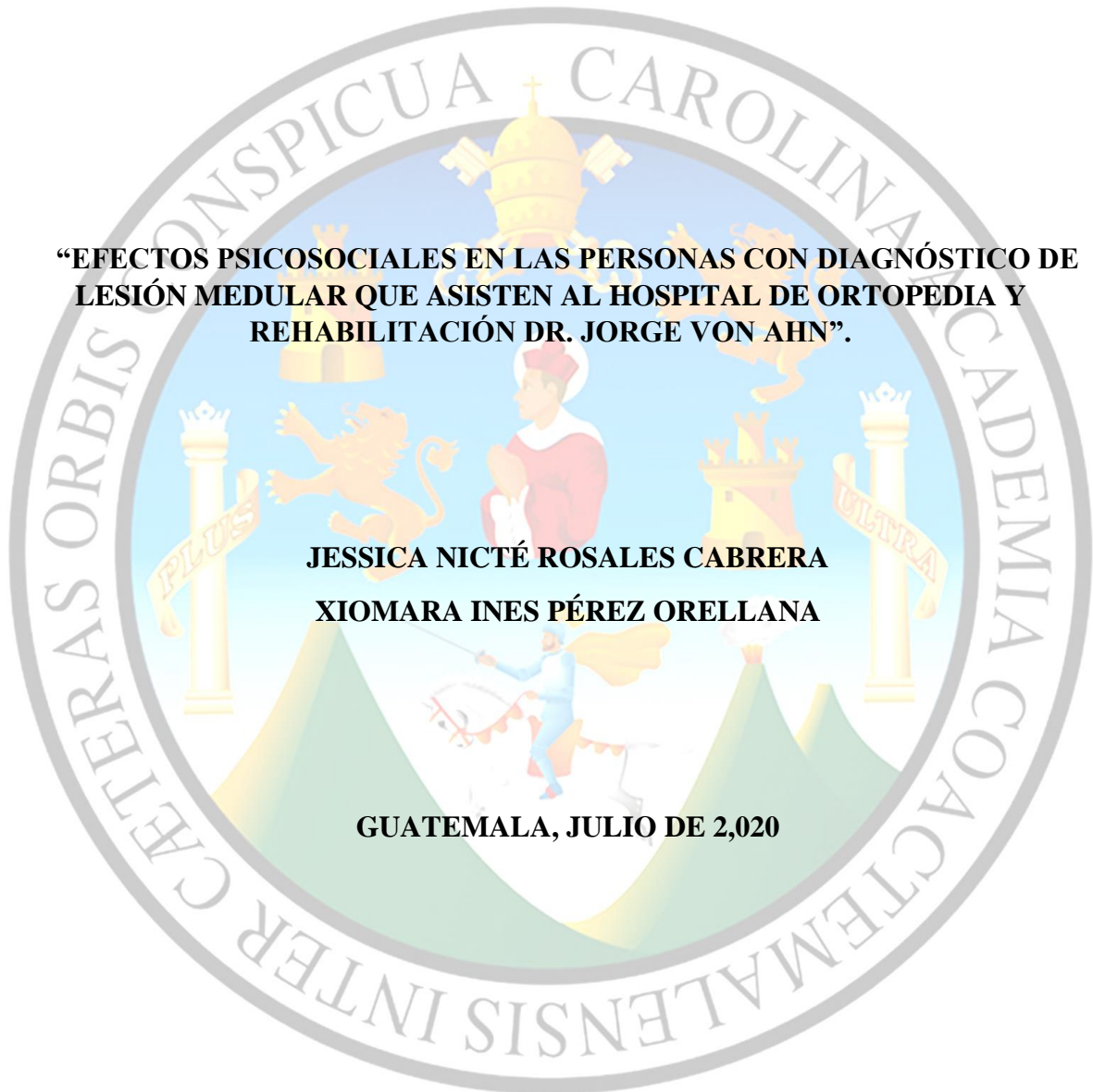


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs.**  
**“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“EFECTOS PSICOSOCIALES EN LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE  
LESIÓN MEDULAR QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE ORTOPEDIA Y  
REHABILITACIÓN DR. JORGE VON AHN”.**

**JESSICA NICTÉ ROSALES CABRERA**  
**XIOMARA INES PÉREZ ORELLANA**

**GUATEMALA, JULIO DE 2,020**



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs.**

**“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“EFECTOS PSICOSOCIALES EN LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE  
LESIÓN MEDULAR QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE ORTOPEDIA Y  
REHABILITACIÓN DR. JORGE VON AHN”.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE**

**CONSEJO DIRECTIVO**

**DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**POR**

**JESSICA NICTÉ ROSALES CABRERA**

**XIOMARA INES PÉREZ ORELLANA**

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE**

**PSICÓLOGOS(AS)**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE**

**LICENCIANDOS(AS)**

**GUATEMALA, JULIO DE 2,020**

**CONSEJO DIRECTIVO**

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

**M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA**

**DIRECTOR**

**LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZÁBAL**

**SECRETARIA**

**M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA**

**LICENCIADA CLAUDIA JUDITH FLORES QUINTANA**

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES**

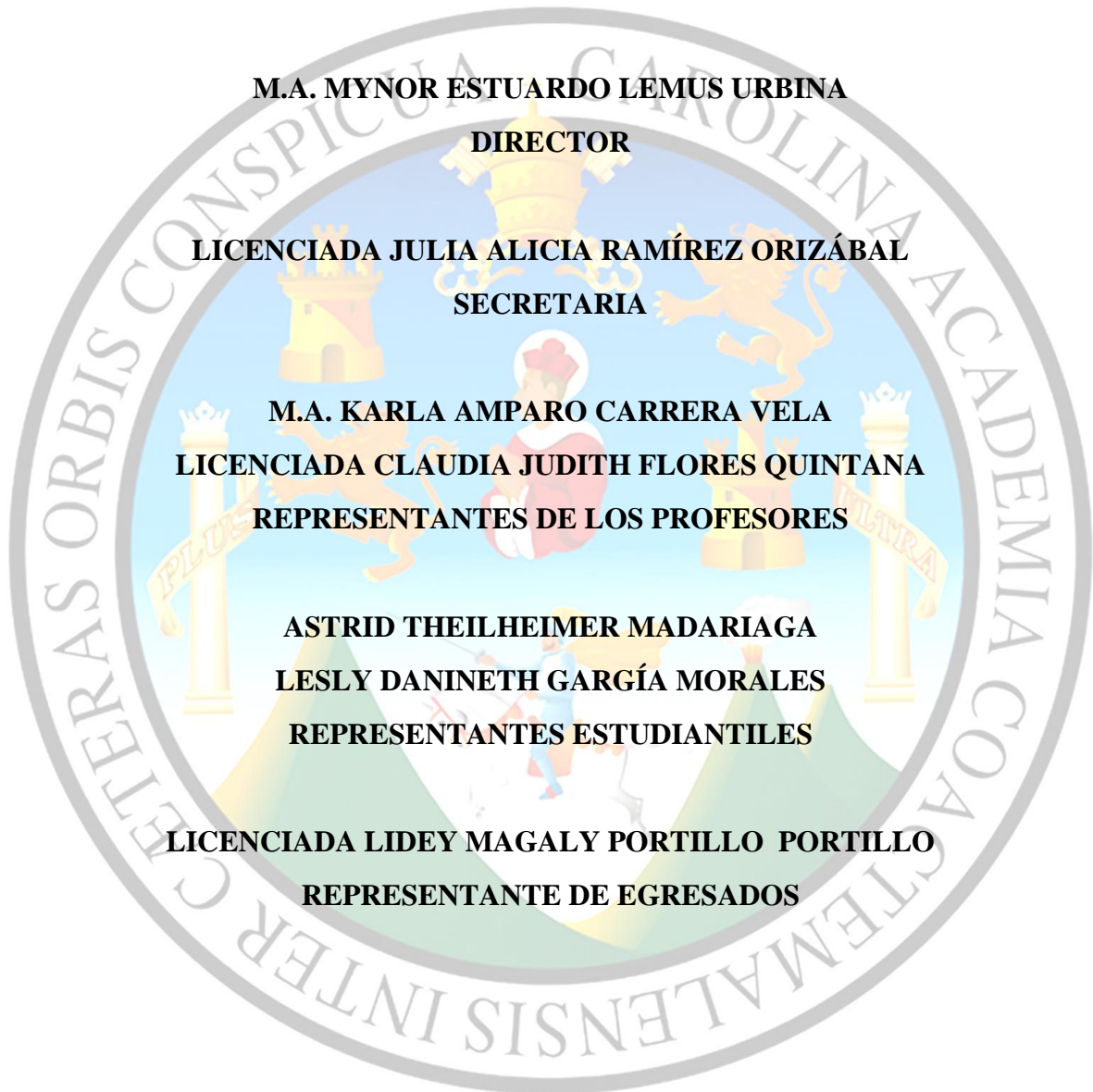
**ASTRID THEILHEIMER MADARIAGA**

**LESLY DANINETH GARGÍA MORALES**

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

**LICENCIADA LIDEY MAGALY PORTILLO PORTILLO**

**REPRESENTANTE DE EGRESADOS**



## PADRINOS DE GRADUACIÓN

**Por: Xiomara Ines Pérez Orellana**

**M.A. Bertha Melanie Girard Luna**

**Licencianda en Psicología**

**Colegiado 673**

**Lic. Hugo Leonel Patal Vit**

**Licenciado en Psicología**

**Colegiado 867**

**Por: Jessica Nicté Rosales Cabrera**

**Dra. Ingrid Sofía Oliva Cabrera**

**Médico y Cirujana**

**Colegiado 22,416**

**Lic. Carlos Enrique Cabrera Tello**

**Licenciatura en Contaduría Pública**

**Colegiado 149**



Universidad de San Carlos de Guatemala  
Escuela de Ciencias Psicológicas



Control Académico  
CIEPs.  
Reg.029-2019  
CODIPs. 841-2020

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

11 de marzo de 2020

Estudiantes  
Jéssica Nicté Rosales Cabrera  
Xiomara Ines Pérez Orellana  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO SÉPTIMO (17º.) del Acta DIECIOCHO GUIÓN DOS MIL VEINTE (18-2020), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de marzo de 2020, que copiado literalmente dice:

**DÉCIMO SÉPTIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: "EFECTOS PSICOSOCIALES EN LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE LESIÓN MEDULAR QUE ASISTEN AL HOSPITAL NACIONAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACIÓN DR. JORGE VON AHN", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Jéssica Nicté Rosales Cabrera  
Xiomara Ines Pérez Orellana

DPI No. 2660 20275 0101  
DPI No. 2533 64574 0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la MSc. Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez, y revisado por el Licenciado Hugo Leonel Patal Vit. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal  
SECRETARIA



/Gaby

**Dedicatorias por**  
**Xiomara Ines Pérez Orellana**

**A Jesús:**

**Por ser el precursor de nuestra vida, y proveernos de todas sus bondades todos los días, de amarnos incondicionalmente.**

**A nuestros padres:**

**A mi mamá Lucy por estar siempre dándome el apoyo en todo sentido, mil gracias.**

**A mi papá Moy porque yo sé que le hubiera encantado ver todo lo que hizo por mí, hasta el cielo dedico este logro.**

**A mis maestros:**

**Por enseñarme todo el conocimiento adquirido.**

**A mi Jefe Dr. Alberto Schumann: por apoyarme en todo sentido.**

**A todos mis familiares, hermanos, sobrinos, sobrinas, tíos, tías, primos, primas, amigos y amigas, compañeros de trabajo, conocidos y personas por conocer:**

**Muchas gracias.....**

**Dedicatorias por**  
**Jessica Nicté Rosales Cabrera**

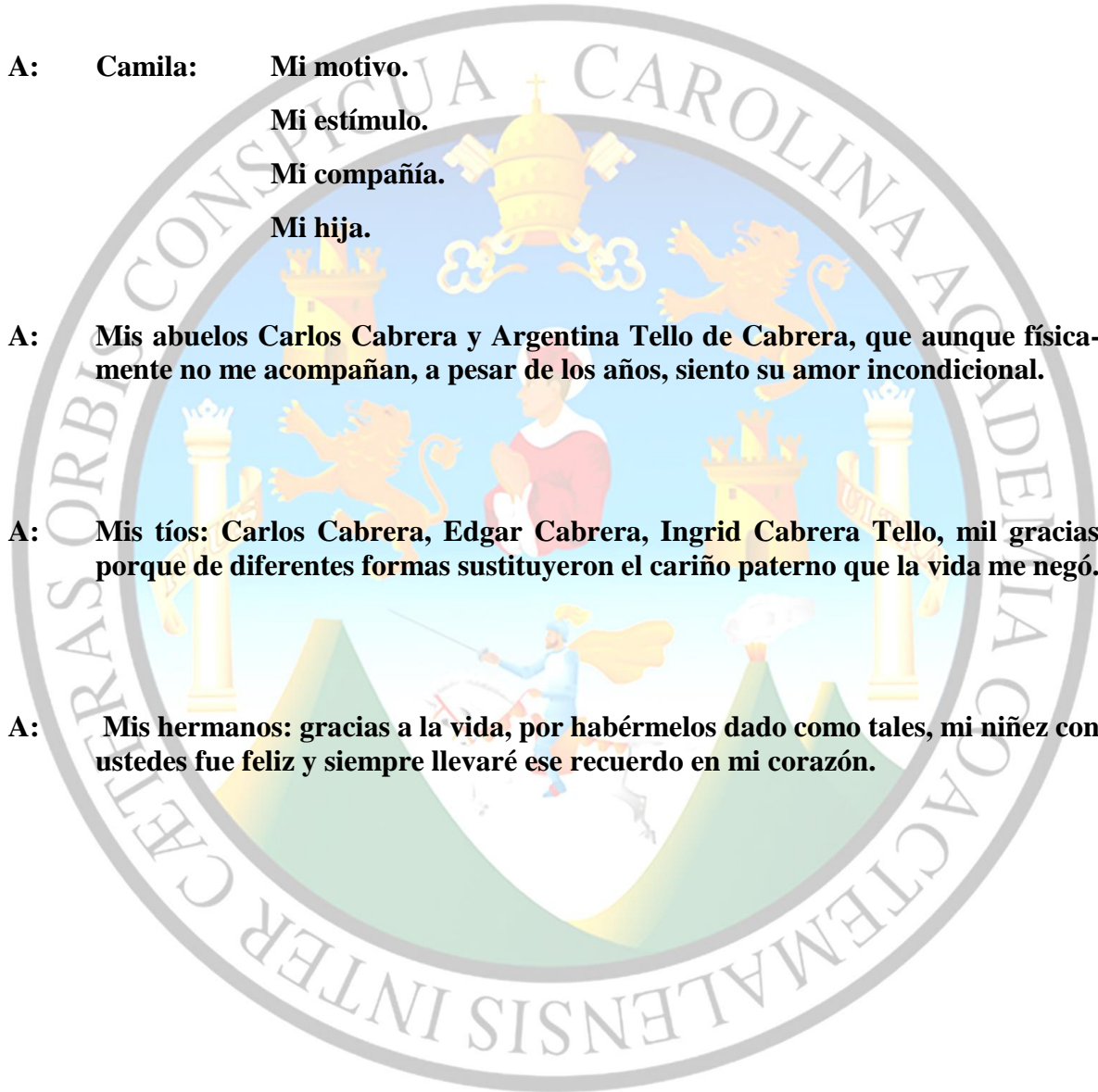
**A: Dora María Cabrera, mi madre por ser mi único apoyo y sostén, por ser un ejemplo para mi vida.**

**A: Camila:      Mi motivo.  
                  Mi estímulo.  
                  Mi compañía.  
                  Mi hija.**

**A: Mis abuelos Carlos Cabrera y Argentina Tello de Cabrera, que aunque físicamente no me acompañan, a pesar de los años, siento su amor incondicional.**

**A: Mis tíos: Carlos Cabrera, Edgar Cabrera, Ingrid Cabrera Tello, mil gracias porque de diferentes formas sustituyeron el cariño paterno que la vida me negó.**

**A: Mis hermanos: gracias a la vida, por habérmelos dado como tales, mi niñez con ustedes fue feliz y siempre llevaré ese recuerdo en mi corazón.**



## Agradecimientos

Por Xiomara Ines Pérez Orellana

- A: Universidad de San Carlos de Guatemala y a la Escuela de Ciencias Psicológicas:**  
**Por brindarnos la oportunidad de tener todos los conocimientos necesarios para ser profesionales íntegros, con sentido de responsabilidad y crear esa pasión por ayudar a los demás.**
- A: Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn:**  
**Por permitirnos realizar nuestra investigación en su institución.**
- A: M.A. Bertha Melanie Girard Luna:**  
**Por brindarnos toda la ayuda necesaria en todo nuestro proceso investigativo.**
- A: Licenciando Hugo Leonel Patal Vit:**  
**Por supervisar nuestro trabajo y aportar grandes ideas acerca del mismo.**
- A: Licenciando Estuardo Espinoza:**  
**Por orientarnos acerca de hacer investigación, y proporcionarnos conocimiento.**
- A: Dr. Juan de Dios Martínez por un ejemplo ante la adversidad.**
- A: Todas las personas con lesión medular y que padezcan alguna discapacidad:**  
**Por contarnos y compartir su experiencia.**
- A: Usted que lee nuestro trabajo.**

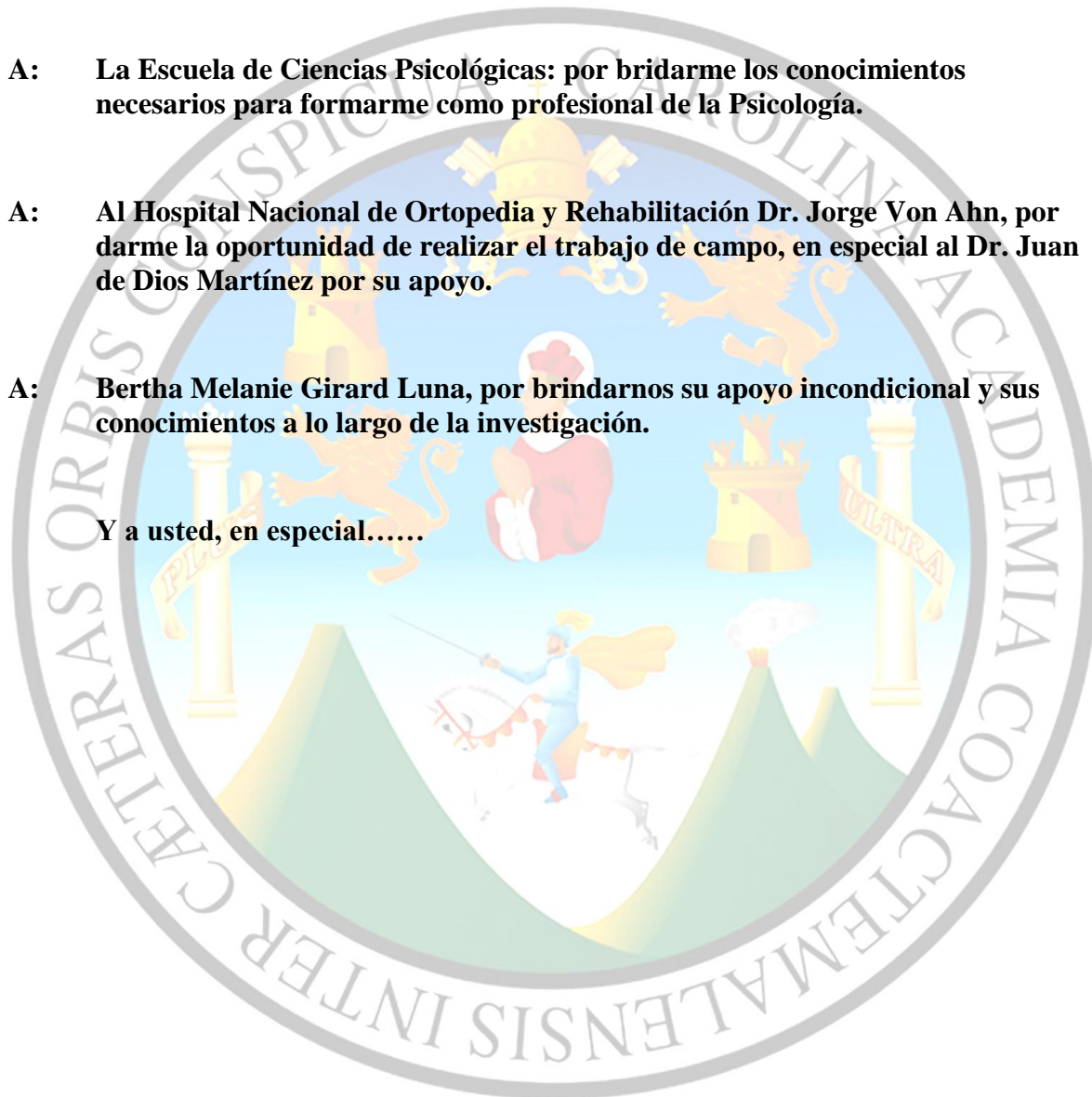


## Agradecimientos

Por Jessica Nicté Rosales Cabrera

- A: La Universidad de San Carlos de Guatemala: por ser mi máxima casa de estudios.**
- A: La Escuela de Ciencias Psicológicas: por brindarme los conocimientos necesarios para formarme como profesional de la Psicología.**
- A: Al Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn, por darme la oportunidad de realizar el trabajo de campo, en especial al Dr. Juan de Dios Martínez por su apoyo.**
- A: Bertha Melanie Girard Luna, por brindarnos su apoyo incondicional y sus conocimientos a lo largo de la investigación.**

**Y a usted, en especial.....**



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
**CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs.**  
**“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“EFECTOS PSICOSOCIALES EN LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE  
LESIÓN MEDULAR QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE ORTOPEDIA Y  
REHABILITACIÓN DR. JORGE VON AHN”.**

**ESTUDIANTES:**

**NO. DE CARNÉ:**

**Jessica Nicté Rosales Cabrera**

**9415111**

- No. Cel. 47879250
- Correo electrónico:
- [jessicarocabrera@gmail.com](mailto:jessicarocabrera@gmail.com)

**Xiomara Ines Pérez Orellana**

**9718411**

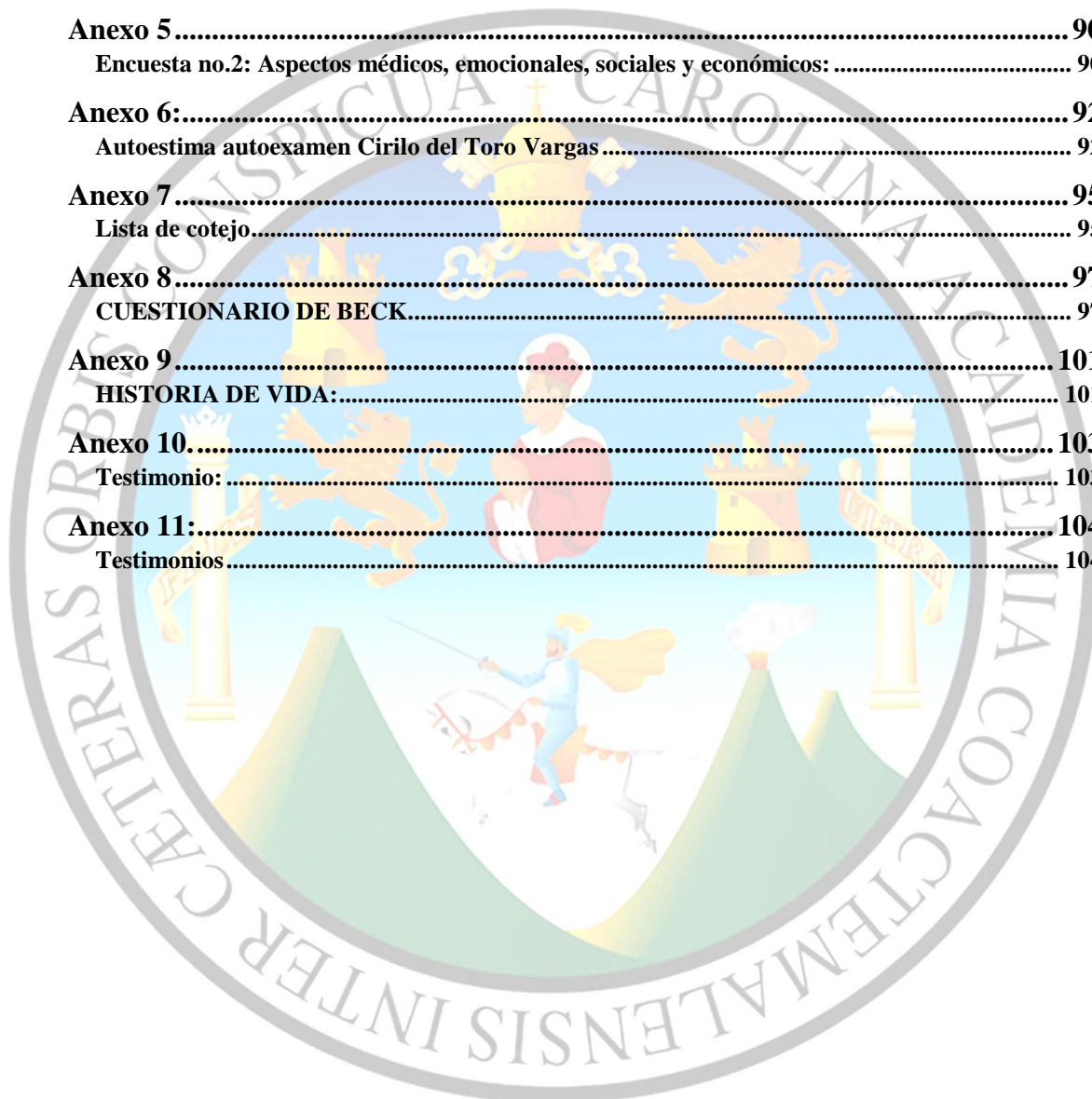
- No. Cel. 30233012
- Correo electrónico:
- [xiomaraperez60@hotmail.com](mailto:xiomaraperez60@hotmail.com)

## Índice

### Contenido

<b>Capítulo 1.....</b>	<b>1</b>
<b>1.01. Planteamiento del problema.....</b>	<b>1</b>
<b>1.02. Objetivos .....</b>	<b>3</b>
1.02.1. Objetivo general:.....	3
1.02.2. Objetivos específicos: .....	3
<b>1.03. Marco teórico.....</b>	<b>4</b>
1.03.1. Concepto y características de la lesión medular:.....	5
1.03.2. ¿Cómo se produce la lesión medular? .....	6
1.03.3. Los efectos de la lesión medular: .....	6
1.03.4. Criterio de la lesión medular: .....	7
1.03.5. Complicaciones médicas de la lesión medular: .....	11
1.03.6 Sexualidad y maternidad en lesión medular:.....	17
1.03.7 Factores socioeconómicos: .....	18
1.03.8. Contexto familiar: .....	19
1.03.9. Problemas psicológicos de la persona con lesión medular:.....	21
1.03.10. Trastorno de ansiedad: .....	25
1.03.11. Autoestima: .....	25
1.03.12. El existencialismo y sus antecedentes: .....	27
1.03.13. La discapacidad y su realidad en Guatemala: .....	32
1.03.14. Leyes y tratados internacionales de atención a las personas con discapacidad:.....	33
<b>Capítulo II .....</b>	<b>36</b>
<b>2. Técnicas e instrumentos.....</b>	<b>36</b>
2.01. Enfoque y modelo de investigación: .....	36
2.02. Técnicas: .....	36
2.03. Instrumentos: .....	38
2.04. Operacionalización de objetivos: .....	40
<b>Capítulo III.....</b>	<b>42</b>
<b>3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados .....</b>	<b>42</b>
3.01. Características del lugar y de la población: .....	42
3.02. Presentación e interpretación de resultados .....	43
3.03. Análisis de testimonios.....	61
3.04. Análisis general:.....	70
<b>IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>72</b>
<b>4.01. Conclusiones: .....</b>	<b>72</b>
<b>4.02. Recomendaciones .....</b>	<b>73</b>
<b>V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>75</b>
<b>VI. ANEXOS .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo 1 .....</b>	<b>77</b>

<b>BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>78</b>
<b>Entrevista estructurada:.....</b>	<b>78</b>
<b>Anexo 3: Escala de Ansiedad de Hamilton .....</b>	<b>82</b>
<b>Anexo 4.....</b>	<b>89</b>
<b>Encuesta: Conocimientos sobre discapacidad, lesión medular: .....</b>	<b>89</b>
<b>Anexo 5.....</b>	<b>90</b>
<b>Encuesta no.2: Aspectos médicos, emocionales, sociales y económicos: .....</b>	<b>90</b>
<b>Anexo 6:.....</b>	<b>92</b>
<b>Autoestima autoexamen Cirilo del Toro Vargas.....</b>	<b>92</b>
<b>Anexo 7.....</b>	<b>95</b>
<b>Lista de cotejo.....</b>	<b>95</b>
<b>Anexo 8.....</b>	<b>97</b>
<b>CUESTIONARIO DE BECK.....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo 9.....</b>	<b>101</b>
<b>HISTORIA DE VIDA:.....</b>	<b>101</b>
<b>Anexo 10.....</b>	<b>103</b>
<b>Testimonio: .....</b>	<b>103</b>
<b>Anexo 11:.....</b>	<b>104</b>
<b>Testimonios.....</b>	<b>104</b>



**Efectos psicosociales en las personas con diagnóstico de lesión medular que asisten al Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn.**

Autores: Jessica Nicté Rosales Cabrera y

Xiomara Ines Pérez Orellana.

**Resumen**

Los objetivos de la presente investigación fueron: identificar los efectos psicosociales que presentan los pacientes diagnosticados con lesión medular, que asisten al Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn, a la vez, describir los principales efectos emocionales, sociales y económicos que inciden en ellos, determinando el grado de ansiedad, depresión y autoestima que padecen, así como influyen los factores físicos, causando estados depresivos en personas con lesiones medulares.

Las técnicas utilizadas para este trabajo fueron: La técnica de muestreo aleatorio, la técnica de recolección de datos, que consistió en la aplicación de una observación y la recolección de testimonios de vida, así como: entrevistas, encuestas, cuestionarios (Depresión de Beck) y pruebas de autoestima (autoexamen de autoestima de Cirilo del Toro Vargas).

La población objeto de estudio fueron: 15 pacientes: 10 de sexo masculino y 5 de sexo femenino, con edades comprendidas entre: 18 a 40 años, quienes tienen lesiones medulares y reciben actualmente rehabilitación física en el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn, la investigación utilizó el enfoque mixto, siendo de tipo descriptiva, por lo que se lograron identificar los principales efectos psicosociales (psicológicos, físicos y económicos) que afectan el desenvolvimiento del lesionado medular en la sociedad.

Llegando a la conclusión sobre la necesidad de implementar un programa de soporte psicológico para que estas personas se logren adaptar de la mejor manera a ese cambio brusco de vida y así encontrar un sentido para un mejor desarrollo dentro de la sociedad.

## Prólogo

La lesión medular: es un trauma que irrumpe en todos los aspectos de la vida, disminuyendo todas las capacidades físicas y limitando a la persona a la hora de llevar a cabo sus diversas ocupaciones. Una lesión medular destruye toda una forma de vida; divide la historia de la persona en dos partes: antes y después del suceso (Aguado Díaz, 2,003.). Sus implicaciones son evidentes tanto a nivel físico, psicológico y social, provocando un gran impacto durante el resto de su vida.

La presente investigación aportó importante información con respecto a cómo influyen los efectos psicosociales en las personas que presentan lesiones medulares, se pudo conocer que una de las principales causas por las cuáles las personas presentan lesiones medulares, es a consecuencia de la violencia que se vive día a día en nuestra sociedad, al mismo tiempo, que otra de las causas es debido a los accidentes de tránsito, como resultado de la irresponsabilidad vial de los guatemaltecos, por ello, las personas que viven con lesiones medulares presentan una serie de efectos físicos, sociales y económicos porque se les dificulta el desenvolvimiento en su diario vivir, así como la integración al medio social.

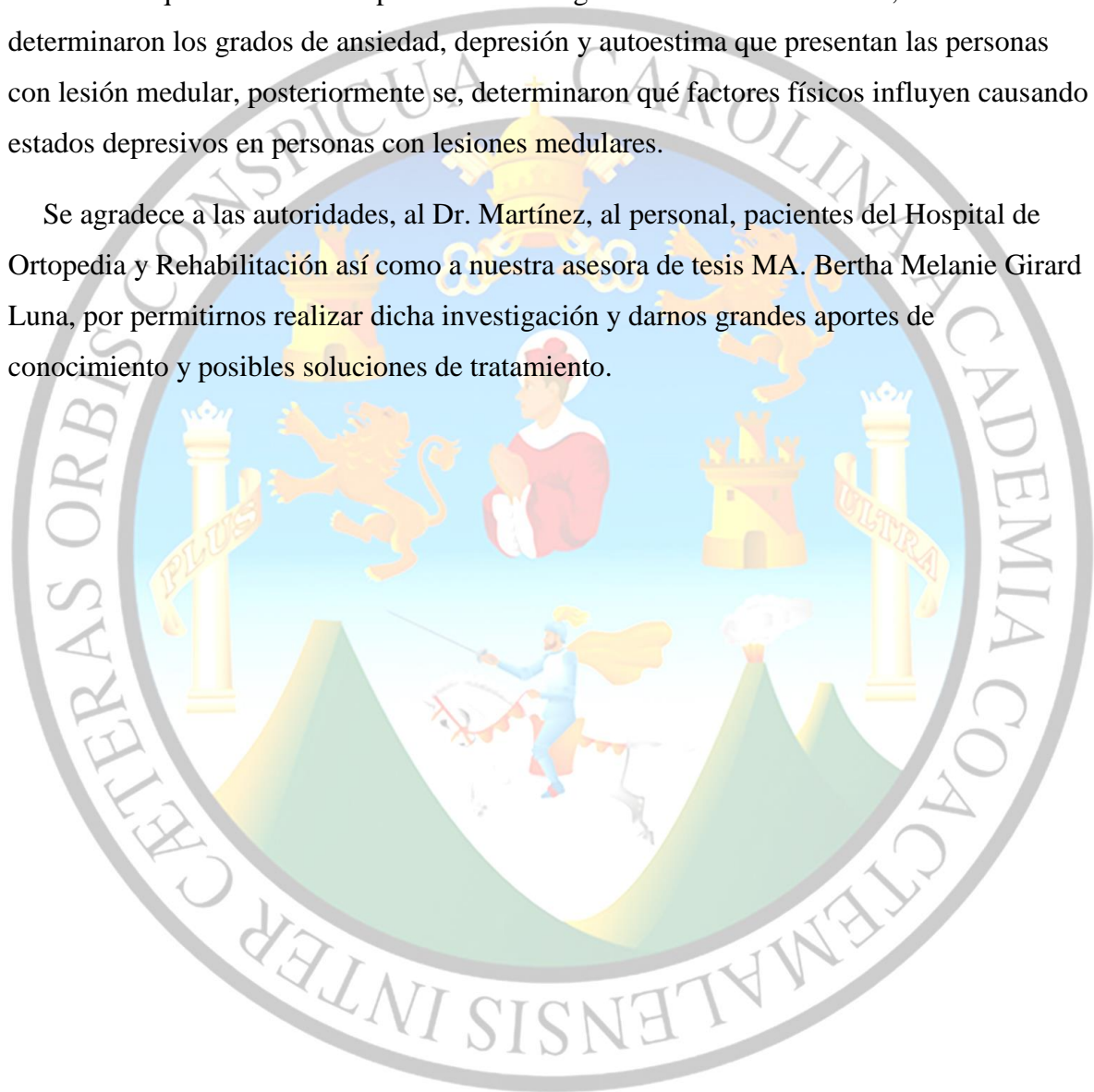
Una de las principales áreas afectadas en estas personas es la “emocional”, que viene a desencadenar crisis depresivas, debido a todas las situaciones que implica la misma, experimentando fuertes episodios de vacío existencial, al no tener motivos para seguir viviendo, debido a las secuelas que dejó dicha lesión. Es indiscutible que el apoyo familiar es primordial para lograr así, una adecuada rehabilitación integral.

El aspecto económico, es otro factor que se ve altamente afectado, debido a que no hay inclusión por parte de lo sociedad al ámbito laboral, resultado de sus secuelas, no pudiendo generar sus ingresos económicos necesarios para poder subsistir, lo que da como consecuencia la carga económica hacia su pareja y el rompimiento de la relación con la misma por crear sentimientos de inutilidad.

A la vez estas personas sufren de discriminación por parte de la sociedad debido a su condición, porque suelen llamarles: inválidos o minusválidos, viviendo esta situación dentro de su círculo primario afectando en gran medida su autoestima.

Para el desarrollo de esta investigación se planteó como objetivo general: Los efectos psicosociales en las personas con diagnóstico de lesión medular. De este derivan los siguientes objetivos específicos: Describir los principales efectos emocionales, sociales y económicos que inciden en las personas con diagnóstico de lesión medular, a la vez se determinaron los grados de ansiedad, depresión y autoestima que presentan las personas con lesión medular, posteriormente se, determinaron qué factores físicos influyen causando estados depresivos en personas con lesiones medulares.

Se agradece a las autoridades, al Dr. Martínez, al personal, pacientes del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación así como a nuestra asesora de tesis MA. Bertha Melanie Girard Luna, por permitirnos realizar dicha investigación y darnos grandes aportes de conocimiento y posibles soluciones de tratamiento.



## Capítulo 1.

### 1.01. Planteamiento del problema

*“Vivir con una discapacidad es complejo, porque crea muchos miedos e inseguridades, saber que nada va a ser como era antes.... Es difícil porque me va a costar más que a una persona normal físicamente”*. (Sustraído de un testimonio de una persona que vive con lesión medular).

Al momento en que una persona que una persona sufre de una lesión medular es ingresada al hospital, se ve en la necesidad de tener que esperar a ser atendida por los médicos, debido a la alta demanda de personas que asisten a los servicios públicos, posteriormente, se les realizan una serie de estudios para revelar la patología, seguidamente los médicos les informan sobre su diagnóstico a sus familiares, donde la mayoría de las veces lo hacen de una manera inadecuada, no demostrando ningún tipo de empatía hacia el paciente, así como a sus familiares, expresándoles de una manera seca y literal “usted no volverá a caminar”. No brindándole una breve explicación sobre su lesión, así como las secuelas físicas y emocionales que conlleva esta situación, ni mucho menos qué tipo de tratamiento rehabilitativo deberá someterse, así como los beneficios del mismo, no teniendo las herramientas necesarias para poder enfrentar la situación, y no poder adaptarse de una mejor manera a este cambio brusco de vida y poder sobrellevar su problemática.

En nuestro medio, la rehabilitación que se le brinda a estas personas, se enfoca primordialmente a mejorar el aspecto físico debido a la falta de recursos humanos y materiales por la carencia económica que atraviesan los hospitales nacionales, así como la alta demanda de personas que acuden, dejando en un segundo plano el aspecto emocional el cual es primordial, para evitar las crisis depresivas que manifiesta su condición, la cual viene a cambiar el tipo de vida, el equilibrio y los proyectos que el individuo había establecido, porque surge la creencia y el sentir que la vida ya no tiene sentido, generando pensamientos negativos como: *“mejor me hubiera muerto”*, según refieren las personas con lesión medular que participaron en nuestra investigación.



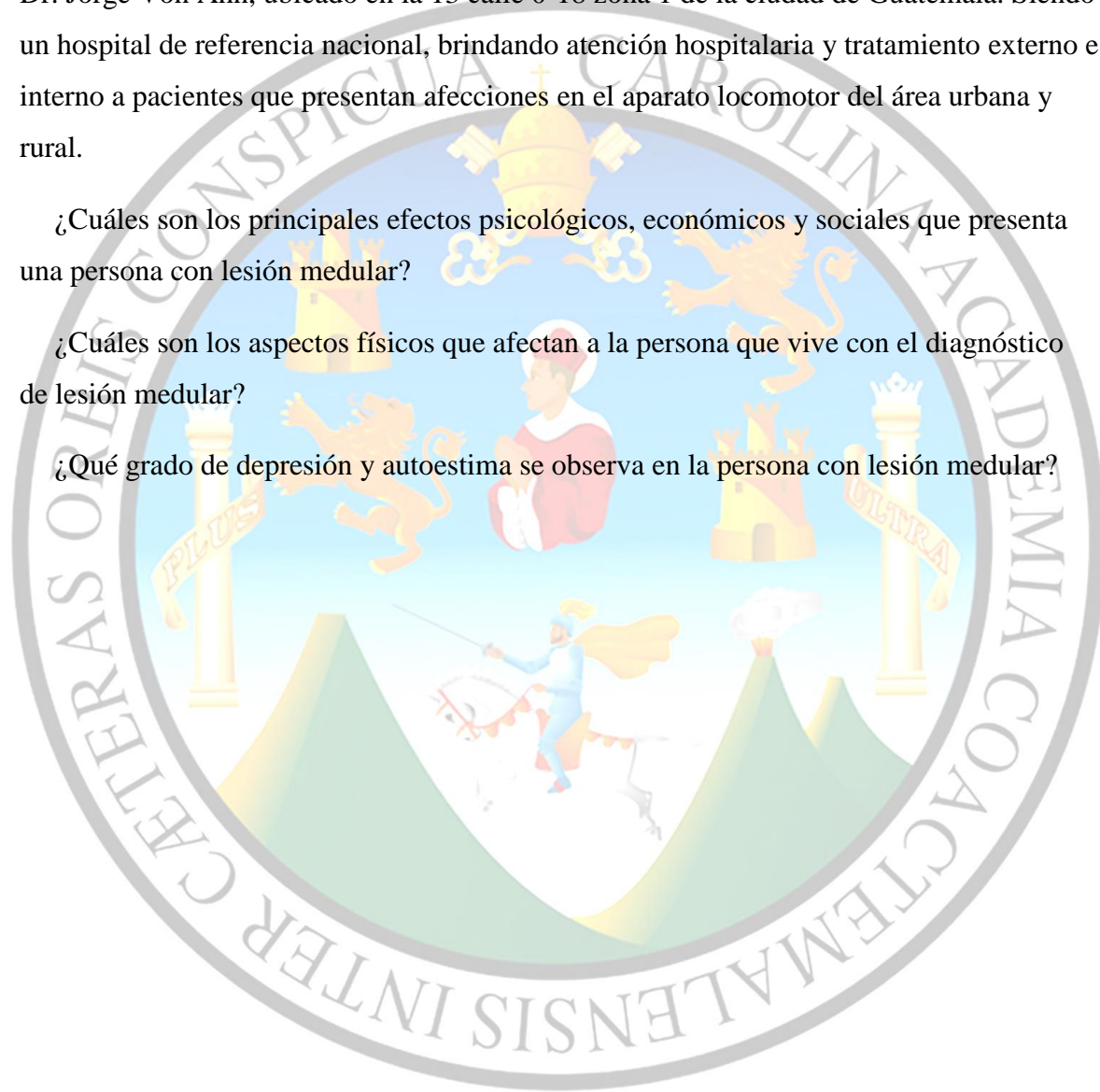
Por lo anteriormente expuesto, nos surgió la inquietud de abordar este tema el cual es de gran importancia, ya que estas personas son relegadas de la sociedad.

Esta investigación se desarrolló en el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn, ubicado en la 13 calle 0-18 zona 1 de la ciudad de Guatemala. Siendo un hospital de referencia nacional, brindando atención hospitalaria y tratamiento externo e interno a pacientes que presentan afecciones en el aparato locomotor del área urbana y rural.

¿Cuáles son los principales efectos psicológicos, económicos y sociales que presenta una persona con lesión medular?

¿Cuáles son los aspectos físicos que afectan a la persona que vive con el diagnóstico de lesión medular?

¿Qué grado de depresión y autoestima se observa en la persona con lesión medular?



## 1.02. Objetivos

### 1.02.1. Objetivo general:

Identificar los efectos psicosociales que presentan los pacientes diagnosticados con lesión medular que asisten al Hospital de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn.

### 1.02.2. Objetivos específicos:

1. Describir los principales efectos emocionales, sociales y económicos que inciden en las personas con lesiones medulares.
2. Determinar el grado de ansiedad, depresión y autoestima que padecen las personas diagnosticadas con lesión medular.
3. Determinar qué factores físicos influyen y causan estados depresivos en lesionados medulares.

### 1.03. Marco teórico

*“Cuando nos hayamos en la problemática de no ser capaces de cambiar una situación, nos enfrentamos al enorme desafío de cambiarnos a nosotros mismos”.*

(Frankl, 2011, p. 98).

Al referirse a la persona guatemalteca con discapacidad en particular, se puede observar la situación de marginación y exclusión social, a la que constantemente se ven sometidos en nuestro medio. El resultado es una persona con baja autoestima que no se siente segura ni capaz de valerse por sí misma. La baja autoestima y el abandono, la explotación de la propia condición de discapacidad o de la persona por parte de los familiares o quienes les cuidan es un fenómeno creciente y aunque no hay registro estadístico de cómo este ha evolucionado, su magnitud puede percibirse a través, de la presencia, cada vez mayor, de personas con discapacidad apelando a la caridad pública en las calles y avenidas del país.

*“El desarrollo humano constituye un proceso de ampliación de las opciones que tienen de vivir las personas una vida prolongada y saludable, adquirir valores y conocimientos, desarrollar destrezas y tener acceso a los recursos necesarios para lograr una calidad de vida.”* (Organización de Naciones Unidas, 2015,2016, p. 2,3).

La posibilidad de una buena calidad de vida, para las personas que presentan discapacidad, cada vez se hace más difícil y sobre todo evitar la discriminación que vivan en condiciones mínimas necesarias, a los que toda persona tiene derecho.

En Guatemala, la situación de las personas con discapacidad ha sido relegada a un tercer plano, principalmente cuando se refiere al tema de salud, se encuentra que los servicios de especialidades son escasos y centralizados, con mayor presencia en la ciudad de Guatemala.

Para una persona con discapacidad y su familia, el poder ser atendida en un servicio de habilitación-rehabilitación médico o de cualquier otra índole, representa contar con los recursos económicos suficientes para trasladarse de una localidad hasta la institución que

brinda el servicio. Así mismo el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) es de uso exclusivo para un grupo determinado de personas, excluyendo al resto de la población, que en un momento determinado fueron personas inmersas en ámbitos laborales, otro grupo de personas con discapacidad se han visto en la necesidad de optar su rehabilitación en instituciones nacionales pero el tratamiento que se le brinda es poco por la limitación de recursos.

### **1.03.1. Concepto y características de la lesión medular:**

La lesión medular es un trauma que irrumpe en todos los aspectos de la vida, disminuyendo las capacidades físicas y limitando a las personas a la hora de llevar a cabo sus ocupaciones. Una lesión medular destruye toda una forma de vida; divide la historia de la persona en dos partes: antes y después del suceso. (Aguado Díaz, 2,003., p. 23)

Desde esta perspectiva, podemos entender que el proceso rehabilitador engloba muchos aspectos de la persona, de su entorno físico, familiar y socio-cultural. Por esta razón, la persona necesita ser tratada, desde la primera fase de la lesión, por un equipo de profesionales que trabajen en estrecha colaboración y cuyo principal protagonista sea la persona afectada.

Abordar un caso sobre lesión medular es necesario mencionar algunas de las características que son claves a la hora de plantear la intervención.

Aproximadamente, cada año se producen unos 1.000 nuevos casos por traumatismo y alrededor de un 30% más, de origen médico. Las causas más frecuentes de lesión medular traumática son: accidentes de tránsito, accidentes laborales, actos de violencia, accidentes recreativos y accidentes deportivos. Por otro lado, existen enfermedades que producen lesión directa en la médula, sin afectar la estructura ósea de la columna; entre ellas, destacan procesos tumorales, afecciones víricas, enfermedades degenerativas, trastornos vasculares y causas congénitas. Las lesiones mencionadas son las llamadas lesiones medulares de origen médico.

### 1.03.2. ¿Cómo se produce la lesión medular?

Las neuronas transmiten información sensitiva y motora hacia todo el cuerpo por medio de los axones, los cuales se unen para formar los nervios segmentarios cuando salen de la médula espinal; estos nervios segmentarios son nombrados de acuerdo con el agujero intervertebral a través del cual pasan. El área de piel inervada por los axones sensitivos de cada nervio segmentario se llama dermatoma. El conjunto de fibras musculares inervadas por los axones motores se denomina miotoma. La valoración de ambos en el examen neurológico determina la localización y la extensión de la lesión medular.

El nivel de lesión se determina a partir del segmento neurológico, tanto para la función motora, como para la función sensitiva. Pudiendo ser sus secuelas: hemiplejía, tetraplejía, paraplejía según el nivel medular.

### 1.03.3. Los efectos de la lesión medular:

Según Rueda y Aguado, 1995, van a depender del tipo de lesión y del nivel (Cervical, Dorsal, Lumbar). No todas las lesiones medulares tienen los mismos efectos aunque estén al mismo nivel. Para cada persona los síntomas son diferentes. Las lesiones medulares se dividen en dos tipos: Completas e Incompletas.

**Lesión medular completa:** se presenta cuando no hay funciones debajo del nivel de la lesión y no hay sensibilidad ni movimientos voluntarios. Los dos lados del cuerpo están afectados de igual forma.

**Lesión medular incompleta:** es cuando prevalece algo de funciones debajo del nivel primario de la lesión. Una persona con una lesión Incompleta puede ser capaz de mover más un miembro que el otro; puede sentir partes del cuerpo que no puede mover, o puede tener más funciones en un lado del cuerpo que en el otro.

Estas se diagnostican según una tabla de la Asociación Americana de Lesión Medular (ASIA por sus siglas en inglés) y se clasifican así:

**Nivel neurológico:** es el último nivel sano tanto sensitivo como motor, por abajo de éste nivel se encuentran alteraciones aunque sea mínima.

**Lesión medular completa A:** No hay preservación sensitiva ni motora por debajo del nivel de lesión y se abarcan segmentos sacros, es decir, no existe tampoco sensibilidad ni control para misionar ni defecar.

**Lesión medular incompleta B:** Hay preservación de la sensibilidad pero no motor por debajo del nivel neurológico abarcando segmentos sacros, es decir existe sensibilidad para defecar y misionar, pero no control voluntario.

**Lesión medular incompleta C:** Hay preservación de la sensibilidad y la fuerza por debajo del nivel de lesión pero los músculos, se encuentran débiles y se consideran no funcionales.

**Lesión medular incompleta D:** Los músculos por debajo del nivel neurológico son funcionales un 75% de ellos.

**Lesión medular incompleta E:** La fuerza y la sensibilidad prácticamente esta normal. (Neurológica, 2015).

#### **1.03.4. Criterio de la lesión medular:**

Según este criterio la lesión puede ser:

**Completa:** No hay preservación de la función motora ni sensitiva en los últimos segmentos sacros. (S4- S5).

**Incompleta:** Este término indica que existe preservación parcial de la función sensitiva y motora por debajo del nivel neurológico lesionado, incluyendo los últimos segmentos sacros. Dependiendo del área afectada, se han definido diferentes síndromes clínicos:

**Síndrome centro medular:** Se aplica casi exclusivamente a lesiones cervicales. Involucra la sustancia gris y la parte más medial de la sustancia blanca. Ocasiona mayor debilidad en los miembros superiores que en los miembros inferiores y preserva la sensibilidad en la región sacra.

**Síndrome de Brown Sequard:** Es una lesión que involucra principalmente un lado de la medula espinal, lo cual produce parálisis y pérdida de la propiocepción ipsilateral y pérdida contralateral de la sensibilidad para el dolor y la temperatura.

**Síndrome anterior:** Esta lesión compromete los dos tercios anteriores de la medula espinal, produciendo parálisis y pérdida de la sensibilidad para el dolor y temperatura, con preservación de la propiocepción.

**Síndrome posterior:** Se caracteriza por una lesión de las columnas posteriores de la medula, produce pérdida de la propiocepción, mientras que la función sensitiva y la motora pueden estar total o parcialmente conservadas. (Neurológica, 2015)

**Síndrome del cono medular:** Es una lesión que comprende las raíces del cordón sacro y los nervios lumbares, dando como resultado una irreflexiva en la vejiga, en el intestino y miembros inferiores.

En la práctica clínica, todos estos síndromes no se presentan bien definidos, sino que pueden tener componentes de uno o varios síndromes.

Además de la pérdida de sensibilidad y movimiento, las personas con lesión medular también experimentan otros cambios. Por ejemplo, pueden presentar mal funcionamiento de la vejiga y los intestinos. Las funciones sexuales frecuentemente también se ven afectadas y en el caso de la eyaculación, el hombre normalmente se ve disminuido en sus capacidades normales. Esto conlleva problemas en fertilización, caso contrario a la mayoría de las mujeres.

Otros efectos de la lesión medular pueden ser la baja de presión sanguínea, la imposibilidad de regular la presión sanguínea de forma efectiva, el mal control de la

temperatura del cuerpo, la falta de sudoración por debajo del nivel de la lesión y el dolor crónico.

El Consejo Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad (CONADI), el Instituto Nacional de Estadística (INE), presentaron los resultados de la II Encuesta Nacional de Discapacidad. De acuerdo a la encuesta, el 10.2% de la población guatemalteca tiene algún tipo de discapacidad, es decir cerca del 1.6 millones de personas. La prevalencia de discapacidad fue mayor en la región central 15.7%, noroccidente 14.9%, nororiente 6.1%, suroriente 5.4%, suroccidente 10.4%. (Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad, 2.018).

Entre los resultados más destacados resaltan que en una de cada tres familias vive al menos una persona con discapacidad. Adicionalmente, la prevalencia de esa condición de vida se incrementa con la edad, siendo así que el 5% de la niñez entre 2 a 17 años, posee alguna discapacidad. En los jóvenes y adultos de 18 a 49 años, la tendencia aumenta al 12% y en las personas mayores de 50 años, es de 26%. (Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad, 2.018).

Paralelo a esta situación no se cuentan con centros de rehabilitación física estatales necesarios para la población con discapacidad. El hospital nacional de ortopedia y rehabilitación. Dr. Jorge Von Ahn es uno de ellos, con una trayectoria de 35 años que brinda servicios a este grupo de personas.

El Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn, nació el 21 de noviembre de 1915 en la finca número 59 donada por la señora Joaquina Cabrera, madre del presidente de Guatemala don Manuel Estrada Cabrera, dicha finca fue donada a la Sociedad de Caridad de Guatemala y fue fundado el asilo San Diego inaugurado con 23 pacientes.

Su objetivo era atender a mendigos, retrasados mentales, personas abandonadas que ambulaban por las calles. Su primer director fue el Señor Guillermo Sánchez, quien



renunció en julio de 1920. En el año de 1929 el asilo de mendigos San Diego fue provisto del apoyo de las hermanas de la caridad.

En 1934 fue finalizada la construcción de la capilla dedicada al niño Jesús de Praga, también en ese año fue inaugurado el pabellón de niñas. El Ministerio de Gobernación y Justicia, era el que tenía a su cargo los hospitales y asilos. El 02 de marzo de 1945 tomó como posición como director el Dr. Arturo Madriz. En este mismo año el primer Ministro de Salud Pública fue el Dr. Carlos Federico Mora, quien le cambia el nombre al asilo de mendigos San Diego por el de hospital de Lisiados.

En 1950 el Dr. Jorge Von Ahn asume la dirección de este centro después de regresar de una especialización en cirugía ortopédica en Estados Unidos. De acuerdo a su formación cambió la visión de este centro, principiando por cambiarle el nombre del Hospital de Lisiados por el de Centro de Recuperación. En 1952 se realizó la primera cirugía ortopédica siendo esta alargamiento de tendón de Aquiles.

Finalmente por acuerdo gubernativo 1-166-85, el Centro de Recuperación cambia su nombre por el de Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación. Dr. Jorge Von Ahn, en honor al que fuera su director por 35 años y quien logró las mayores transformaciones de llevar esta institución de asilo a hospital especializado en ortopedia y rehabilitación de referencia nacional.

Como toda la red hospitalaria nacional se llevó a cabo una reorganización administrativa. Es a partir de agosto de 1997 que se crea el puesto de gerente administrativo-financiero, el cual fue desempeñado por la Licda. Patricia Mazariegos Toledo, quien junto con el entonces director ejecutivo Dr. Harold Von Ahn gestionan la construcción de dos modernos módulos, que son inaugurados en el mes de Julio del 2001. Un módulo para la atención de pacientes sometidos a cirugías, con una capacidad de 60 camas, 30 para adultos y 30 para niños. El segundo módulo alberga la consulta externa así como oficinas de trabajo social, departamento de rayos x, departamento de laboratorio, en el primer nivel. En el segundo nivel oficina del departamento de

enfermería, departamento de archivo y salón de conferencias. En el tercer nivel, la Escuela Nacional de Fisioterapia.

El asilo cuenta con 77 camas disponibles, las cuales se mantienen en un 90% y solo existen 14 camas disponibles para pacientes de medicina física y rehabilitación. La morbilidad más frecuente es la siguiente: ortopedia: pie equino varo, pie plano, genu varo, genu valgus, tal algia, espolón calcáneo, luxación de cadera, artrosis, espasticidad. Medicina física y rehabilitación: lesiones músculo esqueléticas, enfermedades de origen neurológico, lesiones medulares con diversas clasificaciones por traumatismos, médicas, o congénitas.

El proceso de rehabilitación del adulto con disfunciones físicas es complejo y multidimensional. Por ello, que los profesionales colaboran estrechamente durante el proceso del mismo, para garantizar que las necesidades de la persona se satisfagan de la mejor manera posible, alcanzando exitosos logros.

El departamento de Medicina Física y Rehabilitación ofrece los servicios de : fisioterapia, psicología, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y recreativa, esta área de la rehabilitación, recibe a personas que son referidas por el médico especialista, las cuales presentan diversos diagnósticos dentro de los cuales podemos mencionar: fracturas del miembro superior, eventos cerebro vasculares, síndrome de Guillian-Barre, traumas craneoencefálicos, parálisis cerebral infantil, retraso psicomotor, lesiones del plexo braquial, secuelas de lesiones medulares, etc.

Sin embargo, el Hospital atiende a muchos de sus pacientes de Consulta Externa que provienen de los diferentes departamentos del país, por diversas situaciones no asisten y no concluyen su rehabilitación.

#### **1.03.5. Complicaciones médicas de la lesión medular:**

Alargan el proceso de hospitalización, por lo que las personas lesionadas medulares interrumpen su proceso rehabilitativo permaneciendo estrictamente en áreas de encamamiento y a la vez fuera de su hogar, posteriormente se les refiere nuevamente a su

proceso rehabilitativo, dentro de las complicaciones que se presentan podemos mencionar:

#### **1.03.5.1. Respiratorias:**

Son la principal causa de muerte en la fase aguda de una lesión medular traumática. La pérdida de capacidad inspiratoria y de producción de una tos efectiva origina hipo ventilación, atelectasia y manejo inadecuado de secreciones. Los pacientes con niveles por encima de T12 tienen riesgo de alguna disfunción respiratoria, ésta será mayor cuanto más alto sea el nivel neurológico. (Gaytan Martínez, 2015)

Las complicaciones respiratorias más importantes durante la hospitalización inicial son atelectasia, neumonía, fallo respiratorio y embolismo pulmonar. Otras como neumotórax, hemitórax, contusión pulmonar, son frecuentes como lesiones asociadas, especialmente en lesiones torácicas. La prevención de complicaciones incluye: fisioterapia respiratoria, drenaje postural, métodos de tos asistida (presión manual aplicada sobre el abdomen, insuflación de presión positiva y estimulación eléctrica de musculatura abdominal), respiración glossofaríngea, incentivador y ejercicios resistidos de musculatura respiratoria, faja abdominal, posicionamiento del paciente en decúbito (la capacidad vital disminuye en sedestación). También puede ser necesario usar técnicas de ventilación mecánica no invasiva y en ocasiones broncoscopia para realizar una adecuada limpieza del árbol bronquial y resolver atelectasias. Con frecuencia se utilizan agentes mucolíticos para movilizar, fluidificar las secreciones y broncodilatadores.

#### **1.03.5.2. Complicaciones autonómicas y cardiovasculares:**

Como consecuencia directa de la lesión neurológica, debido a la descentralización del sistema nervioso autonómico, se puede producir hipotensión, bradicardia y una vez que se resuelve el shock espinal, disreflexia autonómica. También se pueden producir complicaciones cardiovasculares derivadas de la inmovilización, trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar y en la fase crónica, enfermedad isquémica coronaria. (Gaytan Martínez, 2015).

### **1.03.5.3. Disrreflexia autonómica:**

Es un síndrome caracterizado por un aumento reflejo exagerado y brusco en la presión sanguínea, a veces acompañado por bradicardia en respuesta a un estímulo que se origina por debajo del nivel de la lesión. Ocurre generalmente en pacientes con lesiones completas por encima de T6. El mecanismo se relaciona con estímulos nociceptivos por debajo del nivel de la lesión neurológica, que son conducidos por los nervios periféricos hasta la médula espinal, donde estimulan las neuronas simpáticas. Cuando la lesión neurológica está situada por encima de T6, la vasoconstricción afecta al lecho vascular esplácnico, el cual posee una importante cantidad de sangre capaz de provocar un aumento brusco de la presión arterial. La hipertensión arterial es detectada por los barorreceptores del seno carotideo y cayado aórtico, lo que desencadenará dos respuestas para intentar normalizar la presión sanguínea. El primer mecanismo es la estimulación parasimpática, que por medio del nervio vago provoca una bradicardia, incapaz de compensar una vasoconstricción severa. El segundo mecanismo es un aumento de los impulsos descendentes inhibitorios del simpático, que procedentes del tronco cerebral tratarán de revertir la vasoconstricción esplácnica, pero son bloqueados por la lesión neurológica. Así, nos encontramos con una hiperestimulación simpática por debajo de la lesión, y una hiperestimulación parasimpática por encima de la lesión, que serán las responsables de los signos y síntomas. Esta cascada de reacciones precisa de la eliminación del estímulo aferente nociceptivo para poder detenerse. (Aguado Díaz, 2,003.)

Aunque cualquier estímulo nociceptivo infralesional puede desencadenarla, el más frecuente es la distensión vesical o intestinal. Otros incluyen: infecciones urinarias, uñas encarnadas, úlceras, osificaciones heterotópicas, instrumentaciones urológicas, relaciones sexuales y otras.

#### **1.03.5.4. Hipotensión ortostática:**

Es una disminución brusca de la tensión arterial al pasar de la posición de decúbito supino a la de sedestación. Los síntomas son mareo, vértigo, náuseas, e incluso síncope. Ocurre con mayor frecuencia en lesiones altas. La causa es el acúmulo de sangre en el sistema venoso de miembros inferiores y vasos del lecho esplácnico después de cambios posturales. El tratamiento incluye medidas físicas, como cambios posturales repetidos sobre un plano inclinado o una silla con respaldo reclinable, uso de medias elásticas en miembros inferiores y faja abdominal para limitar el acumulo de sangre en esos territorios y uso de estimulación eléctrica funcional. En caso de persistencia, se pueden usar fármacos con acción. También mineralocorticoides que producen retención de sodio y líquidos en el túbulo distal renal. (Neurológica, 2015).

#### **1.03.5.5 Alteraciones de la termorregulación:**

En los pacientes con lesión medular por encima de T6 se produce una alteración de la termorregulación como resultado de la interrupción de las vías eferentes, lo que origina una incapacidad del hipotálamo para regular los cambios de temperatura. Los lesionados medulares son parcialmente poiquiloterms, tienen dificultad para mantener la temperatura corporal normal en respuesta a los cambios de temperatura ambiental. (Neurológica, 2015).

#### **1.03.5.6. Enfermedad tromboembólica:**

La incidencia de enfermedad tromboembólica en la LM es alta, dependiendo de la severidad de la lesión, la edad y los métodos de diagnóstico utilizados las cifras pueden variar del 7% al 100%. Esta incidencia alta de trombosis venosa y embolismo pulmonar se relaciona con la estasis venosa más la hipercoagulabilidad, ambas relacionadas con la lesión neurológica aguda. Para la sospecha diagnóstica es importante el examen físico regular de los miembros inferiores; el diagnóstico de confirmación se realiza por flebografía; también son útiles el ultrasonido Doppler y la pletismografía. (Neurológica, 2015).

La profilaxis incluye medidas físicas (medias elásticas, dispositivos de compresión neumática o estimulación eléctrica) y heparinas de bajo peso molecular. La profilaxis debe mantenerse al menos 8-12 semanas. Los filtros de vena cava se usan en los casos que falla la profilaxis anticoagulante o si existe contraindicación para anticoagulación.

#### **1.03.5.7. Complicaciones gastrointestinales:**

Pueden producirse tanto en la fase aguda como en la crónica. Ha de tenerse en cuenta que los síntomas abdominales típicos (dolor espontáneo o a la palpación, defensa abdominal,..) pueden no estar presentes en los lesionados medulares y la valoración depende de otros hallazgos como espasticidad abdominal, distensión, vómitos y fiebre.

Tras una lesión medular aguda, debido al shock espinal, generalmente se instaura un íleo paralítico, en muchos casos con distensión abdominal y gastroparesia asociadas, que se resuelve casi siempre en la primera semana. Generalmente es necesario la descompresión gástrica mediante sonda nasogástrica y en muchos casos el uso de metoclopramida o neostigmina para estimular el peristaltismo; también se debe instaurar nutrición parenteral si el íleo se prolonga más de tres o cuatro días.

Asimismo, se recomienda profilaxis antiulcerosa por el mayor riesgo que tienen estos pacientes en la fase aguda para desarrollar úlcera péptica. Otras complicaciones características de la fase crónica son hemorroides, colelitiasis, pancreatitis o cáncer colorrectal.

#### **1.03.5.8. Complicaciones urológicas:**

Son la causa fundamental de morbi-mortalidad en los pacientes con lesión medular. Las infecciones del tracto urinario (ITU) son la complicación más habitual de la LM, así como la causa más frecuente de fiebre. Los factores de riesgo predisponentes incluyen sobre distensión vesical, vaciamiento vesical incompleto, presiones vesicales elevadas, reflujo vésico-ureteral, litiasis, obstrucción del tracto de salida e instrumentación vesical. Los signos y síntomas asociados con frecuencia incluyen cambios en las características físicas de la orina (coloración, olor, cantidad de sedimento, hematuria), en el comportamiento vesical (pérdidas, poliaquiuria), en la espasticidad, y

aparición de crisis de disrreflexia. Cuando la infección afecta al tracto superior, suele existir también fiebre, escalofríos y leucocitosis, acompañados de malestar general. El diagnóstico de ITU en estos pacientes se basa en la combinación de estos síntomas y signos, piuria y bacteriuria significativas ( $>100.000$  UFC/ml). Como complicaciones de la ITU se pueden producir orquiepididimitis, prostatitis, bacteriemia y sepsis. Otras complicaciones urológicas destacables son la litiasis urinaria, complicaciones uretrales (falsas vías, abscesos, fístulas, estenosis), reflujo vésico- ureteral, ureterohidronefrosis y en fases tardías de la lesión, insuficiencia renal y cáncer vesical. (Gaytan Martínez, 2015).

#### **1.03.5.9. Osificación heterotópica:**

Es la formación ósea en los tejidos blandos periarticulares. Generalmente se produce en los 6 primeros meses tras la LM y en las articulaciones por debajo del nivel neurológico, siendo su localización más frecuente las caderas, rodillas y hombros. La sintomatología consiste en limitación del recorrido articular, tumefacción, aumento de temperatura local, dolor, febrícula y aumento de espasticidad.

#### **1.03.5.10. Úlceras por presión:**

Se producen sobre una zona de presión, generalmente una prominencia ósea, que origina isquemia, muerte celular y necrosis tisular. La localización más frecuente es en sacro, tuberosidad isquiática, talón y trocánter. Se clasifican en cuatro estadios:

- I.- Eritema que no se resuelve en 30 minutos, epidermis intacta;
- II.- Pérdida parcial de piel que afecta a la epidermis, puede aparecer como ampollas, abrasión o como herida poco profunda;
- III.- Destrucción de todo el espesor de la dermis afectando al tejido celular subcutáneo, pero no a la fascia, se presenta como un cráter profundo;
- IV.- Afectación de la piel en todo su espesor, con destrucción de tejidos profundos hasta fascia, músculo, hueso, articulaciones; se puede asociar con trayectos fistulosos. La prevención es el factor más importante en el tratamiento e incluye

educación del paciente y cuidadores en la inspección y cuidados de la piel, cambios posturales frecuentes en cama, pulsiones en la silla y prescripción de cojines antiescaras y asientos individualizados, además de nutrición adecuada. El tratamiento consiste en primer lugar, evitar la presión sobre la zona ulcerada; limpieza; desbridamiento químico, manual y/o quirúrgico. El tratamiento quirúrgico suele ser necesario en los estadios III y IV. (Gaytan Martínez, 2015).

#### **1.03.6 Sexualidad y maternidad en lesión medular:**

En el pasado se suponía que las personas con lesión medular no eran capaces de tener relaciones sexuales, ni estaban interesadas en ello. Hoy en día sabemos que no es verdad. Progresivamente se va aceptando que la sexualidad, el matrimonio y la capacidad de ser fértiles, pueden ser parte de la vida de cualquier persona con lesión medular.

La extensa bibliografía sobre sexualidad y fertilidad de las personas con LM, describe y aborda las posibles alteraciones y disfunciones que presentan los varones. Son pocos los estudios sobre la sexualidad de las mujeres con discapacidad física en general y menos los específicos sobre mujeres con lesión medular. Algunas de las razones que pueden explicar este déficit son que representan un pequeño porcentaje del colectivo, o que no presentan alteraciones fisiológicas importantes que les impidan poder mantener relaciones sexuales y tener hijos. No obstante, las consecuencias de una lesión medular hacen que la mujer viva la sexualidad de forma diferente.

##### **1.03.6.1. Importancia de la sexualidad:**

La sexualidad es algo inherente al ser humano puesto que nacemos con la necesidad primaria de contacto corporal placentero. Todo ser humano es un “ser sexuado”. En este sentido, debemos dar importancia a la actividad afectiva y sexual.

Entonces, ¿no debería ser éste un aspecto importante en el proceso de rehabilitación de las personas con lesión medular? La mayoría de la población con lesión medular se encuentra en el tramo de edad joven-adulta, cobrando el tema de las relaciones sexuales un especial interés. Aunque son más los hombres con lesión medular que las mujeres, más o menos cuatro hombres por cada mujer y las disfunciones de éstos sean más



importantes que los posibles problemas de ellas, creemos que es de suma importancia tratar por separado los aspectos que cambian en la sexualidad y maternidad de la mujer.

La sexualidad de las personas con discapacidad ha sido tradicionalmente un tema tabú, oculto, del que poco se sabe. Es más, las mismas personas con discapacidad a veces desconocen su potencial sexual y puede que por esta razón no le presten importancia o aparten esta faceta de sus vidas. En contra de los mitos y falsas creencias que puedan dar a entender que las mujeres con discapacidad son asexuales, está la realidad de que pueden tener las mismas necesidades y deseos sexuales que aquellas sin discapacidad; no son asexuales.

Cuando alguien adquiere una lesión medular, las preocupaciones sexuales son parte de una amplia gama de otras inquietudes como son su salud, aspectos económicos, familiares, laborales, etc. De ahí que el tema de la sexualidad sea un punto relevante dentro del proceso de rehabilitación integral y que también sea necesaria la creación de programas de reeducación sexual, para que estas personas aprendan a admitir y a convivir con su “*nuevo modelo de sexualidad*”. (Aguado Díaz, 2,003.).

#### **1.03.7 Factores socioeconómicos:**

La macroeconomía del país se encuentra sana y estable desde hace muchos años, ha contribuido a mantener períodos de alto crecimiento económico. Por ello, la pregunta: ¿Por qué dichos resultados no se han transformado en una mejora de las condiciones de vida de la población guatemalteca? Solo entre 2000 y 2014 la economía del país creció cerca del 50%. Sin embargo, en el mismo período la pobreza extrema aumentó también 50%, mientras que la pobreza general se ubicó en cerca del 60% de la población. Estos resultados, en una economía que ha crecido como Guatemala, solo pueden explicarse por la desigualdad, la discriminación y la falta de oportunidades del guatemalteco.

En el Informe Nacional 2015/2016 hace referencia: “*El índice de desarrollo humano es una medida agregada que refleja logros en capacidades básicas, en tres dimensiones: salud, educación y nivel de vida*”. (ICEFI-UNICEF, 2,011, p. 21).

“El poder adquisitivo de los ingresos laborales se ha visto seriamente reducido en los últimos 15 años. La media nacional se redujo en 19% de 2006 a 2014, después de un incremento desde el año 2000. A inicios de 2015, el 53% de la población no alcanzaba a cubrir el costo de una canasta básica alimentaria y el 76% no contaba con ingresos para adquirir una canasta de bienes y servicios básicos para el hogar”. (ICEFI-UNICEF, 2,011, p. 21).

Para el año 2014, el Instituto Nacional de Estadística estimó que en el país vivían unos 6.5 millones de personas en condición de pobreza según su consumo, lo que representa casi el 60% de la población del país. Bajo la perspectiva del desarrollo humano, la pobreza se entiende como un conjunto multidimensional de privaciones en las capacidades humanas. (ICEFI-UNICEF, 2,011, p. 22).

Ante esta realidad, el guatemalteco se ingenia la forma de laborar para poder sobrevivir, una de esas soluciones ha sido la economía informal que permite de alguna manera cubrir ciertas necesidades, la cual afecta a las familias, muchas de ellas dependen de algún miembros de la misma, se agrava el problema cuando esta persona sufre alguna discapacidad.

#### **1.03.8. Contexto familiar:**

Las personas con discapacidad o algún grado de la misma representan una disminución económica, social, física y emocional, no sólo a nivel personal, sino que afecta a todas las personas que conviven con el paciente, esto puede ser, padres y/o hermanos, o pareja y/o hijos. (Aguado Díaz, 2,003., p. 15)

“Por otro lado, como consecuencia de estos cambios funcionales y emocionales del paciente, el impacto sobre la familia también evidencia alteraciones en su dinámica interna y en la percepción que cada miembro de la misma tenía del paciente antes de la lesión medular, la familia se ve también sometida a un alto grado de estrés. (Aguado Díaz, 2,003.).

Sugiere que la familia con estrés elabora una realidad simbólica, fundamentada en significados compartidos y en expectativas desde los roles asumidos por cada uno de sus miembros. Surge entonces el concepto de “percepción familiar”, desde allí la familia como unidad tiene su propio carácter sin excluir las percepciones de los individuos, contrario a ello se toman como un todo para comprender el estrés familiar.

Esta crisis, es entendida como un período de desequilibrio psicológico en personas que enfrentan circunstancias emocionalmente negativas; esas circunstancias constituyen para el sujeto un problema importante que por el momento no puede evitar ni resolver con los recursos acostumbrados.

“En la familia se empiezan a presentar una serie de conductas que intentan mitigar la angustia del paciente, pero que a su vez generan conflicto, generalmente son conductas que se realizan en exceso; tales conductas son: exceso de involucramiento con el discapacitado, sobre adaptación, inseguridad, desorientación, dudas, falta de confianza en el ejercicio del rol familiar frente al paciente con sus respectivos sentimientos de agobio, dificultades en la toma de decisiones en algún momento del ciclo vital familiar, falta de colaboración del grupo familiar en los tratamientos específicos y falta de atención o gran sobre exigencia sobre la persona con discapacidad, dependiendo del nivel de lesión que presente.

La resolución de tales conflictos está relacionada con varios factores que interactúan entre sí, entre ellos: la historia de cada miembro de la familia, las situaciones de duelo que se han atravesado previamente y la forma como las han elaborado; los sistemas de creencias de familia; los conflictos previos de esta familia; la capacidad para enfrentar situaciones de cambio; lugar asignado al paciente en la estructura familiar; nivel cultural y socioeconómico de la familia y existencia o no de redes de apoyo. (Aguado Díaz, 2,003.)

Debido a lo anterior es de suma importancia abordar a las familias por medio de la orientación de los pacientes participantes, fortalecerá el trabajo para proceso de

rehabilitación. El enfoque hacia su propia vida le permitirá auto conocerse y lidiar con las consecuencias de la lesión medular.

### **1.03.9. Problemas psicológicos de la persona con lesión medular:**

Cada persona tiene una personalidad y carácter lo que permitirá enfrentar situaciones en su vida. Esto se forma durante su niñez y medio que le rodea. Es por ello que cada ser humano es diferente, empero ante una afección severa como lo es la lesión medular rompe el tipo de vida, equilibrio y proyectos que el individuo había establecido, surgiendo la creencia de que la vida, tal como se conoce, no se puede continuar y esto genera tristeza, frustración y pensamientos negativos como el suicidio.

Las primeras reacciones emocionales son: ansiedad, angustia y miedo, estas reacciones psicológicas son normales y esperadas, frente a cualquier lesión grave que atenta contra su vida.

La persona afectada no tiene expectativas de futuro, existe incertidumbre ante su vida, presenta varios miedos como: “perder a la persona amada, a que no le amen, la pérdida de aprobación por parte de los demás, perder el trabajo, la autoestima, sentimientos de no valer para nada, de no poder realizar ninguna de las actividades que antes realizaba, sintiéndose desvalorizado ante él mismo y ante los que le rodean. Otro problema muy importante es la dependencia de otra persona (fundamentalmente en el tetraplético) para las actividades de la vida diaria: actividades como el aseo, vestido, trabajos, entre otras, necesitando a ésta tanto física como psicológicamente, lo cual le hace sentirse como un niño, que no puede hacer casi nada solo, perdiendo su intimidad e independencia.

Todas estas reacciones de los demás provocan en el lesionado sentimientos de baja estima, inseguridad, ánimo decaído, injusticia, discriminación, desesperanza, desinterés, cobardía, miedo, que le llevan a aislarse de la sociedad e incluso de su entorno. La depresión aparecerá tarde o temprano, ya que sus pérdidas son reales y permanentes variando de intensidad, desde la tristeza hasta las formas más graves que incluyen ideas o intentos de suicidio”. (Aguado Díaz, 2,003.).

### **1.03.9.1 Etapas psicológicas:**

La rehabilitación psicológica debe tomarse un proceso dentro del contexto de la adaptación del paciente ante su pérdida; perder su estilo y condición de vida necesita recobrar su equilibrio emocional. Este proceso consta de varias etapas:

#### **1ª) Etapa de shock psicológico:**

Después del accidente; pasa un tiempo en el cual el individuo no es consciente de lo que ocurre a su alrededor. El paciente se centra en la pérdida de la movilidad y la sensibilidad en algunas zonas de su cuerpo y en el temor a que el dolor persista. La falta de información sobre lo que pasa, también le asustará. Muchas veces se presenta una desconexión con la realidad que puede llevar a una desorientación tanto en el tiempo como en el espacio. Lo más destacado es la pérdida de intereses por parte del paciente, siendo la preocupación del estado orgánico lo que predomina, acompañado de una gran demanda afectiva, con petición reiterada de ver o estar con la familia. (Gaytan Martínez, 2015).

#### **2ª) Etapa de negación:**

La negación entendida como una defensa inconsciente de la realidad y constituye una reacción humana muy común ante noticias desagradables ("a mí no") y es positiva ya que concede tiempo al individuo para asimilar su nueva situación, reduciendo el riesgo de una desintegración de la personalidad. La negación da como resultado una distorsión completa o parcial de la realidad de cara a un stress y ansiedad abrumadores. No debe mantenerse mucho tiempo ya que interferiría con la realidad y en consecuencia con la rehabilitación. (Gaytan Martínez, 2015).

#### **3ª) Etapa de protesta:**

El paciente presenta una captación parcial de la realidad, poca tolerancia, sentimiento de injusticia y no colaboración con el tratamiento, ya que deja en manos de los médicos su curación. Un peligro importante durante esta etapa consiste en que la cólera continuada puede alejar al paciente tanto del personal médico como de la familia, en el momento en que más ayuda necesita. Es necesaria una gran comprensión y sensibilidad en esta etapa.

El problema principal está en que el paciente quede permanentemente clasificado como colérico, hostil, contrariante y no cooperativo, lo cual puede provocar una disminución en la calidad de los cuidados y la incapacidad por parte del personal médico para reconocer en el paciente una posterior evolución favorable en su carácter, comportamiento y motivación para la rehabilitación. (Gaytan Martínez, 2015).

#### **4ª) Intento adaptativo:**

Pasada la etapa de protesta, el paciente intenta conseguir una adaptación generalmente manifestada por un exceso de interés en la rehabilitación física, dando una valoración casi podríamos decir obsesiva al gimnasio, tomando el resto de la rehabilitación un papel muy secundario. Dado que generalmente las expectativas de recuperación no son muy ajustadas a la realidad en el tiempo de conseguirlas o en el grado de recuperación, esto lleva a tres posibles evoluciones. Estas dos primeras supondrían un fracaso del intento adaptativo:

- a) Vuelta a la etapa de protesta o agresividad.
- b) Paso a la etapa depresiva.
- c) Etapa adaptativa no pasando por la etapa depresiva. Esta última significaría un éxito del intento. (Gaytan Martínez, 2015)

#### **5ª) Etapa depresiva:**

Esta etapa se caracteriza por la captación subjetiva de la realidad; con una tendencia al pesimismo, sin que el paciente vea salida. En esta etapa el paciente necesita más apoyo por parte del médico y del personal que le atiende; al igual que de su familia y amigos. En cierto momento del proceso de rehabilitación se debe de esperar la presencia de dicha depresión, cuyos síntomas podrían ser: pérdida del apetito, insomnio, pérdida del interés en actividades de ocio o placer, pérdida de energía y fatiga, sentimientos de culpa, reproche o no valer la pena nada, disminución de la concentración, indecisión, incoherencia, pensamientos recurrentes de muerte, ideas de suicidio o intentos suicidas.

La ausencia de algún síntoma de depresión en un individuo cuya limitación es reciente, sugiere que psicológicamente existe un fallo. Si la depresión es estrictamente reactiva (Resultante de una limitación) se puede esperar que desaparezca con el tiempo y la comprensión. La depresión en este tipo de pacientes cuya limitación es reciente es natural y legítima, puesto que la persona ha sufrido una pérdida muy real y permanente.

Los sentimientos depresivos abarcan diferentes grados pudiendo llegar a la expresión de ideas de suicidio. Por otra parte, no siempre la expresión de la depresión es verbal, sino que a veces se manifiesta a través de síntomas orgánicos psicósomáticos.

La depresión le llevará a:

- No valorarse a sí mismo
- No colaborar con la rehabilitación
- No tener expectativa de futuro

#### **6ª) Etapa de identificación:**

Se asume la limitación física empezando a vivir de forma positiva su realidad; desarrollando sus propias potencialidades y buscando soluciones a problemas concretos. Estas etapas se suceden dentro de un proceso; el cual no siempre se concluye, llevando a quedar el paciente fijado en cualquiera de ellas o bien regresar a etapas anteriores que ya habían sido superadas. Hay que señalar también que existe un paralelismo evolutivo de estas etapas en los familiares, aunque suele existir un desfase en el tiempo con la etapa en que se encuentra el paciente. Esto es debido a la mayor rapidez del proceso en la familia, por conocimiento de la lesión y de la perspectiva de la evolución o pronóstico de la misma.

El conocimiento de estas etapas es imprescindible para todas las personas que traten de alguna manera con este tipo de pacientes, a fin de comprenderlo mejor y facilitar su relación con él.

La evaluación de los fenómenos psicológicos que inciden en el paciente lesionado medular se vuelve relevante cuando se plantea el momento del alta tras el ingreso hospitalario lo cual determina la aparición de una nueva condición personal (la discapacidad), que obliga al individuo a la realización de importantes cambios o desplazamientos en los diversos papeles y actividades que desarrollaban hasta el momento de la lesión medular en el ámbito familiar, laboral y social. Antes del alta hospitalaria se deben cumplimentar los siguientes objetivos: autonomía completa o asistida, ajuste esfinteriano y sexual, ajuste psicológico, previsión de utilización de recursos médicos y sociales. (Gaytan Martínez, 2015).

#### **1.03.10. Trastorno de ansiedad:**

La ansiedad es una emoción normal en circunstancias amenazadoras y se considera que forma parte de la reacción evolutiva de supervivencia “lucha o huida”. Se caracteriza por los síntomas de miedo y preocupación constantes al saber y desconocer el futuro de las circunstancias cotidianas. Y también se altera el ánimo con tendencia a la pérdida de sentido de vida, se pierde el interés. Además se altera el sueño, problemas de concentración, de memoria y llegan hasta producir angustia.

Hasta el punto de producir una invalidez social y funcional del individuo. (Organización Mundial de la Salud, 2,001).

#### **1.03.11. Autoestima:**

Para provocar cambios en la vida, se debe reconocer primero, cuál es la opinión que se tiene de sí mismo (a). En situaciones normales, el ser humano es consciente de sus características tanto positivas como negativas y parte de allí reforzarlas o cambiarlas según el caso, ya que la manera como una persona se siente con respecto a ella misma, afecta en forma decisiva todos los aspectos de su vida, desde la forma en que funciona en el trabajo hasta su proceder como padre o madre; y posibilidades de progresar en cualquier ámbito.

La importancia que una persona le da a su propia valía y se basa en todos los sentimientos, pensamientos, sensaciones y experiencias que la misma persona ha ido



recogiendo durante su vida, sumando a esto, una actitud propia. Los componentes de la autoestima son: auto respeto, la autovaloración y auto aceptación. (Morris Charles, 1992).

Si los fundamentos han sido bien cimentados, este proceso nunca se acaba y las personas así tienen las energías suficientes para enfrentar retos y lograr su proyecto de vida. Pero cuando se tienen carencias se va toda la vida tratando de llenar vacíos o grandes lagunas, con actitudes inadecuadas y si no se trata de hacer un alto en el camino para revisar su autoestima con seriedad y trabajar consigo mismas, se seguirá arrastrando ese lastre que no permitirá despegar y volar hacia la meta propuesta.

En la medida que cada uno aprenda a amarse a sí mismo, a respetarse, a conocerse y transmitir dentro su familia mensajes de amor y estima, en esa misma medida se facilitará la salud mental del núcleo familiar y se expandirá a otros lugares y personas con quienes se tiene relación.

Al proporcionarle el apoyo y una adecuada orientación sobre sí mismos y mejora su autoestima, a que se desarrollen y logren habilidades, tanto en lo económico como en lo social y emocional, así también orientar a sus familiares, para que unidos lo animen en su incorporación social y laboral, por ende lo motivaran en su rehabilitación. Para brindarle ese apoyo se apoyará en la corriente psicológica del existencialismo porque permite encausar a la persona a vivir el hoy.

Tipos de autoestima:

- Autoestima baja positiva: los individuos son indecisos y tienen un gran temor a equivocarse, estas personas no defienden sus puntos de vista y su valoración es negativa.
- Autoestima baja negativa, las personas suelen ser sensibles e influenciables por eventos externos o sea su autoestima sube, pero cuando termina un evento termina su euforia y su nivel vuelve a bajar.

- Autoestima alta negativa: los individuos tienen una elevada autoestima, pero son incapaces de mantenerla constante. Responden con actitud crítica ante el fracaso, ya que son percibidos como amenazas.
- Autoestima alta positiva: las personas con este tipo de autoestima se desenvuelven de manera abierta ya que no necesitan defender su punto de vista sin desestabilizarse. (www.psicologiaymente.com, s.f.).

### **1.03.12. El existencialismo y sus antecedentes:**

Hacia la III década del siglo XX, surge en Alemania el existencialismo y de allí se difunde por el resto de Europa, específicamente en Francia, esta escuela podría interpretarse como una reacción ante un periodo de crisis de conciencia a nivel social y cultural.

El Existencialismo es un movimiento filosófico, se enfoca en el estudio de la condición humana, las emociones, el compromiso individual y la libertad. El existencialismo le devolvió al hombre su papel como individuo, colocándolo en el medio de la reflexión filosófica y distinguiéndolo como un ser sin ataduras y totalmente autoconsciente. La popularidad del existencialismo surge luego de la II Guerra Mundial, un desahogo de pensamiento y de la pérdida de valores que dejó este conflicto. (Frankl, 2011).

La Psicoterapia Existencial: Es un estilo de terapia que pone énfasis en la condición humana en su conjunto, se enfoca en las capacidades y aspiraciones humanas, la psicoterapia existencialista comparte muchas similitudes con la Psicología Humanista.

Los problemas psicológicos por los cuales atraviesa toda persona con lesión medular son muy complejos, así como la manera en que cada individuo reaccionara dependerá en gran parte de su personalidad, del medio que le rodea, así como el tipo de educación recibida a lo largo de su vida, desde el punto de vista filosófico y psicológico.

Existen maneras de abordar esta problemática siendo una de ellas: la psicoterapia existencial, por este medio la persona enfrentaran los problemas emocionales a través de la participación plena así como asumir la responsabilidad en la toma de sus decisiones

que los causaron, al momento de someterse a este tipo de terapia las personas serán guiadas a aceptar sus miedos, brindándoles habilidades necesarias para superarlos mediante la acción. Al generar el control de la dirección de su propia vida, la persona será capaz de diseñar el curso de sus elecciones.

Esto creará una sensación de liberación y una sensación de dejar ir la desesperación asociada a la insignificancia y falta de sentido.

La psicoterapia existencial enseñara a la persona a crecer y abarcar su propia vida con asombro y curiosidad, al hacerlo la persona será capaz de ver su vida como la experiencia de un viaje en lugar de un juicio.

Bajo ninguna circunstancia nos centraremos en el pasado del individuo, trabajaremos para descubrir y explorar las opciones que se encuentran delante de él o ella. A través de la retrospección la persona y el terapeuta se trabajara para comprender las implicaciones de las decisiones pasadas y las creencias que condujeron a los que tengan lugar, como un medio para cambiar la meta de crear una nueva forma de pensar de el mismo. El énfasis no será vivir en el pasado, sino utilizar el pasado como una herramienta para promover la libertad y la nueva asertividad. (Existencialismo, 2,002).

Víctor Frankl, (en la versión 2011, El Hombre en Busca del Sentido Último, pág. 90):  
*“La vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, aun en situaciones límite como el dolor, la enfermedad, la perdida de algún ser querido etc.*

*El elemento fundamental del existencialismo, es la voluntad de sentido, que se aplica para superar el vacío existencial, muy presenta en nuestra sociedad actual, que consiste en que las personas experimentan un agujero o hueco en su vida, que les lleva a tener una vida carente de sentido, sin guía u orientación, viviendo por vivir sin encontrar un verdadero sentido”.*

Viktor Frankl, postula tres pilares de la logoterapia:

Valores Experienciales: Son las vivencias que tenemos y a las cuales les asignamos un valor.

Los Valores Creativos: Es el cómo llevar a cabo un acto, es decir cómo poner en práctica nuestros proyectos. (Frankl, 2011).

Los Valores Actitudinales: Incluyen virtudes como la compasión, valentía y un buen sentido del humor. La tercer vía de descubrir el sentido, es solo cuando podemos elegir nuestra actitud ante lo que nos presenta el destino, principalmente ante el sufrimiento, la culpa o la muerte, a las que Frankl llama: Triada Trágica, sostiene que el sufrimiento es inevitable por ser parte de la vida, pero cada persona tiene la libertad de elegir siempre su actitud frente al sufrimiento. El sufrimiento no debe buscarse y debe afrontarse solo al ser inevitable. La actitud correcta de afrontamiento y aceptación ante el sufrimiento engrandece, fortalece, temple y da riqueza a la vida humana.

Frankl, destacó la importancia del punto de vista filosófico, especialmente de orientación existencial, en el abordaje terapéutico y como parte fundamental de la formación del terapeuta. Promueve lemas como: la libertad, la responsabilidad, la voluntad sentido de vida y valores. Afirma que muchas personas acuden al psiquiatra, no por los problemas psíquicos que presenten sino porque dudan del sentido de su vida o desesperan al no poder encontrarlo.

En sus obras *La Voluntad del Sentido* y *la Idea Psicológica del Hombre*, considera que lo primario y lo fundamental para vivir de acuerdo con nuestra dignidad humana, es encontrar un sentido a la vida. “ El preocuparse por hallar un sentido a la existencia es una realidad primaria, es la característica más original del ser humano.

Su obra: “*El Hombre en Busca de Sentido*” es un testimonio real y vivo de su pensamiento y ha contribuido a ser un medio de cambio y motivación importante para personas que atraviesan situaciones difíciles”. (Frankl, 2011, p. 2).

Planteó la Teoría del Inconsciente Espiritual, revalorando desde la psicología la autenticidad de diversos fenómenos trascendentes, integrando un sistema psicodinámico con la filosofía existencialista y fenomenología axiológica.

Tensión Noodinamica: Introdujo el concepto de noodinamia y tensión, en la salud complementando el concepto de homeostasis o equilibrio”, concuerda con otros terapeutas (Kurt Goldstein, Charlotte Buhler, Gordon Allport y Abraham Maslow), que la

salud no se reduce a la falta equilibrio, sino que el mismo equilibrio puede generar malestar, sufrimiento, enfermedad, neurosis, como en el caso del “Vacío Existencial”, donde la problemática surge de la falta de tensiones que permiten el despliegue de los recursos propios de la persona o motivaciones generadoras de salud y bienestar.

**Libertad y Responsabilidad:** Defendió el carácter libre y responsable del ser humano, incluso en las condiciones en las que su libertad se encuentra condicionada por las circunstancias.

**Voluntad:** Destacó la importancia de la voluntad como una fundamentación propia del ser humano, orientada hacia un sentido y no solo como motivación interna o respuesta condicionada que busca el placer o poder como un medio de autorregulación o equilibrio externo.

**Clasificación Diagnóstica Dimensional:** Sistematizó las neurosis desde una visión integral de la enfermedad, combinando el método científico más la fenomenología existencial (Heidegger) y la fenomenología axiológica (Scheller). Creó un sistema de clasificación diagnóstica tridimensional: Soma, Psique, Noos, de acuerdo al estudio del origen y expresión de la enfermedad, en relación a esas tres dimensiones del ser humano. (Frankl, 2011).

- Neurosis Noógenas: Introdujo el concepto de “*Frustración Existencial*”, “*conflicto de Valores*” y “*Vacío Existencial*” en la terminología científica, creó y fundamentó las siguientes categorías de neurosis:
  - neurosis Noógenas: Originadas por la frustración de la dimensión espiritual existencial. (Frankl, 2011, p. 98,99).
  - Neurosis Iatrogénica: Introdujo el concepto causados por la acción del terapeuta, tras reconocer que muchos de los síntomas y problemas que mostraban sus consultantes no eran primariamente originados por sus enfermedades o trastornos iniciales, sino más bien constituían reacciones a la previa intervención de un terapeuta. (Frankl, 2011).

- Neurosis Colectivas: Causadas por la influencia de la época, tales como: la agresividad, la violencia, adicciones, suicidio, depresión. Entre ellas destacan: el fanatismo, el racismo, el colectivismo, neurosis laborales y desocupación.

Para lograr todo esto el terapeuta existencial usa las siguientes técnicas:

- a) Intención paradójica, sirve para que los clientes controlen sus síntomas y se den cuenta de que son ellos quienes los producen.
- b) El enfoque, su fin es llegar al sentido más individual que cada persona tiene de las cosas. Ayuda al cliente a desarrollar su fortaleza ya que es un buen ejercicio de simbolización, imaginación y del juicio.
- c) reconstrucción situacional, su función es proporcionar ideas acerca del cambio.
- c) auto mejora compensatoria, pretende incrementar el sentido de posibilidad de áreas que no estén dominadas por el determinismo.
- e) construcción de la fortaleza a través de la estimulación temprana del desarrollo, ejercicios que se realizan para trabajar la fortaleza en la persona, es importante que se den en el ambiente creado en psicoterapia.

De reflexión: Se anima al consultante a olvidarse de su padecimiento para superar la tendencia a la preocupación y a la hiper-reflexión.

Auto distanciamiento: La persona acompañada (usuario o cliente) aprende a verse a sí misma. A tener más conocimiento de su padecimiento, con la probabilidad de separar a su neurosis para así apelar a la propia voluntad de sentido, mediante la fuerza de oposición del espíritu dirigirse a él.

Modificación de Actitudes: Se hace énfasis en comportamientos claves a practicar mediante una cierta disciplina, para más tarde dejar de atender a las actitudes dañinas y poder ver las nuevas, como motivadores de cambio.

Dialogo Socrático: Se usa el estilo de la mayéutica para guiar a la persona, hacia la búsqueda de sentido del autoconocimiento y la precisión de su responsabilidad en sus acciones. (Frankl, 2011).

### **1.03.13. La discapacidad y su realidad en Guatemala:**

En el diario vivir de la sociedad guatemalteca por medios de comunicación como escuchar a los voceros de los periódicos, en las noticias y en el internet los hechos violentos que aquejan al país, la frecuencia de los mismos la población lo asimila como algo común fomentando la barrera para “no sentir” esta terrible realidad. Las consecuencias de la violencia en las personas de diferentes edades sufren pérdidas tanto a nivel material, emocional, físico y mental, que vienen siendo factores determinantes que deterioran no solo la calidad de vida de los guatemaltecos sino que además impactan su desarrollo humano.

En términos generales es factible proponer que los altos índices de violencia de inseguridad que padece Guatemala están relacionados con dos grandes líneas causales: la exclusión social y la falta de aplicación de la ley. Estas dimensiones se relacionan y se refuerzan entre sí. (Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad, 1,996, p. 10).

Es del conocimiento que en los hospitales nacionales, así como centros de salud no existe la atención debida a las necesidades por la falta de recursos tanto materiales como humanos; cada ciudadano tiene que buscar por sí mismo oportunidades para tener acceso a la salud, así como para poder sobrevivir ante su discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad de la siguiente manera: Es una ausencia o restricción temporal o permanente en alguna de las capacidades físicas, mentales o sensoriales de todo ser humano.

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud las deficiencias, (CIF), que

distingue claramente entre deficiencia, discapacidad y desventaja. (Organización Mundial de la Salud, 2,001 p.3).

La Deficiencia se refiere a toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica; la discapacidad se define como toda restricción o ausencia ( debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano; la desventaja se define como la situación desventajosa para un individuo determinado, a consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo, factores sociales y culturales) Las desventajas son provistas por la sociedad en su conjunto mediante políticas que resuelvan los problemas de movilización, empleo, educación, entre otros. (Organización Mundial de la Salud, 2,001).

#### **1.03.14. Leyes y tratados internacionales de atención a las personas con discapacidad:**

Se encuentra contenida en el Decreto 135-96 del Congreso de la República de Guatemala la ley para atención de las personas con discapacidad, surge considerando por el hecho de existir servicios fundamentales de rehabilitación para personas discapacitadas a través de normas que se encuentran dispersas en las diferentes leyes que rigen en el país, las cuales carecen de un orden de coordinación interinstitucional y multidisciplinario. (Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad, 2.018) .

Adicionalmente, surge de los tratados, convenios y conferencias, suscritos o ratificados por el gobierno de la república, en las diversas áreas de rehabilitación y derechos humanos la recomendación de brindar apoyo a la creación y promoción de todos los proyectos de esta índole, para optimizar el uso de los recursos y poder acelerar el proceso de reincorporación de la población que padece de discapacidad a la sociedad.

Otro antecedente del decreto de mérito, consiste en la creación de un instrumento jurídico, marco de una moderna política nacional sobre la discapacidad, con el objeto de



constituirse en una herramienta eficaz al servicio de las personas con discapacidad y sus familiares para que puedan ejercer sus derechos y crear condiciones para el mejor cumplimiento de sus obligaciones ciudadanas, eliminando discriminaciones. Por medio de esta ley se declara de beneficio social el desarrollo integral de las personas con discapacidad física, sensorial y/o psíquica en igualdad de condición en el desarrollo económico, social cultura y político del país.

En esta Ley del Capítulo II, artículo 11: Obligaciones del Estado y de la sociedad civil. Son obligaciones del Estado y de la sociedad civil para con las personas con discapacidad, las siguientes: a) Incluir en las políticas, planes, programas y proyectos de sus instituciones los principios de igualdad de oportunidad y accesibilidad a los servicios que se presten a las personas con discapacidad. b) Propiciar que el entorno, los servicios y las instalaciones de atención al público de edificios públicos, sean accesibles para las personas con discapacidad. c) Eliminar las acciones y disposiciones que, directa o indirectamente, promuevan la discriminación o impidan a las personas con discapacidad tener acceso a programas y servicios en general. (Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad, 1,996, p. 7).

d) Apoyar a las organizaciones de personas con discapacidad, con el fin de alcanzar la igualdad de oportunidades. e) Garantizar el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad de participar en las acciones relacionadas con la elaboración de planes, políticas programas y servicios en los que estén involucrados. f) Promover las reformas legales, la aprobación de nuevas leyes y el análisis de la legislación vigente para propiciar la eliminación de las normas que discriminan a las personas con discapacidad. g) Contribuir al estudio y solución de los problemas nacionales, en lo relativo a la integración de las personas con discapacidad, a su familia y a las organizaciones de y para personas con discapacidad. h) Apoyar a los sectores de la sociedad y organizaciones sin fines lucrativos a la consecución de sus planes de trabajo, relacionados con las personas con discapacidad". (Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad, 1,996, p. 7).

Toda ley necesita ser promocionada a la población, por medio de la concientización para lograr los objetivos en beneficios de las personas que padecen alguna discapacidad. Las instituciones no logran llegar a toda la población limitando la atención adecuada y necesaria. Empero, donde es mayor la falta de atención y de servicios, son en las comunidades del área rural del país, donde el acceso a los servicios básicos es escaso, los programas de rehabilitación física y mental son deficientes o no existen.

“Artículo 12: La obligación primordial del desarrollo de la persona con discapacidad corresponde a los padres, tutores o personas encargadas, quienes tienen obligaciones comunes en lo que a esta norma se refiere. Para garantizar su cumplimiento el estado deberá: a) Elevar el nivel de vida y de atención a las personas con discapacidad. b) Facilitar la creación de fuentes de trabajo específicas para las personas con discapacidad. c) Fomentar la creación de escuelas o centros especiales para la atención de personas con discapacidad, que, con motivo de su limitación física o mental, no puedan asistir a las escuelas regulares. d) Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios públicos esenciales en todo el país”. (Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad, 1,996, p. 8).

Lamentablemente son escasos los centros o escuelas que brinden apoyo a las personas que padecen alguna discapacidad de escasos recursos económicos. El gobierno todavía no contempla en su agenda de trabajo los recursos financieros necesarios para la adecuada atención y mejorar el nivel de vida de las mismas. Tampoco evalúa el impacto devastador que sufre el paciente al no ser atendido y apoyado en su peor momento.

Los problemas de cobertura, dotación de equipo y recursos humanos son de tal complejidad que necesitan años para resolverse. El desarrollo de los servicios para un problema de tal complejidad y magnitud debe considerar la implementación de programas horizontales que permitan atender a toda la población que lo necesita para lograr un desarrollo incluyente y no programas verticales y temáticos que no hacen más que fragmentar la atención y tener pobres resultados.

## Capítulo II

### 2. Técnicas e instrumentos

#### 2.01. Enfoque y modelo de investigación:

La presente investigación es de carácter mixto, siendo un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio donde se identificaron los efectos psicosociales que presentan los pacientes diagnosticados con lesión medular que asisten al Hospital de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Von Ahn.

#### 2.02. Técnicas:

##### Técnicas de Muestreo:

La muestra es de tipo aleatorio, se obtuvo la información de pacientes que asisten diariamente al Departamento del área física del Hospital de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn., así mismo de la Consulta Externa de dicho hospital. Se entrevistaron 15 sujetos, de sexo masculino o femenino, entre las edades de 18 a 45 años, de diagnóstico lesión medular en todos sus tipos, del área rural y urbana.

##### Técnicas de recolección de datos:

- Observación directa e indirecta: Acción de observar o mirar algo o a alguien con mucha atención y detenimiento para adquirir conocimiento los factores emocionales, sociales y conductuales. (Knobel, 1986).
- Entrevista Estructurada: Se basa en una serie de preguntas predeterminadas que deben responder los sujetos de la muestra para obtener datos de la problemática psicosocial de la persona con lesión medular.

- Cuestionario Abierto: Técnica que facilita conocer los diferentes aspectos de las personas: cómo piensan, sienten y actúan, los cuales nos permiten conocer la subjetividad, utilizando una serie de 10 preguntas que se responderán de manera abierta y sin límite de tiempo.
- Historia de Vida: Con la intención de conocer los aspectos relevantes de su condición presente y de cómo era su vida antes de adquirir la lesión, dicho instrumento nos permitirá abordar en una dinámica conversacional, los diversos aspectos, que a nivel personal cada uno de los usuarios de la muestra aportaron.
- Diario de Campo: Técnica que se utilizó para registrar todas las actividades a realizarse con los participantes.
- Testimonio: Declaración que hace una persona para demostrar o asegurar la veracidad de un hecho por haber sido testigo de él.
- Test de depresión: Evaluación que permite averiguar si una persona está deprimida.
- Test de Autoevaluación: Se refiere a cómo te valoras emocionalmente, y va de la mano del autoconocimiento de uno mismo.
- Lista de cotejo: Es un instrumento que permite identificar comportamiento con respecto a actitudes, habilidades y destrezas.

**Técnica de análisis de datos:** Visualización de datos: Es un método mixto siendo una de las técnicas utilizada, la cual permitirá observar por medio de una gráfica todos los aspectos psicológicos y sociales al momento de padecer una lesión medular y se enfocará

sobre los aspectos fenomenológicos, ya que por este método obtendremos la interpretación de los hechos y procesos del lesionado medular.

### 2.03. Instrumentos:

- Observación directa e indirecta: Se utilizó al observar al lesionado medular, cómo se mostraba ante la aplicación de diversos cuestionarios, la actitud que mostró durante la aplicación de pruebas, y ante el terapeuta.
- Entrevista estructurada: Está se aplicó durante la sesión que se hizo con cada caso de la muestra, se le aplicó una serie de preguntas las cuáles respondió el lesionado medular.
- Lista de cotejo: se registró cada conducta observada en cada caso, obteniendo como resultado, el determinar qué factores son los más frecuentes que padecen o viven la persona con lesión medular.
- Diario de campo: se anotó todos los procesos de la aplicación de todos los instrumentos en la persona con lesión medular.
- Inventario de Depresión de Beck-II: es un cuestionario auto administrado que consta de 90 preguntas, mide si una persona padece de depresión.

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Autor de la adaptación española Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández. Editor de la adaptación española Pearson Educación, S.A. Fecha de la última revisión del test en su adaptación española 2011.

Aspectos a evaluar: Depresión.

Área de aplicación: Psicología Clínica, Forense y Neuropsicología.

Administración: Individual.

Materiales: Papel y lápiz.

- Autoexamen de autoestima de Cirilo Toro Vargas: Es una evaluación donde se mide la autoestima, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y actuamos.

Autor: Cirilo Toro Vargas, Ph. D., 1994

Revisión: 2,003

Área de aplicación: Psicología Clínica y Educativa.

Aspectos a evaluar: autoestima

Administración: de forma individual.

Materiales: Papel y lápiz.

- Escala de ansiedad de Hamilton: es un cuestionario psicológico usado por, para calificar la severidad de la ansiedad de un paciente.

Autor: Max Hamilton.

Área de aplicación: Psicología clínica.

Aspectos a evaluar: Ansiedad.

Administración: de forma individual.

Materiales: papel y lápiz.

- Encuesta: Serie de preguntas que se hace a muchas personas para reunir datos o para detectar la opinión pública de un asunto determinado.

#### 2.04. Operacionalización de objetivos:

OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>1. Identificar los efectos psicosociales que presentan los pacientes diagnosticados con lesión medular que asisten al Hospital de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn.</p>	<p>Efectos Psicosociales: Se refiere a la conducta humana y su inserción en la sociedad. El accionar individual analizado desde aspectos sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emocionales.</li> <li>• Sociales.</li> <li>• Económicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación.</li> <li>• Entrevista.</li> <li>• Inventario de depresión de Beck.</li> <li>• Autoexamen de autoestima de Cirilo Toro Vargas.</li> <li>• Test de ansiedad de Hamilton.</li> <li>• Lista de cotejo</li> <li>• Encuesta</li> <li>• Historia de vida.</li> <li>• Diario de campo.</li> <li>• Testimonio.</li> </ul>

<p>2. Describir los principales efectos emocionales, sociales y económicos que inciden en las personas con lesiones medulares.</p>	<p>Efectos emocionales:</p> <p>Sentimiento o percepción de los elementos, que se expresa físicamente mediante alguna función fisiológica.</p> <p>Efectos sociale</p> <p>Efectos económicos:</p> <p>Alude al efecto de una medida, un acción en la economía.</p> <p>Efectos sociales:</p> <p>Impacto que es vinculado a la sociedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Falta de trabajo.</li> <li>• Problemas familiares y conyugales.</li> <li>• Bajo ingreso.</li> <li>• Discriminación laboral.</li> <li>• Accesibilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación.</li> <li>• Entrevista.</li> <li>• Encuesta</li> <li>• Historia de vida.</li> <li>• Diario de campo.</li> <li>• Observación</li> <li>• Encuestas.</li> <li>• Encuestas.</li> <li>• Testimonio.</li> <li>• Diario de campo.</li> </ul>
<p>3. Determinar qué factores físicos influyen y causan más depresión en los lesionados medulares.</p>	<p>Incontinencia urinaria, y fecal.</p> <p>Falta de relaciones sexuales.</p> <p>Falta de sensibilidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de esfínteres.</li> <li>• Falta de erección.</li> <li>• Ausencia de sensación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista directa e indirecta.</li> <li>• Encuestas.</li> <li>• Testimonio.</li> </ul>



### **Capítulo III.**

#### **3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados**

##### **3.01. Características del lugar y de la población:**

###### **Características del lugar:**

La presente investigación se desarrolló en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn, ubicado en la 13 calle 0-18 zona 1 de la ciudad capital de Guatemala, siendo un hospital de referencia nacional, brindando atención hospitalaria y tratamiento externo e interno a pacientes que presentan afecciones en el aparato locomotor del área urbana y rural. La investigación usó como base el enfoque mixto siendo de tipo descriptiva por lo que identifica los principales factores psicosociales que afectan el desenvolvimiento del lesionado medular dentro de la sociedad.

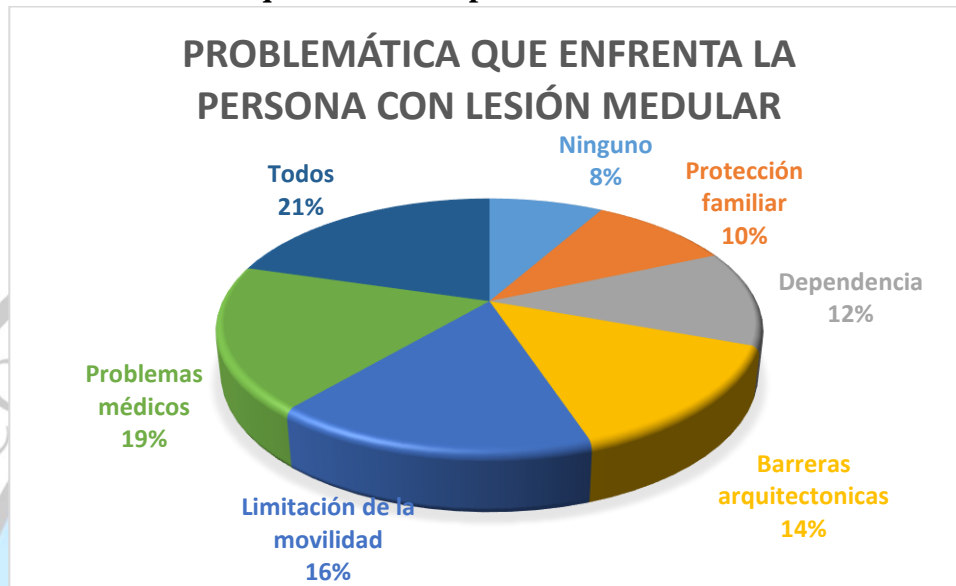
###### **Características de la población:**

La población objeto de estudio fueron: 15 pacientes, 10 de sexo masculino y 5 de sexo femenino, con edades comprendidas entre 18-45 años, quienes padecen de algún tipo de lesión medular y reciben actualmente rehabilitación física en el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn.

El análisis e interpretación de resultados usó como base el enfoque mixto, el cual explica las diversas gráficas como método cuantitativo y los aspectos cualitativos de la problemática que vive la persona con lesión medular.

### 3.02. Presentación e interpretación de resultados

Gráfica no .1 Problemática que enfrenta la persona con lesión medular

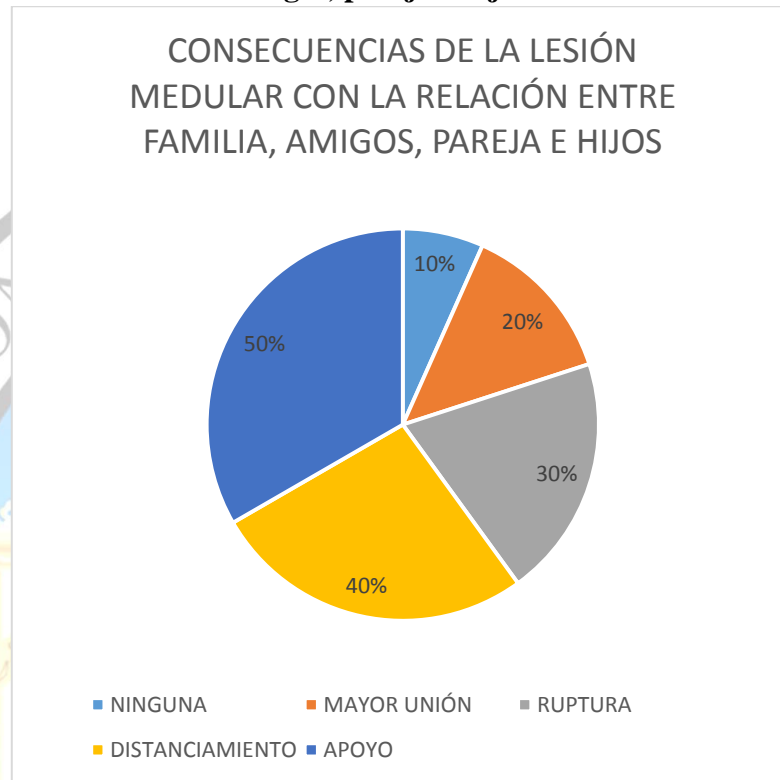


Fuente: Datos sustraídos de la aplicación de entrevista a la muestra, abril de 2019.

La gráfica 1 explica con mayor detalle las entrevistas que se hicieron a la muestra donde explica cuál es la incidencia que tiene mayor valor a los lesionados medulares:

- El principal problema de la persona con lesión medular es la dependencia tanto de su familia como del grupo terapéutico, por lo que nos hace pensar que llegan a esa situación, por pertenecer a una familia, a un grupo o a la sociedad y por lograr una sensación de bienestar.
- Otro aspecto relevante son los factores médicos por las continuas crisis ya sea de ulceraciones, pérdida o alteración de la sensibilidad, pérdida del control intestinal o de la vejiga, falta de erección, cambios en la función sexual y en la fertilidad, descontroles menstruales, espasmos, dificultades respiratorias.
- Como tercer aspecto las personas con lesión medular tienen dificultad en todos los sentidos, tanto psicológicos, económicos y sociales.

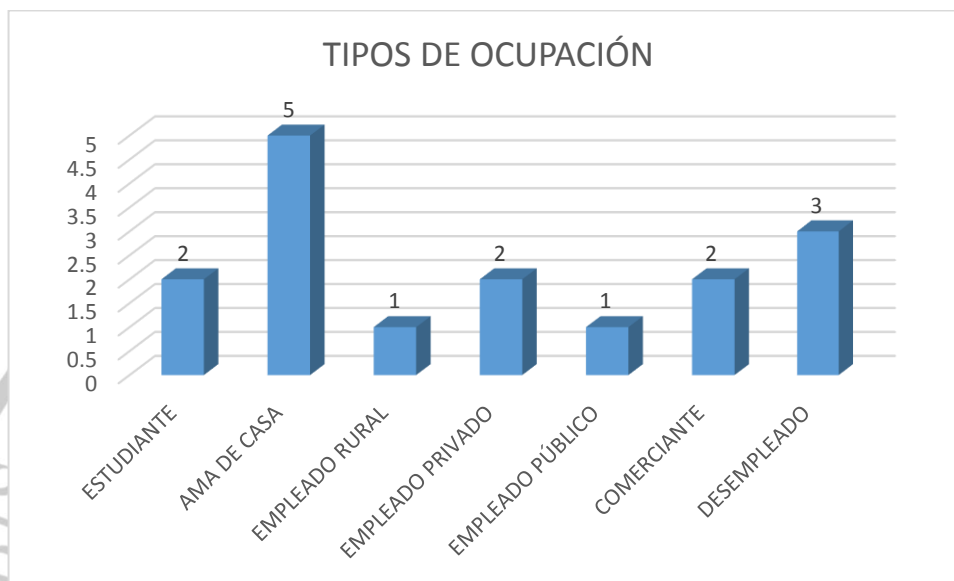
**Gráfica no. 2 Consecuencias de la lesión medular con la relación entre familia, amigos, pareja e hijos.**



Fuente: Datos sustraídos de la aplicación de entrevista a la muestra, abril de 2019.

La siguiente gráfica nos demuestra las consecuencias que conlleva una lesión medular y cómo repercuten con las relaciones con la familia, amigos, pareja e hijos. Podemos observar que al principio rehabilitativo las personas lesionadas medulares reciben el apoyo por parte de sus familiares, al grado de crearles dependencia, no permitiéndoles que se desenvuelvan por ellos mismos. Conforme avanza el tratamiento, los familiares y personas que les rodean, demuestran cierto distanciamiento debido que retomen sus actividades y su vida.

Las relaciones personales de las personas con lesión medular se ven deterioradas, debido de las fuertes crisis depresivas que presenta.

**Gráfica no. 3 Tipos de ocupación**

Fuente: Datos sustraídos de la aplicación de entrevista a la muestra, abril de 2019.

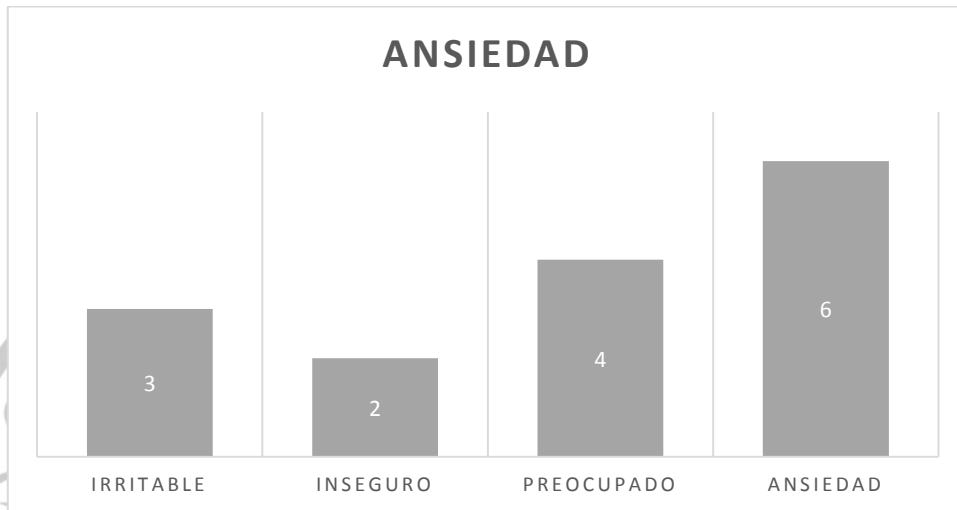
Descripción: Esta imagen nos muestra como la mayoría de las personas con lesión medular ocupaban su tiempo, anteriormente a la lesión medular, y se observa que la muestra femenina se dedicaba a ser ama de casa.

Podemos observar que la mayor parte de personas con lesión medular se encuentran desempleadas, debido a su condición física y emocional por la que atraviesan, otro aspecto importante es la baja escolaridad que poseen, no permitiéndoles tener un empleo digno, por lo que se ven obligados a pedir dinero en las calles para poder subsistir.

El comercio informal, es una de las ocupaciones por la que optan las personas con lesiones medulares, lo cual no les permite tener acceso a una vida digna.

Por los altos índices de exclusión laboral las personas con lesiones medulares que conformaron la muestra pasaron a ser dependientes de sus familiares.

Gráfica no. 4 Ansiedad



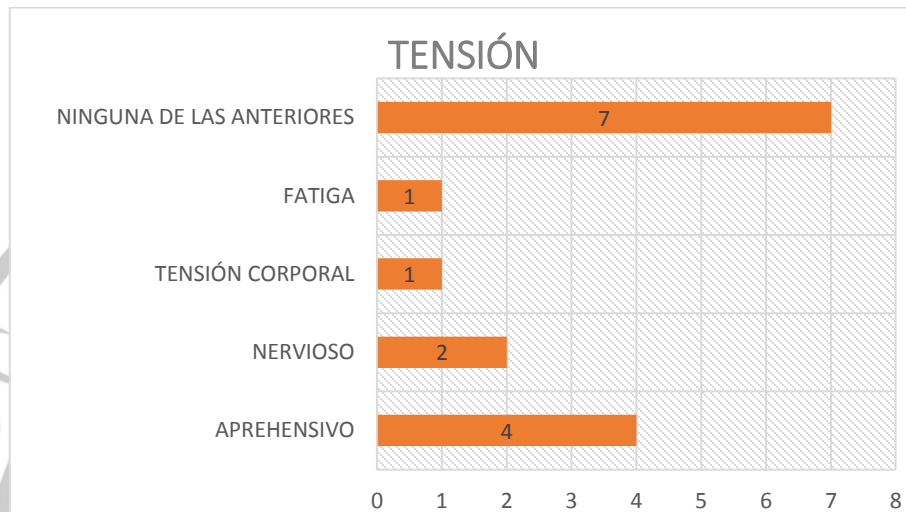
Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Según la Escala de Hamilton, que se le aplicó a la muestra, nos refleja en la manifestación de ansiedad, según testimonio nos dicen: *“Y que voy hacer ahora.... que me espera”*. El otro aspecto denota que hay preocupación por el hoy, por el mañana y por el futuro.

Se puede observar que la persona con lesión medular presenta altos índices de ansiedad, debido al cambio brusco de vida por el que se tiene que enfrentar y así poderlo sobrellevar.

Otras personas con lesión medular demuestran índices de irritabilidad debido a su condición, ya que no encuentran soluciones, que se adapten a sus necesidades y a la vez todo el cambio físico que involucra a la misma.

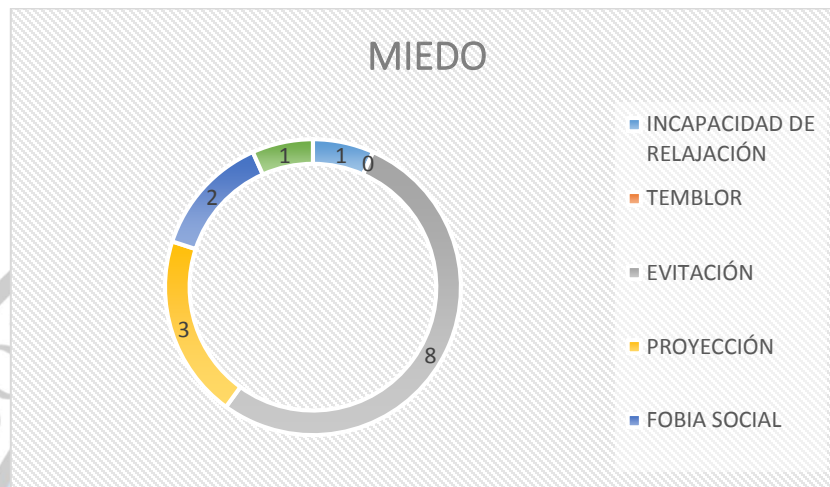
**Gráfica no. 5 Tensión**



Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Esta gráfica evidencia que la mayor parte de la muestra, de personas con lesión medular, no presenta niveles altos de tensión, y a quienes la presentan, no interfiere en su desenvolvimiento cotidiano, otra parte de la muestra, refleja alguna dificultad para relajarse, así como nerviosismo y fatiga interfiriendo algunas en sus actividades cotidianas y en el trabajo. Así como la población de sexo femenino, indican niveles altos de aprehensión con respecto a la familia, demandando atención de parte de ellos.

Gráfica no. 6 Miedo

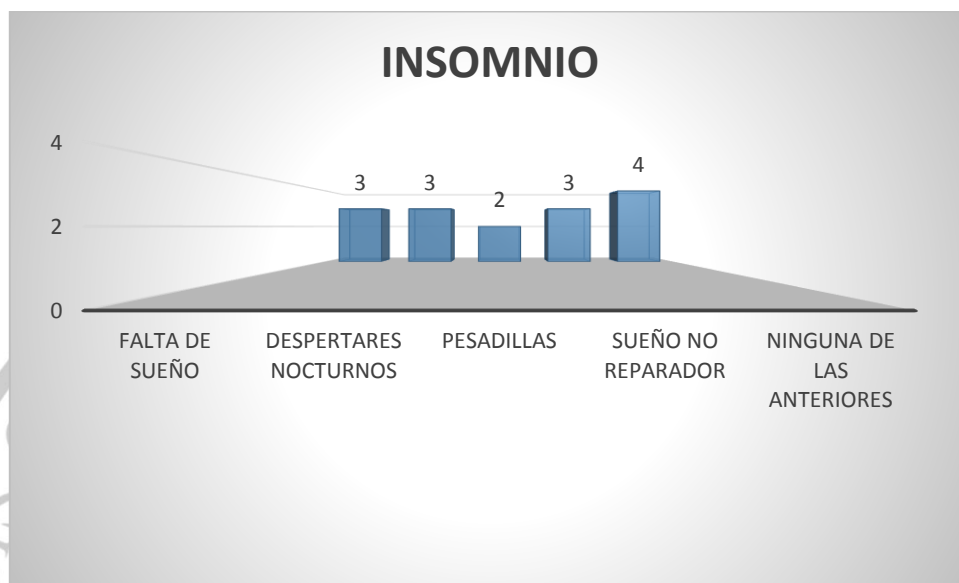


Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Esta gráfica representa, cómo afecta el miedo en las personas lesionadas medulares por encontrarse atravesando esta situación, la cual interfiere en su diario vivir.

Las personas lesionadas medulares, que conformaron la muestra tratan de evitar el ser cuestionadas, sobre el motivo fue su lesión debido a que algunos de ellos se debió a hechos delictivos, por lo que evitan ser juzgadas y discriminadas. A la vez, podemos observar cómo interfiere la fobia social, hasta cierto punto en su vida, presentando cierto temor de ser observados y juzgados por quienes les rodean, sin embargo, algunos de ellos refirieron que han sido capaces de sobrellevarla.

Gráfica no. 7 Insomnio



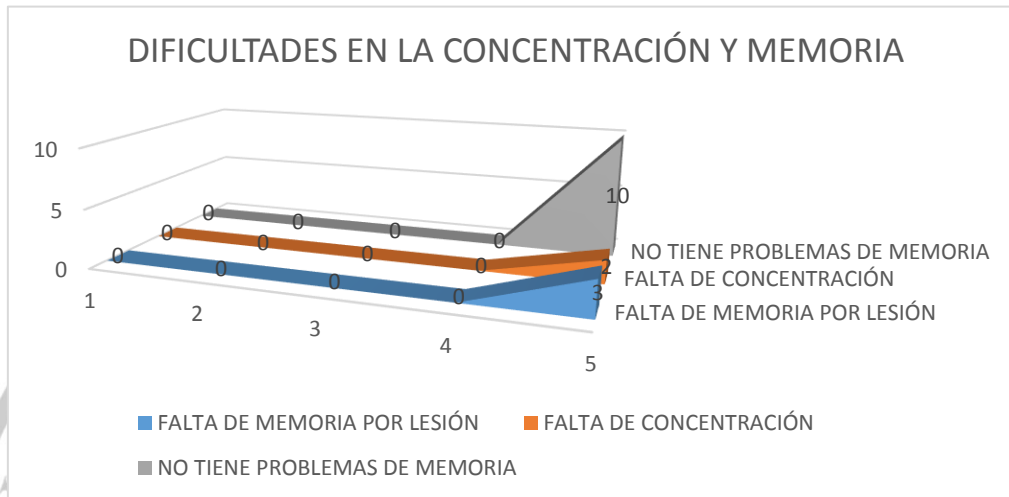
Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Esta gráfica representa, la forma de cómo se manifiesta el sueño en las personas lesionadas medulares como consecuencia de su lesión.

La muestra, indica que varias personas con lesión medular padecen de falta de sueño, otros señalan que tienen despertares nocturnos y otros refieren que su sueño no es reparador, puede ser debido al trauma que vivió cada uno de ellos, ya sea por recordar el momento en el cual sucedió su lesión, ya que muchos, nos atrevemos asegurar, que fue por violencia.



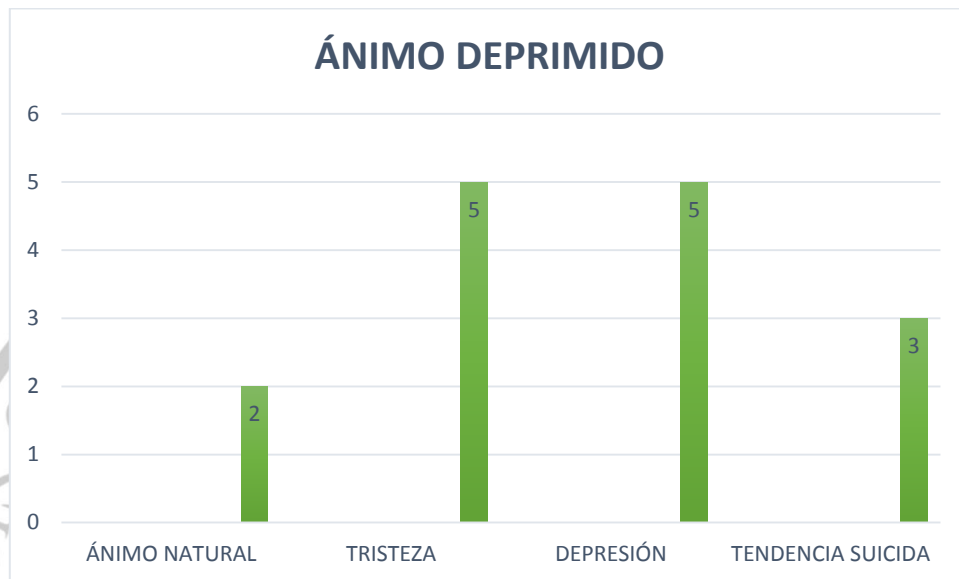
### Gráfica no. 8 Dificultades en la concentración y memoria



Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

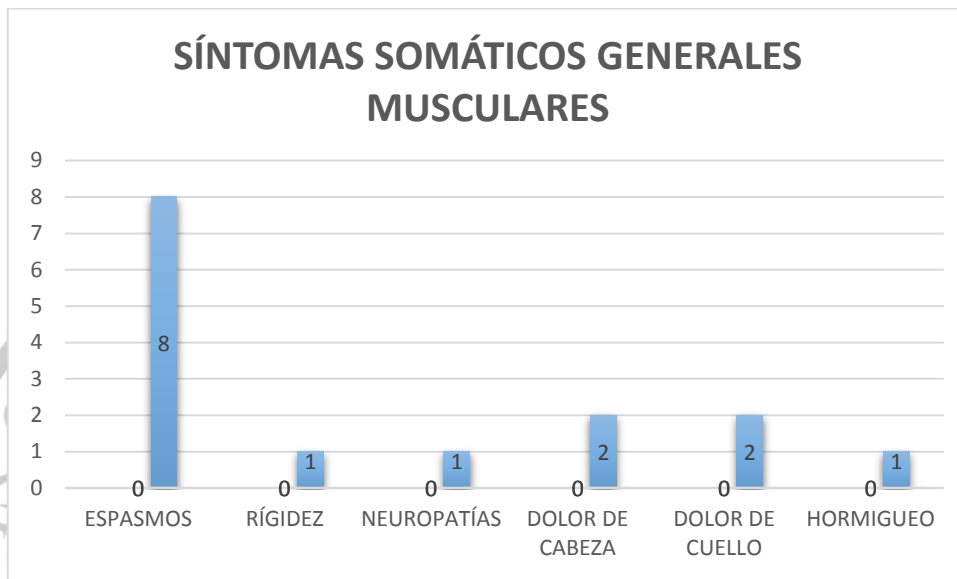
La mayoría de personas entrevistadas, no presentan ningún problema de concentración, en pocos casos podemos observar, la presencia de falta de concentración, debido a la manera de como sucedió el accidente, presentando a la vez, dificultad en la toma de decisiones.

**Gráfica no. 9 Ánimo deprimido**



Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Esta imagen, nos revela el grado de síntomas que manifiestan las personas con lesión medular, los datos nos brindan orientación que existen cuadros depresivos, debido al cambio brusco de vida, por el que se tienen que enfrentar, por lo que se ve la necesidad de implementar el apoyo psicológico para mejorar su estado emocional. A la vez, podemos observar la presencia de tristeza, como un estado de ánimo predominante, enfatizando desaliento y desesperanza la mayor parte del tiempo. Las personas lesionadas medulares, que conforman la muestra, experimentan a la vez, una falta de sentido de vida, que les genera pensamientos suicidas en determinadas ocasiones.

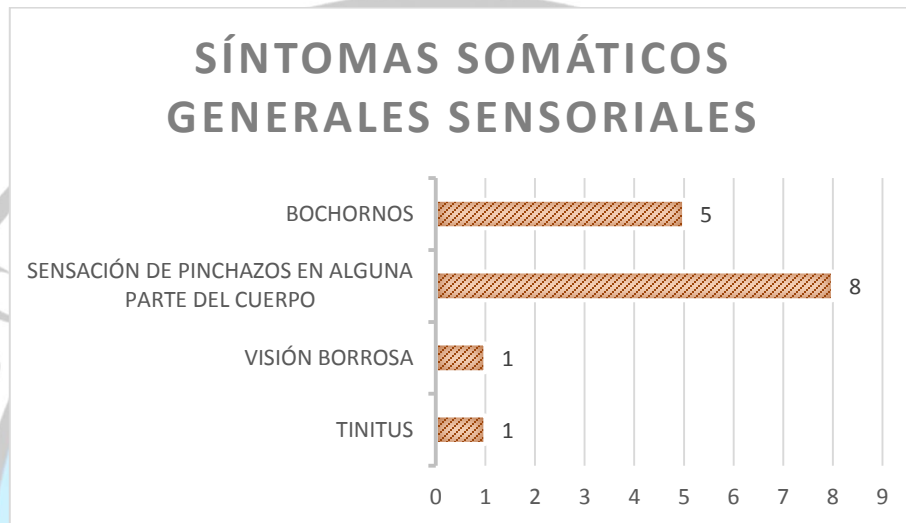
**Gráfica no. 10 Síntomas somáticos generales musculares**

Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Los síntomas somáticos musculares que presentan las personas con diagnóstico de lesión medular, nos orienta según la gráfica, que son los espasmos los que prevalecen y que son causados a raíz de una lesión de la médula espinal, las células nerviosas por debajo del nivel de lesión, esto se debe a la cicatriz del tejido que forma a la estructura de la zona dañada de la médula espinal, bloqueando los mensajes de por debajo del nivel de daño de llegar al cerebro.

Como la gráfica lo indica, los síntomas somáticos musculares que presentan las personas lesionadas medulares son mínimos, por lo que no interfieren en su diario vivir, por lo que se ven en la necesidad de sobrellevarlos, aprendiendo a vivir con ellos.

**Gráfica no. 11 Síntomas somáticos generales sensoriales**

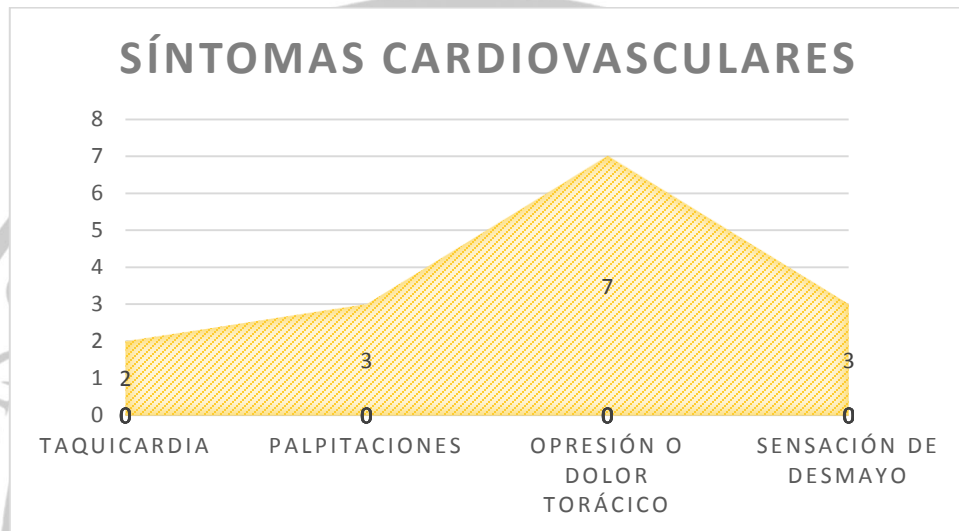


Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Según nos refirieron las personas con lesión medular, el síntoma que se refleja más frecuente son los pinchazos en alguna parte del cuerpo, puede explicarse por tanta tensión o tanta energía que no se canaliza por tener inmobilizada alguna parte de su cuerpo. Y otro sobre todo en mujeres con lesión medular son los bochornos por condiciones de estrés o descontrol hormonal.

A la vez, expresaron que los síntomas somáticos generales sensoriales, interfieren hasta cierto punto en el desenvolvimiento de su vida cotidiana, más específicamente en el aspecto laboral, debido a que a estas alturas de la situación por la que atraviesan ya se lograron adaptar a este tipo de molestias.

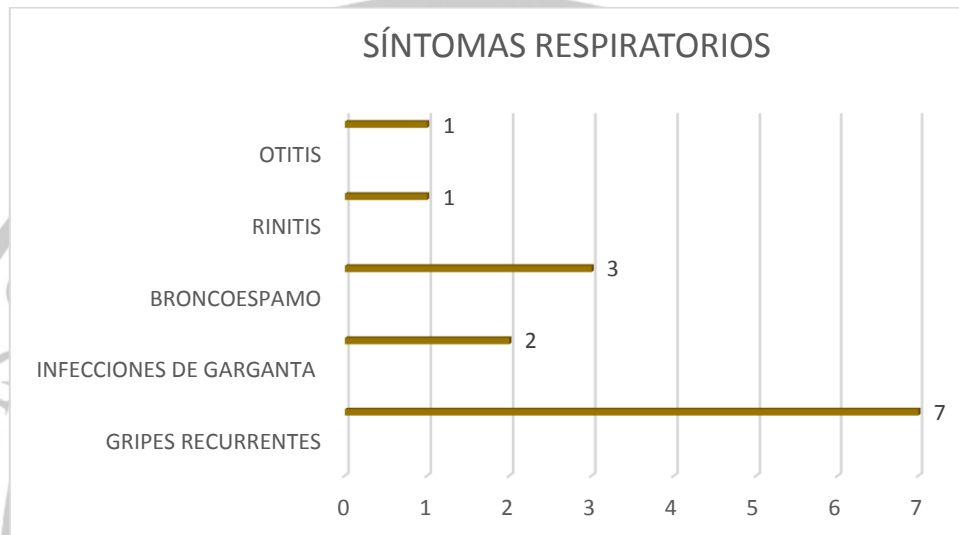
**Gráfica no. 12 Síntomas Cardiovasculares**



Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Entre los síntomas cardiovasculares que refieren las personas con lesión medular, el que más prevalece es la opresión o dolor torácico, lo que comentan ellos pueden ser a que sea debido al trauma que padecieron, al igual que algunos refirieron sentir taquicardia o sensación de desmayo por consecuencias del tipo de lesión o la forma de cómo fue su trauma.

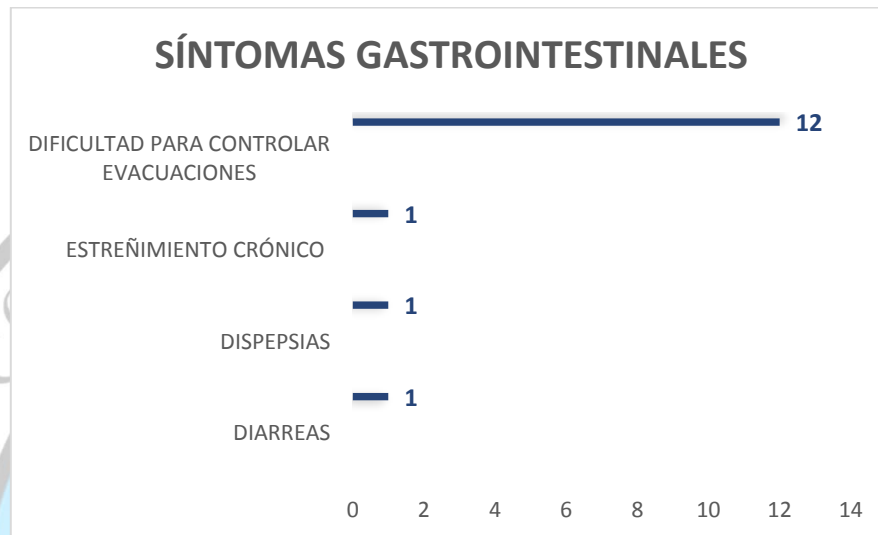
**Gráfica no. 13 Síntomas respiratorios**



Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Según la muestra, el síntoma más frecuente son las gripes recurrentes, por tener el sistema inmune muy frágil, u otra razón es el sedentarismo por depender de la silla de ruedas, así como la exposición al clima. Y otros casos son por algún padecimiento de alergias respiratorias, debido al trauma de su lesión.

Como podemos observar, los síntomas respiratorios en algunas personas con lesión medular, que conformaron la muestra, están presentes, esta situación involucra un cambio drástico de vida, por lo que deben aprender a sobrellevar, y así, controlarlo de una mejor manera. El resto de la muestra presenta, como síntoma respiratorio, el broncoespasmo e infecciones de garganta, las cuales no pasan a complicaciones serias no interfiriendo en su diario vivir.

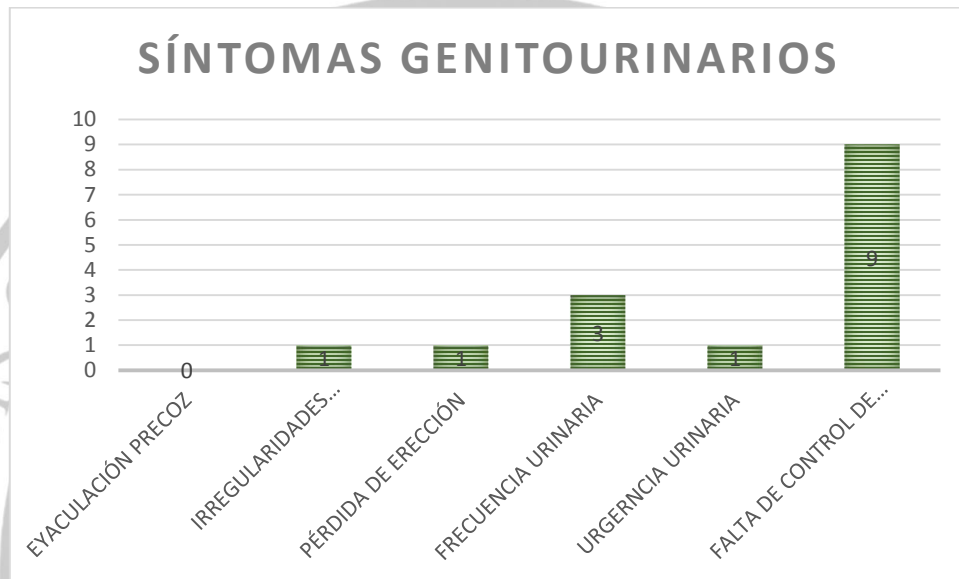
**Gráfica no. 14 Síntomas Gastrointestinales**

Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Un síntoma que prevalece en las personas con lesión medular es la falta de control de esfínteres siendo el mayor problema físico en estas personas, su fisiopatología se correlaciona con las características neurológicas de la lesión causando problemas de autoestima y afectando su calidad de vida.

Los síntomas gastrointestinales están constantemente presentes, interfiriendo en el desenvolvimiento cotidiano de la persona con lesión medular, y en la vida laboral de quienes trabajan, necesitando apoyo tanto familiar como médico a cada cierto tiempo.

**Gráfica no. 15 Síntomas Genitourinarios**



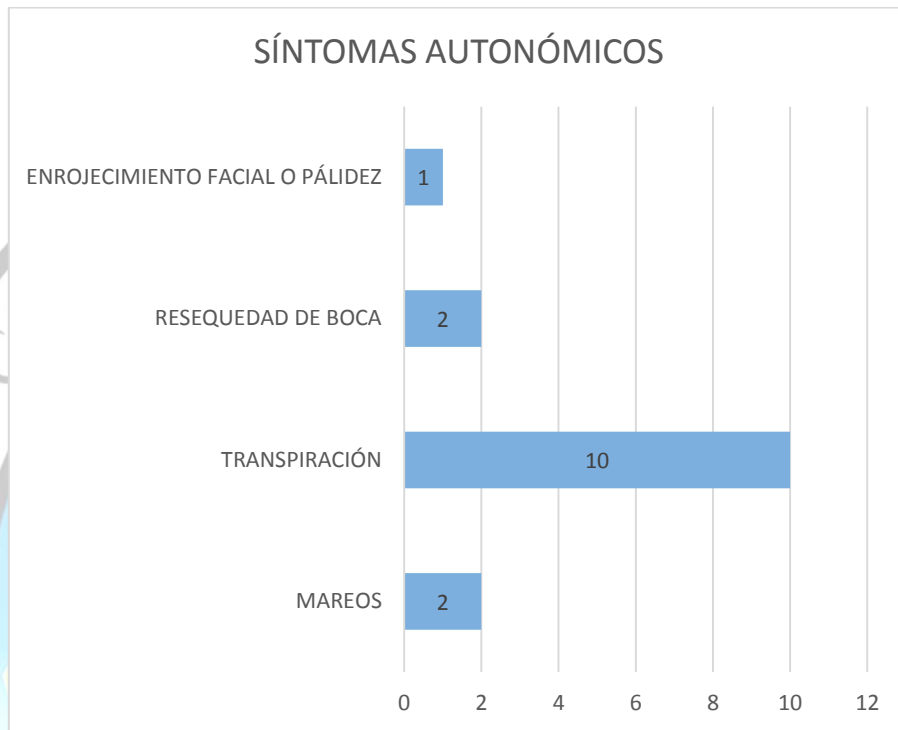
Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Esta gráfica es muy parecida a la anterior y obviamente lo que más prevalece es el control de la orina, pero lo que más llama la atención es que la mayoría no recibió orientación medica con respecto a su lesión, en algunos casos, únicamente recibieron la noticia que quedarían sin poder caminar, sin saber las consecuencias que conllevarían su lesión.

Los síntomas genitourinarios están presentes en las personas con lesión medular, como nos lo demuestra la gráfica, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida de la persona.



### Gráfica no. 14 Síntomas autonómicos

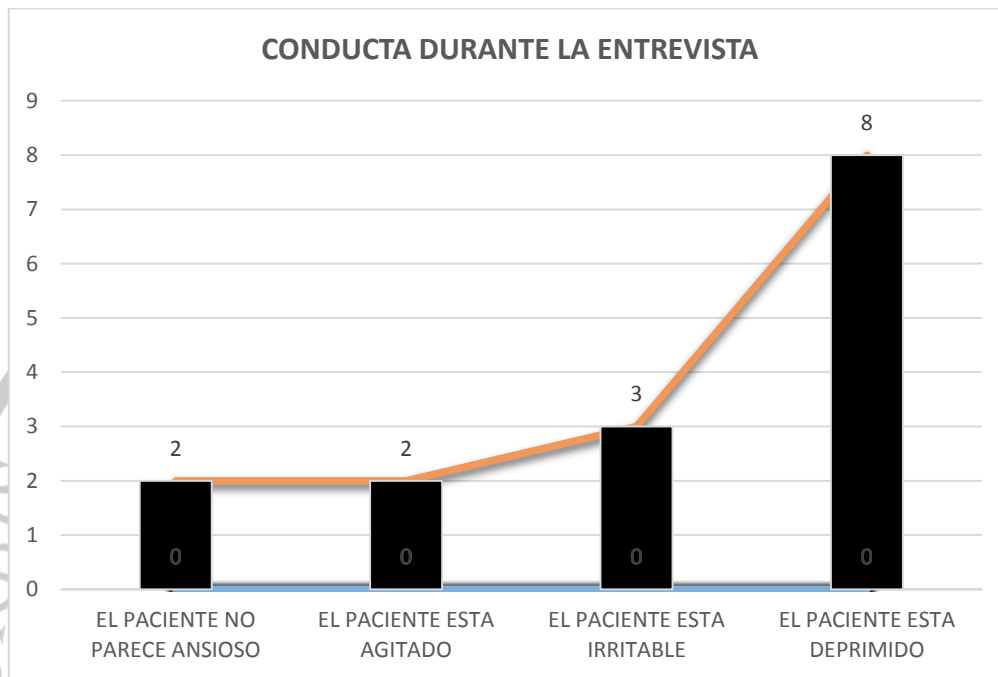


Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Esta gráfica muestra que las personas con lesión medular padecen de mucha transpiración sin que se presenten factores desencadenantes, pero pueden ser por diferentes sistemas neurológicos que van desde el hipotálamo hasta la médula espinal, los nervios periféricos y las glándulas sudoríparas. Desde el punto de vista psicológico el sistema nervioso nos prepara para la acción asociado con la psicopercepción de un estímulo de carácter emocional.

Los síntomas autonómicos, están presentes la mayor parte del tiempo, pero no interfieren en la vida diaria y laboral de cada persona que conformó la muestra.

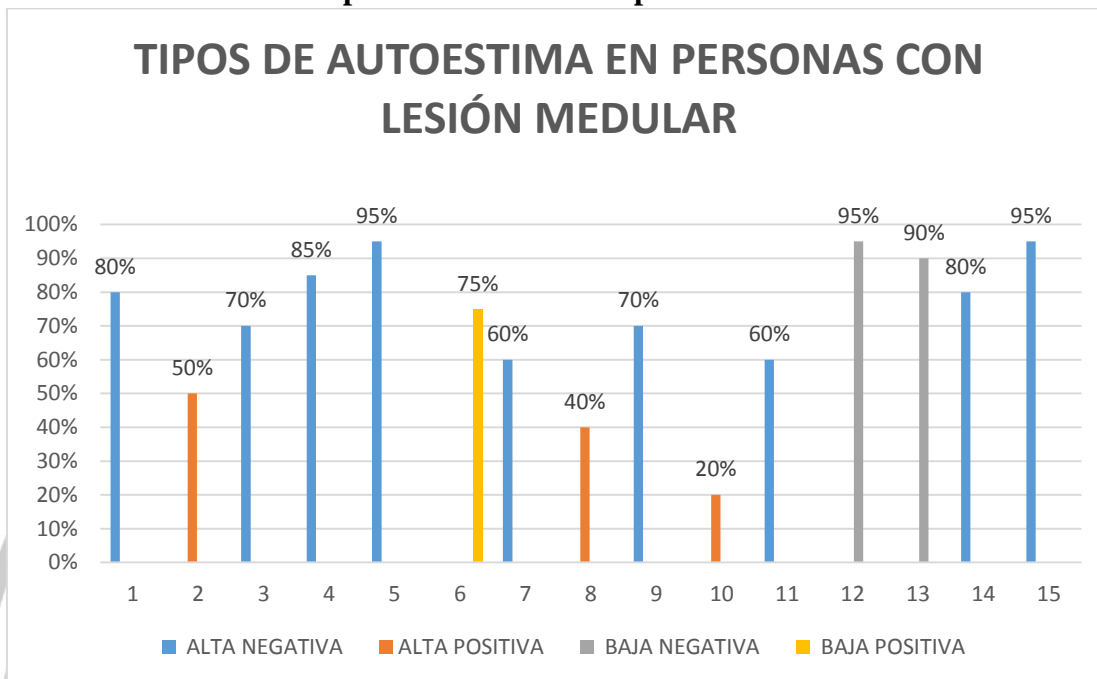
Gráfica no. 15 Conducta durante la entrevista



Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la Escala de Hamilton, abril de 2019.

Esta gráfica es de mucha importancia, porque podemos observar cuál es el estado emocional que predominó en la persona con lesión medular, que participó en la aplicación de la prueba de Hamilton, como podemos observar, se presentó con altos índices la depresión, lo que nos indica la importancia de la aplicación de un tratamiento psicoterapéutico y así poder mejorar de esta manera su estado emocional. *“Es difícil vivir con una discapacidad a pesar tener todo el apoyo, pero nadie que no ha vivido con una discapacidad no sabe a qué nos afrontamos”*. (Sustraído de un testimonio de un lesionado medular).

**Gráfica no. 16 Tipos de autoestima en personas con lesión medular**



Fuente: Datos sustraídos de la aplicación a la muestra de la prueba de Autoestima: Autoexamen de Cirilo del Toro Vargas, Ph. D, 1994, abril de 2019.

Esta tabla refiere a qué tipo de autoestima manifiesta cada persona con medular, en la Autoestima baja positiva, los individuos son indecisos y tienen un gran temor a equivocarse, estas personas no defienden sus puntos de vista y su valoración es negativa. Autoestima baja negativa, las personas suelen ser sensibles e influenciadas por eventos externos o sea su autoestima sube, pero cuando termina un evento termina su euforia y su nivel vuelve a bajar. Autoestima alta negativa: los individuos tienen una elevada autoestima, pero son incapaces de mantenerla constante. Responden con actitud crítica ante el fracaso, ya que son percibidos como amenazas. Autoestima alta positiva: las personas con este tipo de autoestima se desenvuelven de manera abierta ya que no necesitan defender su punto de vista sin desestabilizarse.

Acá podemos observar la suma importancia de la rehabilitación psicológica, tomándola como un proceso dentro del contexto de la adaptación del lesionado medular, para que pueda aceptar, así como enfrentar de la mejor manera este cambio brusco de vida que implica.

### 3.03. Análisis de testimonios:

Ahora analizaremos los testimonios, las historia de vida y la lista de cotejo, veremos los distintos aspectos que influyen en la vida de cada persona con lesión medular y cómo afecta su diario vivir.

Caso 1: el señor M.J. 40 años de edad, lesión en C5 (cervical 5), por violencia social (bala pérdida), presenta la negación y resistencia como síntoma principal, otro aspecto a destacar es su tristeza por toda la situación que está viviendo, la relación con su familia, no es buena porque él ha decidido dejarse morir, casi no le habla a sus hijos refiriendo: “*qué ejemplo le puedo dar a ellos, porque literalmente me siento un inútil*”, es indudable que el miedo al futuro es lo que refleja, además de todos los síntomas físicos que manifiesta dentro de ellos: el dolor neuropático que no lo deja pensar, falta de control de esfínteres (perdió control de orina y de heces), falta de erección, calambres, gripes recurrentes, infecciones urinarias.

En el aspecto económico tratando de ver cómo se jubila, y no tiene inducción en trabajos en otras áreas porque no ha recibido rehabilitación.

Caso 2: el señor E.V. de 39 años de edad, lesión C4 (cervical 4), causada por violencia familiar (disparó de esposa), refiere que tiene cierta incertidumbre por su lesión, lo que más le afecta son las secuelas que dejó, porque tiene síntomas físicos como, pérdida de control urinario, no defecatorio, problemas respiratorios constantes, sensación de ahogos, reflujo, fiebres, gripes recurrentes que se convierten en bronquitis, falta de erección, esto conlleva a tener dificultades de pareja, la poca relación con la familia por estar en otro departamento, y la pérdida del trabajo que él realizaba.

En lo psicológico, muestra problemas de autoestima, no acepta su cuerpo como tal (como quedó), no se siente querido, pero le queda un poco de esperanza porque está buscando ayuda.

Caso 3: La señora R. P. de 35 años de edad, quedó cuadripléjica, debido a violencia familiar (golpe en la cabeza y cuello afectó cervicales), refiere tener codependencia a su esposo porque a pesar de golpearla ella todavía vive con el pensamiento de que él puede cambiar, confusión, tristeza, desesperanza.

En los aspectos físicos la señora no ha recibido tratamiento físico, no conoce las consecuencias de su discapacidad, entre ellas está la forma de cómo ser independiente para ir al baño, ella perdió el control de esfínteres total (orina y heces), la poca movilidad de miembros superiores es lo prioritario para que ella sea un poco independiente, trabajando en conjunto con los profesionales respectivos.

Además de darle un tratamiento psicológico respectivo para trabajar su dependencia. Lo relevante de este caso es que si cuenta con apoyo familiar y es importante porque ayuda mucho que la familia esté involucrada en su proceso.

Caso 4: La señora J.P. de 37 años de edad, lesión C5 (cervical 5), causada por violencia social (bala pérdida), la señora indica tener miedo por ella y por su familia, no logra conciliar el sueño y cuando lo hace tiene pesadillas o despertares abruptos, por recordar el momento de su accidente.

Muestra tristeza continua, y desaliento, comenta que va a ser de ella de ahora en adelante, porque no puede cuidar a su familia, la tienen que ayudar para hacerlo todo, bañarse, ir al baño, vestirse, y comenta que mejor hubiera muerto, pero recapacita y refiere varias veces que por sus hijos y su esposo tiene que luchar.

Además, se ulceró y han gastado mucho para curarla, pero viene a esta institución para buscar ayuda de cómo poder salir adelante.

Caso 5: El joven P.O. de 20 años de edad, lesión T8 y T9 (torácica o dorsal 8 y 9), accidente de tránsito, el joven nos cuenta que ha vivido momentos difíciles y de mucho dolor, recordar un traumatismo de esa índole es complicado porque no solo es el dolor físico sino también el recordar el grado de incertidumbre que vivió P.O.;

porque cuenta que lo que más causó daño en él, fue shock de la succión del tráiler, sólo eso se recuerda, comenta literal *“me dió tanto miedo saber que me iba a morir”*.

*“Pero le agradezco a Dios haberme salvado, y por alguna razón continuó aquí”*, manifiesta síntomas cardiacos por el impacto, como taquicardias, dolor torácico, problemas genitourinarios (heces, orina), dolores de cabeza, neuropatías secuelas al traumatismo. Su familia si le da apoyo pero, la relación con la pareja se terminó, otro motivo más, para tenerlo tan deprimido.

Caso 6: El joven E.P, de 35 años de edad, con lesión C4 (cervical 4) causada por violencia social (balazo), E.P., refiere que fue algo terrible para él que no se lo esperaba, fue víctima de un asalto en un bus, narró cómo había sido su trauma y lloró cuando lo estaba contando porque él no se resigna a estar así, él está irritable, con sentimientos de desesperanza, con las terapeutas, tomó una actitud de resignación, mostró interés para poder participar en un proceso de rehabilitación. Al principio cuenta la familia que se encerró, no quería ver a nadie y maltrataba, pero lograron traerlo, buscando una esperanza para que él logre trabajar en él mismo. Los síntomas que refiere son: pérdida de control de esfínteres (orina y heces), ulceraciones, dolores de cabeza, de oído, calambres y espasmos.

Fue despedido por conocer su condición lamentablemente lo discriminaron y no le dieron nada. Su casa no está adaptada y ha sido difícil su movilización.

Caso 7. La señora J.L. de 40 años de edad, lesión C4 (cervical 4), causada por violencia social (bala pérdida), J.L. nos cuenta que la peor cosa que puede recordar es ver cómo por hechos violentos mataron a sus compañeros y amigos de trabajo, y sentir que me iba a *“morir”*, además de sentir cómo se me iba durmiendo todo el cuerpo y sin poder controlarlo, sentir tanta impotencia de ya no ser como era antes.

Tengo tanta tristeza pero por mi hija voy a luchar, sé que es difícil porque ahora yo no puedo ni ir al baño sola, problemas con la menstruación, y me dan calores, no sé si es normal, gracias a Dios me pude controlar una úlcera que me salió. Yo ya no

puedo dar clases, porque es muy difícil para mí, yo ni la silla puedo manejar bien, me topó por todos lados, pero tengo que salir adelante como pueda.

Caso 8: El joven M.O. de 24 años de edad, con lesión C3 (cervical 3), causada por accidente (caída), nos contó cómo había sido su accidente y que se lamentaba el estar ahí, porque de no haber ido nada hubiera pasado, es un signo de negación, pero que otra le quedaba, refirió que no tiene conocimiento de lo que implica vivir con una discapacidad pero, va a hacer el intento de no dejarse vencer, extraña muchas cosas que hacía cuando podía caminar, como bailar, correr, hacer ejercicio.

Pero muestra resignación, trata de no perder el entusiasmo y utiliza mecanismos para estar alegre, cuenta chistes, es sarcástico, tiene el apoyo de su familia. En lo físico, por su condición no tiene control urinario ni defecatorio, falta de erección, calambres, dolor de cuello y cabeza.

En lo social, tiene muchos amigos que le dan apoyo incondicional, en lo laboral estaba y está desempleado actualmente.

Caso 9: El joven E. M. de 19 años de edad, con lesión C5 (cervical 5), causada por violencia social (bala pérdida), nos cuenta paso a paso todo lo que le sucedió, con ira, luego expresó miedo, impotencia, confusión, desesperación, tristeza, indicando que porque a él, pero comentó que pues ni modo tenía que seguir.

Otro de los aspectos que comenta E.M. cómo fue difícil para él adaptarse a todos los cambios físicos, lo impacto el no poder controlar esfínteres, fue un shock, tuve varios accidentes por la resistencia y la idea equivocada que ya no puedo, de igual manera fue todo lo relacionado con las relaciones sexuales, al explicarle el médico que ya no podría tener erección llegó el punto en que se quería matar.

Conforme transcurrió el tiempo, llegó el momento de la aceptación a su discapacidad, teniendo el deseo de cambiar, y eso se debe al apoyo de su familia porque empezaron averiguar donde se le podía dar terapia.

Caso 10: La joven V.M. de 22 años de edad, con lesión medular C6 (cervical 6), accidente automovilístico (caída de carro), narró cómo fue todo lo que le pasó, muestra sentimientos confusos, porque se niega y acepta su condición pero, creemos que no tiene claro que hay una lesión permanente en su cuerpo.

Muestra mucha falta de información de sus secuelas, puede ser porque es muy reciente su accidente, tiene muchas dudas, está interesada en saber y aprender.

La familia le da apoyo pero la trata con lástima, no la dejan ser y hasta preguntan por ella, van a todo por ella, no dejan que se exprese ni tenga independencia.

Caso 11: El señor C.O. de 40 años de edad, con lesión medular T3-T4 (dorsal o torácica 3-4), violencia familiar (balazo), su condición es variable porque muestra muchos cambios de conducta, se comporta agresivo, ansioso, irritable, se tuvo que hacer dos entrevistas con él, porque en la primera se mostró con los síntomas antes descritos, en la segunda ya fue más tolerante, se disculpó pero no acepta su discapacidad, se le explicó que es normal que se sienta así por todos los cambios que tiene.

Además tiene un proceso legal que resolver con su ex – esposa, porque ella fue la autora de su condición, tiene muchas dudas por la manutención de sus hijos, y esta con depresión, con mucha tristeza y con sentimientos encontrados.

Su condición física también es bastante compleja, porque le ha costado mucho por las úlceras que desarrolló, y le ha sido difícil curarlas por tanto gasto económico.



Caso 12: Joven J.A. de 25 años de edad, con lesión medular C4 (cervical 4), accidente automovilístico (accidente de carro), la señorita cuenta su historia manifestando mucha tristeza, llanto, depresión, se muestra con una autoestima baja negativa ya que se describe con sentimiento de inutilidad, de “asco” hacia sí misma, porque ni asearme sola puedo, es incómodo hasta cuando estoy con la regla (ciclo menstrual), no puedo pasarme a la silla, ni ir al baño sola, para que sigo acá.

Ya ningún hombre me va a querer y está preocupada por su porvenir, porque no puede trabajar más como secretaria. Le preocupa su familia porque dependían de ella.

Caso 13: El señor J.B. de 40 años de edad, lesión medular C4 – C5 (cervical 4 y 5), causado por accidente automovilístico (choque), contó su historia, manifestando mucha impotencia y desesperación, a pesar que su familia lo ha apoyado en todo lo necesario para su recuperación proveyéndole todos los cuidados físicos, médicos y costos de su condición.

Narra que hasta intentó suicidarse al momento de conocer las secuelas que le dejaría su condición, ya que no acepta que él no puede ser independiente y activo en todas las actividades cotidianas. Su actitud es quejumbrosa, su cara denota ira, resignación y culpa comenta: “*porque no tuve cuidado.....porque me pasó esto a mí*”.

Su familia trata la manera de motivarlo, pero a veces les cuesta porque ellos tienen que trabajar y lo dejan solo, entonces decidió venir a ver que se le puede ofrecer en tratamiento.

Caso 14: El señor V.O. de 36 años de edad, lesión C4 – C5 (cervical 4 y 5), causada por accidente (caída en piscina), refiere el señor V.O., de no haber accedido a la presión de ir a un lugar donde no quería ir no estuviera con esta discapacidad, siente arrepentimiento, impotencia y sentimiento de culpa, pero acepta que por algo está acá, es colaborador y atento. Su familia se preocupa mucho por él, nos cuenta cómo lo ayudan para que se rehabilite en todo sentido, económico, cuidados médicos y soporte emocional.

En los aspectos físicos tiene falta de control de esfínteres, espasmos, calambres, dolores de cuello, de cabeza, gripes recurrentes, ulceraciones, le cuesta todavía moverse por el tipo de silla de tiene.

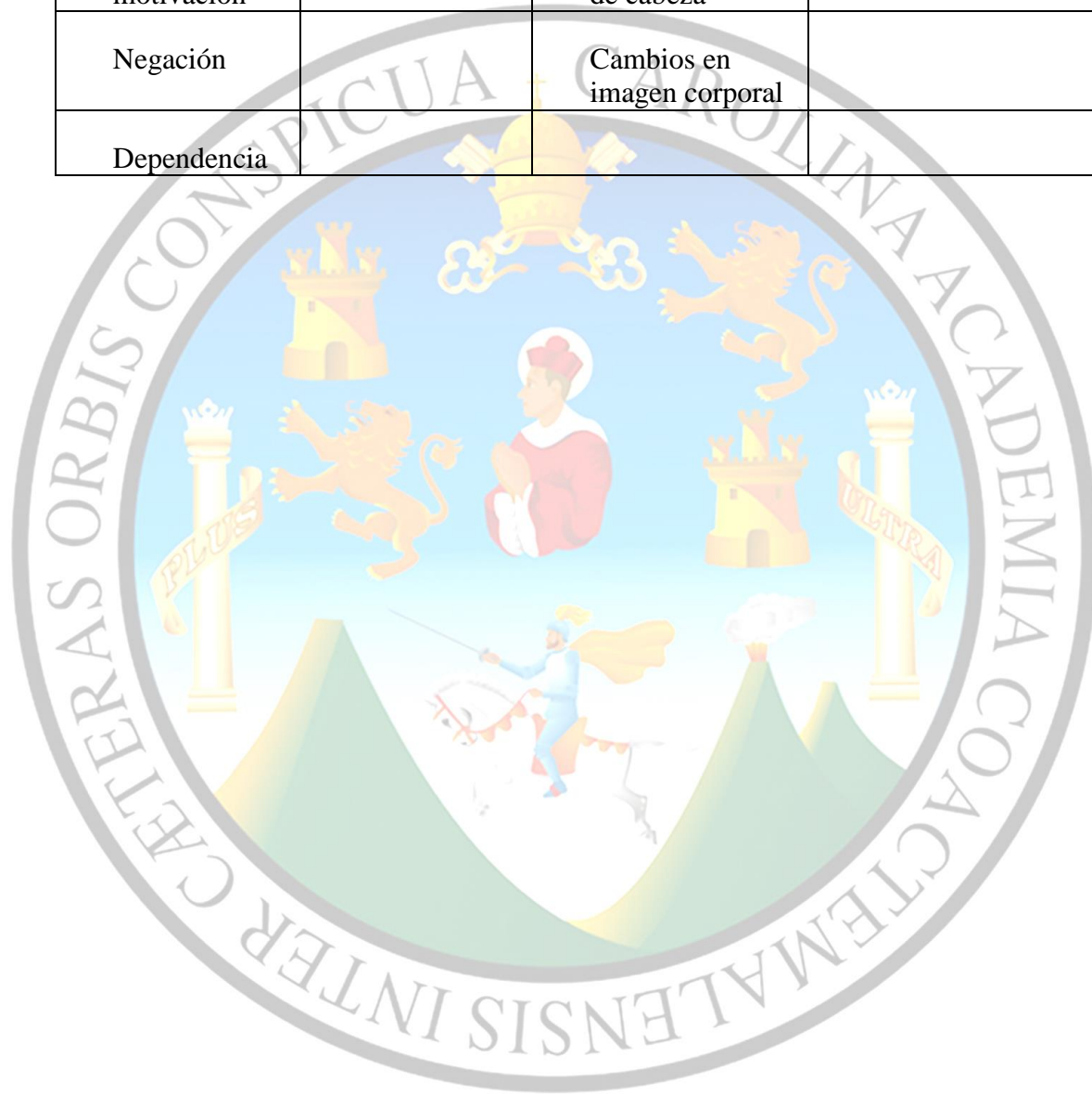
Caso 15: El señor P.P. de 42 años de edad, lesión C5 – C6 (cervical 5 -6), accidente (caída de techo), nos cuenta el señor P.P. cómo fue su accidente manifestando confusión, y tristeza porque dice que por ayudar a sus compañeros le pasó esto, pero tiene que seguir adelante, él señor ha recibido terapia por el seguro social, pero solo en cuidados médicos por sufrir ulceraciones, recibió terapia física lo dieron de alta, no con la suficiente rehabilitación porque le hace falta mucho tiempo, pero lo sacaron porque les hacía falta cama y le dieron caso concluido.

“Recurre a buscar otro tipo de ayuda porque no se va a dejar vencer y tiene que hacer todo lo posible para poder trabajar porque de él dependen su esposa e hijos. Tiene una actitud positiva y trata de poner empeño en su rehabilitación. Los fines de semana pide que lo saquen en la silla de ruedas para poder vender dulces en la calle, y refiere que aunque sea poco le sirve para sus gastos familiares, la gente a veces se porta indiferente y lo hacen a uno de menos, lo ven a uno con lástima pero yo les voy a demostrar que sí puedo salir adelante”.

Cada testimonio de vida e historia de vida es una recopilación de información acerca de todos los factores psicológicos, económicos, físicos y sociales que se identifican a continuación:

<b><u>Factores psicológicos</u></b>	<b><u>Factores económicos</u></b>	<b><u>Factores físicos</u></b>	<b><u>Factores sociales</u></b>
Tristeza	Costos médicos	Pérdida de apetito	Acondicionamiento de vivienda
Desesperanza	Baja reincorporación laboral	Espasticidad, calambres	Discriminación laboral
Falta de Autoestima	Problemas para mantener a su familia	Ulceraciones	Injusticia
Angustia	Falta de talleres ocupacionales para aprender un nuevo oficio	Disfunción intestinal y vesical	Falta de inclusión
Preocupación		Disfunción sexual	Barreras arquitectónicas
Ansiedad		Infecciones urinarias a repetición	Falta de transporte
Intentos suicidas		Infecciones respiratorias	
Miedo a perder al ser amado		Enfermedades cardiovasculares	

Falta de seguridad		Dolor neuropático	
Falta de motivación		Mareos, dolores de cabeza	
Negación		Cambios en imagen corporal	
Dependencia			



### 3.03. Análisis general:

Haciendo un análisis del enfoque cuantitativo y cualitativo, se puede observar con más detalle, que una de las principales causas por las cuáles las personas que viven con lesión medular, son a consecuencia de la violencia que se vive hoy en día en nuestra sociedad, o al mismo tiempo podemos observar que otra de las causas son los accidentes de tránsito debido a la irresponsabilidad vial de algunos guatemaltecos, por todo lo anterior las personas que viven con lesión medular presentan efectos: físicos, sociales, económicos y psicológicos, los cuáles, no permiten que se integren al medio en que viven.

Uno de los principales efectos psicosociales que predomina en las personas con lesión medular son los emocionales, que desencadenan fuertes crisis depresivas, debido a las situaciones que implican la misma, por lo que estas personas experimentan fuertes crisis de vacío existencial, al no tener motivos para seguir viviendo debido a las secuelas físicas por las que tienen que atravesar, no cabe duda que el apoyo familiar es de gran importancia para su rehabilitación, por lo que refieren que si no fuera por ellos no podrían salir adelante.

Otro de los factores que se ve altamente afectado es el aspecto económico, debido a que no hay inclusión por parte de la sociedad al ámbito laboral, debido a su condición viéndose altamente afectada su situación económica al no poder generar los ingresos necesarios para poder subsistir, a la vez podemos observar el deterioro o el

rompimiento de la relación con su pareja porque debido a que los roles se invierten, llegando a depender de él o de ella.

A la vez, son discriminados por la sociedad, debido a su condición, al no poder movilizarse con propiedad por las malas condiciones de transporte, ya que por presentar escasos recursos económicos, no pueden contar con un transporte adaptado propio, a la vez es importante mencionar la presencia de barrera arquitectónicas las cuáles les dificultan el poder trasladarse de un lugar a otro, por lo que optan quedarse marginados.

***“Vivir con una discapacidad es complejo, porque crea muchos miedos e inseguridades, saber que nada va a ser como era antes.... Es difícil porque me va a costar más que a una persona normal físicamente”. (Sustraído de un testimonio de una persona que vive con lesión medular).***

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.01. Conclusiones:

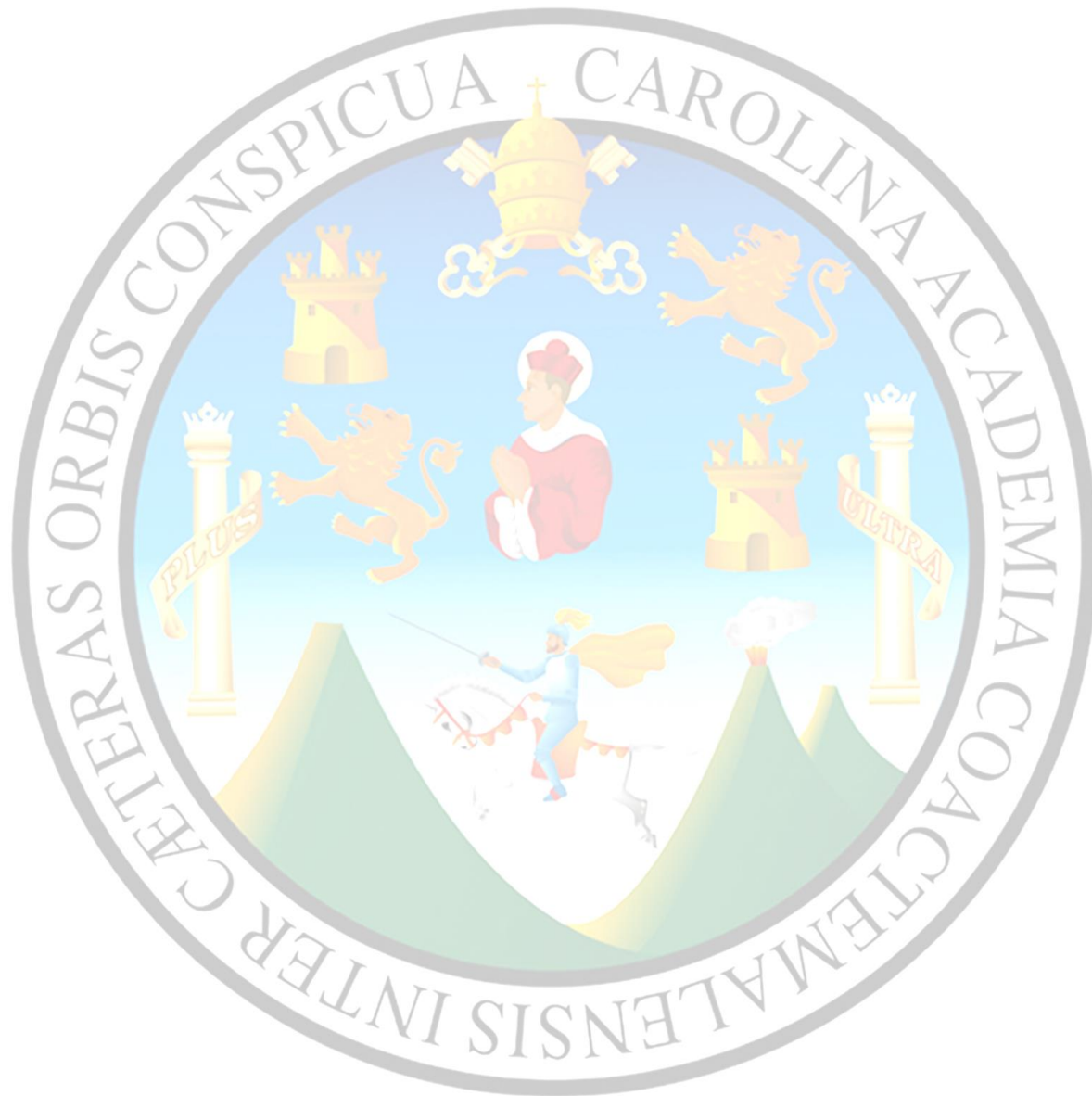
1. Los factores psicológicos por los que atraviesa la persona con lesión medular inciden en depresión y ansiedad, debido a que ello representa un cambio brusco de vida, perdiendo el sentido la misma, a la vez se presentan cambios en el estado funcional al verse limitada la movilidad, así como las actividades que desempeñaba con anterioridad.
2. Las personas con lesiones medulares se ven afectadas en el aspecto físico, debido a que cambia el funcionamiento de su cuerpo, presentando una serie de cambios motrices, de excreción, función sexual, infecciones y ulceraciones, alterando la actividad y las funciones, así como la participación de la propia persona.
3. En el factor económico, existe la preocupación del mantenimiento de la propia persona y su familia, por no tener acceso a oportunidades laborales dignas para generar el sustento del diario vivir.
4. La disfunción física, genera cambios en su participación social, viéndose en la necesidad de hacer adaptaciones a su entorno, para poder desenvolverse dentro del mismo, lo cual requiere de recursos económicos con los que no cuenta, por lo que se ven excluidos de la sociedad.

#### 4.02. Recomendaciones

1. Plantear y proponer programas en donde se les brinden las herramientas necesarias para una mejor adaptación a su problemática.
2. Por medio de la aplicación de las diversas técnicas e instrumentos a cada uno de los integrantes de la muestra, se llega a la conclusión sobre la necesidad de implementar un programa de soporte psicológico.
3. A la Escuela de Ciencias Psicológicas, es de suma importancia que las autoridades concienticen a la población estudiantil, así como al claustro de docentes sobre discapacidad y su importancia en la inclusión de quienes la presentan, dentro de esta unidad académica.
4. Al Hospital de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn, brindar una rehabilitación integral que comprendan los aspectos físicos y emocionales, a la vez la implementación de talleres dirigidos a las familias para enseñarles el abordaje así como las formas de vivir con discapacidad y de esta manera superar la dependencia y co-dependencia.
5. Al Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad (CONADI), la implementación de propaganda en contra de la discriminación de la discapacidad, debido a que son personas que luchan por enfrentar los retos del diario vivir, teniendo los mismos derechos y oportunidades al igual que el resto de la población guatemalteca.



6. Al público en general, informarse sobre discapacidad para tratar de una manera adecuada a las personas que la presentan, ya que en nuestro medio social se usan términos despectivos para referirse a ellos.



## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado Díaz, A. L. (2,003.). *Estrategias de Afrontamiento y Proceso de adaptación a la Lesión Medular*. Madrid.: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- American Spinal Injury Association, T. (2014). *Elservier*. Obtenido de Elservier.es: <http://dx.doi.org/10.1590/S0325-00752011000300011>
- Beck., A. T. (1961,1971,1996). *Cuestionario de Beck, BDI- 1A, BDI- II*.
- Cirilo Toro Vargas, P. D. (1994, Revisión 2003). *Autoestima, Autoexamen*.
- Consejo Nacional para la Atención de Personas con Discapacidad, C. (1,996). *Ley de atención a las personas con discapacidad*. Guatemala.
- Existencialismo, I. A. (24 de Abril de 2,002). *institutoananda.com*. Obtenido de [institutoananda.com](http://institutoananda.com): [gestalt@institutoananda.es](mailto:gestalt@institutoananda.es)
- Federal, I. C. (1,999). *Manual de Grupos de Autoayuda, sugerencia para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda*. México.
- Feldman, R. S. (s.f.). *Psicología, capítulo: Motivación y Emoción*. Person.
- Frankl, V. E. (2011). *El Hombre en Busca del Sentido*. Herder S.L.
- Gaytan Martínez, C. A. (2015). *Ansiedad, Depresión y Stress Postraumático como comorbilidad Psiquiátrica en Pacientes con Lesión Médular*. Guatemala: Universitaria.
- Hernández Sampiwei, R., Collado, F., & Lucio, P. B. (1,991). *Una Técnica de Psicoterapia Breve*. México: Mc-Graw-Hill.
- ICEFI-UNICEF. (2,011). *La discapacidad. El remedio de nuestros males, un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar la Salud Pública en Guatemala, 2012-2021*. Guatemala.
- Instituto Nacional de Estadística, I. (septiembre de 2005). *Hallazgos de la primera encuesta nacional de Discapacidad*. Guatemala.
- Knobel, M. (1986). *Psicoterapia Breve, Psicopatología y Psicósomática*. San Pablo, Brasil.: Paídos, Mexicana.

López., B. P. (2,003). Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. En B. P. López., *Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica* (pág. 115.). España: Panamericana.

Morris Charles, A. M. (1992). *Psicología*. México.: Pearson Educación.

Neurológica, C. d. (24 de julio de 2015). *www.neurofuncion.com*. Obtenido de [www.neurofuncion.com](http://www.neurofuncion.com): [www.asiaspinalinjury.org/publications/2006-classif-worlsheet.pdf](http://www.asiaspinalinjury.org/publications/2006-classif-worlsheet.pdf)

Organización de Naciones Unidas, O. (2.015,2016). *Informe Nacional de Desarrollo Humano*. Obtenido de [desarrollohumano.org.gt](http://desarrollohumano.org.gt): <http://desarrollohumano.org.gt/desarrollo-humano/concepto/>

Organización Mundial de la Salud, O. (2,001). *CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. España: Grafo, S.A.

Ríos, R. (1 de Abril de 2017). Fundación busca reintegrar a sus pacientes con lesiones medulares. *El Periódico*, pág. 7.

Test de Depresión y ansiedad de Goldberg, I. G. (1,995). *www.actad.org*. Obtenido de [www.actad.org](http://www.actad.org): [www.actad.org](http://www.actad.org).

[www.consumer.es](http://www.consumer.es). (s.f.). *Exceso de sudoración*. Obtenido de [www.consumer.es](http://www.consumer.es)

[www.medulardigital.com](http://www.medulardigital.com). (s.f.). *Espasticidad y espasmos musculares*. Obtenido de [www.medulardigital.com](http://www.medulardigital.com)

[www.psicologiaymente.com](http://www.psicologiaymente.com). (s.f.). *Los 4 tripos de autoestima*. Obtenido de [www.psicologiaymente.com](http://www.psicologiaymente.com)

## VI. ANEXOS

### Anexo 1

#### BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### DATOS GENERALES:

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

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

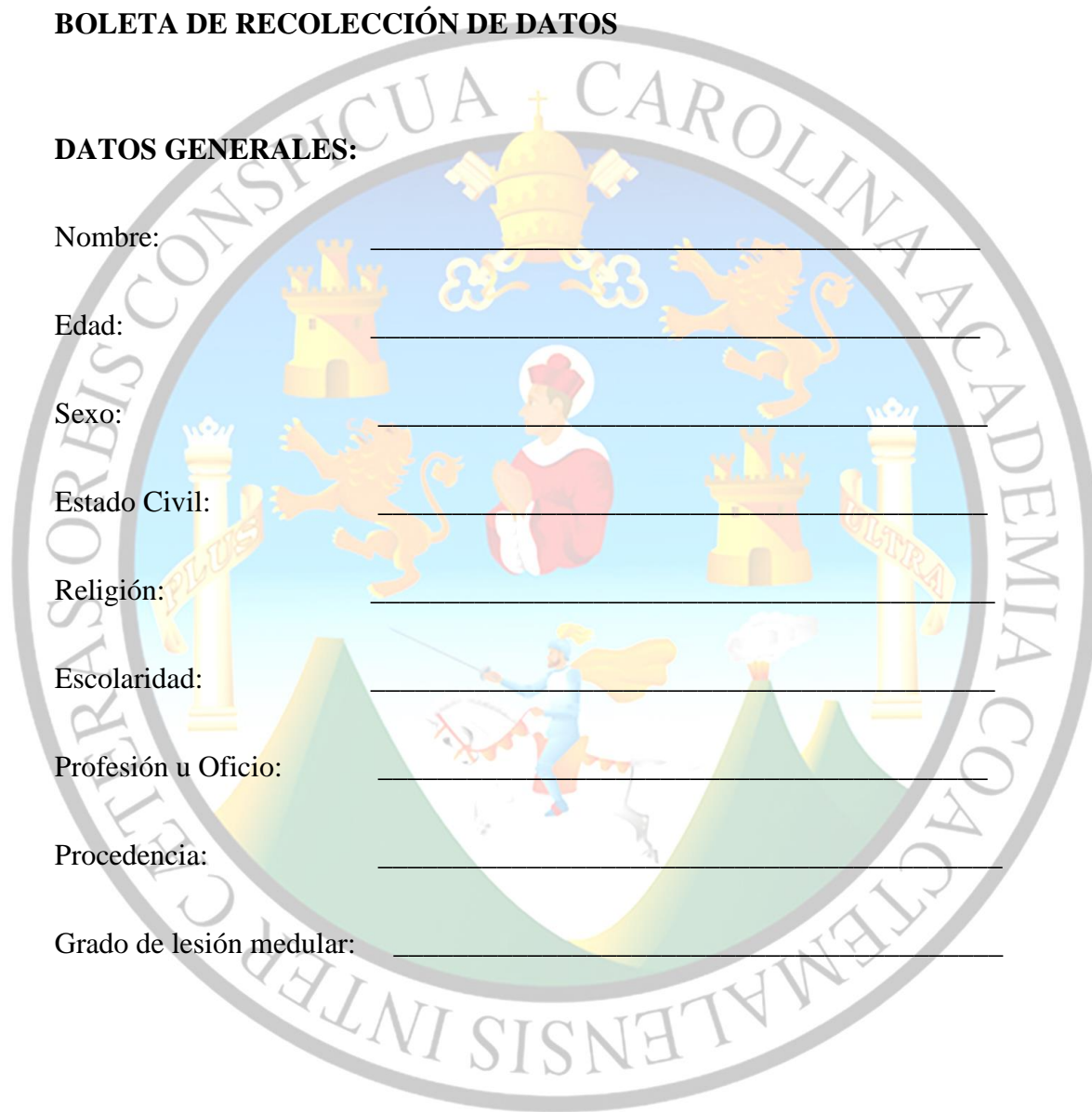
Religión: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

Grado de lesión medular: \_\_\_\_\_



## Anexo 2

### Entrevista estructurada:

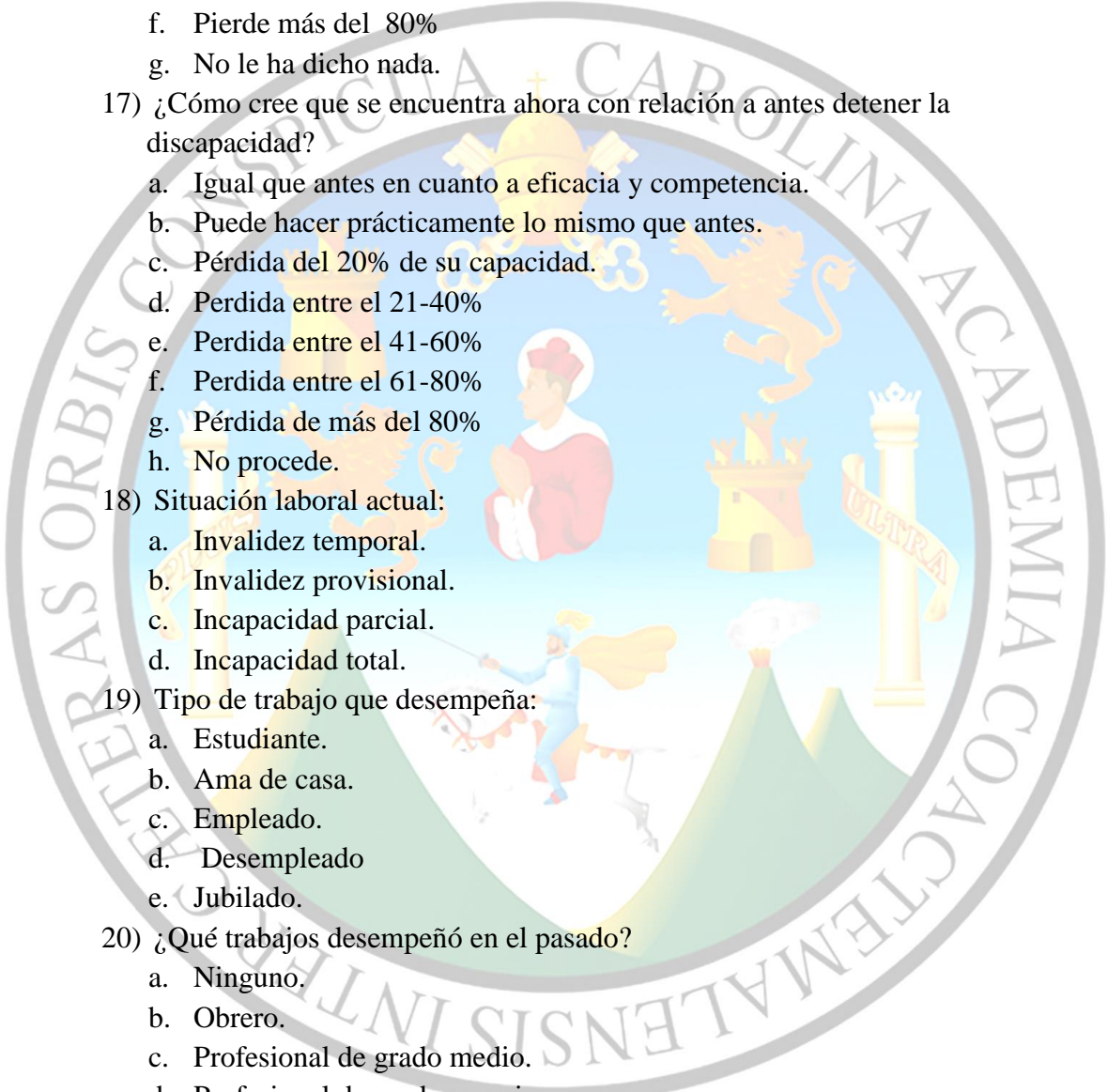
#### DATOS PERSONALES:

- 1) Nombre: \_\_\_\_\_
- 2) Edad: \_\_\_\_\_
- 3) Profesión u oficio: \_\_\_\_\_
- 4) Tipo de lesión: \_\_\_\_\_

#### DATOS FAMILIARES.

- 5) Número de hijos: \_\_\_\_\_
- 6) Trabajo de la esposa:
  - a. Si.
  - b. No.
  - c. No procede.
- 7) Estado de salud de la familia ( padres, hermanos):
  - a. Bueno.
  - b. Regular.
  - c. Malo.
  - d. No procede.
- 8) Estado de salud de los hijos:
  - a. Bueno Regular.
  - b. Malo.
  - c. No procede.
- 9) Casi todo el mundo tiene algunos problemas familiares.  
¿Cuáles son los suyos?
  - a. Ninguno.
  - b. Problemas de pareja.
  - c. Problemas de hijos.
  - d. Problemas de padres y familia.
- 10) ¿Hay algún problema que tenga que ver con su discapacidad? ¿Cuáles?
  - a. Ninguno.
  - b. Protección familiar.
  - c. Dependencia.
  - d. Barreras Arquitectónicas.
  - e. Limitación de la movilidad.
  - f. Problemas Médicos.

- g. Dificultades de adaptación.
- 11) ¿Qué consecuencias ha tenido su discapacidad para su vida de pareja?
- Ninguna.
  - Mayor unión.
  - Distanciamiento.
  - Ruptura.
  - No procede.
- 12) ¿Qué consecuencias ha tenido su discapacidad para sus hijos?
- Ninguna.
  - Mayor Unión.
  - Distanciamiento.
  - No procede.
- 13) ¿Qué consecuencias ha tenido su discapacidad para sus relaciones con sus hermanos, primos?
- Ninguna.
  - Mayor unión.
  - Distanciamiento.
  - Ruptura.
- a. ¿Qué consecuencias ha tenido su discapacidad para las relaciones con la familia y amigos de su pareja?
- Ninguna.
  - Mayor unión.
  - Distanciamiento
  - Ruptura.
  - No procede.
- 14) ¿Qué piensa su familia de su discapacidad?
- Nada en especial.
  - Mala suerte o desgracia.
  - Apoyo, ayuda.
  - Mala suerte pero apoyo.
  - No procede.
- 15) Ha tenido problemas con la familia de su pareja o de sus amigos:
- Ninguno.
  - Distanciamiento.
  - Rechazo, ruptura.
  - No procede.
- 16) Juicio estimado por su médico acerca de su recuperación

- 
- a. Queda igual que antes.
  - b. Pierde aproximadamente el 20% de su capacidad.
  - c. Pierde entre el 21-40%
  - d. Pierde entre el 41-60%
  - e. Pierde entre el 61-80%
  - f. Pierde más del 80%
  - g. No le ha dicho nada.
- 17) ¿Cómo cree que se encuentra ahora con relación a antes de tener la discapacidad?
- a. Igual que antes en cuanto a eficacia y competencia.
  - b. Puede hacer prácticamente lo mismo que antes.
  - c. Pérdida del 20% de su capacidad.
  - d. Pérdida entre el 21-40%
  - e. Pérdida entre el 41-60%
  - f. Pérdida entre el 61-80%
  - g. Pérdida de más del 80%
  - h. No procede.
- 18) Situación laboral actual:
- a. Invalidez temporal.
  - b. Invalidez provisional.
  - c. Incapacidad parcial.
  - d. Incapacidad total.
- 19) Tipo de trabajo que desempeña:
- a. Estudiante.
  - b. Ama de casa.
  - c. Empleado.
  - d. Desempleado
  - e. Jubilado.
- 20) ¿Qué trabajos desempeñó en el pasado?
- a. Ninguno.
  - b. Obrero.
  - c. Profesional de grado medio.
  - d. Profesional de grado superior.
  - e. Empresario.
- 21) Desde que está siendo tratado por su discapacidad.
- a. Ha perdido amigos.
  - b. Han cambiado los amigos que tiene.

- c. Ha ganado amigos.
- 22) Desde que tiene su discapacidad:
- Piensa que tiene más dificultades para conocer a gente y establecer relaciones personales.
  - Piensa que tiene las mismas dificultades de antes.
  - Piensa que tiene menos dificultades que antes porque al haber pensado más en el ser humano sabe mejor que hacer.
- 23) Ha notado cambios en sus relaciones sexuales desde que tiene la discapacidad. ¿Cuáles?
- 24) ¿Cree que su pareja le rehúye desde que esta discapacitado?
- Si
  - No.
  - No procede.
- 25) ¿Han hablado francamente sobre el sexo desde que se encuentra discapacitado?
- Si.
  - No.
  - No procede.
- 26) ¿Experimenta ansiedad, miedo o culpa a causa de su vida sexual?
- Si.
  - No.
  - No procede.
- 27) ¿Considera satisfactoria su vida sexual actual?
- Si
  - No
  - No procede.
- 28) ¿En qué medida es importante la religión para usted?
- Nada
  - Algo
  - Bastante
- 29) ¿Cree que es bueno que las personas que sufren de problemas como el suyo se reúnan y formen asociaciones para ayudarse mutuamente?
- Si
  - No (Test de Depresión y ansiedad de Goldberg, 1,995)
- 30) ¿Cree que la familia debe apoyarle en su estado actual?
- Si
  - No.



## Anexo 3: Escala de Ansiedad de Hamilton

Escala de Ansiedad de Hamilton			
<b>Nombre del paciente:</b> _____			
<b>Fecha de evaluación</b> _____		<b>Ficha clínica:</b> _____	
<b>1</b> <b>Ansiedad</b>	<b>Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	<b>2</b>	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	<b>3</b>	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	<b>4</b>	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
<b>2</b> <b>Tensión</b>	<b>Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	<b>1</b>	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	

	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
<b>3</b> <b>Miedo</b>	<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b>	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	

<b>4</b> <b>Insomnio</b>	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	Profundidad y duración del sueño usuales	
	<b>1</b>	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	

	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	Hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 <b>Dificultades en la concentración y la memoria</b>	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 <b>Animo deprimido</b>	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	

	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 <b>Síntomas somáticos generales (musculares)</b>	<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.</b>		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

8 <b>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	<b>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</b>		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	

	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovascu- lares.	<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa...</b>		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>11</b> <b>Síntomas</b> <b>gastrointestinales</b>	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	<b>4</b>	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

<b>12</b> <b>Síntomas</b> <b>genito- urinarios</b>	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>		Puntaje
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	<b>2</b>	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	

	4	Los síntomas genito-uritarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>13</b> <b>Síntomas autonómicos</b>	<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
<b>14</b> <b>Conducta durante la entrevista</b>	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando</b>		Puntaje
	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

**Anexo 4****Encuesta: Conocimientos sobre discapacidad, lesión medular:**

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

Lea las siguientes preguntas, y responda lo más sincero posible.

1. ¿Qué es para usted una persona con discapacidad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Qué tipos de discapacidad conoce? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Usted tiene alguna discapacidad, o conoce a alguien con discapacidad? ¿cuál describa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Sabe que es una lesión medular? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Conoce que tipo de tratamiento se debe practicar a con lesión medular? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Ha recibido ayuda psicológica como parte de tratamiento? Si o No  
¿Qué tipo de ayuda? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Sabe que es la terapia? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿Cree que a un lesionado medular le pudiera ayudar a recibir terapia psicológica?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Anexo 5****Encuesta no.2: Aspectos médicos, emocionales, sociales y económicos:**

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

A continuación, se le solicita responder a las siguientes preguntas.

1. ¿Usted qué piensa y siente de su condición?
2. ¿Qué piensa su familia sobre su discapacidad?
3. ¿Ha recibido tratamiento psicológico para poder enfrentar sus problemas emocionales que conllevan la discapacidad?
4. ¿Qué le afecta más sobre su estado físico?
5. ¿Cuál era su profesión u oficio al que se dedicaba antes de sufrir su lesión medular?
6. ¿Durante su proceso rehabilitativo ha recibido orientación y capacitación para dedicarse o reinsertarse a una nueva profesión u oficio?
7. ¿Considera que su discapacidad física representa un obstáculo para poderse desempeñar en el área laboral?

8. ¿Recibió orientación sexual durante su proceso rehabilitación y como le afecta actualmente este aspecto con su pareja?
9. ¿Cómo considera que percibe la sociedad su discapacidad física?
10. ¿Cómo está afectando la discapacidad física a su economía familiar?
11. ¿Se siente capaz de aportar económicamente a los gastos familiares, y de qué manera considera poderlo realizar?
12. ¿Qué obstáculos ha tenido en la vía pública para poderse trasladar y movilizar de un lugar a otro?
13. ¿Cómo percibe actualmente su situación?
14. ¿Cuenta con una vivienda con adaptaciones necesarias para desenvolverse de manera independiente?
15. ¿Actualmente tiene una vida social activa?

**Anexo 6:****Autoestima autoexamen Cirilo del Toro Vargas**

AUTOESTIMA: AUTOEXAMEN

Cirilo del Toro Vargas, Ph. D, 1994

**La autoestima es nuestra auto-imagen, o sea, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y actuamos. Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Mientras más negativos nos mantengamos, menor será la misma.**

A partir de una evaluación personal lo más objetiva posible indique con una marca de cotejo en la columna provista a la derecha el número aplicable a su respuesta de acuerdo con la siguiente escala:

<b>4. Siempre</b>	<b>3. Casi Siempre</b>	<b>2. Algunas Veces</b>	<b>1. Nunca</b>		
		<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Me siento alegre					
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco					
3. Me siento dependiente de otros					
4. Los retos representan una amenaza a mi persona					
5. Me siento triste					
6. Me siento cómodo con la gente que conozco					
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa					
8. Siento que soy agradable a los demás					
9. Es bueno cometer errores					
10. Si las cosas salen bien se debe a mis esfuerzos					
11. Resulto desagradable a los demás					
12. Es de sabios rectificar					

13. Me siento el ser menos importante del mundo				
14. Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptado				
15. Me siento el ser más importante del mundo				
16. Todo me sale mal				
17. Siento que el mundo entero se ríe de mí				
18. Acepto de buen grado la crítica constructiva				
19. Yo me río del mundo entero				
20. A mí todo se me resbala				
21. Me siento contento (a) con mi estatura				
22. Todo me sale bien				
23. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos				
24. Siento que mi estatura no es la correcta				
25. Sólo acepto las alabanzas que me hagan				
26. Me divierte reírme de mis errores				
27. Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí				
28. Yo soy perfecto(a)				
29. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos				
30. Me gustaría cambiar mi apariencia física				
31. Evito nuevas experiencias				
32. Realmente soy tímido (a)				
33. Acepto los retos sin pensarlo				
34. Encuentro excusas para no aceptar los cambios				
35. Siento que los demás dependen de mí				
36. Los demás cometen muchos más errores que yo				

37. Me considero sumamente agresivo (a)				
38. Me aterran los cambios				
39. Me encanta la aventura				
40. Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos				
<b>TOTALES DE CADA COLUMNA</b>				
	<b>TOTAL:</b>			

- **Para obtener el resultado, se multiplica el número de arriba de cada columna (4, 3, 2,1) con los totales obtenidos de cada columna.**

***Rango***

160 – 104	Autoestima - Alta	Negativa
<b>103 – 84</b>	<b>Autoestima - Alta</b>	<b>Positiva</b>
<b>83 – 74</b>	<b>Autoestima - Baja</b>	<b>Positiva</b>
73 – 40	Autoestima - Baja	Negativa

**Anexo 7**  
**Lista de cotejo**

NOMBRE:

---

Características emocionales del lesionado medular sin participación sesión de terapia.

Instrucciones: marque con un X si el usuario demuestra el criterio mencionado.

INDICADORES	SI	NO
1) Demuestra optimismo a la vida y a la acción.		
2) Demuestra negatividad.		
3) Demuestra apego a la vida con alejamiento del problema.		
4) Suele presentar dificultades insuperables.		
5) Presenta cambios en su estado de ánimo.		
6) Posterga sus planes por falta de confianza en sí mismo.		
7) Presenta actitud de superación.		
8) Los fracasos le afectan mucho.		
9) Es una persona que maneja sentimiento de culpabilidad por su situación actual.		
10) Es una persona que acepta observaciones sobre su manera de comportarse.		
11) Actúa rápido y con seguridad.		
12) Actúa de forma espontánea en reuniones sociales.		
13) Se desconcierta fácilmente.		
14) Presenta constantes cambios en su estado de ánimo.		
15) Es tímido/a.		
16) Se desvaloriza.		

17) Muestra compasión hacia los demás.		
18) Comparte sus experiencias con facilidad.		
19) Es observador.		
20) Le gusta ser colaborador.		



**Anexo 8****CUESTIONARIO DE BECK.**

A continuación, se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 19 apartados, señale con una cruz la frase que mejor refleje su situación actual.

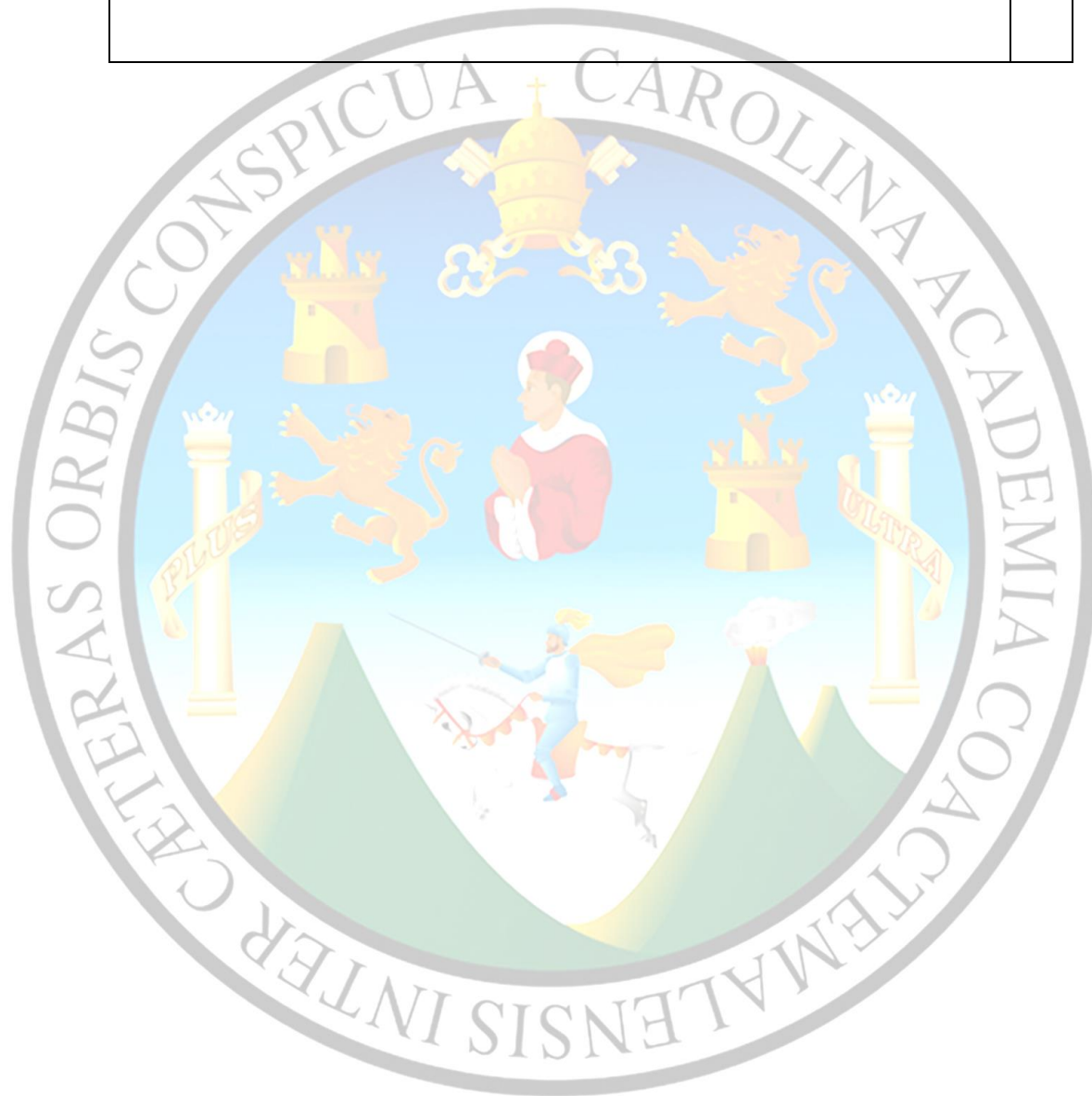
1. Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos.	
2. No me encuentro triste.	
3. Me siento algo triste y deprimido.	
4. Ya no puedo soportar esta pena.	
5. Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.	
6. Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.	
7. Creo que nunca me recuperare de mis penas.	
8. No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.	
9. No espero nada bueno de la vida.	
10. No espero nada. Esto no tiene remedio.	
11. He fracasado totalmente como persona (padre, marido, madre, hijo, profesional, etc.)	
13. He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.	
14. Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.	
15. No me considero fracasado.	
16. Veo mi vida llena de fracasos.	
17. Ya nada me llena.	
18. Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.	
19. Ya no me divierte lo que antes me divertía.	
20. No estoy especialmente insatisfecho.	
21. Estoy harto de todo.	
22. A veces me siento despreciable y mala persona.	
23. Me siento bastante culpable.	
24. Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.	
25. Me siento muy infame (perverso canalla) y despreciable.	
26. No me siento culpable.	
27. Estoy descontento conmigo mismo.	
28. No, me aprecio.	



29. Me odio (me desprecio).	
30. Estoy asqueado de mí.	
31. Estoy satisfecho de mí mismo.	
32. No creo ser peor que otros.	
33. Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal.	
34. Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.	
35. Siento que tengo muchos y muy graves defectos.	
36. Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores.	
37. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría hacerlo.	
38. Siento que estaría mejor muerto.	
39. Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera.	
40. Tengo planes decididos de suicidarme.	
41. Me mataría si pudiera.	
42. No tengo pensamientos de hacerme daño.	
43. No lloro más de lo normal.	
44. Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo.	
45. Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo.	
46. Ahora lloro más de lo normal.	
47. No estoy más irritable que normalmente.	
48. Me irrito con más facilidad que antes.	
49. Me siento irritado todo el tiempo.	
50. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.	
51. He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto.	
53. Me intereso por la gente menos que antes.	
54. No he perdido mi interés por los demás.	
55. He perdido todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.	
56. Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.	
57. Tomo mis decisiones como siempre.	
58. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.	
59. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda,	

60. Puedo trabajar tan bien como antes.	
61. Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.	
62. No puedo trabajar en nada.	
63. Necesito un esfuerzo extra para empezar hacer algo.	
64. No trabajo tan bien como lo hacía antes.	
65. Duermo tan bien como antes.	
66. Me despierto más cansado por la mañana.	
67. Tardo una o dos horas en dormir por la noche.	
68. Me despierto sin motivo en la mitad de la noche y tardo en volver a dormirme.	
69. Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas.	
70. Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas.	
71. No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas.	
72. Me canso más fácilmente que antes.	
73. Cualquier cosa que hago me fatiga.	
74. No me canso más de lo normal.	
75. Me canso tanto que no puedo hacer nada.	
76. He perdido totalmente el apetito.	
77. Mi apetito no es tan bueno como antes.	
78. Mi apetito es ahora mucho menor.	
79. Tengo el mismo apetito de siempre.	
80. No he perdido peso últimamente.	
81. He perdido más de dos kilos y medio.	
82. He perdido más de cinco kilos.	
83. He perdido más de siete kilos y medio.	
84. Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.	
86. Estoy preocupado por dolores y trastornos.	
87. No me preocupa mi salud más de lo normal.	

88. Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.	
89. Estoy menos interesado por el sexo que antes.	
90. He perdido todo mi interés por el sexo.	



**Anexo 9****HISTORIA DE VIDA:**

Datos generales:

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

Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

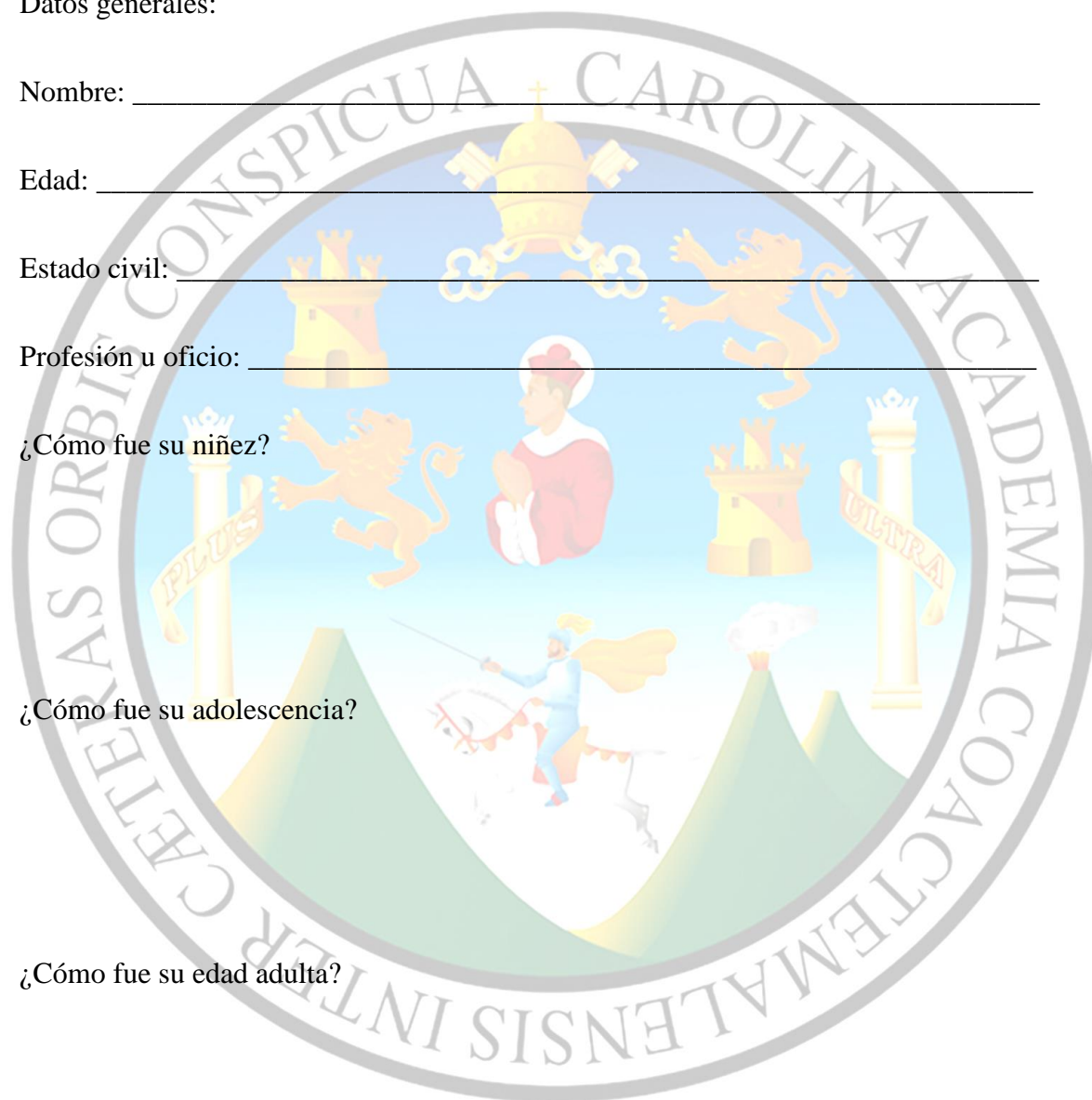
Profesión u oficio: \_\_\_\_\_

¿Cómo fue su niñez?

¿Cómo fue su adolescencia?

¿Cómo fue su edad adulta?

¿Cómo es la dinámica familiar en su hogar?



¿Cómo es la relación de pareja?

¿Cómo es su vida laboral?

¿Cómo es su vida social?

¿Cuál es su actitud ante su discapacidad?



**Anexo 10.**

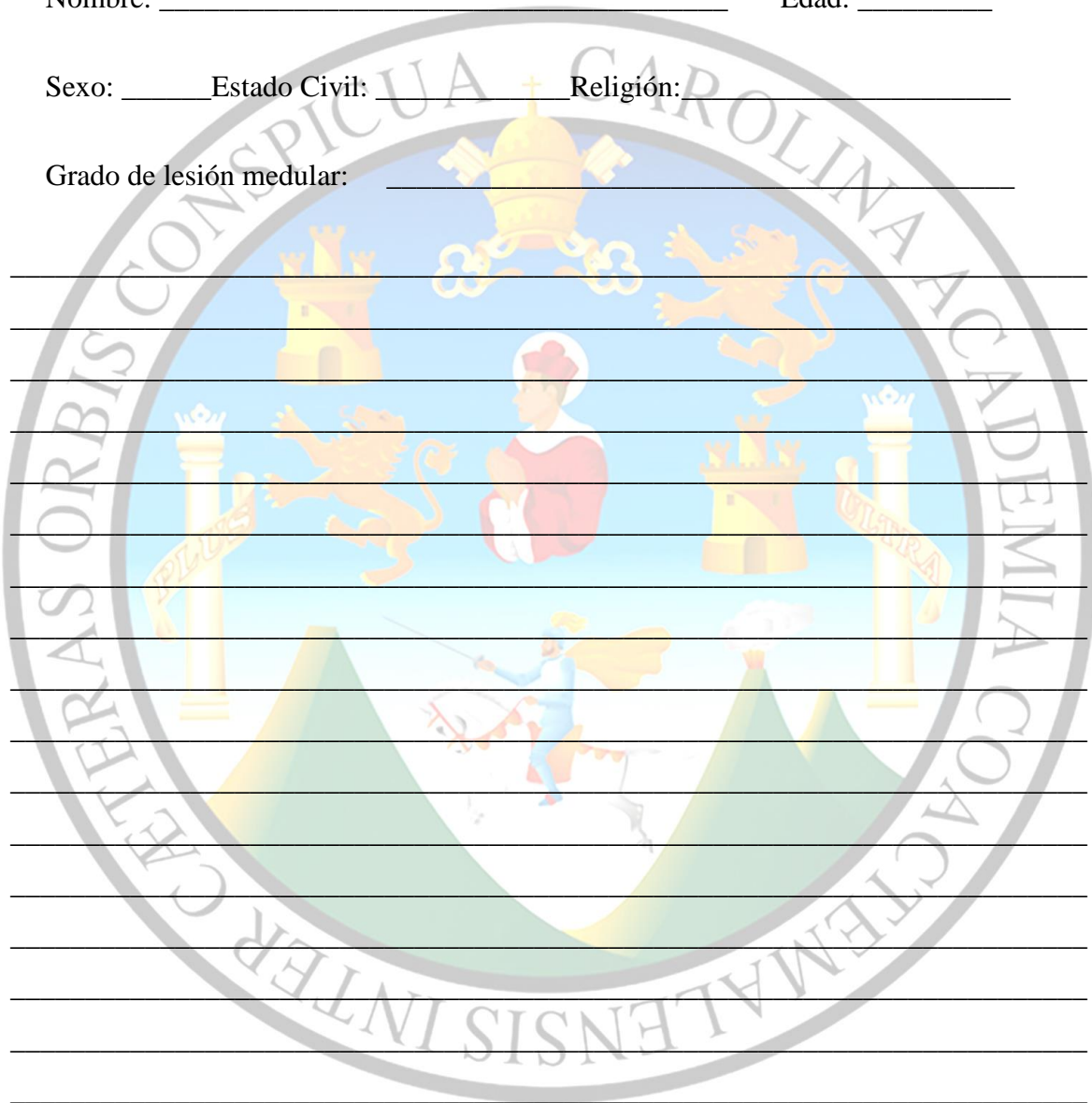
**Testimonio:**

**DATOS GENERALES:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Grado de lesión medular: \_\_\_\_\_



**Anexo 11:****Testimonios****Testimonio caso no. 1:**

“Mi nombre es M.J. tengo 40 años de edad, yo trabajaba como un empleado del estado en el área de mantenimiento, nunca pensé en estar así como las personas que vienen acá, pero me pasó, hace tres años ya, iba con mi familia hacia mi casa en la zona 6 de la ciudad de Guatemala y cerca de mi casa pase a una tienda mi familia no se bajó del carro y juntó a mi llegó un niño vecino de la colonia, cuando en una de esas pasaron baleando la tienda, los chavos iban en una moto, solo sentí que me dieron tres tiros, uno en la pierna, otro en el estómago y otro en el pecho, al niño también le dieron pero ya no supe más de él.

Cuando caí, mi familia salió del carro cuando ya no había peligro y fue auxiliarme, junto con los de la tienda, llamaron a los bomberos, pero yo perdí el conocimiento y cuando me desperté ya estaba en el hospital, creo que me operaron.... sí me operaron. Estaba como “bolo”, no sé cuántos días habían pasado, pero según mi esposa fueron varios días. Me dijo que estuve grave, pasé en el intensivo porque se me complicó la operación casi me muero.... Susurrando mejor me hubiera muerto, porque no podía mover mi cuerpo, me dolía todo, el médico pidió hablar con mi mujer, para decirle que no iba a volver a caminar, cuando pasaron visita con un montón de estudiantes me dió la noticia el doctor, que no iba a volver a caminar porque tenía un daño en la columna a nivel C5 y contó mi caso a los estudiantes y otros doctores que iban con él. No me dejó preguntar nada solo se fue...yo me quedé sin palabras, con la mente en blanco.

Me dió salida un mes después, por lo complicado de mis heridas, me dejó medicinas y le pidió a mi esposa que me llevará una silla de ruedas, al verla me resistí, lloraba en silencio, me deprimí, solo me quería morir, pero solo pensaba en mis hijos, en mi esposa, tuvo que trabajar más, al llegar a mi casa, mi familia, amigos me llegaron a visitar y me dijeron que porque no iba al hospital donde trabajaba para que me dieran terapia, pero pasaron semanas y no iba, estaba enojado con la vida y le

preguntaba a Dios...porqué... porqué me pasó esto a mí. Pues fui al hospital me recibió el médico que me mandó a rehabilitación y me evaluaron los fisioterapeutas y por lo menos me enseñaron a pasarme a la silla y un montón de cosas más, pero tengo miedo, pena, tristeza, porque ya no soy lo que era antes, ni como hombre sirvo, cuando regreso a mi casa, lo que hago es acostarme y dormir, ese es mi testimonio”.

**Testimonio caso no. 2:**

“Mi accidente pasó hace 10 meses, yo trabajaba en una finca del Petén porque soy de allá, pues un día cuidando rebaños de vacas, nos dijeron que habían cuatros robando ganado y yo era el encargado del terreno, fui a casa y me dije a mi mujer que me pasará la pistola, ella se puso a jugar con esta y se le salió un tiro, me pegó en el pecho, pero la bala perforó el pulmón derecho y rebotó en una vértebra la C4, si mi lesión es alta, estuve también grave, a punto de morirme, pero por la gracia de Dios me salve, estuve entubado por varios días por el problema del pulmón, pero salí, solo tengo que tener cuidado porque estoy con problemas de gripes que se me complican y me dan casi bronquitis.

También por el traumatismo quedé sin poder controlar la orina y me hago popó, entonces tengo que usar sonda con una bolsa que vacío cada dos horas y tener cuidado para cuando tengo ganas de ir a evacuar, no siento, pero miro la hora para saber más o menos cuantas veces tengo que ir al baño, solo defecó una vez al día y a veces me estriño o cuando tengo diarrea es el problema.

Pues no metí presa a mi esposa porque tengo un hijo con ella, me si me separe, solo le pedí que lo mantuviera ella porque yo no podía, me vine a vivir a la capital y me hice amigo de una muchacha la cual es mi nueva pareja pero no puedo tener relaciones con ella, le conté al doctor lo que me pasaba, no tenía erección y me dijo que era porque tenía una lesión muy alta, pero me dijo que usará la imaginación para darle satisfacción a mi mujer, pero no puedo tener hijos. Sabe me cambio la vida todo esto, me ha costado, pero aquí estoy”.



**Testimonio caso no. 3:**

“Yo tengo 35 años, soy mamá de tres hijos pequeños, mi esposo le gusta tomar y se ponía necio, a veces me decía groserías, a veces me pegaba porque yo peleaba con él por estar tomando, en una de una me pegó y me empujó y yo caí en la esquina de la mesa y me desmayé, no sé cuántas horas pasaron hasta que mis hijos llamaron a unos vecinos, eso me cuentan ellos, pero paré en el hospital, mi cuello y mi cabeza estaban como reventados y me pusieron un cuello, pero yo al despertar vi lo que tenía puesto pero no sentía mi cuerpo no podía mover ni mis brazos y peor mis piernas.

Llegó el doctor y con mis familiares nos dijo que tenía una fractura en una vértebra de la columna y que era diagnóstico reservado, pero me dijo que tenía un cuadro de cuadriplejía, yo no entendía, me explicó que consistía en no poder mover las cuatro extremidades o sea los brazos, ni las piernas. Me puse a llorar, grité, maldije a mi marido, pero solo pensaba y pienso en mis hijos.

Las señoritas enfermeras me limpian, me bañan, me ponen el pañal, es una grosería no poder hacer nada, pero las señoritas terapistas me fueron a ver y me hicieron ejercicios en los brazos y me pusieron cucharadas, tenedores con esponjas con vendas para que empezará a comer por mí misma, miren yo le estoy muy agradecida a las señoritas porque pase mucho tiempo para lograr mover mis brazos y mis manos, todavía estoy algo aguada, pero por lo menos ya logro moverlos.

Y las otras terapistas me trabajan las piernas yo sé que voy a salir adelante por la gracia de Dios, por mis hijos, estoy tratando de luchar todos los días. Mi familia me ha ayudado un montón, me apoya, a veces me desesperó y ya no quiero seguir, pero es una lucha diaria. Yo también no logró ir al baño por mí misma, pero ni siquiera podía vestirme, ni comer, pero con terapia se pueden hacer las cosas”.

**Testimonio caso no. 4:**

“Mi nombre es JP., pues yo estaba atendiendo mi tienda y pues en una de esas me llevaron un teléfono, unos mareros y me dijeron que si no lo recibía me iban a matar a mí y a toda mi familia, pues pagamos la extorsión, pero no cumplieron, un día pasaron baleando la tienda yo estaba con mis dos hijos, cuando oí los balazos yo me agache, pero un tiro me dió en la espalda.

Sentí un calor muy fuerte y me desmaye, los doctores me dijeron que la bala me tocó la columna y que ya no iba a volver a caminar... que tenía que estar en una silla de ruedas el resto de la vida. Creánme me sentí morir... a mi encantaba bailar, hacer mis oficios, moverme de un lugar a otro, sin ayudas....el único consuelo que me queda es que no le pasó nada a ninguno de mis hijos.

Mi marido cerró la tienda y nos fuimos de ahí, me ha costado mucho porque mucho dolor en mi columna, me dan calambres seguido. Y eso pasó hace un año, tengo úlceras que una casi me llega hasta el hueso y así he estado, vengo a este hospital para ver en que me puedan ayudar”.

**Testimonio caso no. 5:**

“Yo hace año y medio PO, me caí de mi moto porque choqué contra un tráiler, no sé si el tráiler me jaló o yo me choque, la cosa es que no llevaba casco, yo no me acuerdo de nada del accidente. Me llevaron al hospital de Zacapa y me sacaron radiografías donde me encontraron dos vértebras fracturadas T 8 y T9 me dijeron. Me llevaron hacerme otros exámenes a la capital porque tenía otros golpes y me pusieron una barra en la pierna derecha y me pusieron en el intensivo porque me puse bien malo.

Creó que me de tantos golpes que tenía en todo el cuerpo pues yo solo le pedía a Dios me que me llevará porque tenía mucho dolor, pasaron 5 meses para que me repusiera, yo no tenía movimiento en las canillas, ni en un brazo y mi familia se vino para Guate para apoyarme, nosotros somos campesinos que trabajábamos en siembras, yo tengo un hermano en los Estados Unidos y así es como nos ayudamos.

Pero por lo que yo vengo al hospital es para que me ayuden a tratar de seguir, yo por mí ya me hubiera dejado morir...porque ya no tengo ganas de vivir...para qué si estoy en una silla, mi mujer me dejó porque según ella ya no puede cuidarme. Solo por mi madrecita estoy aquí. En Zacapa yo no podía seguir porque allá no es un lugar que me puedan ayudar y por un vecino me enteré de este hospital. Para ver si me pueden ayudar a enseñarme como subirme a mi cruz (silla de ruedas), a que me den ejercicios, a ver cómo puedo trabajar de nuevo y en qué”.

**Testimonio caso no. 6:**

“Hace 15 años yo iba en el bus hacia mi casa para almorzar, en el bus de la ruta 65, para las fechas de diciembre, fue el 12 de diciembre, venía el bus lleno, pero a la parada del hospital general se bajó la mayoría de gente y nos quedamos como 12 personas en el bus, yo me fui para atrás y un chavo se fue conmigo y me saludo pero yo no le conteste el saludo porque no lo conocía, el chavo me pego en la cara yo me quedé mudo y empezaron asaltar el bus, quitaron bolsas, celulares, mochilas yo no llevaba más que mi pasaje de regreso, y como vieron que no les di nada que me empezaron a pegar.

El chofer se fue sin hacer paradas porque un chavo le dijo que no parará, que él le iba a decir donde se bajaban y así fuimos con ellos, yo sentí eterno pero, otro asaltante le dijo a otro que “*tenía ganas de matar*”, el otro chavo le dijo que me dejará tranquilo pero no hizo caso y me apunto con la pistola en la cabeza, dió órdenes el chavo para que en la siguiente parada se quedaban y que le abrieran las puertas de atrás, cuando sentí, solo moví la cabeza y me dieron en la parte de atrás de la oreja derecha, sentí un corto circuito, un zumbido fuerte en los oídos, no podía respirar y caí, al caer solo vi los edificios, oía voces, gritos y un señor me dijo que le pidiera a Dios porque ya habían llamado a los bomberos, que luchará por mi vida, pero me desmaye.

Como que llegaron los bomberos y me resucitaron porque me desperté, al despertarme solo vi que estaba entubado y tenía descubierto el pecho sentí dolor, me llevaron al hospital Roosevelt y me pasaron a urgencias, me empezaron a desvestir, me

hacían preguntas pero me quede sin hablar, me quedé como en estado vegetal. La bala no me la pudieron sacar porque como que rebotó en zigzag entro en la parte derecha detrás del oído, reboto en la columna y se quedó en el brazo izquierdo.

Los doctores mandaron hacer una resonancia magnética y vieron que tenía dañada la médula espinal, le dijeron a mi mamá, me dieron los cuidados médicos y me mandaron a mi casa, como un vegetal....me quedé cuadripléjico, unos días me cuidaron familiares, amigos pero como todo se aburrieron o tenían cosas que hacer, pero yo lo dije a mi mamá que me trajera al hospital para que me dieran terapia, y así lo hizo, me empezaron a dar terapia y hoy por hoy ya puedo mover mis brazos, ya puedo manejar mi silla y yo estoy seguro que poco a poco voy a salir adelante”.

#### **Testimonio caso no. 7**

“Soy JL. Tengo 40 años, y soy maestra, bueno era...mi historia aparte de ser traumante, es una gran injusticia causada por la violencia que vivimos en este país, estábamos recibiendo un curso docente con mis dos compañeros, ellos eran padres de familia al igual que yo y dábamos clases en una escuela pública.

Pues, después del curso nos íbamos a la universidad para terminar con nuestra carrera en pedagogía, saliendo del lugar, había una manifestación, pero se escuchaba como que también estaban en disturbios, la cosa que yo solo sentí que algo caliente me había caído en la espalda y me dijo uno de mis compañeros J....corra, corra lo más que pueda, pues me asuste y empecé a correr, pero al voltear vi a mis amigos tirados, muertos y al verme yo estaba chorreando sangre, se me doblaron las rodillas y caí.

Al despertar ya estaba en el hospital, tenía mucho dolor en la espalda, me daban analgésicos pero nada me quitaba el dolor, tenía espasmos en las piernas, las sentía que no eran mías porque no las podía controlar, hasta que se durmieron poco a poco, hasta ya no sentir las, le pregunté a los doctores que es lo que me pasaba y solo me decían que tenían que hacer más estudios...pero yo sabía que algo estaba mal, hasta que llegó ese día que no quiero recordar, pero lo tengo presente todos los días porque quedé en una silla de ruedas.

**Testimonio caso 8:**

“Fui a la casa de un mi amigo a ver cómo estaba su terraza porque se la acababan de construir, estando ahí arriba sentí un mareo y me caí en el terreno de la otra casa donde habían varias cajas de aguas en ese momento perdí la conciencia y me golpeé la nuca quedándome inconsciente, en ese rato me llevaron al hospital y ahí me dijeron que me había golpeado la columna y que me iban a mandar al Hospital San Juan de Dios.

Cuando llegue me hicieron bastantes exámenes, me quede dos meses en el hospital y el doctor, me mando a fisioterapia, ahí me hacían bastantes ejercicios todos los días, pero nadie me decía si iba a volver a caminar o no, un día yo les pregunté a otros doctores que me examinaban y ellos fueron los que me dijeron que yo nunca más iba a volver a caminar porque me había golpeado la columna, para mí fue muy difícil, ya que no me imaginaba como sería mi vida, ya que no iba a volver a ser la misma persona, que era antes”.

**Testimonio caso 9:**

“Yo iba en la camioneta 96 por la parroquia cuando se subieron unos patojos de la mara asaltar a los que íbamos en el bus, nos pidieron a todos, todo lo que llevábamos, yo al ver lo que estaba pasando, iba sentado hasta atrás poco a poco me pare para tirarme de la camioneta, cuando oí dos disparos, todavía me logre tirarme de la camioneta y cruce la calle, en ese rato me caí, toda la gente asustada fue a ver lo que me había pasado, me decían que habían llamado a los bomberos, lo que sentía era como fuego en mi espalda, las personas me trataron de menear para ponerme bien, al rato llegaron los bomberos, me subieron a la ambulancia y me llevaron al Hospital San Juan de Dios.

Al estar en la emergencia, me di cuenta que poco a poco dejaba de sentir mis piernas, me dejaron bastante tiempo esperando para que me pudieran ver los doctores, cuando llegaron, me dijeron que de plano me había pasado eso por estar metido en cosas malas, me dejaron internado seis meses en el hospital.

Cuando me iban a dar mi salida, me dijeron que mejor me fuera a mi casa, porque de todos modos ya no iba a caminar, para mí fue muy difícil aceptar lo que me habían dicho, llamaron a mi casa para que me fueran a traer, y me tuve que ir, pero me costó aceptar la idea de no volver a caminar, se me quitaron las ganas de seguir viviendo y me estuve encerrado bastante tiempo en mi casa, después me enteré, que en este hospital hacían rehabilitación, mi familia hizo lo imposible para que me internaran y aquí fue donde aprendí a valerme por mí mismo”.

**Testimonio caso 10:**

“Íbamos en la carretera con mi tío, en la palangana de un pick-up acostados, cuando un carro nos chocó, salí volando y caí cerca de un árbol, mi tío se bajó golpeado, me dijo que me levantará al tratarlo de hacer ya no pude, él me trato de levantar, pero le costó mucho, intentó jalarme de los brazos, pero no pudo, poco a poco empecé a sentir que las piernas se me dormían, me llevaron los bomberos al hospital de Cuilapa, tuve que esperar como tres horas en la emergencia y como costó que llegará el doctor, después de tanto esperar, llegó, me examinó, me quedé en el hospital quince días, después los doctores me dijeron que me trasladarían a la capital, al hospital General San Juan de Dios.

Cuando llegué me hicieron bastantes exámenes, dos días después me dijeron que el golpe había sido muy duro y que me había golpeado la espalda, y que por eso la medula espinal se me había fracturado, para mí fue muy difícil aceptar lo que me decían, porque me puse a pensar que mi vida, ya no iba a ser la misma”.

**Testimonio caso 11:**

“Vivía en Petén con la mamá de mi hijo, siempre he sido una persona trabajadora, pero tenía problemas con ella porque era una persona muy celosa, siempre estaba pendiente de lo que yo hacía, o si me tardaba en regresar a mi casa después del trabajo, ella me salía a buscar, de vez en cuando, nos reuníamos con mis amigos después de salir del trabajo, un día conocimos a unas patojas de uno de ellos y ella se enteró y desde ese entonces siempre me echaba en cara lo mismo, me iba a buscar al trabajo a la hora de la salida, si me tardaba un poco más.

Un día cuando salimos, una de ellas llegó y nos pusimos a platicar, se me olvidó que tenía que regresar, íbamos a subir al carro, cuando la mamá de mi hijo apareció, se acercó y me di cuenta que tenía mi arma, estaba irreconocible, discutimos muy fuerte y levantó el arma y me disparó, me desmayé, llegaron los bomberos y me llevaron al hospital, al llegar los doctores me vieron y me dijeron que me trasladarían a la capital, porque en ese hospital no tenían los aparatos para hacerme todos los exámenes que necesitaba, me llevaron en una ambulancia al Hospital General San Juan de Dios, me hicieron todos los exámenes y los doctores me dijeron que una bala me había rosado la medula espinal T3,T4.

Para mí y mi familia fue muy duro al ver en la situación en la que estaba, me quedé internado como 4 meses porque me salieron unas úlceras por que los enfermeros no me daban vuelta en la cama y yo solo no podía hacerlo, cuando me cerraron las úlceras me dieron de alta del hospital y me mandaron a este hospital, para que recibiera mis terapias y así poderme valer por mí mismo, lo que me afectó bastante. Fue el estado de ánimo muy bajo que tenía, por eso no tenía ganas de hacer nada”.

**Testimonio caso 12:**

“Estaba estudiando Secretariado Bilingüe, por cierto era mi último año, nos estábamos terminando de examinar y para celebrar con mis amigas decidimos ir a celebrar, de regreso a mi casa tuvimos un accidente en el carro de un amigo, él iba manejando, menos mal no le paso mayor cosa, al igual las otras 3 personas que iban en el carro, inmediatamente llamaron a los bomberos las personas que se acercaron a ver lo que había pasado, al llegar me llevaron de emergencia al Hospital General.

Al llegar ahí, se comunicaron con mis papás para darles la noticia, me atendieron bastante rápido al ver en la situación en la que estaba, los médicos llamaron a mis papás para informarles lo que me había pasado y que por lo mismo, me había lesionado la columna vertebral c4, c5, y que mi lesión era bastante alta, por lo que me iba a quedar prácticamente inmóvil, sentí que el mundo se me venía encima, ya que estaba consciente.

No podía creer lo que me estaba pasando, por lo mismo me quede internada 5 meses en el hospital, porque necesitaba cuidados especiales, conforme fui mejorando, los terapistas llegaban hacerme ejercicios y me explicaban la importancia de cada uno de ellos, al mejorar los médicos me dieron de alta, debido a que consideraban que ya no había mayor cosa que pudieran hacer por mí. Por medio de unas amistades nos enteramos de este hospital, averiguamos, y fuimos a que me evaluaran, el médico nos hizo ver la importan”.

**Testimonio caso 13:**

“Trabajé en la bananera como encargado de un área, unos días antes de la navidad, al salir de vacaciones me fui a supervisar a unos trabajadores, me subí a un pick up, pero no agarre la misma ruta que acostumbraba, en lugar de cruzar seguí recto y vi que un camión venía en contra de la vía, como pude me desvié y caí en una cuneta, el pick



up se quedó de lado, sentí un jalón para adelante muy fuerte, de por sí padecía de una hernia en la columna, del golpe me lastime la cabeza y el cuello, quedando inconsciente.

Varias personas me sacaron del pick up, al rato llegaron los bomberos y me llevaron al hospital de Izabal, se comunicaron con mi familia los compañeros del trabajo y les contaron lo que me había sucedido, al llegar al hospital les dijeron a mis familiares que me trasladarían inmediatamente al Seguro Social, acá me vieron los especialistas y después de hacerme varios exámenes les informaron a mis familiares que el golpe había sido muy fuerte y que me había lesionado las cervicales 4 y 5 por lo me quedaría cuadripléjico. Estuve internado seis meses mientras me recuperaba. Mis familiares me dieron la noticia, al principio me costó aceptar la situación, al grado de intentarme suicidar porque no me hacía a la idea de vivir así, después de haber sido una persona muy activa e independiente.

Los médicos me mandaron para psicología y al principio fui pero no me ayudaron como yo esperaba, estuve recibiendo terapia física, después me dieron de alta y me fui para mi casa. Tengo un familiar médico que me comentó que aquí en el hospital me podrían dar rehabilitación, me recomendó y empezar a asistir, por cierto considero que al principio me ayudaron y si he sentido mejoría en mis piernas y manos, a la fecha sigo asistiendo, pero si me pongo triste por momentos”.

#### **Testimonio 14:**

“Vinieron mis familiares del Norte, en época de semana santa y decidieron ir a unas piscinas, yo no tenía muchas ganas de ir, para que no pensarán que yo me hacía de rogar mejor les dije que sí iría. Cuando llegamos a las piscinas me metí muy rápido porque había mucho calor, pero antes de tirarme no me di cuenta del fondo de la piscina, me tire un clavado y tope la cabeza con el fondo, sangre demasiado y mis familiares se dieron cuenta y me sacaron, las personas que estaban ahí llamaron a los

bomberos y en ese momento quedé inconsciente, me llevaron al hospital de Escuintla, al llegar tuve que esperar bastante porque no estaban los doctores, después de esperar 2 horas, me vieron y le dijeron a mi familia que no me podía quedar ahí, porque mi accidente había sido delicado y me trasladarían al hospital Roosevelt acá en la capital, al día siguiente me trajo la ambulancia de Escuintla, a llegar a la emergencia estaba llena, tuve que esperar bastante tiempo. Me vieron los doctores y después de tantos exámenes, a los dos días le dijeron a mi esposa los doctores que me quedaría sin poder moverme, fue muy duro para ellos y para mí, hasta la fecha me arrepiento de haber ido a ese paseo”.

**Testimonio 15:**

“Trabajaba como piloto en un hospital, los compañeros de mantenimiento estaban reparando los techos de la consulta externa, como había poco personal me ofrecí a ayudarlos, me subí en una escalera al techo y me puse a clavar las láminas, ya casi estábamos terminando cuando empezó a llover, decidimos suspender el trabajo y terminar al día siguiente, empecé a caminar para bajarme, pero no medí cuenta que una lámina estaba mal clavada, me resbalé y me caí de espaldas, di con la cabeza en la esquina de unas gradas, mis compañeros se dieron cuenta y corrieron a ver lo que me había pasado, pero estaba inconsciente, me levantaron y después me sentaron y me subieron a una microbús del hospital, me llevaron al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Los médicos me evaluaron, y me dejaron internado en el área de intensivo, aquí estuve 15 días, al despertar me pasaron a otra área mientras me terminaba de recuperar, después los médicos me dieron la fuerte noticia que me quedaría sin poder mover mis brazos y piernas, en ese momento hubiera preferido haber muerto. Al darme de alta el médico le informé a mi esposa, que quedaría como paciente externo de Rehabilitación. Estuve asistiendo 8 meses y si logre mejorar mi movilidad, después me informaron que me darían de alta porque ya había logrado muchos avances, no me quedé conforme, empecé

averiguar en donde podía continuar con mi recuperación, una nuestra conocida, nos comentó que este hospital era bueno y decidí venir”.

