

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REHABILITACION FISICA PROFESIONAL SOCIAL
Y PSICOLOGICA DEL MINUSVALIDO

Evaluación de 60 pacientes hospitalizados
en el Hospital Militar



YOLANDA DE LEON LOPEZ

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. DEFINICION Y ANALISIS
3. RECURSOS Y METODOLOGIA
4. REVISION BIBLIOGRAFICA
5. CUADROS ESTADISTICOS
6. RESULTADOS
7. DISCUSION DE LOS RESULTADOS
8. CONCLUSIONES
9. RECOMENDACIONES
10. RESUMEN
11. ANEXOS (CUESTIONARIO)
12. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación fué elaborado con el motivo de determinar qué tratamientos rehabilitadores efectivos han recibido los pacientes minusválidos en el Hospital Militar, para lograr una rehabilitación integral, ya que en el mismo existen algunos trabajos parciales no publicados sobre el tratamiento que se les ofrece, sin embargo ninguno versa sobre la efectividad del mismo.

Los objetivos perseguidos fueron los siguientes:

Determinar qué tratamientos han recibido los pacientes como parte de su rehabilitación,

Establecer el grado de participación de Trabajo Social en la rehabilitación social y profesional del paciente minusválido.

Establecer si los pacientes han sido evaluados por el departamento de psicología o psiquiatría como parte de la rehabilitación.

Evaluar si actualmente existen problemas psicológicos en el grupo de pacientes minusválidos.

Para efectuar el trabajo se contó con la colaboración del señor Director del Hospital Militar, del Médico jefe del departamento de rehabilitación, de un Licenciado en Psicología del mismo hospital del personal técnico del departamento.

El estudio se efectuó en la población total de pacientes minusválidos hospitalizados en el Hospital Militar, que en número fueron , en quienes el período de hospitalización ha sido desde menos de año a más de cinco; fueron incluidas todas las minusvalías presentes, las complicaciones y la rehabilitación física, profesional, social y psicológica que se les ha ofrecido a los mismos.

Para ese fin se utilizó un cuestionario por medio del cual se colectaron los siguientes datos: Datos generales, diagnósticos, tipo de lesión, minusvalía, tiempo de hospitalización, tiempo de validez y tratamientos recibidos en lo que respecta a rehabilita-

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El paciente minusválido es un individuo que padece de una deficiencia o una incapacidad física, psíquica, social y económica que lo pone en desventaja en relación a los demás y cuyas posibilidades de conservar un empleo, son efectivamente reducidas debido a sus mismas limitaciones; este paciente necesita de una rehabilitación integral para poder subsistir y no ser una carga para su familia, su comunidad y su país.

La rehabilitación es un proceso en el que el uso combinado y coordinado de medidas médicas, sociales, educativas, vocacionales, económicas y psicológicas, ayuda a los individuos incapacitados a alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y a integrarse dentro de la sociedad. (20,21)

En nuestro medio no existen estudios o trabajos publicados que nos demuestre que a los pacientes minusválidos del Hospital Militar, se les dá una rehabilitación completa reintegrándolos nuevamente a la vida normal.



RECURSOS HUMANOS

- 1 - Médico Asesor (Fisiatra)
- 1 - Médico Revisor
- 1 - Licenciado en Psicología
- 1 - Grupo de Fisioterapéutas

RECURSOS MATERIALES

- 1 - Los cuestionarios
- 1 - Las Escalas de Automedición de la Depresión (EAMD)
- 1 - El test del Dibujo de la Figura Humana
- 1 - El Hospital Militar.

METODOLOGIA

Se seleccionó al grupo de 66 pacientes minusválidos hospitalizados en el Hospital Militar, siendo todos de sexo masculino y que presentan diferentes minusvalías, además tienen períodos de hospitalización diferentes desde menor de un año a mayor de cinco.

Se revisaron los expedientes clínicos correspondientes a cada paciente para conocer previamente los datos generales, diagnósticos y tratamientos rehabilitadores recibidos, además se les entrevistó para explicarles el estudio que se les haría. Posteriormente se les fué citando en forma individual de dos a tres pacientes por día debido a que solo por las tardes se podía porque el resto del día, se encontraban ocupados en tratamientos o en entrenamiento profesional fuera del hospital.

A los citados se les entrevistó en forma individual, durante la entrevista se llenó un cuestionario elaborado para tal efecto el cual incluye: Datos generales, diagnósticos, complicaciones, motivo de lesión, minusvalía, tiempo de invalidéz, tiempo de hospitalización y tratamientos rehabilitadores sobre los aspectos físico, profesional, social y psicológico; además se les hizo evaluación psicológica por medio del test del Dibujo de la Figura Humana y la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD). Para el primero se les pedía que dibujaran una figura humana lo mejor que podían dándoseles una hoja de papel en blanco, lápiz y borrador, terminada la primera se les pedía que dibujaran otra del sexo opuesto al anterior; terminada esta prueba se les pedía que llenaran el test de la Escala de Automedición de la Depresión que consiste en una tabla con 20 preguntas y 4 columnas para las respuestas correspondientes a: Muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente. En los pacientes analfabetas el mismo entrevistador llenó los test con las respuestas que daba el paciente a dichas preguntas. Durante la aplicación de los instrumentos se les hacía observación clínica para lo cual se contó con la presencia y colaboración del Psicólogo.

La calificación del primer test se hizo en base a las técnicas de Machover y Copitz en donde se toma en cuenta cada una de las partes de la figura como son: Cabeza, cabello, cara, ojos, orejas, nariz, boca, manos, pies, tronco, hombros, pecho, vestimenta, botones,

simetría, tamaño, colocación, proporciones lineales, borraduras, sombreado, genitales y omisiones. Los diagnósticos en base a los rasgos que presentaron los pacientes, fueron dados por el Psicólogo quien utiliza como respaldo el manual DSM III.

La calificación del segundo cuestionario se hizo según el puntaje así: De 25 - 43 puntos = normales, de 38 - 68 = reacciones de ajuste de situación transitorias, de 40 - 68 = reacciones de ansiedad, de 42 - 68 = desórdenes de la personalidad, de 50 - 78 = depresión ambulatoria, de 63 - 90 = deprimido hospitalizado.

Todos los datos fueron tratados por medio de la Estadística Descriptiva utilizando cuadros representativos.

REVISION BIBLIOGRAFICA

El minusválido: Es todo individuo que padece de una deficiencia o una discapacidad física, psíquica, social y económica que lo pone en desventaja en relación a los demás, limitando e impidiendo el desempeño normal de su papel como individuo según su edad, sexo, condiciones socioeconómicas y culturales. (20,21)

La minusvalía representa y refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que repercuten en el individuo ya que prevalece mayor deficiencia y discapacidad en áreas que se encuentran en sus primeras fases de desarrollo que en áreas industrializadas. (1,4,22,31)

La pobreza, la guerra y la violencia no solo generan discapacidad sino que también afectan los recursos disponibles para la prevención y la rehabilitación. (20,22)

A través de todo el mundo las personas discapacitadas tienen la desventaja de padecer condiciones de vida inferior al promedio de toda la sociedad; estos individuos aunque tengan los mismos derechos fundamentales de aprender y formarse, de trabajar y crear, de amar y ser amados que el resto de la población, siguen viviendo en países que ignoran la forma de hacer efectivos esos derechos. (12,21,30)

Se considera que las vidas de aproximadamente 450 millones de personas físicas y mentalmente impedidas en el mundo, se caracterizan con frecuencia por la pobreza, la inactividad, la dependencia, la frustración y el aislamiento.

El minusválido por la propia naturaleza de su impedimento físico, está expuesto al peligro de sufrir perturbaciones emocionales o psicológicas resultantes de un sentimiento profundo de frustración y por ello tiene derecho especial a exigir de la sociedad, comprensión y ayuda constructiva. (16,18,19)

Sería utópico hablar de un derecho y un deber de trabajo de un individuo, sin un previo derecho a su rehabilitación.

Rehabilitación: Es la restauración del discapacitado o minusválido.

válido al máximo de sus posibilidades físicas, mentales, sociales, vocacionales y económicas; es enseñar al paciente a vivir con su propia incapacidad, aprovechando sus capacidades o aptitudes residuales (1, 4, 10, 14, 16, 21)

La asistencia social fundada en la caridad, no es una solución digna del hombre que en su libertad exige la independencia de la miseria; el hombre ha de ser capaz de vivir y ganarse el sustento por sí mismo y de la forma más adecuada a su naturaleza, con su trabajo y no con limosnas o subsidios. (1,21,30,31)

La rehabilitación o fisiatría es una especialidad médica admitida como tal en Estados Unidos desde el 3 de junio de 1949. (10, 31)

Las ventajas que ofrece un servicio de rehabilitación son las siguientes:

1. Mejor y más comprensivo tratamiento de los pacientes.
2. Hospitalizaciones más cortas con porcentaje más elevado de recuperaciones laborales.
3. Muy escasas readmisiones por el mismo proceso.
4. El único medio eficaz para tratar grandes inválidos ancianos o enfermos crónicos.
5. Favorecer la integración del enfermo en la comunidad.
6. Permite tratar toda clase de enfermos y síndromes patológicos.
7. Sirve de escuela.
8. Constituye una concreta economía para la colectividad. (4,16)

Los objetivos esenciales de un centro de rehabilitación son los siguientes:

1. Compensar tanto como sea posible la invalidéz originaria o sobreañadida, mediante el uso de técnicas médicas o complementarias.
2. Ayudar al individuo a lograr la vida más completa posible enseñándole a aceptar y adaptarse a sus limitaciones físicas favoreciendo su normalización y desarrollo físico, social emocional

y educativo, de tal forma que consiga las mayores satisfacciones.

3. Ayudar a los familiares a comprender, aceptar y adaptarse a las limitaciones, aceptando la responsabilidad como un miembro del equipo terapéutico para desenvolver en la casa el máximo proceso rehabilitador.
4. Ofrecer oportunidades para enseñar a los miembros de las diversas disciplinas y profesiones relacionadas con la rehabilitación.
5. Estimular las oportunidades de investigación, en los métodos de prevención, diagnóstico y terapéutica de los procesos tratados en el centro.
6. Preparar y distribuir artículos y material técnico basados en las investigaciones y experiencias del servicio.
7. Promover el entendimiento público y la aceptación del inválido, del concepto de rehabilitación total. (16,31)

Las programaciones en un centro de rehabilitación deberán hacerse buscando las necesidades de los inválidos más que las posibilidades económicas. (16,20)

Es el médico rehabilitador o Fisiatra el encargado de prescribir o dirigir el tratamiento rehabilitador que el paciente necesita.

REHABILITACION FISICA:

La rehabilitación física o Fisioterapia es el tratamiento que se aplica por medios físicos aprovechando y estimulando un hipereffort tisular y orgánico, es la terapia por medio del movimiento o sea el tratamiento destinado a la recuperación de las funciones del sistema motor, disminuyendo al máximo las limitaciones funcionales y la incapacidad física. En este tratamiento se hace uso de agentes como la luz, el calor, la electricidad, los ultrasonidos, la hidroterapia y métodos como la mecanoterapia y la Terapia Ocupacional; además se ofrece entrenamiento al incapacitado para el uso

de elementos protésicos, ortésicos y aditamentos especiales. (3,4,16,28)

Colaborando en esta parte ejecutiva interviene el Fisioterapeuta o cinesiterapeuta y el Terapeuta Ocupacional.

La Terapia Ocupacional no sólo procura la distracción del paciente, sino que colabora a restaurar la función alterada, teniendo importancia la habituación y manejo de prótesis ortopédicas de distinto tipo, especialmente de la mano y el aprendizaje de las actividades de la vida diaria, así como el logro de una coordinación eficaz de los movimientos aprendidos en fisioterapia; además incluye la Terapia Recreacional que trata de distraer al paciente para apartarlo de la obsesión por su enfermedad o discapacidad; en los niños se emplean juegos, en los adultos artes como la pintura, el dibujo, la música etc. Y se les estimula el espíritu competitivo mediante juegos entre diferentes discapacitados; se les enseña el aseo personal y las medidas para comunicarse con el medio externo, primero en casa, después en la calle y luego en los medios de locomoción públicos. (16,21,28)

La Terapia Ocupacional también incluye la terapia por el trabajo que busca la mejoría de la función afectada por medio de una actividad laboral que no debe ir asociada a una ganancia sino tener exclusivamente carácter terapéutico. En muchos casos se necesitan herramientas apropiadas para cada discapacitado.

La Terapia Ocupacional también incluye la Terapia Prevocacional que permite al paciente colaborar en su orientación profesional posterior con todas sus aficiones y aptitudes. La Terapia de Lenguaje también es parte de la fisioterapia y es el Logoterapeuta ligado al Fonoterapeuta el encargado de los trastornos del lenguaje, de la palabra y de las alteraciones del oído, su campo se encuentra principalmente entre los sordos y mudos de origen central o periférico por alteraciones congénitas, enfermedades o accidentes. (16,20,22)

REHABILITACION SOCIAL Y LABORAL:

Consiste en la rehabilitación que ha de llevar a la reincorporación social y laboral al minusválido, siendo ésta una misión que debe desempeñar el Trabajador Social con la colaboración del Terapeuta Ocupacional y el Psicólogo. Dentro de las funciones de trabajo social están las siguientes:

1. Estudiar y definir la situación social del paciente con todas sus realidades.

2. Valorar y comprender el impacto que la invalidez supone para el paciente y sus familiares.
3. Propiciarle la suficiente independencia económica para él y para su familia.
4. Estudiar el pasado y experiencias del paciente y la relación del mismo con la familia.
5. Visitar la casa del paciente para conocer la atmósfera en que éste se desenvolverá al ser dado de baja.
6. Hacerse conocer por todos los pacientes indicando a los mismos qué ayuda puede prestarles.
7. Conocer la historia familiar de los pacientes.
8. Lograr la reincorporación laboral y social del discapacitado.
9. Observación y cuidado posterior del paciente durante el desempeño de su labor y sus relaciones sociales y laborales.
10. Comunicar al médico rehabilitador cualquier alteración sufrida en el estado del individuo que dificulte el desempeño de su labor. (4,16,21,28)

REHABILITACION PSICOLOGICA:

En vista de que toda limitación física trae como consecuencia una problemática psicológica son varios los aspectos en los que el Psicólogo clínico intervendrá en el proceso de la rehabilitación.

Con la exploración psicológica se valora el estado mental del paciente y los cuadros psicopatológicos que pueden presentar como son: Depresiones, ansiedad, reacciones agresivas, perfeccionismo, dependencia o verdaderas enfermedades mentales como neurosis, alteraciones caracterológicas, toxicomanías, reacciones paranoides etc. (2,15,19,29)

Leopold Bellak profesor de psicología, establece cinco tipos de respuestas predominantes ante una enfermedad o incapacidad:

- La primera es una reacción "normal" que todo individuo presenta ante una incapacidad y que se manifiesta en angustia o depresión, la cual va disminuyendo progresivamente en relación directa a la enfermedad o incapacidad.
- La segunda es la reacción evasiva que manifiestan muchos pacientes que se obstinan en negar la existencia o gravedad de su afección, actitud que les conduce a una depresión con angustia y se manifiesta en una abierta oposición a seguir las instrucciones del médico.
- La tercera es la depresión reactiva que aparece poco después de

una pérdida importante y evidente (pérdida de un miembro) y que puede conducir a un estado permanente de hipocondría, en donde el individuo se obsesiona respecto a su estado de salud y función de sus órganos.

- La cuarta es una canalización de todas las preocupaciones anteriores, desplazándolas a un nuevo foco de atención.
- La quinta y última es la invalidez psicológica determinada por una incapacidad física y que no le permite desarrollarse a nivel social y ocupacional con valentía, dinamismo y dominio de sí mismo. (13,15,25)

La influencia de todos los cuadros anteriores es grande en cuanto al pronóstico del tratamiento rehabilitador, por lo que corresponde al psicólogo clínico conseguir de estos pacientes un índice de aceptación que represente el equilibrio psicológico de los mismos frente a su defecto; esta aceptación debe ser bajo un triple aspecto:

Físico: El paciente debe estar enterado de la naturaleza de su enfermedad, su causa, complicaciones y pronóstico y debe aceptar su nueva imagen corporal distinta y peor que la anterior.

Social: Debe ser realista en cuanto a sus posibilidades en relación con su trabajo, sus relaciones sociales y familiares.

Psicológica: No debe tener reacciones emotivas fuertes frente a su invalidez y su conducta debe encontrarse dentro de la normalidad. (2, 16,19,33)

En nuestro medio se han hecho algunos estudios en pacientes minusválidos enfocando aspectos diferentes a los del presente trabajo, los cuales se mencionan a continuación:

Se investigó la función sexual de pacientes con lesiones medulares, verificándose que los mismos no reciben ninguna reeducación al respecto. (8,17)

Se estudió la incidencia de depresión en dos grupos de pacientes, llegándose a la conclusión que padecían depresión más del 50% de los

pacientes de consulta externa y menos del 50% de los pacientes hospitalizados. (6)

Al estudiar sobre los factores que influyen en la rehabilitación psíquica del parapléjico, se concluyó que todos estos pacientes tienen trastornos de la personalidad y emocionales relacionados a la personalidad básica, al cuadro parapléjico, al abandono en una institución por parte de sus familiares, al escaso nivel cultural, a la situación socio-económica y al ambiente donde han vivido; además se encontró que al ocurrir una incapacidad tan severa en individuos jóvenes, se produce una crisis grave que compromete la salud mental. (2,13)

En un estudio comparativo entre el grado de frustración de pacientes parapléjicos y pacientes amputados, se pudo demostrar que la frustración-agresión se ha dado en igual proporción siendo la frustración una situación que afecta mucho al individuo, a su grupo social, a sus relaciones interpersonales y terapias que podría necesitar para solventar su situación; además se encontró que en cuanto al índice de adecuación del individuo a su grupo social, estos dos grupos se habían adaptado normalmente. (19)

En otro estudio que se hizo sobre la personalidad de pacientes con traumatismos y lesiones medulares, se comprobó que todos los pacientes objeto de estudio, presentaron trastornos emocionales, agudizándose el problema al quedarse éstos relegados a una silla de ruedas. (13)

Al comparar dos grupos de pacientes minusválidos rehabilitados en centros diferentes, se concluyó que en ambos grupos los salarios aumentaron después de haber sido rehabilitados debido a que antes de brindarse capacitación en alguna ocupación, se les efectúa una evaluación integral del individuo y el medio en que vive para recomendar la ocupación con mayor probabilidad de éxito, se les mejora el nivel escolar, se les brinda terapia médica, psicológica y social; además se les estimula a utilizar su capacidad de trabajo residual y se les da ayuda y asesoramiento cuando lo solicitan. (18)

Se efectuó una investigación sobre los servicios que proporcionan algunas instituciones que ofrecen tratamiento de rehabilitación limitados físicos, en el cual se hace ver que en nuestro medio

se planifican los programas de rehabilitación tomando en cuenta las necesidades reales de los limitados físicos, que no prevalece un criterio unánime sino que cada uno sigue sus propias normas y que tampoco existe suficiente personal especializado en el campo.(7)

RESULTADOS

CUADRO No. 1

NUMERO DE PACIENTES, EDAD, ESTADO CIVIL, INSTRUCCION Y RESIDENCIA DE 66 PACIENTES MINUSVALIDOS DEL HOSPITAL MILITAR. AGOSTO 1984.

EDAD EN AÑOS	No. DE PTES.	ESTADO CIVIL			INSTRUCCION			RESIDENCIA					
		S	C	U	ALFABETA PRIMARIA	BETA	COS	ANALFA - BETA	ESTA CAPITAJ	INTERIOR DE LA REPUBLICA			
										N	E	O	
16 - 20	25	24	1	-	15	2	7	2	2	9	2	8	4
21 - 25	26	19	4	3	16	-	11	-	-	8	7	7	4
26 - 30	9	4	2	3	5	1	3	1	1	2	3	1	2
31 - 35	5	1	3	1	2	-	3	-	-	-	-	-	5
36 y más	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
TOTAL:	66	49	10	7	39	3	24	3	3	20	12	16	15

Fuente: Archivos del Hospital Militar y entrevista personal.

* S = SOLTERO

N = NORTE

C = CASADO

S = SUR

U = UNIDO

E = ESTE

O = OESTE

B = BILDO

H = HOLA

C = CUESTO

D = DIA

E = ESTADO

F = FOLIO

ENCUESTA DE LESIONES Y FACTORES CONDICIONANTES DE LA LESION EN 66 PACIENTES MINUSVALIDOS DEL HOSPITAL MILITAR

LESION	16-20	21-25	26-30	31 y más	TOTAL	ART.	OTROS
FX. Y aplastamiento en columna vertebral y lesión medular	3	8	1	2	16	3	13
FX. Expuesta en miembro inferior	4	7	1	2	14	4	10
FX. Expuesta en miembro superior	7	1	3	1	12	7	5
Trauma craneo-encefálico	1	7	-	-	8	1	7
Múltiples heridas en cara y ojos	5	1	1	-	7	5	2
Tumor intramedular espinal	-	-	-	-	2	-	2
Sección medular Dorsal por trauma fisiol.	-	-	-	-	1	-	1
Amputación traumática miembro inferior	1	-	-	-	1	1	-
Amputación por arma blanca miembro sup.	-	-	1	-	1	-	1
Luxación rodilla y sección arterial	-	1	-	-	1	-	1
Sarcoma osteogénico masivo miembro inf.	-	1	-	-	1	-	1
Glaucoma en ojo derecho	-	1	-	-	1	-	1
Trauma acústico	-	-	1	-	1	-	1
TOTAL:	21	25	7	5	66	21	45

ENCUESTA DE LESIONES Y FACTORES CONDICIONANTES DE LA LESION EN 66 PACIENTES MINUSVALIDOS DEL HOSPITAL MILITAR

ENCUESTA DE LESIONES Y FACTORES CONDICIONANTES DE LA LESION EN 66 PACIENTES MINUSVALIDOS DEL HOSPITAL MILITAR

ENCUESTA No. 2

CUADRO No. 2

DIAGNOSTICOS Y FACTORES CONDICIONANTES DE LA LESION EN 66 PACIENTES MINUSVALIDOS DEL HOSPITAL MILITAR. AGOSTO 1984.

DIAGNOSTICOS	Fx.	GRUPOS ETARIOS Y CAUSAS DE LA LESION							
		16 - 20		21 - 25		26 - 30		31 y más	
		ART.	OTROS	ART.	OTROS	ART.	OTROS	ART.	OTROS
FX. Y aplastamiento en columna vertebral y lesión medular	16	3	-	8	-	1	2	2	-
FX. Expuesta en miembro inferior	14	4	-	7	-	1	-	2	-
FX. Expuesta en miembro superior	12	7	-	1	-	3	-	1	-
Trauma craneo-encefálico	8	1	-	7	-	-	-	-	-
Múltiples heridas en cara y ojos	7	5	-	1	-	1	-	-	-
Tumor intramedular espinal	2	-	2	-	-	-	-	-	-
Sección medular Dorsal por trauma fisiol.	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Amputación traumática miembro inferior	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Amputación por arma blanca miembro sup.	1	-	-	-	1	-	-	-	-
Luxación rodilla y sección arterial	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Sarcoma osteogénico masivo miembro inf.	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Glaucoma en ojo derecho	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Trauma acústico	1	-	-	-	-	1	-	-	-
TOTAL:	66	21	4	25	1	7	2	5	1

Fuente: Archivos del Hospital Militar y entrevista personal

- * ART. = ARTEFACTOS EXPLOSIVOS
- FX. = FRACTURA
- Fx. = FRECUENCIA

CUADRO No. 4

COMPLICACIONES DE ACUERDO AL DIAGNOSTICO PRINCIPAL EN 66 PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR. AGOSTO 1984.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Fx.	COMPLICACIONES SECUNDARIAS									
		ULCERAS POR DE CUBITO	INFECC. URINA RIA	PIELO- NEFRI TIS	OSTEO- MIELI TIS	FX. EN M.I.	LITIA SIS	I.R.A.	PSEUDO ARTRO SIS	GAN DERMA TITIS NA	TINI TUS
FX. Y aplastamiento en columna vertebral y lesión medular	16	15	9	4	3	1	1	-	-	-	-
FX. Expuesta en miem- bro inferior	5	-	-	-	2	-	-	2	-	-	1
FX. Expuesta en miem- bro superior	5	-	-	-	1	-	-	-	3	1	-
Tumor intramedular espinal	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sección medular por trauma fisiológico	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Trauma de craneo	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL:	29	17	10	4	6	1	1	2	3	1	1

Fuente: Archivos del Hospital Militar y entrevista personal

* I.R.A. = INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Fx. = FRECUENCIA

FX. = FRACTURA

CUADRO No. 5

MINUSVALIA, OCUPACION ANTERIOR Y LA REHABILITACION PROFESIONAL ACTUAL EN 66 -
 PACIENTES MINUSVALIDOS DEL HOSPITAL MILITAR. AGOSTO 1984.

MINUSVALIA	Fx.	OCUPACION ANTERIOR Y REHABILITACION PROFESIONAL											
		CAMPEÑINOS			OBREROS			ARTESANOS			EMPLEADO PUBLICO		
		Z	S	C	Z	S	C	Z	S	C	Z	S	C
PARALISIS	21	5	7	2	2	-	2	1	-	-	2	-	-
DEFECTOS VISUALES	6	2	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
AMPUTACIONES	6	3	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-
DEFECTOS AUDITIVOS	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
OTROS	3	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL:	37	11	10	5	3	2	3	1	-	-	2	-	-

Fuente: Archivos del Hospital Militar y entrevista personal.

* Fx. = FRECUENCIA

Z = ZAPATERIA 17

S = SASTRERIA 12

C = CARPINTERIA 8

1 - CONVULSIONES
 2 - HEMIPARISIS
 3 - SPASTICIDAD
 4 - SINDROME DE...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CONVULSIONES	15	17	10	2	3	4	3	1	-	-	-	-
HEMIPARISIS	3	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
SPASTICIDAD	7	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
SINDROME DE...	4	2	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-
TOTAL	31	20	13	4	5	5	3	1	-	-	-	-

CUADRO No. 6

MINUSVALIA, TIEMPO DE INVALIDEZ Y TIEMPO DE HOSPITALIZACION EN AÑOS, EN 66 PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR. AGOSTO 1984.

MINUSVALIA	Fx.	TIEMPO DE INVALIDEZ										
		Menor de un año		de uno a tres		de tres a cinco		mayor de cinco				
		TIEMPO DE HOSPITALIZACION										
		menor de 1	1 - 3	menor de 1	1 - 3	menor de 1	1 - 3	3 - 5	menor de 1	1 - 3	3 - 5	más de 5
PARALISIS	41	8	-	7	18	1	-	1	-	-	2	4
DEFECTOS VISUALES	10	2	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-
AMPUTACIONES	9	3	1	-	5	-	-	-	-	-	-	-
DEFECTOS AUDITIVOS	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
OTROS	4	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-
TOTAL:	66	13	1	17	26	2	-	1	-	-	2	4

Fuente: Archivos del Hospital Militar y entrevista personal.

* Fx. = FRECUENCIA

CUADRO No. 7

EVALUACION PSICOLOGICA SEGUN EL TEST DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE ACUERDO A LA MINUSVALIA E INSTRUCCION EN 66 PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR. AGOSTO 1984.

DIAGNOSTICO	Fx.	PARALISIS		DEFECTOS VISUALES		AMPUTACIONES		DEFECTOS AUDITIVOS		OTROS	
		ALFA	ANALF	ALFA	ANALF	ALFA	ANALF	ALFA	ANALF	ALFA	ANALF
TRASTORNO AFECTIVO	24	9	5	3	1	2	1	1	-	1	1
TRASTORNO POR ANSIEDAD	13	8	-	1	3	-	1	-	-	-	-
TRASTORNO ADAPTATIVO	11	2	6	-	1	1	-	-	-	1	-
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	10	6	1	-	-	1	1	-	1	-	-
NORMALES	8	2	2	1	-	2	-	-	-	1	-
TOTAL:	66	27	14	5	5	6	3	1	1	3	1

Fuente: Archivos del Hospital Militar y evaluación directa por medio de test.

* Fx. = FRECUENCIA

ALFA = ALFABETA

ANALF = ANALFABETA

ENCUESTA PSICOLOGICA DEL HOSPITAL MILITAR Y EVALUACION DIRECTA DEL MES DE AGOSTO DE 1984

ASISTENTE	02	153	1*	2	2	6	7	7	7	3	7
PSICOLOGO	0	5	3	7	-	5	-	-	-	7	-
INVESTIGADOR DE PSICOLOGIA	10	9	1	-	-	1	7	-	7	-	-
INVESTIGADOR DE PSICOLOGIA	17	5	2	-	7	7	-	-	-	7	-
INVESTIGADOR DE PSICOLOGIA	13	9	-	1	3	-	7	-	-	-	-
INVESTIGADOR DE PSICOLOGIA	5*	3	2	3	7	5	7	7	-	7	7

DIAGNOSTICO	Nº	OTROS CASOS	DEFECCIONES VISUALES	AMPUTACIONES	DEFECCIONES AUDITIVAS	OTROS CASOS
		DEFECCIONES VISUALES	DEFECCIONES VISUALES	DEFECCIONES VISUALES	DEFECCIONES VISUALES	DEFECCIONES VISUALES

AYUDA E INSTRUCCION EN EL MANEJO DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PSICOLOGICA
 EVALUACION PSICOLOGICA SEGUN LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ACUERDO A LA
 MINUSVALIA E INSTRUCCION EN 66 PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR. AGOSTO 1984

CUADRO No. 8

EVALUACION PSICOLOGICA SEGUN LA ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ACUERDO A LA -
 MINUSVALIA E INSTRUCCION EN 66 PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR. AGOSTO 1984.

DIAGNOSTICO	Fx.	PARALISIS		DEFECTOS VISUALES		AMPUTACIONES		DEFECTOS AUDITIVOS		OTROS	
		ALFA	ANALF	ALFA	ANALF	ALFA	ANALF	ALFA	ANALF	ALFA	ANALF
REACCIONES DE AJUSTE DE SITUACION TRANSITORIAS	15	5	3	-	1	4	-	-	-	1	1
DEPRESION AMBULATORIA	13	6	4	1	1	-	-	-	-	1	-
DESORDENES DE PERSONALIDAD	12	7	1	-	-	2	2	-	-	-	-
REACCIONES DE ANSIEDAD	8	5	-	1	1	-	-	-	1	-	-
NORMALES	18	4	6	3	2	-	1	1	-	1	-
TOTAL:	66	27	14	5	5	6	3	1	1	3	1

Fuente: Archivos del Hospital Militar y evaluación directa.

- * Fx. = FRECUENCIA
- ALFA = ALFABETA
- ANALF = ANALFABETA

RESULTADOS

En el cuadro No. 1. se observa que el 77.2% de los pacientes se encuentra en el grupo etario menor de 26 años, en su mayoría (74.2%) son solteros y con educación formal menor o igual a 6 años y procedentes del interior de la república.

En el cuadro No. 2. se observa que predominan los pacientes con fracturas y aplastamiento en algún área de la columna vertebral, siguiendo en orden de frecuencia, las fracturas en miembros inferiores y superiores y la causa de las lesiones en el 87.8% fueron debidas a artefactos explosivos.

En el cuadro No. 3. se observa que la parálisis afecta al 62.1% de los pacientes quienes en su totalidad recibieron rehabilitación física completa excluyendo la Terapia de Lenguaje que sólo fue ofrecida a 4 que la necesitaron.

En cuanto a rehabilitación social, solo la historia familiar ha formado parte de la misma la cual se le ha hecho al 46.9% de todos los pacientes, mientras que visitas domiciliarias e independencia económica ha sido de cero (0). Se encuentran en rehabilitación profesional el 56% y el 7.5% han sido rehabilitados laboralmente y el 21.2% fueron evaluados por el departamento de psicología.

En el cuadro No. 4. se establece que las complicaciones más frecuentes las constituyeron las Ulceras por decúbito en el 89.4% e Infecciones urinarias en el 52% del grupo de pacientes con lesiones medulares.

En el cuadro No. 5 se observa que el 51.2% de los pacientes con parálisis son los que se encuentran en rehabilitación profesional, siendo de extracción campesina el 70.2%.

En el cuadro No. 6 se observa que el 86.3% de los pacientes tienen menos de 3 años de padecer la minusvalía y tiempo de hospitalización y el 13.6% tiene más de 3 años.

En el cuadro No. 7. observamos que según el Test de La Figura

UNIDAD DE REHABILITACION FISICA Y PROFESIONAL DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTIFICAS Y TECNOLÓGICAS
 DEPARTAMENTO DE REHABILITACION FISICA Y PROFESIONAL
 ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DE LA REHABILITACION FISICA Y PROFESIONAL EN PACIENTES CON LESIONES MEDULARES

CATEGORIA	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD	10	77.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2
ESTADO CIVIL	10	74.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2
NIVEL DE EDUCACION	10	74.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2
ORIGEN	10	74.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2
TIPO DE LESION	10	74.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2
CAUSA	10	74.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2
TIPO DE LESION	10	74.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2
CAUSA	10	74.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2
TIPO DE LESION	10	74.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2
CAUSA	10	74.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2	1	7.2

CUADRO No. 1. DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CLINICAS.

Humana, el 87.8% de los pacientes tiene algún trastorno emocional predominando el Trastorno Afectivo cuyos componentes están dados en su mayoría por neurosis y depresiones que más ha afectado a pacientes con parálisis.

En el cuadro No. 8 observamos que según la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) el 72.7% sufre algún trastorno emocional, predominando en este caso las Reacciones de Ajuste de Situación Transitorias que como su nombre lo dice, son problemas transitorios.

Ahora bien, al relacionar estas dos pruebas se observa que difieren y eso es de esperarse debido a que las mismas son muy diferentes ya que la primera (El Test del dibujo de la figura humana) es un test proyectivo que evalúa detenidamente cada aspecto del paciente por medio de la figura en donde se ha proyectado él mismo; en cambio la segunda (Escala de Automedición de la Depresión) es un test descriptivo y menos veraz que el anterior por tratarse de preguntas subjetivas que dá lugar a alteraciones por parte del sujeto examinado.

DISCUSION:

Sabemos que la rehabilitación es el conjunto de procedimientos tendientes a conseguir en los inválidos mejores condiciones de bienestar físico, psicológico y socioeconómico que les permita ser útiles para sí mismos y para su comunidad, a pesar de sus minusvalías que son definitivas y aprovechando sus capacidades y aptitudes residuales.

Todos sabemos que la creciente capacidad de prolongar la vida debe ir acompañada de una creciente capacidad de hacer que merezca la pena prolongarla y que ello a menudo significa el reemplazo, aumento o readiestramiento de las funciones necesarias en un número de personas siempre crecientes.

En el presente estudio predominan los pacientes jóvenes menores de 26 años y solteros cuyos requisitos son indispensables para prestar servicio militar, por lo tanto son los que están más expuestos al peligro que el resto de la población; sin embargo por su misma juventud son los más susceptibles a la rehabilitación si se les ofrece un tratamiento inmediato y con constante vigilancia.

Asimismo predominan las fracturas en columna vertebral y en extremidades causadas por artefactos explosivos teniendo una similitud con los síndromes invalidantes por traumatismos durante la segunda guerra mundial (4) dejando una invalidéz funcional al igual que en nuestro estudio, una parálisis debido a que la inmovilización del área afectada produce complicaciones como: Atrofias musculares, rigideces articulares y alteraciones óseas, vasculares, a y metabólicas por lo que debe iniciarse precozmente el tratamiento rehabilitador estimulando al paciente el desarrollo de actividades físicas.

En nuestro estudio el 100% de pacientes con parálisis recibieron rehabilitación física ya que el tratamiento rehabilitador físico deberá iniciarse lo más precozmente posible estimulando al paciente el desarrollo de actividades físicas para evitar una interrupción total o prolongada de sus actividades laborales y sociales, tanto en el sentido físico como en el psicológico. En la rehabilitación física interviene la fisioterapia para aumentar la fuerza y resis-

cia muscular coordinando los movimientos, aptitud y velocidad de los mismos con el uso de la cinesiterapia, electroterapia, masoterapia, termo y crioterapia, helio y fototerapia e hidroterapia y métodos como la mecanoterapia y la terapia ocupacional van dirigidos a disminuir al máximo las limitaciones funcionales, procurando la distracción del paciente, colaborando en restaurar la función alterada y enseñando la habituación y manejo de prótesis, ortosis u otros, así como la coordinación de movimientos aprendidos en fisioterapia; también está la terapia recreacional que trata de distraer al paciente por medio de artes como la pintura, el dibujo y la música aprovechando la afición de cada paciente.

La Terapia Ocupacional procura enseñar las actividades de la vida diaria como son el aseo personal y las medidas para comunicarse con el medio externo y la terapia prevocacional que colabora con la orientación profesional del paciente.

La rehabilitación social ha de llevar al paciente a su reincorporación social y laboral, cosa que en nuestro estudio no se dio porque sólo se ha tomado en cuenta la historia familiar en un porcentaje bajo siendo ésto una labor de trabajo social que consiste en: Estudiar y definir la situación social logrando la adaptación laboral y social del discapacitado propiciándole la suficiente independencia económica a él y a su familia, buscándo los puestos de trabajo adecuados y colaborar en la elección de la profesión más apropiada para cada paciente de acuerdo a su formación, capacidad intelectual y condiciones físicas así como la observación y posterior cuidado en el desempeño de su labor y sus relaciones laborales y sociales con la obligación de comunicar al médico rehabilitador cualquier alteración sufrida posteriormente en el estado del individuo que dificulte el desempeño de su labor. Aunque al hablar de incorporación laboral ésta es muy difícil en nuestro medio ya que no existe una ley que respalde esos derechos al minusválido como en países desarrollados (Alemania y Francia) donde las empresas mantienen un 10% de sus puestos para el ingreso de los disminuidos, teniendo una mayor prioridad los inválidos militares que han sufrido lesiones absolutas o permanentes por guerra o acto de servicio a la patria. (3)

Continuando con lo de Trabajo Social su trabajo deberá extenderse durante toda la jornada estudiando el pasado y experiencias del paciente para conocer la atmósfera en que éste se desenvolverá al ser

dado de alta (baja), asimismo proporcionará terapia de soporte al paciente cuando el psicólogo no lo hace.

En cuanto a la rehabilitación psicológica, en nuestros pacientes del estudio no se ha cumplido en este aspecto ya que solo el 21.2% ha sido evaluado. Sabiendo que la rehabilitación está indicada en aquellos pacientes incapacitados físicos que por encontrarse afectados psicológica y socioeconómicamente entra en la denominación de inválidos y que por lo tanto necesitan de una terapéutica médica, social, psicológica y vocacional porque la "mejor prótesis" no tendrá valor para el amputado si no se prescribe y adapta correctamente, si el paciente no ha sido preparado tanto física como psicológicamente para recibirla y si no se le ha entrenado para su uso. (26)

La incapacidad física produce modificaciones emocionales y mentales en el individuo debido al temor de lo desconocido, de ser diferente y de tener que readaptarse y readaptar actitudes, intereses y deseos que pueden ser tan traumáticos como el impedimento mismo principalmente en nuestros pacientes quienes por los enfrentamientos continuos de combate, ya albergaban una alteración emocional.

Con la exploración psicológica valoramos el estado mental del paciente y los cuadros psicopatológicos los cuales influyen en gran gran manera en cuanto al pronóstico rehabilitador. Además todos los miembros del equipo deberán comprender las dificultades creadas en el paciente por la invalidéz y trabajarán con él en una forma sensible hasta que se obtenga una aceptación práctica de su condición que no signifique frustración, resignación, desesperación ni fantasías compensadoras.

En cuanto a las complicaciones más frecuentes que se encontraron en el grupo de estudio como son las úlceras por decúbito e infecciones urinarias, nos demuestra la poca atención o el descuido que han tenido los pacientes con lesiones medulares ya que si hablamos de rehabilitación precóz ésta debe ser en aras de un

mayor beneficio terapéutico al paciente ya que obtendremos mejores resultados y un alcance económico al disminuir el tiempo de rehabilitación.

Tiene especial importancia la asistencia al paciente a base de frecuentes cambios de postura cada hora, uso de colchones hidráulicos, limpieza de la piel así como asegurar una evacuación regular de la vejiga e intestino. Lo más importante sería evitar los encamamientos muy prolongados ya que esto puede determinar la aparición de ulceraciones, deformidades articulares y contracturas musculares así como incontinencia de esfínteres y problemas psíquicos.

Respecto a las infecciones genito-urinarias no solo interviene la falta de movilización sino también el uso continuo de un cateter vesical sin guardar una rigurosa asepsia y la falta de ingestión suficiente de líquidos. Todo esto conlleva a un atraso en la rehabilitación en general pues creemos que un paciente debería iniciar su rehabilitación lo más pronto posible en jornadas del día completo, alternando su tratamiento puramente médico con el ocupacional, recreativo y profesional.

Debido a que el tratamiento rehabilitador se les ha dado en forma individual y a que algunos han padecido complicaciones de las arriba mencionadas, no ha sido posible rehabilitar profesionalmente a todos y solo el 56% se encuentra en el programa actualmente; aunque algunos tienen menos de un año de haber sufrido la lesión, son pocos (21.2%) y la mayoría (78.7%) ya tiene mas de un año.

También la mayoría de los pacientes es de extracción campesina y se estan rehabilitando profesionalmente en otro oficio es de esperarse ya que los mismos no podrán volver a desempeñar su trabajo anterior debido a su minusvalía, además lo que se persigue es una finalidad terapéutica que llene las necesidades del individuo.

Con respecto al tiempo de hospitalización, la mayoría de pacientes del estudio tiene menos de 3 años pero mas de uno considerando que es un tiempo suficiente en el cual la mayoría ya deberían estar rehabilitados completamente como mencionamos antes, que la labor en equipo y aplicada precozmente acorta el período de hospitalización del paciente reitegrandolo a su vida familiar y si consideramos a los

que tienen más de tres años, ellos ya no deberían ni pertenecer al hospital, sin embargo, no es culpa de ellos estar todavía en el mismo, sino del equipo rehabilitador.

Al referirnos a la evaluación psicológica, la mayoría de los pacientes padecen algún trastorno emocional de esperarse ya que no han sido tratados por un psicólogo y como consecuencia del problema principal que es el impedimento o minusvalía. En sí la invalidez por estimulación motora o sensorial, reduce las dimensiones del mundo circundante creando un número de trastornos de la conducta, siendo lo más característico, según algunos autores, la hostilidad y la depresión comparable con nuestro estudio en donde predominan los trastornos afectivos los cuales se refieren en su mayoría a trastornos neuróticos y depresiones, problemas que se pudieron haber resuelto tempranamente en beneficio del paciente ya que a veces éstos no responden positivamente a otros tratamientos, incluso a veces se habla de un "Mal Comportamiento" de los mismos sin comprender que todo eso es debido a la falta de una terapia psicológica que, como mencionamos antes, todo inválido necesita.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de pacientes son jóvenes solteros, requisitos indispensables para prestar servicio militar.
2. Las lesiones sufridas fueron en mayor escala fracturas, siendo en primer lugar a nivel de columna vertebral, siguiendo en orden de frecuencia, extremidades inferiores y superiores, dando como secuelas las p^{ar}alisis.
3. Las complicaciones que han sufrido los pacientes con Lesiones Medulares, refleja la deficiente atención que los mismos han recibido.
4. La rehabilitación física ha sido efectiva.
5. La rehabilitación profesional es aceptable.
6. La rehabilitación psicológica ha sido deficiente.
7. La rehabilitación social ha sido inefectiva.
8. La mayoría de los pacientes padece de algún trastorno emocional.
9. El departamento de Rehabilitación carece de personal especializado en algunas ramas, para completar el equipo multiprofesional necesario para la buena rehabilitación del paciente minusválido.

RECOMENDACIONES

1. Completar el equipo multiprofesional para lograr una efectiva rehabilitación integral del minusválido en donde intervengan Médicos, Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales, Monitor Deportivo, Fisioterapeutas y Enfermeros especializados en el campo.
2. Elaborar un manual de Normas y Procedimientos para el manejo del paciente en rehabilitación, sirviendo de guía desde el momento en que ingresa el paciente al hospital hasta lograr su rehabilitación completa para que siguiendo los lineamientos del mismo, las hospitalizaciones sean más cortas.
3. A los pacientes con Lesiones Medulares, proporcionarles una atención especial encaminada a: Movilizaciones cada hora, limpieza y cuidado riguroso de la piel y evitar el uso permanente de cateter vesical cuando sea posible y, además sería recomendable que se inicie el estudio de Cistometría y cateterismo intermitente.
4. Recomendar la movilización precóz (salvo conradicción) en todos los pacientes incapacitados físicos, a fin de que su estancia en cama sea mínima para evitar complicaciones que puedan incrementar sus sufrimientos y limitaciones.
5. Procurar al paciente minusválido un tratamiento en equipo y reportar no solo el trabajo hecho sino también la efectividad del mismo en el paciente.
6. Establecer un tratamiento ambulatorio para todos los pacientes residentes en la capital, para evitar la aglomeración intrahospitalaria.
7. Implementar un programa de capacitación constante al personal de Enfermería, sobre los cuidados especiales que requieren los pacientes minusválidos principalmente los de Lesiones Medulares, para evitar que otros adquieran las complicaciones que presentaron los del presente estudio.

RESUMEN

El desconocimiento acerca de la efectividad del programa de rehabilitación en los pacientes minusválidos del Hospital Militar y debido a que en nuestro medio ha ido aumentando cada día el número de pacientes minusválidos, además el deseo de determinar si existían problemas psicológicos en los mismos, motivaron efectuar el presente trabajo en un grupo de pacientes minusválidos internos en el Hospital Militar, bajo el título: Rehabilitación física, profesional, social y psicológica del minusválido.

Los pacientes del estudio fueron 66 cuyos datos fueron recolectados revisando los expedientes clínicos y haciéndoles entrevistas personales individuales utilizando para esto un cuestionario y dos pruebas psicológicas (el test del dibujo de la figura humana y la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD)).

El mayor número de pacientes (77.2%) se encuentra en el grupo etario menor de 26 años, solteros y residentes de los Departamentos.

Predominan los pacientes con fracturas en columna vertebral y extremidades causadas por artefactos explosivos, dando como secuelas las Parálisis.

Las complicaciones más frecuentes las constituyen las úlceras por decúbito e infecciones urinarias en pacientes con lesiones medulares.

El 77.2% tiene más de un año de haber sufrido la lesión sin haberse rehabilitado integralmente hasta el momento.

El 87.8% padece algún trastorno emocional, predominando los Transtornos Afectivos.

Los resultados anteriores nos demuestran que debido a la falta de personal especializado, la rehabilitación profesional y psicológica ha sido mínima, además la presencia de complicaciones en pacientes con lesiones medulares, obedece a la misma situación, sugiriendo completar el personal especializado necesario para una

- 8. Implementar las áreas de capacitación con un programa de rehabilitación y capacitación agrícola.
- 9. Complementar cualquier capacitación con alfabetización y otros elementos de apoyo como civismo, higiene, salud, etc.
- 10. Aumentar el personal de enfermería en la sala de Lesiones Medulares, para lograr una mejor atención del paciente.

buena atención al paciente, ofrecer cuidados especiales a pacientes con lesiones medulares e implementar áreas de capacitación técnica agrícola.

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES

Nombre: _____ sala _____ No. _____ Reg. clínico _____
 Edad: _____ años, estado civil _____ sexo _____
 Procedencia: Esta capital _____ interior de la república _____
 Especificar el lugar: _____
 Instrucción: Alfabeta _____ analfabeta _____ último grado: _____
 Ocupación: (anterior) _____
 Fecha del accidente: _____ fecha ingreso al hospital _____
 tiempo de invalidéz _____ tiempo de hospitalización _____
 Diagnóstico principal _____
 Diagnósticos secundarios: _____
 Impedimento _____

TRATAMIENTO REHABILITATIVO RECIBIDO:

FISICA:

Fisioterapia si () no () cuantotiempo? _____ meses _____
 Terapia Ocupacional: sí () no () en que forma:
 Prescripción y manejo de prótesis, ortésis u otros si () no ()
 actividades de la vida diaria sí () no ()
 aseo personal sí () no ()
 coordinación de los movimientos aprendidos en fisioterapia sí () no ()
 recreación (dibujo, pintura, música etc.) sí () no ()
 juegos sí () no ()
 Comunicación con el medio externo sí () no ()
 actividad laboral sí () no ()
 Terapia Prevocacional: sí () no ()
 Terapia de Lenguaje: sí () no ()

PSICOLOGICA:

Fué evaluado por el departamento de psicología sí () no ()
 problema Psicológico detectado: _____
 recibió tratamiento sí () no ()

- paciente con lesión medular.* Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 45p.
9. Castellanos, M. C. Problemas psicológicos del incapacitado físico desempleado. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación* 1967 julio-sept.; 3(3):59-62
 10. Cibeira, J. La rehabilitación como filosofía, como proceso y especialidad médica. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación* 1966 enero-marzo; 2(1):29-35
 11. Estrada M., Néctor H. *Traumatismo de columna cervical.* Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1983. 56p.
 12. Ferrari F., A. y F. Castellet. *Fisiatría; semiología, fisioterapia y rehabilitación.* Montevideo, Delta, 1973. 479p. (pp. 339-347)
 13. García de Roca, Marta Soledad. *Estudio de la personalidad de una muestra de pacientes con traumatismos y afecciones medulares en el Hospital de Rehabilitación del I.G.S.S.* Tesis (Licenciada en Psicología) Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades. Guatemala, 1976. 70p.
 14. Gingras, G. Algunas consideraciones sobre la enseñanza de la medicina física y rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación* 1966 enero-marzo; 3(1):60-62
 15. Gómez de Arrue, Ruth y Carlos Hernández. *Características psicológicas predominantes en pacientes amputados.* Tesis (Lic. en Psicología) Universidad de San Carlos, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1981. 105p.
 16. González M., R. El centro de rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación* 1966 julio-sept.; 3(3):153-167

17. Gutiérrez, Rodolfo Antonio. *Trauma de la columna cervical.* Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 60p.
18. Herrera Monteagudo, Marcio. *Estudio comparativo de dos grupos de pacientes minusválidos rehabilitados profesionalmente por el Hospital de Rehabilitación del I.G.S.S. y el Centro de Rehabilitación Vocacional.* Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 62p.
19. Lemus, María del Rosario. *Estudio comparativo entre el grado de frustración de pacientes parapléjicos y pacientes amputados.* Tesis (Licenciada en Psicología) Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades. Guatemala, 1983. 89p.
20. Lindeman, K., et al. *Tratado de rehabilitación; estudio preventivo, médico, laboral y social.* 3. ed. Madrid, Labor, 1975. 433p. (pp. 403-414)
21. Luna de Florán, Mario A. El discapacitado físico. En: *Informe del seminario "lo que la universidad puede y debe hacer por el incapacitado físico y mental"*. Guatemala, Universidad de San Carlos, IIME, 1982. np. 45
22. MacDonald, E. M., et al. *Terapéutica ocupacional en rehabilitación.* 3. ed. Barcelona, Salvat, 1972. 515p. (pp. 461-480)
23. Mahanty, S., et al. Thermal response of paraplegic skin to the application of localized pressure. *Arch Phys Med Rehabil* 1981 Dec.; 62(12):608-611
24. Malec, J. Psychologic prediction of duration of impatient spinal cord injury rehabilitation and performance of self-care. *Arch Phys Med Rehabil* 1983 Aug; 64(8):359-363

20 Bo

25. Matute, Mario René. *El problema psicosocial de la ceguera; la discriminación social y las deficiencias físicas*. Tesis (Licenciado en Psicología) Universidad de San Carlos, Facultad de Humanidades. Guatemala, 1972. 230p.
26. Méndez, Luis Alfonso. *Manejo del paciente con amputación del miembro superior*. Guatemala, I.G.S.S. Hospital de Rehabilitación, 1981. 7p.
27. Mullner, R., *et al.* Impatient medical rehabilitation results of the 1981 survey of hospital and units. *Arch Phys Med Rehabil* 1983 Aug; 64(8):354-357
28. Ochaita G., Jorge *Veinte años de experiencia en la rehabilitación del parapléjico en el Hospital del I.G.S.S. Guatemala, I.G.S.S.*, División de Servicios Auxiliares, 1980. 13p. (reimpresión)
29. Parreño R., J. R. Factor social en la rehabilitación de los amputados. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación* 1966 abril-junio; 2(2):111-116
30. Parreño R., J. R. Rehabilitación. *Revista Iberoamericana de Rehabilitación* 1968 enero-marzo; 4(1):15-61
31. Rusk, H. A. *Medicina de rehabilitación*. 2. ed. México, Interamericana, 1966. 629p. (pp. 465-475)
32. Székely, B. *Los tests; manual de técnicas de exploración psicológica*. 5. ed. Buenos Aires, Kapeluz, 1946. t.2 (pp. 1346-1359)
33. Wellman Paz, Violeta. *Estudio de un grupo de pacientes esquizofrénicos del Servicio de Psiquiatría del I.G.S.S.* Tesis (Licenciada en Psicología) Universidad de San Carlos, Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1978. 130p.

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPLA - UNIDAD DE DOCUMENTACION

Dr. MARIO ANTONIO LUNA DE FLORAN

CONFORME:

Dr. MARIO ANTONIO LUNA DE FLORAN
Dr. MARIO ANTONIO LUNA DE FLORAN
ASESOR

SATISFECHO:

Dr. HERIBERTO ARREAGA
REVISOR.
Heriberto A. Arreaga Nowell
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2435



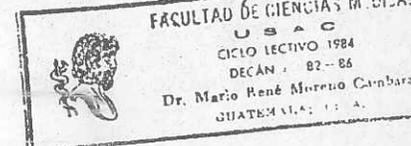
APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Canbar
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
U S A C .

Guatemala, 7 de Septiembre de



Los conceptos expresados en este trabajo son responsabilidad únicamente del Autor. (Reglamento de Tesis, Artículo 44).