

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y EXPECTATIVAS DEL PACIENTE  
PARAPLÉJICO POR ACCIDENTE LABORAL  
(Caso específico Hospital General San Juan de Dios)**

TESIS

Presentada a la Dirección de la  
Escuela de Trabajo Social de la Universidad de  
San Carlos de Guatemala

POR

DORA MARITZA RÍOS VILLATORO DE SALAZAR

Previo a conferírsele el título de

TRABAJADORA SOCIAL

En el grado académico de

LICENCIADA

Guatemala, mayo de 2006.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

RECTOR Dr. Luís Alfonso Leal Monterroso  
SECRETARIO Dr. Carlos Enrique Mazariegos Morales

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

DIRECTORA Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
SECRETARIA Licda. Carolina de la Rosa de Martínez

**CONSEJO DIRECTIVO**

**REPRESENTANTES DOCENTES**

Licenciada Alma Lilian Rodríguez Tello  
Licenciado Edwin Gerardo Velásquez

**REPRESENTANTES DE LOS PROFESIONALES**

Licenciado Rómulo Teodoro Rojas Ajquí

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Estudiante Gladys Elizabeth Moreno Girón  
Estudiante Mauricio Burrión González

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Directora Licda. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
Secretaria Licda. Carolina de la Rosa de Martínez  
Coordinadora ISETS Licda. María del Carmen Galicia Guillén  
Tutor-Revisor Lic. Florencio León  
Coordinadora Area de  
Formación Profesional Específica Mtra. Ada Priscila del Cid

*“Los autores serán los responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras.”*

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de  
la Universidad de San Carlos de Guatemala.

## ACTO QUE DEDICO

- A Dios Fuente infinita de amor y sabiduría.
- A mis padres *Marta Villatoro de Ríos. (QEPD)*  
*Margarito Enrique Ríos Martínez. (QEPD)*  
Que este logro sirva para honrar su memoria.
- A mi esposo *Elmer Salazar Barrios.*  
Con amor y agradecimiento por su apoyo incondicional.
- A mis hijos *Claudia Carolina, Sergio Enrique y Elmer Estuardo.*  
Que la finalización de este esfuerzo sirva como  
incentivo para su superación.
- A mis hermanos *Carlos René, Edgar Roger, José Rubén, Fredy Roberto,*  
*Jorge Luís, Víctor Hugo*  
Con amor fraternal.
- A mi hermano *Enrique Vladimir. (QEPD)*  
Su recuerdo lo mantendrá vivo por siempre en mi  
corazón.
- A mis amigas *Juanita de Cabrera, María Elena de Meneses y Chiqui*  
*Aguilar.*
- A mis compañeras *Trabajadoras Sociales del Hospital San Juan de Dios.*
- A usted Respetuosamente.

## TESIS QUE DEDICO

A mi patria Guatemala                      Esperando que cada día sea un país con más  
justicia social.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala.

A la Escuela de Trabajo Social.

Al Hospital General San Juan de Dios.

Al Servicio de Neurocirugía del Hospital San Juan de Dios.

A mi Tutor-Revisor                      *Lic. Florencio León.*  
Por su amistad, orientación y cariño.

A    *Lic. María del Carmen Galicia*  
Por su apoyo

A mis padrinos de Graduación      *Ing. Elmer Salazar Barrios*  
*Lic. Gustavo Bracamonte*  
*Lic. Jorge Luís Ríos Villatoro*

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
CAPÍTULO 1 .....	1
MARCO CONCEPTUAL .....	1
1.1 Agrícola .....	2
1.2 Pobreza .....	2
1.3 Subsistencia .....	2
1.4 Laboral.....	2
1.5 Expectativa .....	3
1.6 Peligro.....	3
1.7 Rural .....	4
1.8 Entorno .....	4
1.9 Sostenimiento .....	4
1.10 Carencia.....	4
1.11 Incapacidad física .....	5
1.12 Paraplejía .....	6
1.13 Condición .....	6
1.14 Condiciones de trabajo .....	6
1.15 Accidente laboral.....	7
1.16 Riesgo.....	7
1.17 Riesgo laboral.....	8
1.18 Expectativas de conducta .....	8
1.19 Principal.....	9
1.20 Parapléjico .....	9
CAPÍTULO 2 .....	10
ASPECTOS GENERALES DE LA PARAPLEJÍA.....	10
2.1 Generalidades y descripción.....	10
2.2 Causas y epidemiología de la lesión de la médula espinal .....	14
2.3 Síntomas de una lesión aguda de la médula espinal .....	16
2.4 Diagnóstico de lesiones agudas de la médula espinal .....	18
2.5 Tratamiento de las lesiones agudas de la médula espinal.....	19
2.6 Fisioterapia .....	19
2.7 Consideraciones para una persona afectada con una SCI.....	20

CAPÍTULO 3 .....	22
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	22
3.1 Características generales de los pacientes .....	22
3.2 Expectativas al retornar al hogar .....	32
3.3 Otras consideraciones en relación al paciente parapléjico .....	33
CAPÍTULO 4 .....	34
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL .....	34
4.1 ASPECTOS GENERALES.....	34
4.2 JUSTIFICACIÓN.....	34
4.3 OBJETIVOS .....	35
4.3.1. Generales .....	35
4.3.2. Específicos.....	36
4.4 COBERTURA ESPACIAL.....	36
4.5 METODOLOGÍA.....	36
4.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	37
4.7 BENEFICIARIOS .....	38
4.8 RECURSOS .....	38
4.8.1. Humanos.....	38
4.8.2. Materiales .....	38
4.8.3. Institucionales.....	38
4.8.4. Financieros .....	39
4.9 PRESUPUESTO.....	39
4.10 EVALUACIÓN .....	40
CONCLUSIONES.....	41
RECOMENDACIONES .....	42
BIBLIOGRAFÍA .....	43
ANEXOS.....	46

## **INTRODUCCIÓN**

A lo largo de varios años de ejercicio en el Departamento de Trabajo Social del Hospital General San Juan de Dios de la ciudad Capital, se ha tenido la experiencia de observar a pacientes que han quedado parapléjicos como consecuencia de accidentes laborales. Se ha encontrado que la procedencia de estos pacientes es generalmente el área rural del país, y sus actividades productivas están asociadas a labores agrícolas de subsistencia.

De acuerdo a los estudios socioeconómicos que se les realizan por parte del Departamento de Trabajo Social, se ha determinado que éstos son pacientes cuya situación socioeconómica es de pobreza o pobreza extrema dedicados a labores agrícolas. Estos pacientes, al ser dados de alta y regresar a sus lugares de origen no pueden reincorporarse a sus labores cotidianas por la condición de paraplejía en la que quedan, debiendo permanecer recluidos en sus viviendas y dependiendo para su manutención del resto del grupo familiar. Como ordinariamente son los jefes de familia, ésta enfrenta el problema de la pérdida de su fuente primaria de sostenimiento, agudizada esta situación por el hecho de constituirse en una carga adicional para la familia, lo que provoca que al cabo de un tiempo sean abandonados por el cónyuge y sus hijos y que sus posibilidades de sobrevivencia sean escasas.

El propósito de este estudio fue indagar sobre estas percepciones a través de la recopilación, integración y análisis de la información socioeconómica de los pacientes que se presentan al Hospital San Juan de Dios con paraplejía provocada por accidentes laborales ocurridos principalmente en el medio rural del país, en una etapa anterior a que suceda el accidente y posteriormente

cuando el afectado regresa a reintegrarse con su familia ya en la condición de parapléjico.

Desde el punto de vista de los intereses académicos de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la presente investigación pretende contribuir a llenar el vacío existente, tanto a nivel gubernamental, como dentro de organizaciones municipales y no gubernamentales respecto a la ocurrencia de este problema, lo que permitirá tomar conciencia en estas organizaciones sobre la importancia de promover proyectos y actividades que permitan la reinserción del paciente parapléjico a la vida productiva, así como de concientización, educación y apoyo a su grupo familiar para evitar la desintegración de los mismos y que puedan sobrellevar satisfactoriamente la nueva situación.

Esta investigación se realizó también con la finalidad de cumplir con uno de los objetivos generales de la Universidad de San Carlos de Guatemala USAC, que es propiciar la investigación de los problemas nacionales para proponer alternativas de solución. Conlleva además el interés de conocer un fenómeno que es parte de la problemática social en la que los Trabajadores Sociales del campo de la salud se encuentran inmersos. Como consecuencia se consideró necesario profundizar en la investigación de la situación socioeconómica del paciente parapléjico previo al accidente que genera esta condición y cómo esta evoluciona con posteridad al mismo.

La falta de alternativas de sostenimiento se debe principalmente a que actualmente no existen programas estatales, municipales o de otras instituciones que apoyen a estas personas y sus grupos familiares a

reincorporarse a las actividades sociales y productivas en el seno de la familia, la sociedad y la economía en general.

En este punto es de primordial importancia propiciar la generación de políticas estatales que permitan apoyar a estas familias, generando oportunidades laborales para el afectado y su familia dentro de sus regiones de procedencia.

Tomando en cuenta lo anterior, en esta investigación se trató de dar respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles eran las condiciones económicas y familiares del paciente parapléjico antes del accidente?
- ¿Qué consecuencias socioeconómicas sufre el paciente parapléjico al momento de sufrir el accidente?
- ¿En qué forma se pueden mejorar sus condiciones de vida al reincorporarse a su hogar y entorno social?

Al dar respuesta a las interrogantes planteadas se profundizó en el planteamiento de propuestas que minimicen los problemas que naturalmente se originan como consecuencia del padecimiento de la condición parapléjica generada por la ocurrencia de un accidente laboral principalmente en personas del interior del país dedicadas a labores agrícolas y que se encuentran en situación de pobreza o pobreza extrema.

Dentro del diseño de la investigación planteado se consideraron variables que sirvieron de base para el planteamiento de la hipótesis, y luego de concluir esta investigación se determinó que la condición de paraplejía se produce como

consecuencia primordialmente de accidentes laborales en personas que proceden del área rural, situación que afecta negativamente las condiciones socioeconómicas de su grupo familiar, y que genera la necesidad de desarrollar programas y proyectos de asistencia y apoyo para propiciar su rehabilitación y reincorporación a las actividades productivas y de autosostenimiento.

Se determinó también que las malas condiciones laborales asociadas a las actividades de este grupo poblacional los expone al peligro de sufrir accidentes que los dejen en condición de parapléjicos y se detectó la necesidad de implementar políticas estatales en relación al paciente parapléjico, para posibilitar su reinserción en actividades productivas que coadyuven al sostenimiento económico de su grupo familiar.”

Los objetivos planteados en la investigación fueron establecer la situación socioeconómica del entorno familiar del paciente con paraplejía, previa al desarrollo de esta condición en comparación con esta misma situación socioeconómica posterior a la ocurrencia de la discapacidad, analizar las alternativas con que cuenta el paciente actualmente para enfrentar su condición de paraplejía y para contribuir al sostenimiento económico familiar y proponer alternativas de apoyo al paciente parapléjico y su grupo familiar para su reincorporación a la vida social y productiva.

El método utilizado en la ejecución de la investigación fue el método deductivo-inductivo, que permite partir de lo general a lo particular, así como también la sistematización, exposición e interpretación de la información obtenida.

Los instrumentos utilizados en esta etapa para ejecutar las técnicas fueron: boletas para encuestaje como guía de entrevista estructurada, la cual permitió

tener la información necesaria y cuadros de vaciado para recopilar y clasificar la información recabada.

Las técnicas que se utilizaron en el periodo de investigación fueron la observación, entrevistas y fichaje de bibliografía. Ya interpretada la información fue necesario clasificarla para determinar a qué aspecto social pertenecían, pudiendo ser: económicos, sociales, culturales o políticos, para luego orientarlos a nuestro estudio.

La población objeto de estudio fueron todos los pacientes que ingresaron al Servicio de Neurocirugía de Adultos del Hospital General San Juan de Dios, diagnosticados con paraplejía como consecuencia de accidentes laborales, durante los meses de mayo a agosto de 2,005 y procedentes de diferentes departamentos del país.

A través del análisis de los resultados obtenidos se concluye que se alcanzó un 75% en el nivel de comprobación de la hipótesis, tomando en cuenta las entrevistas realizadas a los pacientes parapléjicos en el periodo del mes de mayo a agosto del año dos mil cinco.

Se considera un alcance porcentual de los objetivos de 90%.

En cuanto al funcionamiento cualitativo y cuantitativo de los recursos involucrados, siendo estos de tipo humano, materiales, institucionales y financieros, se lograron aprovechar en un 85% a lo largo de toda la investigación.

Una de las bondades del diseño de investigación fue la ubicación de los sujetos de estudio de manera centralizada, lo que permitió obtener la información de

manera rápida, efectiva y segura, en tanto que la limitación principal se relaciona con la incerteza de la cantidad de pacientes que pueden presentarse en un periodo determinado de tiempo, situación que puede influir tanto en la recopilación de la información básica, como la ejecución del proyecto de intervención profesional.

El informe final fue estructurado conteniendo cuatro capítulos como se resume a continuación:

El capítulo uno presenta el Marco Conceptual, que contiene las definiciones y conceptos que se consideraron pertinentes al tema de la investigación y relacionados principalmente con el ámbito de la investigación, el medio rural y agrícola, definiciones de pobreza, aspectos laborales y del entorno, definiciones de la enfermedad y la condición de paraplejía.

El capítulo dos presenta información específica relacionada con la paraplejía, sus generalidades y descripción, características, tipos, causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento y medidas para reducir el efecto negativo sobre las personas afectadas.

En el capítulo tres se presenta la información ya procesada, así como el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la investigación.

El capítulo cuatro presenta una propuesta de intervención del profesional en Trabajo Social a través de la ejecución de un proyecto de capacitación dirigido a los pacientes parapléjicos con el objetivo de contribuir a mejorar su calidad de vida a través de su reincorporación a la vida económicamente activa al retornar a su comunidad y reducir el riesgo de abandono del paciente parapléjico y la

desintegración de su grupo familiar a través de asegurar la estabilidad económica de su hogar.

Se presentan también las conclusiones y recomendaciones que permitirán orientar líneas de actuación con el objeto de lograr una efectiva intervención para revalorizar al paciente parapléjico y dignificarlo al permitir las condiciones para que se reincorpore a la vida económica productiva de su familia y su comunidad.

En la parte final se incluye la bibliografía utilizada para la realización, tanto del diseño de investigación inicial, como la investigación misma y la elaboración de la propuesta de intervención del profesional del trabajo social.

En la sección de anexos se incluye la boleta utilizada para la recopilación de datos durante la investigación de campo.

## ***CAPÍTULO 1***

### ***MARCO CONCEPTUAL***

La paraplejía es una enfermedad que ha existido siempre desde que el hombre existe, provocada por accidentes sufridos durante el desarrollo de las actividades de distinta naturaleza que el hombre realiza, principalmente aquellas necesarias para procurarse el sustento, abrigo, y en general para su supervivencia. Antiguamente estas lesiones eran mortales dependiendo del mecanismo desencadenante de la lesión, el cual puede ser abierto si se produce una herida externa, o cerrado si la herida es interna.

En Guatemala, la experiencia de mayor incidencia de la manifestación de esta enfermedad fue en 1976, debida al terremoto que asoló el país, durante la cual se dieron principalmente lesiones del tipo cerrado.

Actualmente, por los mecanismos de lesión sufrida se tiene una incidencia semejante a la del terremoto mencionado, pero principalmente por lesiones abiertas, provocadas por la violencia delincuencial y accidentes de tránsito, y por lesiones de tipo cerrado por accidentes que ocurren en el ámbito del trabajo.

Debido a los avances de la ciencia médica, se ha logrado tratar adecuadamente estas situaciones, evitando que la lesión sea mortal.

En este capítulo se presentan una serie de definiciones relacionadas con el tema de la paraplejía, con el objeto de lograr una mayor comprensión y facilitación del objeto de estudio de esta investigación. Estas definiciones son las siguientes.

## 1.1 Agrícola

“Concerniente a la agricultura o al que la ejerce”<sup>1</sup>. Esta será la principal fuente de actividad de los sujetos de esta investigación.

## 1.2 Pobreza

“Necesidad, estrechez. Falta, escasez. Escaso haber de la gente pobre”<sup>2</sup>.

Normalmente en esta condición están inmersos los trabajadores que se dedican a labores agrícolas de subsistencia. En casos extremos puede hablarse de pobreza extrema, que es cuando no se alcanza el nivel de subsistencia.

## 1.3 Subsistencia

(Del latín *subsistentia*). “Vida, acción de vivir un ser humano. Permanencia, estabilidad y conservación de las cosas. Conjunto de medios necesarios para el sustento de la vida humana”<sup>3</sup>.

Se estudiarán los medios mínimos necesarios para la subsistencia de las personas afectadas por paraplejía y sus familias.

## 1.4 Laboral

“Relativo o perteneciente al trabajo, de la etimología latina de esta voz; *labor* (de lectura *lábora*)”<sup>4</sup>. La Academia lo conecta con los aspectos económicos, sociales y jurídicos de aquella fundamental actividad humana para la propia

---

<sup>1</sup> Diccionario de la Real Academia Española. En [http://www.educared.net/aprende/f\\_diccionariae.htm](http://www.educared.net/aprende/f_diccionariae.htm)

<sup>2</sup> Diccionario de la Real Academia Española. En [http://www.educared.net/aprende/f\\_diccionariae.htm](http://www.educared.net/aprende/f_diccionariae.htm)

<sup>3</sup> Enciclopedia Enciclonet. <http://www.enciclonet.com/cons?query=subsistencia&mode=adv>

<sup>4</sup> Diccionario de la Real Academia Española. En [http://www.educared.net/aprende/f\\_diccionariae.htm](http://www.educared.net/aprende/f_diccionariae.htm)

subsistencia y para el sostenimiento colectivo. De ahí que este adjetivo haya sido adoptado por una corriente en aumento para calificar en igualdad idiomática y técnica con los derechos laborales.

El marco de la investigación comprende los accidentes que se produzcan dentro de actividades de trabajo de las personas afectadas

### **1.5 Expectativa**

En un sentido temporal, la expectativa designa la idea, la aceptación de que se cumplan (posiblemente o probablemente) sucesos, procesos y desarrollos futuros. Estas expectativas pueden a su vez influir en la conducta y actuar realmente a favor o en contra de la aparición de los resultados esperados<sup>5</sup>.

Para el presente estudio se refiere a la información que se espera obtener y las actuaciones para la mejora de las condiciones de vida de las personas afectadas que se produzcan y obtengan de instituciones gubernamentales y no gubernamentales como producto de esta investigación.

### **1.6 Peligro**

“Propiedad o actitud intrínseca de alguna cosa para ocasionar daños (por ejemplo: materiales de trabajo, equipos, métodos y prácticas laborales)”<sup>6</sup>.

Se tomarán en cuenta los peligros y riesgos laborales dentro de las actividades de los pacientes parapléjicos que se incluyan en el estudio.

---

<sup>5</sup> Enciclopedia Enciclonet. En <http://www.enciclonet.com/cons?query=expectativa&mode=adv>

<sup>6</sup> Diccionario de Prevención de Riesgos Laborales. En [http://www.mgc.es/es/prevencio/pv\\_diccionari](http://www.mgc.es/es/prevencio/pv_diccionari)

## **1.7 Rural**

“Relativo al campo. Inculto, tosco”<sup>7</sup>.

Las actividades agrícolas se producen principalmente en el medio rural del país.

## **1.8 Entorno**

“(De *en-* y *torno*). Ambiente, lo que rodea. Conjunto de personas, cosas y circunstancias que rodean a una persona, un animal o una cosa: entorno familiar, entorno social”<sup>8</sup>.

El entorno familiar y social del paciente parapléjico provee información acerca de la condición socioeconómica del mismo.

## **1.9 Sostenimiento**

“Mantenimiento o sustento”<sup>9</sup>.

Para el propósito de este estudio se tomará en cuenta el sostenimiento económico que las personas se proveen a sí mismas y a sus familias.

## **1.10 Carencia**

“Falta o privación de alguna cosa”<sup>10</sup>. Para este estudio se refiere a la carencia de recursos económicos, que constituye una de las variables que se utilizará en

---

<sup>7</sup> Diccionario de la Real Academia Española. En [http://www.educared.net/aprende/f\\_diccionariae.htm](http://www.educared.net/aprende/f_diccionariae.htm)

<sup>8</sup> Diccionario El mundo.es. En [http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee\\_diccionario.html](http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee_diccionario.html)

<sup>9</sup> Diccionario El mundo.es. En [http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee\\_diccionario.html](http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee_diccionario.html)

<sup>10</sup> Diccionario de la Real Academia Española. En [http://www.educared.net/aprende/f\\_diccionariae.htm](http://www.educared.net/aprende/f_diccionariae.htm)

la caracterización de los pacientes cuya condición socioeconómica será estudiada.

### **1.11 Incapacidad física**

"Incapacidad", del lat. *incapacitas*, falta de capacidad para hacer, recibir o aprender una cosa. Falta de entendimiento o inteligencia. Falta de preparación, o medios para realizar un acto. Carencia de aptitud legal para ejecutar válidamente determinados actos, o para ejercer determinados cargos públicos.

"Físico, ca", del lat. *phiskus*, perteneciente o relativo a la constitución o naturaleza corpórea, y en este sentido se contrapone a la moral. Exterior de una persona, lo que forma su constitución y su naturaleza.

“Se considera incapacidad física a la disminución o pérdida de la aptitud para el trabajo, como consecuencia de una alteración anatómica o funcional del cuerpo humano, que hace impropia la ejecución o la realización de determinados actos, acciones o hechos”<sup>11</sup>.

El concepto anterior se compone de tres elementos:

- a) Una alteración anatómica o funcional del cuerpo humano.
- b) Una disminución o la pérdida de la aptitud para el trabajo.
- c) Hace impropia la ejecución o la realización de determinados actos, acciones o hechos.

---

<sup>11</sup> Diccionario laboral y de recursos humanos. En <http://usuarios.lycos.es/Masterdeluniverso/glosarrhh1.htm>

## 1.12 Paraplejía

“(Del latín *paraplexia*). Parálisis de la mitad del cuerpo”<sup>12</sup>. “Pérdida transitoria o definitiva de la capacidad de realizar movimientos, debida a la ausencia de fuerza muscular de ambos miembros inferiores”<sup>13</sup>. La causa mas frecuente es la lesión medular por traumatismos, y para el caso de la presente investigación, que estos traumatismos sean provocados dentro del ejercicio de la actividad laboral de personas procedentes de diferentes departamentos del país.

## 1.13 Condición

“(Del latín *conditio, onis*). Índole, naturaleza o propiedad de las cosas. Estado, situación de una persona, constitución primitiva o fundamental de un pueblo. Calidad o circunstancia con que se hace o promete una cosa. Hecho futuro e incierto del que se hace depender el nacimiento o la extinción de un derecho”<sup>14</sup>.

Para el presente estudio serán objeto de análisis las condiciones económicas y sociales de los pacientes afectados con paraplejía

## 1.14 Condiciones de trabajo

Conjunto de factores que a) determinan la situación concreta de trabajo de las personas, b) configuran las formas de vivir y la salud, es decir el estado de salud física y psíquica<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Diccionario de Medicina, Diccionarios El mundo.es. en [http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee\\_diccionario.html](http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee_diccionario.html)

<sup>13</sup> Diccionario Médico. En <http://www.buenasalud.com/dic/index.cfm?lookup=P>

<sup>14</sup> Diccionario de la Real Academia Española. En [http://www.educared.net/aprende/f\\_diccionariorae.htm](http://www.educared.net/aprende/f_diccionariorae.htm)

<sup>15</sup> Diccionario laboral y de recursos humanos. En <http://usuarios.lycos.es/Masterdeluniverso/glosarrhh1.htm>

Se considera que las condiciones de trabajo del 80% de pacientes que ingresan al Hospital San Juan de Dios y que son diagnosticados con paraplejía contribuyen decisivamente a que se produzcan los accidentes que generan la paraplejía.

### **1.15 Accidente laboral**

Se considera accidente laboral o accidente de trabajo toda lesión corporal u orgánica o la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar o el tiempo en que se presente<sup>16</sup>.

También se consideran accidentes de trabajo aquellos que se producen cuando el trabajador se traslada directamente de su domicilio al lugar de trabajo, o de éste a aquél<sup>17</sup>.

Estas son las situaciones fortuitas en las que un trabajador sufre lesiones durante su tiempo de labores y en la ejecución de las mismas o como consecuencia del trabajo que realizó, y en nuestro caso pudieran provocar la condición de paraplejía, que será objeto de este estudio.

### **1.16 Riesgo**

“Probabilidad de que la capacidad para ocasionar daños se actualice en las condiciones de utilización o de exposición, y la posible importancia de los daños”<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Diccionario de Prevención de Riesgos Laborales. En [http://www.mgc.es/es/prevencio/pv\\_diccionari](http://www.mgc.es/es/prevencio/pv_diccionari).

<sup>17</sup> Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social. ISSSTE. IMSS. Universidad Nacional Autónoma de México. México. 1994. Pág 18.

<sup>18</sup> Diccionario de Prevención de Riesgos Laborales. En [http://www.mgc.es/es/prevencio/pv\\_diccionari](http://www.mgc.es/es/prevencio/pv_diccionari)

### **1.17 Riesgo laboral**

“Posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo”. Para cualificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad de éste<sup>19</sup>.

### **1.18 Expectativas de conducta**

O conducta esperada. Suposición que una persona, grupo u organización hace sobre la conducta probable (acciones, reacciones) de otro o más copartícipes en una determinada situación social. Las expectativas de conducta influyen en las acciones sociales o las garantizan como elementos propios de los roles sociales.

En este sentido, se pretende propiciar la elaboración y el posterior desarrollo de proyectos y actividades por parte de instituciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas, para mejorar la situación socioeconómica de los grupos familiares afectados.

---

<sup>19</sup> Diccionario de Prevención de Riesgos Laborales. En [http://www.mgc.es/es/prevencio/pv\\_diccionari](http://www.mgc.es/es/prevencio/pv_diccionari)

### **1.19 Principal**

“Primero/superior/preferente, primordial, de mayor importancia, de mayor calidad. Lo esencial o fundamental, por oposición a lo accesorio”<sup>20</sup>. Lo que puede existir con independencia en cuyo sentido se habla de que es un contrato principal.

### **1.20 Parapléjico**

“Perteneiente o relativo a la paraplejía. Atacado por ella”<sup>21</sup>.

Los pacientes que se incluyan en el presente estudio en el Hospital General San Juan de Dios, tendrán esta condición.

---

<sup>20</sup> Diccionario El mundo.es. En [http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee\\_diccionario.html](http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee_diccionario.html)

<sup>21</sup> Enciclopedia Enciclonet. En <http://www.encyclonet.com/cons?query=parapléjico>

## **CAPÍTULO 2**

### **ASPECTOS GENERALES DE LA PARAPLEJÍA**

#### **2.1 Generalidades y descripción**

Esta una enfermedad muy conocida, sobre todo en relación con los accidentes de tráfico o accidentes en el trabajo. Los diccionarios definen la paraplejía (todos ellos con acento en la í) como la parálisis más o menos completa de partes simétricas: de ambos miembros superiores (paraplejía superior, cervical o braquial –de los brazos-), o de los miembros inferiores (paraplejía inferior o crural –de las piernas-); o de unos y otros (paraplejía braquiocrural, más comúnmente llamada tetraplejía). Pero mayormente se usa este término para denominar la parálisis de las dos extremidades inferiores. Los orígenes de las paraplejías son múltiples, aunque el más divulgado es el de los accidentes de tráfico o lesiones dentro del trabajo. En los animales, las causas y la evolución de las paraplejías son muy parecidas a las que se dan en el hombre, por lo que las investigaciones que se hacen en aquéllos son de total aplicación al hombre. Esto ha abierto recientemente enormes posibilidades, al haber conseguido mediante la cirugía intervenir en los mismos centros motores del cerebro y restaurarlos.

La paraplejía es una enfermedad permanente y no progresiva en la que hay pérdida de sensibilidad en los miembros paralizados y otros efectos secundarios como: espasmos, dolor, pérdida de control de la función intestinal y pérdida de control de la vejiga de la orina.

La **Tetraplejía** presenta, además de los síntomas de la paraplejía, la debilitación de manos y brazos. La enfermedad se acompaña con frecuencia de otras manifestaciones secundarias como úlceras de decúbito, infecciones de vejiga, espasmos musculares y dolor. La fertilidad suele verse afectada en el varón pero no en la mujer.

Muchas personas con lesión de la médula espinal todavía tienen cierta sensación en las partes paralizadas de su cuerpo, sensación de tacto o dolor.

La **Hemiplejía** consiste en la parálisis de un lado del cuerpo. La movilidad puede estar muy deteriorada pero la combinación de síntomas es muy compleja y puede haber temblores, debilitación sensorial y cognoscitiva (conocimiento) y problemas en el habla.

Cuando el daño de la médula espinal es consecuencia de un accidente, se produce un cambio brusco en la vida de la persona, que supone un trauma psicológico, con los síntomas que contrae una depresión.

Cuando se presenta alguna de estas condiciones, nos encontramos con:

- Hospitalizaciones largas y frecuentes.
- Mayor posibilidad de infecciones intrahospitalarias.
- Movilidad reducida.
- Úlceras de decúbito.
- Control involuntario de la vejiga y el intestino.
- Infecciones de la zona urinaria.

- Piedras en el riñón.
- Espasmos musculares.
- Dolor en las nalgas por presión.
- Pérdida de sensibilidad, tacto, dolor y temperatura.
- Función respiratoria deteriorada.

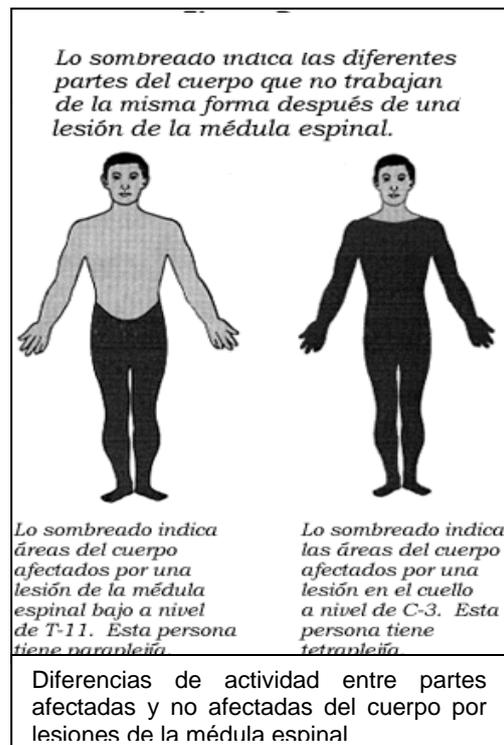
El estado físico es irreversible, pero el funcionamiento y la calidad de vida puede mejorar mucho con fisioterapia y terapia ocupacional.

Cada lesión de la médula espinal es diferente. La lesión en una persona es descrita por su nivel y por su tipo.

El tipo de lesión de la médula espinal es clasificada por el médico como parcial o total. La lesión total es como si cortaran todo el servicio telefónico de un edificio.

Ningún mensaje puede llegar a las

oficinas. Una lesión parcial es como si suspendieran el servicio telefónico en solo algunas oficinas del edificio. Algunas mensajes logran pasar hacia algunas oficinas, mientras otras no. La cantidad y el tipo de mensajes que pueden pasar entre el cerebro y las diferentes partes del cuerpo puede depender de como algunos nervios han sido dañados y otros no.



Algunas personas con una lesión parcial pueden tener mucha sensación pero poco movimiento. Otros pueden tener algo de movimiento y muy poca sensación. Las lesiones parciales espinales, varían de una persona a otra debido a que diferentes fibras nerviosas son dañadas en el cordón espinal de cada persona.

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

Una persona con **tetraplejía** (anteriormente llamada cuadriplejía), ha perdido movimiento y sensación en ambas partes, superior e inferior de su cuerpo. Esta lesión es en el área cervical.

Además del movimiento y sensación, una lesión en la médula espinal afecta otras funciones del cuerpo. Los pulmones, intestinos y vejiga urinaria pueden no trabajar de la misma manera que ocurría antes de la lesión. También ocurren cambios en la función sexual. Durante la rehabilitación, el equipo médico enseña a las personas con una lesión en la médula espinal, nuevas formas para llevar a cabo sus funciones corporales.

El nivel neurológico de la lesión se define como "el segmento más caudal inferior de la médula espinal con función sensorial y/o motora normal en ambos lados del cuerpo.

Recientemente incorporado a la clasificación del método de evaluación es la *Medida Funcional Independiente* (FIM). La FIM es un método para controlar y evaluar una mejoría relacionada con el tratamiento. Esto mide las actividades

de la vida diaria, en las áreas de atención por la propia persona, control de los esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y conocimiento social. Las actividades como comer, ir al baño y vestirse son clasificadas en una escala que mide dependencia e independencia.

Al realizarse un examen completo y exacto y al determinar el nivel neurológico de la lesión, se pueden establecer metas futuras para rehabilitación y un programa de rehabilitación puede desarrollarse en torno a metas reales.

Las lesiones de la médula espinal pueden ocurrir a cualquier nivel de la columna espinal o en múltiples niveles. Desde 1990 la categoría neurológica más frecuente es tetraplejía incompleta (31.2 por ciento), seguida por paraplejía completa (28.2 por ciento), paraplejía incompleta (23.1 por ciento) y tetraplejía completa (17.5 por ciento).

Hay ligeramente más frecuencia de individuos con lesión en la médula espinal designados con tetraplejía que los que son designados con paraplejía, 51.3 por ciento y 48.7 por ciento, respectivamente.

El promedio de lesiones completas o incompletas ha cambiado gradualmente a través de los años, de manera que recientemente más de la mitad, 55 por ciento, son incompletas. Se piensa que el cambio es debido a una mejoría en el manejo por parte de servicios médicos de emergencia más organizados y coordinados

## **2.2 Causas y epidemiología de la lesión de la médula espinal**

Existen muchas causas de lesión de la médula espinal (Spinal Cord Injury, SCI por sus siglas en inglés) que produce la paraplejía. Las lesiones más

frecuentes se producen cuando una zona de la columna vertebral o del cuello se dobla o se comprime, por ejemplo, como consecuencia de:

- Caídas.
- Accidentes de tránsito.
- Accidentes dentro del trabajo
- Lesiones deportivas.
- Violencia (disparos o puñaladas).
- Enfermedad: tumoral, infecciosa, vascular...
- Congénito: espina bífida.

Según el nivel en que se produce la lesión, las consecuencias se clasifican como:

**Tetraplejía:** en la zona cervical se interrumpen las vías nerviosas.

- Disminución o pérdida de la sensibilidad
- A veces pérdida de la movilidad voluntaria de las extremidades superiores, inferiores y del tronco.

**Paraplejía:** la lesión se produce en la zona torácica y lumbar.

- Pérdida de la sensibilidad
- A veces parálisis total o parcial de las extremidades inferiores y de la parte del tronco sublesional.

La mayoría de las lesiones medulares se producen de repente, como consecuencia de un traumatismo, y aproximadamente en la mitad de los casos el origen es un accidente de tráfico.

En cuanto a las enfermedades que producen lesión de la médula espinal, podemos destacar la compresión medular y la compresión medular aguda. En todo caso suelen ser de origen traumático, como el traumatismo medular.

El impacto personal, familiar y socioeconómico que ocasiona este tipo de lesión es muy alto. De acuerdo con estudios epidemiológicos, la población más afectada es la de jóvenes en etapa formativa o productiva, ya que la incidencia que se presenta es de 37 por ciento en accidentes de trabajo o domésticos, en deportes 20.5 y en accidentes automovilísticos representa 36 por ciento. Estos datos fueron tomados de un estudio practicado en Gran Bretaña durante los años de 1993-1995, reflejando que la incidencia de lesiones es más alta a nivel cervical (44 por ciento), seguido del torácico (41 por ciento) y de 15 por ciento a nivel lumbar.

### **2.3 Síntomas de una lesión aguda de la médula espinal**

Los síntomas pueden tener diversos grados en función de la gravedad y la ubicación de la SCI. Al principio, el paciente puede sufrir un shock medular, que produce pérdida o disminución en la sensibilidad, movimiento muscular y reflejos. A medida que disminuye la inflamación pueden aparecer otros síntomas, que dependen de la ubicación de la lesión. Generalmente, los síntomas son más graves cuanto más alta sea la zona de la médula espinal en la que se produce la lesión. Por ejemplo, una lesión en el cuello, en C1 o C2 (la primera y segunda vértebras de la columna vertebral), afecta a los músculos de

la respiración y a la capacidad de respirar. Una lesión más baja, en las vértebras lumbares, puede afectar a los nervios y músculos que controlan la vejiga, los intestinos y las piernas.

Las SCI se clasifican en función del tipo de pérdida de funciones motoras y sensoriales del paciente. A continuación se enumeran los principales tipos de clasificaciones:

- ❖ **Tetraplejía** ("tetra" significa "cuatro") - supone la pérdida de la movilidad y la sensibilidad de las cuatro extremidades (brazos y piernas). La tetraplejía también afecta a los músculos del pecho, por lo que el paciente necesita una máquina para respirar.
  
- ❖ **Paraplejía** ("para" significa "dos partes iguales") - supone la pérdida de movilidad y sensibilidad de cintura para abajo (pierna derecha e izquierda).

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de las lesiones agudas de la médula espinal. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Debilidad muscular.
  
- Pérdida de los movimientos voluntarios de los músculos en el pecho, los brazos o las piernas.
  
- Problemas para respirar.
  
- Pérdida de la sensibilidad en el pecho, los brazos o las piernas.

- Pérdida del control de la vejiga y el intestino.

Los síntomas de las SCI pueden parecerse a los de otras condiciones o problemas médicos. Siempre consulte a su médico para el diagnóstico.

## **2.4 Diagnóstico de lesiones agudas de la médula espinal**

Los exámenes de diagnóstico pueden incluir:

- Exámenes de sangre.
- Rayos X - examen de diagnóstico que utiliza rayos invisibles de energía electromagnética para producir imágenes de los tejidos internos, los huesos y los órganos en una placa.
- Tomografía computarizada (También llamada escáner CT o CAT.) - procedimiento de diagnóstico por imagen que utiliza una combinación de rayos X y tecnología computarizada para obtener imágenes de cortes transversales (a menudo llamadas "rebanadas") del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Una tomografía computarizada muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluyendo los huesos, los músculos, la grasa y los órganos. La tomografía computarizada muestra más detalles que los rayos X regulares.
- Imágenes por resonancia magnética (su sigla en inglés es MRI) - procedimiento de diagnóstico que utiliza una combinación de imanes grandes, radiofrecuencias y una computadora para producir imágenes detalladas de los órganos y estructuras dentro del cuerpo.

## **2.5 Tratamiento de las lesiones agudas de la médula espinal**

El tratamiento puede incluir:

- Observación y tratamiento médico en la unidad de cuidados intensivos (su sigla en inglés es ICU).
- Medicamentos, como los corticoesteroides (ayudan a disminuir la inflamación de la médula espinal.)
- Un respirador o ventilador mecánico para que el paciente pueda respirar.
- Una sonda de Foley (un tubo que se coloca en la vejiga y sirve para evacuar la orina a una bolsa).
- Una sonda de alimentación (que va desde las fosas nasales, o directamente a través del abdomen, hasta el estómago para proporcionar nutrición y calorías adicionales).

La recuperación de una SCI requiere hospitalización y rehabilitación a largo plazo.

## **2.6 Fisioterapia**

Se debe evaluar el “arco de movilidad” de las regiones afectadas. Para ello, primero realizamos ejercicios de estiramiento mantenido para relajar los músculos que presentan contracturas.

Los ejercicios de arco movilidad pueden ser:

- Activos: cuando el paciente puede realizar el ejercicio sin ayuda.

- Asistidos: cuando los músculos son muy débiles o cuando la movilidad articular produce dolor.
- Pasivos: cuando el paciente no puede participar activamente.

Los pacientes con discapacidades pueden utilizar andadores, muletas o bastones. Los pacientes con limitación grave de la movilidad pueden necesitar sillas de ruedas.

Los ejercicios y medidas rehabilitadoras deben iniciarse tan pronto como sea posible.

Una vez estabilizados, deben trasladarse a centros de rehabilitación con personal experimentado en el manejo de lesiones medulares y sus implicaciones que incluyen los problemas sociales, económicos y laborales. Es fundamental la atención emocional en estas personas, ya que es casi inevitable que se de una profunda depresión por la pérdida de control de su propio cuerpo.

Los hospitales de rehabilitación suelen proporcionar una atención más intensiva y global, adecuada para los pacientes con potencial de recuperación y que puedan participar en programas de intervención enérgicos.

## **2.7 Consideraciones para una persona afectada con una SCI**

En los pacientes discapacitados hay tendencia a la depresión y se puede perder la motivación para recuperar la función perdida. Los especialistas en salud mental pueden ayudar a la persona a superar estos baches emocionales

para que se centren en la recuperación funcional. El papel de la familia es fundamental.

Un acontecimiento traumático cuya consecuencia es una SCI resulta devastador tanto para el paciente como para su familia. Después de la hospitalización y la rehabilitación, el equipo del cuidado de la salud enseña a los familiares cómo cuidar al paciente en casa y les da una idea general sobre los problemas médicos específicos que requieren atención médica inmediata por parte del médico del paciente. La persona discapacitada necesita enfocarse en utilizar al máximo sus capacidades tanto en casa como en la comunidad. El refuerzo positivo lo animará a fortalecer su autoestima y fomentará su independencia.

Una persona que tiene una lesión medular requiere frecuentes evaluaciones médicas y exámenes de diagnóstico después de la hospitalización y la rehabilitación para vigilar su progreso.

### **CAPÍTULO 3.**

#### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a los pacientes parapléjicos que ingresaron al Hospital General San Juan de Dios (Hospigen) en el periodo de mayo a octubre de 2005.

Debido a que el total de pacientes ingresados en dicho periodo fue de 16, se trabajó con el total de todos los pacientes.

En el anexo de la presente investigación se incluye la boleta de investigación que fue el instrumento de recopilación de información.

#### **3.1 Características generales de los pacientes**

A continuación se presentan los datos obtenidos.

**CUADRO No. 1**  
**LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS**  
**PACIENTES**

<b>LUGAR</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Capital	2	12%
Departamentos	14	88%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

En el presente cuadro el mayor porcentaje corresponde al rubro “Departamentos”.

Se considera limitante porque en los departamentos hay menos oportunidad de que estos pacientes reciban tratamientos de rehabilitación, así como posibilidad de capacitarse a efectos de reincorporarse a la vida productiva.

**CUADRO No. 2**  
**GÉNERO DE LOS PACIENTES**

<b>GÉNERO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Masculino	14	88%
Femenino	2	12%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

En este cuadro puede observarse que la mayor frecuencia corresponde al género "Masculino".

Debido a la naturaleza de sus ocupaciones, labores y actividades, una alta proporción de pacientes parapléjicos son hombres.

**CUADRO No. 3**  
**EDAD DE LOS PACIENTES**  
**(En años)**

<b>RANGO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
20 – 29	5	31%
30 – 39	4	26%
40 – 49	1	6%
50 – 59	5	31%
Más de 60	1	6%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

El presente cuadro conforma una distribución de frecuencia típica bimodal, con las frecuencias más altas en los rangos de edades de “20 – 29” años y de “50 – 59” años.

Se considera que el rango 20 - 29 años es uno de los más afectados debido a que las actividades de este grupo de edad son más riesgosas y generan una mayor proporción de accidentes que provocan paraplejía. El rango 50 - 59 años también se ve altamente afectado por la condición física y de salud de las personas que realizan actividades de riesgo.

La población perteneciente al primer rango tiene una mayor posibilidad de rehabilitación y reincorporación a la vida productiva. En tanto la población del penúltimo rango puede constituirse como una carga familiar, pues su horizonte de vida se estima más corto.

#### CUADRO No. 4

##### EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES

NIVEL	No.	%
Analfabeta	6	38%
Alfabeta	10	62%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

En este cuadro el valor modal se localiza en “Alfabeta” con diferentes grados de escolaridad. Dentro de estas personas que han adquirido algún grado de educación, la mayor proporción son personas que únicamente completaron la educación primaria, con un 70% del total de personas alfabetas.

Esto nos demuestra que, a pesar que estas son personas campesinas o agricultoras, la mayoría saben leer y escribir.

#### CUADRO No. 5

##### ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES

CATEGORÍA	No.	%
Casado	4	25%
Unido	11	69%
Soltero	1	6%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

En este cuadro la mayor frecuencia corresponde a la categoría “Unido”. Si se integra con la proporción de la categoría “Casado”, se obtiene un 94% de la población investigada.

Una alta proporción de pacientes únicamente están unidos con su pareja.

Por otra parte la integración de las categorías “Unido” y “Casado” nos provee un índice preocupante, ya que la gran mayoría de estos pacientes parapléjicos tienen obligaciones económicas familiares, que su condición dificulta o imposibilita cumplir, lo que demanda una atención y apoyo externo y una alta necesidad de intervención.

### CUADRO No. 6

#### OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES

OCUPACIÓN	No.	%
Agricultor - Jornalero	8	50%
Comerciante – Vendedor	2	12%
Obrero	2	12%
Ama de Casa	1	7%
Desempleado	3	19%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

De acuerdo al presente cuadro el mayor porcentaje de los pacientes se dedican a la agricultura, trabajando como jornaleros.

Se deduce que estas son personas con bajos ingresos que mantienen una situación económica de extrema pobreza. Esto implica esfuerzos adicionales, ya que debe capacitárseles para que puedan dedicarse a otra actividad que les permita mayores ingresos y además mantenerse económicamente activos.

**CUADRO No. 7**  
**INGRESOS MENSUALES GRUPO FAMILIAR**  
**(EN QUETZALES)**

<b>RANGOS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Q900.00	2	12%
Q601.00 a Q899.00	3	19%
Q600.00	4	25%
Ingresos eventuales(*)	7	44%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

(\*) Ingresos eventuales y de subsistencia

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

Los datos del presente cuadro muestran que el rubro “Ingresos eventuales” es el mayor porcentaje.

La mayor cantidad de personas se encuentran al momento de que ocurre el accidente en actividades productivas ocasionales o realizando trabajos eventuales, devengando salarios de subsistencia y sin ninguna prestación ni protección laboral.

Por otra parte los otros rubros demuestran que los ingresos de estas personas se encuentran por debajo del salario mínimo, por lo que su situación económica es precaria.

Esta situación determina la necesidad de proveerles apoyo en relación a capacitación para la productividad y que puedan incorporarse en programas de microempresa que les permita trabajar en su casa, para el sostenimiento personal y de su familia.

**CUADRO No. 8**  
**TAMAÑO Y COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**  
**DE LOS PACIENTES**

<b>CATEGORÍA</b>	<b>No.</b>	<b>No. DEPENDIENTES</b>	<b>%</b>
Espos@	13	1	81%
Hijos mayores	4	2 - 4	25%
Hijos menores	11	1 - 5	69%
Padres	2	2	12%
Hermanos	2	3	12%

Nota: Por la naturaleza de la información del presente cuadro, algunos de los pacientes investigados se repiten en más de una categoría, por lo que el total no corresponde al 100%.

El porcentaje que se incluye se refiere a cada categoría en particular. Así por ejemplo el 81% del total de pacientes (13 pacientes) tiene espos@.

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

En este cuadro el valor modal recae en el rubro “Espos@”. Asimismo, un alto porcentaje de la población investigada presenta el rubro “Hijos menores”.

Esto nos demuestra que la mayoría de los pacientes entrevistados tienen cargas familiares, cónyuge e hijos menores de edad en un rango de 1 a 5 hijos. Una menor proporción indica tener como dependientes a sus padres o hermanos.

La situación de que tengan dependientes en tan alto grado hace más crítica su condición de discapacidad para proveer de ingresos económicos para su sostenimiento y el de su familia.

### CUADRO No. 9

#### TENENCIA DE LA VIVIENDA

CATEGORÍA	No.	%
Propia	13	81%
Alquilada	1	6%
Otra (*)	2	13%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

(\*) Utiliza la vivienda de otros familiares.

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

En este cuadro el mayor porcentaje de los pacientes reporta tener casa propia.

Se asume que debido a que la procedencia de los pacientes es mayoritariamente del interior del país en donde está muy acendrado el régimen de propiedad privada en la vivienda, aún cuando pueda tratarse de viviendas de condición sumamente humilde.

### CUADRO No. 10

#### TIPO DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA

CATEGORÍA	No.	%
Formal	3	19%
Informal	13	81%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

En el presente cuadro se observa que la construcción informal de la vivienda de los pacientes entrevistados es la mayoritaria.

Esto corrobora lo indicado en el cuadro anterior, ya que la vivienda, si bien es propia, es de condición informal.

**CUADRO No. 11**  
**DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS EN LA VIVIENDA**  
**DE LOS PACIENTES**

<b>SERVICIO</b>	<b>VIVIENDAS CON EL SERVICIO</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Agua	12	75%
Electricidad	10	63%
Drenajes	1	6%

Nota: Para cada servicio se analizó la disponibilidad, presentándose el total y el % de los pacientes que poseen el servicio. P.ej 12 pacientes disponen de agua en su vivienda, lo que equivale al 75% del total (16 pacientes)

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

En el presente cuadro los servicios mínimos que la vivienda de los pacientes entrevistados posee, son principalmente agua y electricidad. Los drenajes no son comunes en estas viviendas.

En estos casos los servicios de agua y electricidad no son permanentes o constantes, lo que aunado a la situación de que los ocupantes de las viviendas viven en hacinamiento determina que las condiciones de habitabilidad de éstas no sean adecuadas.

**CUADRO No. 12**  
**CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA**  
**DE LOS PACIENTES**

<b>CONDICIÓN</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Pobreza	10	62%
Extrema Pobreza	6	38%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

Este cuadro muestra que la condición predominante de los pacientes entrevistados es de “Pobreza”, en tanto la condición de “Extrema Pobreza” la reportan más de un tercio de los pacientes entrevistados.

La población se encuentra situada en los niveles socioeconómicos más bajos, en condición de pobreza y pobreza extrema, lo que requiere un alto grado de intervención por parte de entidades y organismos que puedan apoyar a estas personas que se encuentran discapacitadas con bajas expectativas económicas.

Los criterios utilizados para determinar la condición de pobreza y pobreza extrema fueron los aspectos monetarios (consumo e ingresos), así como las carencias relacionadas con las capacidades esenciales para el desarrollo humano: salud, educación, trabajo, nutrición y vivienda.

### 3.2 Expectativas al retornar al hogar

CUADRO No. 13

#### EXPECTATIVAS AL RETORNAR AL HOGAR

EXPECTATIVA	No.	%
Continuar con labores habituales	2	12%
Cambio de actividad	2	12%
No hacer nada (dependiente)	2	12%
No sabe	10	64%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevistas a pacientes de Hospigen. Mayo-agosto 2005.

Este cuadro muestra que el mayor porcentaje de pacientes ignora que hará al retornar a su hogar, mientras que el resto está repartido entre personas que mantendrán sus actividades habituales, otras que cambiarán de actividad y algunas que consideran que su estado les imposibilitará realizar alguna actividad productiva, quedando en calidad de dependientes de su familia.

Se percibe que existe confusión en las personas que han sufrido un accidente que los deja en condición discapacitada, acerca de su futuro dentro del seno familiar al salir del hospital y hacerse cargo de la continuación de su vida productiva.

Esto remarca también la necesidad de proveerles de apoyo psicológico y capacitarlos para que puedan desarrollar alguna actividad productiva acorde a su condición, que les permita obtener su sustento y eventualmente contribuir al sostenimiento de su hogar.

### **3.3 Otras consideraciones en relación al paciente parapléjico**

Los pacientes investigados ingresaron al Hospital San Juan de Dios con lesiones medulares provocadas por accidentes sufridos cuando realizaban actividades laborales y generados por estas mismas actividades laborales o por situaciones fortuitas. Algunas de estas situaciones fueron: caídas de lo alto de árboles al cortar fruta, caídas desde andamios, accidentes automovilísticos cuando se trasladaban a su lugar de trabajo e incluso heridas fortuitas por arma de fuego.

Luego de ser diagnosticado con lesión medular, generalmente el paciente requiere de algún tipo de cirugía, para lo que necesita de diferentes tipos de material médico-quirúrgico, que tienen costos que varían entre los Q 1,000.00 y Q 16,000.00, dependiendo del tipo de lesión. Esto provoca que la economía del grupo familiar del paciente se vea mas deteriorada, puesto que se ven obligados a adquirir préstamos, endeudándose o teniendo que negociar en condiciones poco favorables sus animales domésticos, sus escasos enseres o incluso sus viviendas. Como consecuencia su condición precaria de pobreza se ve agudizada, transformándose en una condición de pobreza extrema, y al salir del Hospital y regresar a sus hogares no cuentan con una fuente de ingresos que les permita recuperar los gastos en que han incurrido, ni tienen expectativas para la generación de ingresos que les permita mantenerse y mantener a su grupo familiar.

## ***CAPÍTULO 4***

### ***PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL***

#### **PROYECTO DE CAPACITACIÓN ARTESANAL DIRIGIDO A PACIENTES PARAPLÉJICOS**

##### **4.1 ASPECTOS GENERALES**

Proyecto: Capacitación Artesanal al paciente parapléjico para su re inserción en la actividad productiva de su comunidad.

Área de trabajo: Hospital General San Juan de Dios, ciudad de Guatemala.

Periodicidad: Capacitaciones cada tres meses.

Duración: Un mes cada capacitación.

Participantes: Trabajadora Social, personal calificado para impartir las capacitaciones y pacientes parapléjicos.

Responsable: Profesional de Trabajo Social.

##### **4.2 JUSTIFICACIÓN**

La investigación realizada con los pacientes parapléjicos que fueron atendidos en el Hospital General San Juan de Dios durante el periodo comprendido entre el mes de mayo y el mes de agosto de 2,005 permitió conocer la situación real a la que deben enfrentarse las personas que por diferentes circunstancias quedan en condición de discapacitados y la falta de expectativas al reinsertarse en su comunidad para ganarse la vida y proveer de ingresos económicos a su hogar y a sus dependientes. Específicamente la investigación realizada se

determinó que un 63% de los pacientes entrevistados no saben que hacer al retornar a su hogar.

Esta situación le genera problemas de diferente índole, tales como emocionales, psicológicos, sociales y económicos. Por tal razón se propone realizar un proyecto de capacitación artesanal para ejecutarse con los pacientes parapléjicos durante su permanencia en el Hospital, proyecto que pretende facilitar su reincorporación a la vida económicamente activa y proveer al paciente de nuevas herramientas que, en consonancia con su nueva situación, le permitan sentirse una persona útil y ser efectivamente productivo, mejorando su calidad de vida en el aspecto social y económico, mejorando también en forma paralela los aspectos emocionales y psicológicos, no solamente de la persona parapléjica sino que también de su grupo familiar.

### **4.3 OBJETIVOS**

#### **4.3.1. Generales**

- ❖ Contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente parapléjico mediante su capacitación para reincorporarlo a la vida económicamente activa al retornar a su comunidad.
- ❖ Reducir el riesgo de abandono del paciente parapléjico y la desintegración de su grupo familiar a través de asegurar la estabilidad económica de su hogar.

#### **4.3.2. Específicos**

- ❖ Desarrollar talleres de capacitación para dotar al paciente parapléjico de habilidades y conocimientos que le permitan desarrollar una actividad productiva.
- ❖ Generar nuevas oportunidades de obtención de ingresos al paciente parapléjico de acuerdo a sus posibilidades.
- ❖ Propiciar condiciones que prevengan la desintegración familiar y el abandono del paciente parapléjico.
- ❖ Promover la estabilidad económica del grupo familiar del paciente parapléjico.

#### **4.4 COBERTURA ESPACIAL**

Servicio de Neurocirugía del Hospital General San Juan de Dios.

#### **4.5 METODOLOGÍA**

Para la ejecución del proyecto se realizarán coordinaciones con diferentes instituciones como Hospital General San Juan de Dios, Intecap, Sosep y otras, de acuerdo al tipo de capacitación que se requiera.

#### 4.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO 2006

Actividad	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Presentación del proyecto para su aprobación.		■										
Coordinación con Intecap para la impartición de la capacitación.			■			■			■			
Obtención de apoyo para el suministro de materiales por parte de la Sosep.			■			■			■			
Elaboración de ficha de intereses e inscripción.			■			■			■			
Ejecución de la capacitación.				■			■			■		
Evaluación de la capacitación					■			■			■	

## **4.7 BENEFICIARIOS**

Este proyecto se propone para beneficiar a pacientes en condición de parapléjicos, tratados en el Servicio de Neurocirugía de Hospital General San Juan de Dios.

## **4.8 RECURSOS**

### **4.8.1. Humanos**

- Trabajadora Social,
- Autoridades del Hospital San Juan de Dios,
- Personal encargado de la impartición de las capacitaciones,
- Personal de apoyo de la Sosep,

### **4.8.2. Materiales**

- Útiles y materiales de oficina,
- Materiales requeridos para cada capacitación,
- Sillas.
- Mesas

### **4.8.3. Institucionales**

- Hospital General San Juan de Dios,
- Intecap,

- Sosep.

#### 4.8.4. Financieros

Para la ejecución de las diferentes actividades que están comprendidas en el proyecto de capacitación artesanal para pacientes parapléjicos, se gestionará la obtención de su financiamiento en la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (Sosep), con base al presupuesto que se especifica a continuación.

#### 4.9 PRESUPUESTO

El presupuesto global anual considerado para la ejecución del proyecto es el siguiente:

Materiales y útiles de oficina	Q 5,000.00
Materiales utilizados en cada capacitación	24,000.00
Honorarios de los capacitadores	30,000.00
Traslados	6,000.00
Imprevistos	6,500.00
	<hr/>
Total	Q 66,500.00

#### **4.10 EVALUACIÓN**

En cada fase de la capacitación se efectuará una evaluación orientada a la determinación del aprovechamiento y el progreso en la adquisición de destrezas y habilidades específicas por parte de los pacientes parapléjicos, además de revalorarlo como persona útil y productiva dentro de su familia y su comunidad.

## **CONCLUSIONES**

1. Los pacientes parapléjicos estudiados proceden mayoritariamente del área rural de los diferentes departamentos de la república, pertenecen al sexo masculino y se ubican en un rango de edades que va de los 20 a los 29 años. Este rango de edad determina que son personas que se encuentran en etapa productiva.
2. La mayor proporción de pacientes son campesinos alfabetas, cuya ocupación laboral es la agricultura por jornal y su estado civil de es “unidos”, con cargas y responsabilidades familiares.
3. La situación económica del mayor porcentaje de pacientes es de extrema pobreza, en función que obtienen ingresos en forma eventual y con un nivel de subsistencia. Por lo tanto no tienen prestaciones, protección laboral ni acceso a la seguridad social.
4. La investigación realizada permitió conocer que los pacientes son mayoritariamente cabezas de familia con miembros dependientes, siendo estos conviviente e hijos menores, son propietarios de su vivienda, siendo esta de condición precaria y construcción informal, contando únicamente con los servicios básicos de agua y energía eléctrica.
5. El mayor porcentaje de pacientes ignora que hará al retornar a su hogar, careciendo de expectativas, por lo que es imprescindible apoyarlo para su reinserción a su familia y su comunidad.

## **RECOMENDACIONES**

1. Promover la ejecución de proyectos que capaciten al paciente parapléjico, utilizando para el efecto su estancia en el hospital, de manera que permitan su re inserción en la actividad productiva de su familia y su comunidad.
2. Proporcionar orientación y conocimientos a miembros del grupo familiar del paciente parapléjico para la continuación de la rehabilitación física del mismo en su hogar, así como acerca de los cuidados físicos y afectivos para prevenir el apareamiento de complicaciones inherentes a su condición.
3. Promover proyectos de trabajo multidisciplinario para brindar atención integral al paciente que le permita superar los problemas sicológicos y emocionales que le provoca su condición de discapacitado.
4. Ejecutar el proyecto de capacitación artesanal durante la permanencia del paciente en el hospital, para que a su regreso a su núcleo familiar y a su comunidad cuente con los medios para llevar una vida normal dentro de las limitaciones de su condición discapacitada.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social. 10ª. Edición. Editorial Ateneo. México. 1988. 238 págs.

Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2005. Microsoft Corporation. © 1993-2005.

Enciclopedia Sopena. Hogar No. 5. Dr. J. Bierge. Editorial Sopena. España, 557 pp.

Desarrollo humano, mujeres y salud. Quinto informe 2002. Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala. 2002. 439 págs.

Diccionario de Prevención de Riesgos Laborales. [http:// www.mgc.es/ es/ prevencio/ pv\\_diccionari](http://www.mgc.es/es/prevencio/pv_diccionari). 25/04/2005. 18:30 hrs.

Diccionario Médico. <http://www.buenasalud.com>. 22/03/2006. 14:00 hrs.

Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social. ISSSTE. IMSS. Universidad Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. 1ª. Edición. México. 1994. 524 págs.

Diccionario Hispánico Universal. Enciclopedia Ilustrada en Lengua Española. Tomo Primero. Léxico A-Z. W.M. Jackson Inc. Editores. Décimo sexta edición. México. 1971. 1,463 págs.

Diccionario Laboral y de Recursos Humanos. [http:// usuarios@lycos.es/ Masterdeluniverso/ glosarrhh1.htm](http://usuarios@lycos.es/Masterdeluniverso/glosarrhh1.htm). 25/04/2005. 18:00 hrs.

Discapacidades y deficiencias por lesiones neurológicas de la médula espinal.

<http://salud.discapnet.es/>. 06/05/05. 18:00 hrs.

Hernández Sampieri, Roberto, et. al. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Editorial McGraw Hill. México. 1998. Págs.501.

Informe sobre desarrollo humano 2003. Los objetivos de desarrollo del milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. New York, EE. UU. 2003. 367 págs.

La médula espinal. <http://www.psycoactiva.com/atlas/medula.htm>. 07/05/05 18:00 hrs.

Lesión de la médula espinal. [salud.discapnet.es/enfermedades discapacitantes](http://salud.discapnet.es/enfermedades_discapacitantes)  
08/07/05 14:00 hrs.

Ley de Atención a las Personas con Discapacidad. Decreto del Congreso de la República de Guatemala. No. 135-96. Guatemala, 1,996.

Levy, Santiago. La pobreza en México. Causas y políticas para combatirla. Fondo de Cultura Económica. E.C.E. México. 1994.

Médula espinal, paraplejía. [www.monografias.com/](http://www.monografias.com/). 07/05/05. 20:00 hrs.

Noriega Castillo, Carlos F. Documentos de Aportes para el Trabajo de Tesis, Metodología de la Investigación Social. Folleto. Guatemala. USAC. 2002 32 págs.

Nuevo Espasa Ilustrado 2000. Diccionario Enciclopédico. Editorial Espasa Calpé. España. 1999. 1,800 págs.

Oliva López, Arellano. Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). México. 2005. 12 págs.

Paraplejía. [www.elalmanaque.com/](http://www.elalmanaque.com/). 07/05/05 18:00 hrs.

Parkin, Michael. Microeconomía. Edición especial en español. EE. UU. Addison – Wesley Iberoamericana. 1995. pp 531-534. 625 págs.

Zamarripa Guardado, María de Jesús. Metodología de la Investigación Social. Departamento de Investigación. CNEP. 2003.

## ***ANEXOS***

**BOLETA DE ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES PARAPLÉJICOS**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora Inicio: \_\_\_\_\_ Hora Finalización: \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICACIÓN:**

- 1.1. Residencia: \_\_\_\_\_  
1.2. Sexo: 1.2.1. Masculino:  1.2.2. Femenino:  1.3. Edad: \_\_\_\_\_  
1.4. Escolaridad: \_\_\_\_\_ 1.5 Estado Civil: \_\_\_\_\_  
1.6. Ocupación: \_\_\_\_\_ 1.6.1. Ingresos Mensuales (Q): \_\_\_\_\_

**2. GRUPO FAMILIAR:**

No	Nombre	Parentesco	Edad (años)	Escolaridad	Ocupación	Ingreso (Q/mes)
2.1						
2.2						
2.3						
2.4						
2.5						

**3. MOTIVO DE CONSULTA:**

Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS ACTUALES:**

- 4.1. Vivienda: 4.1.1. Propia:  4.1.2. Alquilada  4.1.3. Otros:   
Especifique: \_\_\_\_\_  
4.2. Construcción: 4.2.1. Formal:  4.2.2. Informal:   
4.3. Servicios: 4.3.1. Agua:  4.3.2. Electricidad:  4.3.3. Drenajes:   
4.4. Condición Económica: 4.4.1. Pobreza:  4.4.2. Extrema Pobreza:

**5. EXPECTATIVAS AL RETORNAR AL HOGAR:**

- 5.1. Continuar con labores habituales  5.2. Cambio de actividad   
5.3 No hacer nada (dependiente)  5.4. No sabe

**6. OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_