junio 1991-Junio 1992, sufren de paraplejía.
5. En su mayoría, los pacientes de afección medular que ingresaron al Hospital de Rehabilitación, durante el año Junio 1991-Junio 1992, proceden de hogares desintegrados.
6. El mayor porcentaje de pacientes ingresados al Hospital de Rehabilitación, durante el año Junio 1991-Junio 1992, trabajaban para el so stenimiento económico de su grupo familiar.
7. Los pacientes con afección medular, son ayudados económicamente por los hijos (40%), cónyuges o convivientes (30%), otros familiares (20%).

8. El mayor porcentaje (80%) de pacientes ingresados al Hospital de Rehabilitación, Sala de Afecciones Medulares, reciben ayuda económica de la Institución. Y el resto (20%) únicamente recibe prestaciones en servicio.
9. El ingreso promedio que reciben, la mayoría de pacientes como protección de tipo económica es de Q.201.00 a Q.300.00 mensuales.
10. El nivel económico, es factor fundamental para la desintegración familiar.

## R E C O M E N D A C I O N E S

1. Se hace necesario que se implemente un plan de seguridad nacional por parte de las autoridades correspondientes; para ver si es posible que de esta forma disminuya la cantidad de personas con lesión medular debido a la violencia.
2. Se recomienda hacer conciencia a nivel patronal, a fin de que los trabajadores conozcan los riesgos que su trabajo implica, para evitar dichas causas.
3. Se hace necesario promover la unidad familiar a todo nivel; ya que los momentos que atraviesa el paciente con afección medular, requiere indispensablemente de la unidad familiar.
4. Se sugiere un plan que motive a que los cónyuges e hijos participen de llevar ingresos económicos, para que el paciente no sienta esa presión, por la que se considerará inútil, al no poder efectuar el trabajo que realizaba anteriormente y por el cual percibía remuneración económica. Dicha actividad que sea a nivel de Trabajo Social y Psicología.
5. Se recomiendan charlas de tipo general a los grupos familiares, con el fin de que no dejen de apoyar al paciente, ya que en esta etapa atraviesa un trauma, el cual puede ser disminuido al sentirse apoyado moral y económicamente.
6. Promover a nivel patronal y nivel pacientes, charlas de orientación para dar a conocer las Leyes Básicas de la Institución; con el fin

de que ambos conozcan la importancia de que sus contribuciones estén al día.

7. Hacer conciencia a nivel patronal, para que reporten el ingreso real que el paciente devenga, para que el mismo no se vea afectado al tener necesidad en el momento de un accidente o enfermedad.
8. Que se integre un equipo multidisciplinario para realizar visitas - periódicas a los pacientes egresados, para darles seguimiento y evitar complicaciones secundarias al problema.
9. Que el trámite ante el Departamento de I.V.S. (Invalidez, Vejez y Sobrevivencia) sea más rápido y efectivo; de forma que el paciente no pase mucho tiempo sin recibir las prestaciones a que tiene derecho.
10. Hacer conciencia en el personal que está íntimamente ligado con el paciente durante su estancia hospitalaria, que la familia es la base fundamental en la rehabilitación del mismo; por lo tanto tomarla en cuenta; realizando actividades donde el grupo familiar esté integrado.

## B I B L I O G R A F I A

### **BIBLIOGRAFIA METODOLOGICA:**

- Ander-Egg, Ezequiel:  
1974                      **Introducción a las Técnicas de Investigación Social para Trabajadores Sociales**, 5a. Edición, Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.
- Asti Vera, Armando:  
1968                      **Metodología de la Investigación**, Editorial Kapelusz, S.A., Buenos Aires, Argentina, Quinta Edición.
- Baena Paz, Guillermina:  
1983                      **Manual para Elaborar Trabajos de Investigación Documental**, 2a. Parte, Colección No. 8, Facultad de Ciencias Económicas, USAC.
- Noriega Castillo, Carlos F.:  
1988                      **Selección de Términos Útiles de Investigación Social**, Cuadernos Informativos No. 19, DITETS, Escuela de Trabajo Social, USAC, Guatemala, Marzo.
- Rojas Soriano, Raúl:  
1982                      **Guía para Realizar Investigaciones Sociales**, Textos Universitarios, Universidad Autónoma de México, (Metodología).

### **BIBLIOGRAFIA GENERAL:**

- Aguilera Pérez, Miguel Angel:  
1984                      **Recopilación de Datos Históricos y Estadísticos**, Programa de Rehabilitación del IGSS, 1948-1981 (33 Años).
- Alonzo Morales, Carlos Fco.:  
1977                      **Traumatismo Medular con Paraplejía Secundaria y su Tratamiento**, (Tesis, USAC).
- Castellanos, Lázaro:  
1987                      **Incidencia de la Familia en la Rehabilitación del Paciente Parapléjico**, (Tesis, USAC).
- Departamento de Relaciones  
Públicas del IGSS:  
1985                      **Ley Orgánica y Principales Reglamentos**, Tercera Edición, Guatemala, C.A.

Departamento de Relaciones  
Públicas del IGSS:  
1989

**IGSS para Estudiantes, (folleto).**

Dorsch, Friedrich:

**Diccionario de Psicología, Editorial Herder, Barcelona, España, Págs. 1070.**

Girón Mena, Manuel Antonio:  
1979

**Antecedentes Históricos de la Seguridad Social en Guatemala, Relaciones Públicas, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Mayo.**

Morales Rojas, Luciano:  
1970

**Apuntes Históricos de la Seguridad Social, (folletos).**

Pérez Lañero, José:  
1956

**Fundamentos de la Seguridad Social, Aguilar, S.A. de Ediciones, Sección Política, Madrid, Ediciones Madrid, 50006, Impreso en España por P. López, Meléndez Valdéz, 17 Madrid.**

Porqueddu, Guisepe:  
1983

**Yo, Parapléjico, Manual Práctico para los Parapléjicos y Tetrapléjicos, Editorial Servicios de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Impreso en España.**

Rusk, Howard:  
1966

**Medicina de Rehabilitación, Editorial Interamericana, S.A., México, D.F., Segunda Edición.**

Striker, Ruth Perin:  
1974

**Enfermería de Rehabilitación, Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1a. Edición en Español, México, D.F., Págs. 210.**

A N E X O S



**INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL**  
**SITUACION DE LA FAMILIA Y DEL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO**  
**HOSPITAL DE REHABILITACION DEL IGSS, AÑO 1991 - 1992.**

**CUESTIONARIO**

**I. DATOS GENERALES:**

1.1 Nombre: \_\_\_\_\_

1.2 No. de Afiliación: \_\_\_\_\_

1.3 Diagnóstico:

1.3.1 Paraplejía	( )	1.3.3 Cuadriplejía	( )
1.3.2 Paraparesia	( )	1.3.4 Cuadriparesia	( )

1.4 Tipo de Accidente o Enfermedad:

1.4.1 Agresión	( )	1.4.5 Trabajo	( )
1.4.2 Tránsito	( )	1.4.6 Miellitis Transversa	( )
1.4.3 Caída	( )	1.4.7 Esclerosis Múltiple	( )
1.4.4 Común	( )		

1.5 Edad:

1.5.1 15-25	( )	1.5.5 55-64	( )
1.5.2 25-34	( )	1.5.6 65-74	( )
1.5.3 35-44	( )	1.5.7 75-90	( )
1.5.4 45-54	( )		

1.6 Escolaridad:

1.6.1 Analfabeta	( )	1.6.4 Básico	( )
1.6.2 1 a 3 Primaria	( )	1.6.5 Vocacional	( )
1.6.3 4 a 6 Primaria	( )	1.6.6 Universitario	( )

1.7 Estado Civil:

1.7.1 Soltero	( )	1.7.4 Viudo	( )
1.7.2 Casado	( )	1.7.5 Divorciado	( )
1.7.3 Conviviente	( )		

2. PRESENTACION PERSONAL DEL ENTREVISTADO:

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| 2.1 Vestuario        | 2.2 Higiene Pesonal |
| 2.1.1 Limpio ( )     | 2.2.1 Buena ( )     |
| 2.1.2 Sucio ( )      | 2.2.2 Regular ( )   |
| 2.1.3 Completo ( )   | 2.2.3 Mala ( )      |
| 2.1.4 Incompleto ( ) |                     |

3. DESENVOLVIMIENTO PERSONAL:

- |                       |                             |
|-----------------------|-----------------------------|
| 3.1 Atento ( )        | 3.7 Irritado ( )            |
| 3.2 Desatento ( )     | 3.8 Triste ( )              |
| 3.3 Interesado ( )    | 3.9 Quejumbroso ( )         |
| 3.4 Desinteresado ( ) | 3.10 Estado de ebriedad ( ) |
| 3.5 Comunicativo ( )  |                             |
| 3.6 Callado ( )       | 3.11 Otros ( )              |

4. RELACION CON LA FAMILIA:

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| 4.1 El hogar del entrevista <u>do</u> es: | 4.2 Constituye su Grupo Familiar |
| 4.1.1 Integrado ( )                       | 4.2.1 Esposa o conviv. ( )       |
| 4.1.2 Desinte <u>tegrado</u> ( )          | 4.2.2 No. de Hijos ( )           |
|   | 4.2.3 Padres ( )                 |
|   | 4.2.4 Suegros ( )                |
|   | 4.2.5 Hermanos ( )               |
|   | 4.2.6 Cuñados ( )                |
|   | 4.2.7 Otros ( )                  |

5. LAS RELACIONES INTERFAMILIARES SON:

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| 5.1.1 Cordiales ( )   | 5.1.2 Agresivas ( )     |
| 5.1.3 Indiferente ( ) | 5.1.4 Afectivas ( )     |
| 5.1.5 Favorables ( )  | 5.1.6 Desfavorables ( ) |
| 5.1.7 Otros ( )       |                         |

6. TRABAJA ACTIVAMENTE PARA EL SOSTENIMIENTO DE SU GRUPO FAMILIAR:

- 6.1.1 Si ( )
- 6.1.2 NO ( )
- 6.1.3 Parcialmente ( )

7. QUE OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CONTRIBUYEN ECONOMICAMENTE:

- 7.1.1 Esposa o conviviente ( )
- 7.1.2 Hijos ( )
- 7.1.3 Hermanos ( )
- 7.1.4 Padres ( )
- 7.1.5 Otros ( )

8. LAS RELACIONES INTERFAMILIARES SON:

- 8.1.1 Cordiales ( )
- 8.1.2 Agresivas ( )
- 8.1.3 Indiferentes ( )
- 8.1.4 Afectivas ( )
- 8.1.5 Otros ( )

9. DESENVOLVIMIENTO LABORAL:

9.1 Sus ingresos económicos los obtiene de:

- 9.1.1 Prestación corriente ( )
- 9.1.2 Remuneración por otra actividad laboral ( )
- 9.1.3 Caridad pública ( )
- 9.1.4 Otros ( )

9.2 El Total de ingresos es de:

- 9.2.1 Q.00.00 - Q.100.00 ( )
- 9.2.2 Q.101.00 - Q.200.00 ( )
- 9.2.3 Q.201.00 - Q.300.00 ( )
- 9.2.4 Q.301.00 en adelante ( )