

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN – LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
TESIS  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA.



**TITULO:**

*Manifestaciones Psicosociales en adultos con lesiones físicas que son atendidos en el Dpto. de Rehabilitación del HEODRA – León en el período comprendido de abril a octubre del 2007.*

**AUTORAS:**

- ✦ Mayra del Socorro Pérez Jiménez.
- ✦ Karen Maria Silva Martínez.

**TUTOR:** Dr. Trinidad Caldera.  
Psiquiatra

León, octubre del 2008.

*“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD.”*

**ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>DEDICATORIAS</b>	
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>PROBLEMA.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>21</b>
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....</b>	<b>25</b>
<b>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>39</b>
<b>ENCUESTA.....</b>	<b>40</b>
<b>RESULTADOS (TABLAS).....</b>	<b>42</b>

## RESUMEN

El análisis de la situación de las personas con alguna lesión física debe efectuarse dentro del contexto de distintos niveles de desarrollo económico, social y cultural. El estado emocional de estas personas esta en función con su ambiente, cuando dichas personas se enfrentan a barreras que están a disposición de los demás. Según la ENDIS 2003, hay una prevalencia de 10.25 % a nivel Nacional. En León, una prevalencia de la población total de 6 años a más de 329,908 equivalente a un 9.65 % a nivel de Nicaragua. Problema: ¿Cuáles son las manifestaciones psicosociales que presentan las personas adultas con lesiones físicas que asisten al Departamento de rehabilitaciones del HEODRA-León de Abril a Octubre del 2007? Objetivo General: Explorar sobre las manifestaciones psicosociales de las personas adultas con lesiones físicas que asisten al Departamento de rehabilitaciones del HEODRA-León de Abril a Octubre del 2007. Objetivos específicos: Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio. Determinar el estado psicosocial de los pacientes en estudio. Indagar el desempeño laboral que presentan actualmente los pacientes en estudio. Describir cómo influyen las relaciones familiares en el estado emocional de los pacientes en estudio. Tipo de Estudio: Descriptivo y de corte transversal. Método de Recolección de Datos: Encuesta con variables cerradas. Resultados: Los lesionados tienen disposición para asistir a la rehabilitación. La mayoría poseen satisfacción personal. La situación de lesionados les afecta su vida, sobre todo el área laboral. El apoyo emocional de su familia influye en su optimismo ante su situación. Conclusiones: Los lesionados presentan limitaciones en el ámbito social y laboral, sin embargo poseen buenas relaciones familiares. Recomendaciones: Al MINSA, que incluya en el Programa de Rehabilitación personal de Psicología. A los familiares: que sigan brindándoles apoyo afectivo, el cual es importante para su recuperación satisfactoria.

## *AGRADECIMIENTO*

*Al finalizar nuestro trabajo de investigación es oportuno dejar muestra de agradecimiento a todos aquellos que de alguna u otra manera nos brindaron su apoyo incondicional:*

*A Dios: Por habernos dado la fortaleza e iluminado nuestras mentes para finalizar nuestro trabajo con entusiasmo en los momentos difíciles.*

*A nuestros Padres: Por brindarnos su comprensión y apoyo incondicional.*

*A nuestros Maestros: Por haber estado siempre dispuestos a ofrecernos su ayuda, brindándonos su experiencia y conocimiento en el momento que mas lo necesitábamos.*

*Al Departamento de Rehabilitación del HÉODRA - León: Por su colaboración y disposición para que el presente estudio se llevara a cabo.*

*A todas aquellas personas que con su apoyo y colaboración influyeron para que nuestro estudio se llevara a cabo.*

*Mayra del Socorro Pérez Jiménez.*

*Karen Maria Silva Martínez.*

## *DEDICATORIA*

*A Dios, por permitirme la vida y proveerme de salud. Por mostrarme mi vocación y guiado en el camino. Por darme la capacidad para culminar satisfactoriamente mi carrera.*

*A mi Madre, Cándida Paula Jiménez, por todo el amor que me ha brindado sin ningún interés. Por su sacrificio y abnegación, quien mas que una madre ha sido un pilar de fortaleza en mi vida.*

*A mi padre, Juan Florencio Pérez, por el amor y comprensión que me ha brindado en los momentos oportunos y sobre todo por su apoyo incondicional.*

*A los pacientes que asisten a Dpto. de Rehabilitación, por su colaboración brindada, ya que sin su ayuda la realización de este estudio hubiese sido imposible*

*A mis profesores y tutor, por sus valiosos consejos y orientación para realizar este trabajo.*

*Mayra del Socorro Pérez Jiménez.*

## *DEDICATORIA*

*A Dios, por permitirme la vida, por todo lo que me ha dado hasta entonces, haciéndome comprender que es el único y verdadero en quien puedo contar siempre.*

*A mi Madre, María Nellys Martínez Marota, por el amor, sacrificio y abnegación que me ha brindado a lo largo de mi vida y el enseñarme que las cosas que uno consigue con sacrificio son las que más se valoran y que la única limitación que existe es aquella falta de voluntad de aprender.*

*A mi padre, Marcos Antonio Silva Espinoza, por su amor, esfuerzo y confianza que me permitieron culminar satisfactoriamente mi carrera.*

*A mis profesores y tutor, por sus valiosos consejos, orientación y quienes de una u otra manera me han guiado en el arduo camino del aprendizaje para realizar el presente trabajo.*

*En general a todas aquellas personas que de alguna manera me ayudaron a llevar a cabo la culminación del presente trabajo.*

*Karen María Silva Martínez.*

## INTRODUCCIÓN

A causa de deficiencias mentales, físicas o sensoriales, hay en el mundo más de 500 millones de personas con discapacidad, a las que se deben reconocer los mismos derechos y brindar iguales oportunidades que a todos los demás seres humanos. Con frecuencia estas personas viven en condiciones de desventaja debido a barreras físicas y sociales existentes en la sociedad, que se oponen a su plena participación, todo esto trae como resultado que millones de niños y adultos del mundo entero arrastren a menudo una existencia moderada por la segregación y las degradaciones.

(1)

El ser humano a lo largo de su vida ha mantenido una preocupación constante por las medidas a tomar para lograr el mantenimiento de la salud, desde la era del hombre primitivo ya se aplicaban maniobras para evitar sangrados o disminuir inflamaciones, entre otras, que estaban encaminadas a lograr la conservación de su propia vida y la de sus semejantes, exactamente en el momento que ocurría la lesión, en la medida que el hombre fue evolucionando, esas maniobras para minimizar el daño ocasionado por las lesiones se han ido perfeccionando, y ya hoy día, el adecuado conocimiento de dichas maniobras de atención a las urgencias de cualquier índole han permitido salvar innumerables vidas humanas y minimizar las graves secuelas que pueden ocasionar algunos tipos de lesiones, en nuestros días estas maniobras que realizaba el hombre primitivo en su época deben ser del dominio de toda la sociedad en aras de disminuir las pérdidas de vidas humanas así como los daños producidos por accidentes o situaciones de desastre. (2)

El análisis de la situación de las personas con alguna lesión física debe efectuarse dentro del contexto de distintos niveles de desarrollo económico, social y de diferentes culturas. El estado emocional que presentan las personas afectadas por este problema está en función con su ambiente, cuando dichas personas se enfrenten a barreras culturales, físicas y sociales que están a disposición de los demás ciudadanos, pero estas personas no forman parte de un grupo homogéneo, todas ellas se enfrentan a barreras, de índole diferente y que han de superarse de maneras distintas.

La Rehabilitación Fisioterapéutica es en gran medida una opción de recuperación para las personas que han sufrido lesiones tanto neurológicas como provocadas por accidentes físicos incluso personas con enfermedades crónicas como es el caso de diabetes, por la cual muchas personas sufren amputaciones de sus miembros superiores e inferiores cuando existen complicaciones en la misma. (4)

En vista a que gran parte de la población sufre una lesión física, se ha modificado a través de la historia el abordaje y el tratamiento de dichos pacientes, con el objetivo de disminuir el tiempo en que se atiende al paciente al momento de sufrir la lesión y el tiempo de precisar el tratamiento más acertado. (5)

Los traumatismos constituyen la epidemia del siglo XX. Como resultado de la revolución científico técnica que vivimos cada día, aparece una mayor cantidad de agentes vulnerantes capaces de provocar gran variedad de daños corporales. (6)

En Nicaragua el Ministerio de Salud, desde la Dirección General del Primer Nivel de Atención y a través del Programa de Rehabilitación, ha defendido entre sus principales estrategias de atención, la capacitación progresiva y sistemática de los equipos de rehabilitación, destinada a fortalecer las acciones en el ámbito local, tendido como escenario adecuado los sistemas locales de Atención Integral a la Salud.

La situación de la discapacidad en Nicaragua se comporta según lo revelan los resultados de la ENDIS 2003, hay una prevalencia de 10.25 % a nivel Nacional, 10.48 % a Nivel Urbana, 10.07 % a Nivel Rural. Con respecto al sexo, el 9.13 % son Hombres y el 11.31 % son Mujeres. En el Departamento de León, se reporta una prevalencia de la población total de 6 años a más de 329,908 equivalente a un 9.65 % a nivel de Nicaragua. Con respecto a las causas de las lesiones se reporta que el 9 % se origina en el nacimiento, el 12 % se origina por los accidentes, el 12 % se debe a alguna enfermedad Infecciosa, laboral o de otra naturaleza, 2 de cada 3 refieren que su discapacidad se debe a las enfermedades crónicas. (4)

Cabe señalar que estos programas de Rehabilitación, debido al bajo presupuesto destinado para el sector Salud, no brindan atención Psicológica, siendo esta fundamental para la recuperación satisfactoria del paciente. Es por esta razón que en el presente trabajo pretendemos indagar sobre las manifestaciones psicosociales que presentan las personas adultas con lesiones físicas que asisten al programa de rehabilitación del HEODRA – León de abril a octubre del 2007, ya que no hay estudios existentes sobre este y consideramos de gran importancia tomar en cuenta el estado emocional para la recuperación de dichos pacientes, debido al impacto negativo sobre la calidad y condiciones de vida que tienen ante la reintegración social.

**PROBLEMA:**

¿Cuáles son las manifestaciones psicosociales que presentan las personas adultas con Lesiones Físicas que asisten al Departamento de rehabilitación del HEODRA- León de abril a octubre del 2007?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Conocer las manifestaciones psicosociales de las personas adultas con lesiones físicas que son atendidas en el HEODRA- León, de abril a octubre del 2007.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las características Socio demográficas de los pacientes en estudio.
- Determinar el estado Psicosocial que presentan los pacientes en estudio.
- Indagar el desempeño laboral que presentan actualmente los pacientes en estudio.
- Relatar las características de las relaciones familiares de los pacientes en estudio.

## **MARCO TEORICO**

### **Conceptualización:**

Lesión: Según la OPS/OMS considera “lesión” a cualquier daño, intencional o no intencional, al cuerpo debida a la exposición aguda a energía térmica, mecánica, eléctrica o química, o debido a la ausencia de calor u oxígeno que lleve a un daño corporal o psíquico temporal o permanente y que pueda ser o no fatal.(13)

La práctica de una actividad deportiva favorece en gran medida a la constitución física, anatómica y funcional de un individuo, además de constituir un medio de relajación y recreación. Aun así, si se lleva a cabo inapropiadamente, puede ocasionar lesiones físicas leves o severas, como fracturas, luxaciones, esguinces, contusiones y lesiones musculares.

Las lesiones físicas producidas, por lo general, tienen su origen en una protección inadecuada o, simplemente, ocurren de manera accidental o imprevista. Independientemente del caso, las lesiones pueden estar ocasionadas por contusiones dolorosas, que a su vez, generan severas lesiones que van desde un hematoma hasta una fractura ósea; también pueden deberse a la coordinación inadecuada al caminar, lo que implica complicaciones a nivel óseo y muscular.

Es válido destacar que ante cualquier lesión se debe detener la práctica de la actividad; seguidamente se debe proceder a la aplicación de frío local; mantener la zona afectada en posición elevada; aplicar un vendaje sencillo a manera de compresa; dirigirse a un médico especialista, especialmente si se trata de una luxación o fractura.(14)

**Las caídas en los adultos mayores:**

Internacionalmente se ha comunicado que, en los adultos mayores que consultan en un policlínico general, hay cuatro síndromes que con frecuencia los médicos no pesquisan. Estos son los llamados «*gigantes de la geriatría*: incontinencia urinaria, demencia, inmovilidad y caídas». La caída definida como «un evento involuntario que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo» es un problema frecuente en los adultos mayores. La razón de una caída rara vez es única y la mayoría de las veces la causa es multifactorial, constituyendo un síndrome clínico.

Las caídas constituyen una causa importante de lesiones de incapacidad e incluso de muerte en los ancianos (siendo la causa principal de muerte por lesiones en mayores de 65 años) y son indicador importante en geriatría al definir el anciano frágil. Se conoce que en los ancianos activos las caídas, aun siendo menos frecuentes, tienen peores consecuencias. (6)

Se estima que la incidencia anual de caídas en el anciano joven (65-70 años) es de 25% y llega a 35-45% al tener edad más avanzada (80-85 años), pero superados los 85 años el número de caídas reportadas disminuye, posiblemente por restricción de la actividad física. Se ha comprobado que los adultos mayores frágiles se caen más que los vigorosos (52% vs. 17%), aunque las consecuencias de las caídas son más graves en estos últimos. Las únicas publicaciones nacionales sobre caídas en adultos mayores, son la revisión de L. Cartier y el estudio que se realizó en adultos mayores que están en control ambulatorio de G. González et al, quien comunica 18,2% de incidencia de caídas en los 6 meses previos a la consulta. La incidencia reportada de caídas en adultos mayores institucionalizada se eleva hasta 50%, con consecuencias graves en 17% de ellos. (15)

Entre más viejos nos hacemos el peligro de sufrir caídas incrementa. La disminución de movilidad y agilidad son problemas especialmente serios. Las caídas en adultos mayores se han convertido en la primera causa de incapacidad. De cada 11 caídas una requiere que la víctima reciba cuidado especializado.

Las personas mayores de 60 años de edad sufren lesiones por caídas graves durante el tiempo libre. Aparte de tratamiento médico prolongado estas caídas pueden traer consecuencias sociales y psicológicas graves. El ejercicio en grupo, apropiadamente supervisado y consistente disminuye notablemente el riesgo de sufrir caídas al mejorar la movilidad, las tasas de reacción, equilibrio, fuerza y resistencia.

**Consecuencias:**

- **Consecuencias físicas:** Destacan las fracturas, ya que estas pueden constituir una importante causa de incapacidad posterior, ya que la mitad de los pacientes que sobreviven a ellas no recuperan más la capacidad funcional que tenían previamente. También pueden ocasionar lesiones dolorosas de tejidos blandos, hematomas subdurales y quemaduras.
- **Consecuencias psicosociales:** Debido a la restricción de actividades que el propio paciente o la familia establecen, debido a la falta de confianza y la angustia de una nueva caída. Se pueden puede desencadenar agresividad y trastornos del comportamiento, pérdida de la autoestima y un aumento del aislamiento social.

Este factor puede ser bastante importante, además por que hay que considerar que la mayoría de las caídas en estos pacientes no suelen tener repercusiones físicas significativas. Se habla de un “síndrome poscaída”, típico de las mujeres con caídas de repetición, en las que el miedo de caerse

de nuevo incapacita para la marcha. También cambia la actitud de la familia que suele hacerse más sobre protectora. Se incrementa también tras las caídas el riesgo de institucionalización. (18)

**Papel que desempeña la familia de un discapacitado o lesionado:**

La familia es el primer contexto socializador por excelencia, el primer entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social, según modelos vivenciados e interiorizado. Las experiencias que se adquieren en la primera infancia, de cualquier tipo, y los vínculos de apego que se dan en ella van a estar determinadas por el propio entorno familiar generador de las mismas. La familia deberá ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con seguridad y autonomía, siendo capaces de relacionarse y de actuar satisfactoriamente en el ámbito social. De ello se desprende también el decisivo papel que adquieren los adultos

Cada familia es un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de una estabilidad y equilibrio entre todos los miembros que la componen. Es una unidad formada por distintas subunidades que pretenden conseguir un ajuste y una adaptación positiva. Los procesos que tienen lugar son interactivos de forma que cualquier suceso que ocurre en uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás. (16)

La participación de las personas con lesiones físicas y su familia es esencial, pues ella debe ser la principalmente interesada en poner sus capacidades en las diferentes actividades según sus necesidades. Todo lo que deba decidir se debe hacer con el conocimiento de la persona con discapacidad y su familia, pues nadie mejor conoce sus necesidades y la forma en que se pueden solucionar.

También la persona con discapacidad es la más interesada en apoyar la estrategia para así beneficiar a otras personas. (14)

**Persona lesionada y al área laboral:**

La discapacidad producida por la patología del aparato locomotor ocasiona una pérdida de horas laborales que están amentando a un ritmo creciente, en tal medida que este fenómeno se contempla como una auténtica amenaza del estado de bienestar. Los costos ocasionados por la pérdida de dichas horas laborales se conocen como costes socioeconómicos indirectos, frente a los directos ocasionados por los costes de la asistencia médica y la prestación económica que el trabajador percibe mientras se encuentra en situación de incapacidad temporal.

La situación de incapacidad temporal origina el derecho a la percepción de una compensación económica para todas las personas integradas al régimen general de la seguridad social. Existen numerosos trabajos en la bibliografía sobre este tema y su valoración de la magnitud del problema coincide en cifras de gran repercusión tanto para los sistemas de salud como para la economía del país. También coinciden en que existen grandes variaciones entre las regiones, el sexo, la edad, el tipo de trabajo y en la influencia de aspectos sociolaborales u otros factores como la

actividad del médico prescriptor de la baja gestión institucional de la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios. (19)

**Reacción emocional ante una lesión física grave:**

No existe una personalidad y/o formas de reaccionar únicas del lesionado, cada individuo reaccionará a su lesión según su personalidad, la cual está en función de su infancia, herencia y medio que le rodea.

La lesión rompe el tipo de vida, equilibrio y proyectos que el individuo había establecido, surgiendo la creencia de que la vida, tal como se conoce, no se puede continuar y esto genera tristeza y pensamientos de que es mejor morir a estar en esta situación.

Las primeras reacciones emocionales son: ansiedad, angustia y miedo, siendo estas reacciones psicológicas normales y esperadas, frente a cualquier lesión grave que implique secuelas. La persona no tiene expectativas de futuro, no sabe que va a hacer de su vida, y tiene miedo a perder a la persona amada, a que no le amen, a la pérdida de aprobación por parte de los demás, a perder el trabajo, etc. Además se produce una pérdida de la autoestima, sentimientos de no valer para nada, de no poder realizar ninguna de las actividades que antes realizaba, sintiéndose desvalorizado ante él mismo y ante los que le rodean.

Otro problema muy importante es la dependencia de otra persona para las actividades de la vida diaria: Actividades como el aseo, vestido, trabajos, etc., necesitando a ésta tanto física como psicológicamente, lo cual le hace sentirse como un niño, que no puede hacer casi nada solo, perdiendo su intimidad e independencia. Todas estas reacciones de los demás provocan en el lesionado sentimiento de inferioridad, injusticia, discriminación,

inseguridad, cobardía, miedo, etc. que le llevan a aislarse de la sociedad e incluso de su entorno. La depresión aparecerá tarde o temprano, ya que sus pérdidas son reales y permanentes; y su intensidad variará desde la tristeza hasta las formas más graves, que incluyen ideas o intentos de suicidio. (17)

### **Filosofía de la Rehabilitación:**

La filosofía de la rehabilitación tiene en cuenta la dignidad humana y retorna el derecho que tienen las personas a una buena calidad de vida, a una plena participación y a una igualdad de oportunidades. Los servicios en este campo deben brindarse sin discriminación de raza, credo, causa o naturaleza de la limitación y deben garantizarles a las personas con limitaciones las ayudas necesarias para que estas puedan alcanzar satisfacción personal, desarrollo y brindar utilidad social.

La rehabilitación debe luchar para que las personas con limitaciones eliminen los sentimientos negativos y derrotistas y sean aceptados sin reservas como miembros activos de la comunidad, pues toda persona necesita experimentar éxito, el respeto de los otros y la aceptación del grupo, lo que se logra si se obtiene el empleo adecuado y posibilidad de socialización.

Las personas con limitaciones no quieren recuperarse a base de simpatía, caridad o consideraciones humanas, sino con un trato igualitario que evite la sobreprotección o el rechazo. Son las personas minusválidas las que buscan la protección, dependencia y las dádivas y difícilmente se rehabilitan.

La rehabilitación debe estar al servicio de todos y no de pequeños grupos de niños privilegiados o de afiliados a la seguridad social. La actitud del equipo de salud tiene que modificarse, para obtener la atención integral

de la persona enferma o con riesgo de limitaciones, haciendo uso racional de todos los recursos científicos, filosóficos y humanos con base en un trabajo integrado e interdisciplinario.

La medicina física y rehabilitación no debe apartarse nunca del objetivo de lograr que la persona con limitaciones reciba una asistencia holística en lo emocional, lo físico, lo social y lo laboral, lo cual exige gran paciencia por parte de los terapeutas para vencer la impaciencia que ocasiona toda limitación.

Debe evitarse el asistencialismo, atención médica ordinaria, la nominalización, mitificación del diagnóstico, y la medicalización generación de

dependencia hacia la atención médica. La medicina física y rehabilitación no debe limitarse a los aspectos fisiátricos, de fisioterapia ni a la reconstrucción funcional, sino a la atención integral.

Ella es, en la actualidad una ciencia compleja pues requiere de los servicios de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y del lenguaje, trabajadores sociales y de la rehabilitación profesional para lograr el ajuste familiar, social y económico. La rehabilitación reúne un grupo de disciplinas a través de las cuales se ofrecen servicios especializados, los cuales se pueden simplificar con un sentido práctico para beneficiar a miles de personas con limitaciones y requiere de profesionales con una actitud positiva, una conciencia clara y una gran dedicación para motivar y estimular en la persona con limitaciones la superación de sus problemas.

No todas las personas con limitaciones requieren los servicios de rehabilitación en la misma forma y con la misma intensidad. Las cualidades intrínsecas de la persona, sus experiencias en la vida. El medio favorable o

## *Manifestaciones Psicosociales en adultos con lesiones físicas*

---

adverso en que se desenvuelve, sus posibilidades o limitaciones económicas, las facilidades o dificultades educativas o vocacionales, la severidad de su incapacidad, el promedio de éxitos y fracasos, las actitudes sociales, familiares y de su comunidad, son los factores determinantes del proceso de rehabilitación y de su orientación.

Un gran porcentaje de personas se rehabilitan con los servicios regulares de rehabilitación y un bajo porcentaje, entre ellos los gran incapacitados, requieren, además un buen ajuste psicosocial. A los muy dependientes se les debe brindar la oportunidad de aminorar o compensar muchas deficiencias y de disminuir sus tensiones a través del trabajo de un equipo integrado.

**Restricción en la Participación:** Son dificultades que un individuo puede sentir al involucrarse en situaciones vitales o sociales. Las discapacidades derivan de una deficiencia; pero no todo individuo con deficiencia es una persona con discapacidad, si bien es cierto que tanto las deficiencias como las discapacidades pueden llevar a un individuo a tener restricciones en la participación social, poseer una discapacidad no' necesariamente implica restricciones en la participación. Hay dos grandes grupos de factores condicionantes de restricción en la participación social:

**Factores Ambientales:** Aquellos que constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen su vida. Es decir, son influencias externa persona, tanto en el entorno inmediato del individuo como en las estructuras sociales formales o informales existentes.

**Factores Personales:** Sexo, raza, edad, estilos de vida (hábitos, educación, los estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos), la profesión, experiencias, patrones de comportamiento, el tipo de personalidad y otros. Es decir, son influencias internas a la persona, son el trasfondo particular de la vida de cada individuo.

**Rehabilitación social e integración:**

Vista la complejidad de los problemas planteados por la discapacidad y teniendo en cuenta la interacción de los medios ofrecidos por la rehabilitación, conviene, en el plano colectivo, considerar en cada campo de intervención la totalidad del problema y sus distintos aspectos recurriendo a medidas:

- médicas y médico - sociales.
- Psicológicas.
- Pedagógicas.
- Sociales.
- Profesionales.

**Medidas médicas y Médicos - Sociales:**

Conjunto de tratamientos y sistemas especializados de readiestramiento tendentes a reducir las secuelas de la lesión, enfermedad o discapacidad, restablecer las funciones físicas y mentales, desarrollar o restablecer en el individuo, aunque sea parcialmente, la capacidad para el ejercicio de una actividad normal.

Comprende en especial:

- La rehabilitación funcional: Conjunto multidisciplinario de técnicas susceptibles de mejorar el pronóstico funcional de las consecuencias patológicas discapacitantes, locales y/o generales.  
La última fase de la rehabilitación funcional debería comprender, cuando sea oportuno, el adiestramiento o readiestramiento para la realización del trabajo.
- Proceso médico-educativo: la rehabilitación médica para niños con todo tipo de deficiencias comprende la utilización de procesos médicos y educativos especiales.

**Medidas Psicológicas:**

Conjunto de técnicas más o menos específicas integradas en el proceso continuo de rehabilitación médica, educativa y profesional con vistas a desarrollar, conservar o restablecer el equilibrio psíquico de la persona con discapacidad.

**Medidas Pedagógicas:**

Conjunto de disposiciones previstas para la persona con discapacidad y destinado a favorecer su integración precoz y óptima en la sociedad a través de la acción combinada, simultánea o sucesiva, principalmente:

- Del proceso médico y educativo de adaptación.
- De la educación escolar y la enseñanza.
- De la orientación escolar y profesional.
- De la formación y/o rehabilitación profesional.

**1. Educación escolar y enseñanza:**

La educación escolar y la enseñanza tienden a favorecer la adquisición del mejor nivel de cultura general así como la preparación para una orientación y formación profesional adecuada con vistas a una mejor integración social.

**2. Orientación profesional:**

El objeto de la orientación profesional es determinar las actividades apropiadas a la persona con discapacidad, teniendo en cuenta su ocupación anterior, sus aptitudes y deseos personales, los requerimientos especiales de las profesiones consideradas y las posibilidades del mercado de trabajo.

La orientación profesional concierne también a los que no puedan trabajar durante un cierto tiempo.

**3. Formación y rehabilitación profesional:**

La formación o rehabilitación profesional comprende las medidas destinadas a permitir a las personas con discapacidad el acceso o la vuelta a una actividad profesional por medio de una formación profesional adecuada, facilitando de este modo su inserción social adecuada porque estaría o no adaptada según los casos.

**Medidas Profesionales:**

Estas medidas son inherentes al concepto de rehabilitación en donde hallan su razón de ser y su objetivo. El proceso comprenderá por tanto todas o parte de estas medidas. Con vistas a conseguir estos objetivos, las medidas profesionales tenderán a colocar a la persona con discapacidad en las distintas estructuras, con el orden de prioridades siguiente:

**1. Entorno normal de trabajo:**

Todas las medidas tomadas con el fin de que las personas con discapacidad trabajen en un medio habitual y normal de trabajo, con la ayuda ocasional de ciertas precauciones, medidas individuales o colectivas de adaptación al empleo.

**2. En medio protegido:**

Empleo en una institución de trabajo protegido, a domicilio o en un medio normal de trabajo, que permita a las personas con discapacidad que no puedan temporal o permanentemente, ocupar un puesto en el mercado normal, desarrollar un trabajo útil y remunerado acorde con sus capacidades residuales, así como asegurarles las posibilidades de reciclaje que les permitan ocupar más tarde, si fuera posible, un empleo en un medio de trabajo normal.

**3. Centros de actividades ocupacionales:**

Centros donde la persona, que no ha podido o no puede todavía conseguir o conservar un empleo, lleva a cabo tareas no rentables a causa del nivel muy limitado de sus capacidades. Estos centros encargan a las personas con limitaciones físicas trabajos a domicilio cuando no pueden desplazarse a pesar de las ayudas que se les pudieran facilitar.

**Medidas Sociales:**

Medidas que favorecen la autonomía personal y/o aseguran la independencia económica y la total integración social de la persona con discapacidad. Tales medidas comprenden los consejos, los servicios sociales, las ayudas y consultas a las familias, el apoyo a las organizaciones de personas con discapacidad, las ayudas técnicas, el acceso a los edificios y a los medios de transporte, la comunicación, el ocio, los deportes y las vacaciones, las medidas fiscales y los derechos de aduana, y la adaptación de los lugares de residencia.

**Rehabilitación profesional:**

La rehabilitación profesional hace parte de la rehabilitación integral de la persona con limitaciones. Con ella se busca que ésta sea capaz de realizar adecuadamente un trabajo que le permita sobrevivir económicamente y ser útil para la sociedad. Según la organización Internacional del Trabajo se define como:

Aquella parte del proceso continuo y continuado de aceptación y readaptación, que comprende el suministro de medios, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva; para permitir que la persona con limitación física obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo, y que se promueva así la integración o reintegración de la persona en la sociedad. (OIT. Recomendación 99 de 1955 y 168 de 1983). Este proceso de adaptación y readaptación de la persona con limitaciones debe iniciarse precozmente y realizarse en forma continua y coordinada, por un equipo multidisciplinario.

Inicialmente se debe hacer una correcta evaluación del problema para así poder dar una adecuada orientación profesional, luego se debe formar profesionalmente a la persona y finalmente ubicarla selectivamente, según

sus condiciones, el medio y la formación profesional; en algunos casos es necesaria la capacitación en una nueva área con el fin de lograr una rehabilitación satisfactoria. En resumen, se requiere de un conocimiento integral de la persona con limitaciones y del medio para poder elegir adecuadamente su ubicación.

Por otra parte, se debe reducir la sobreprotección e incrementarse la independencia y autonomía con el fin de que la persona asuma un papel activo en su formación.

La integración social de las personas con limitaciones es un derecho de ésta, ella involucra los aspectos éticos, políticos, estratégicos y teórico - prácticos, los cuales cambian los valores en decisiones, éstas en estrategias y éstas últimas en acciones y resultados.

Esta integración le da a la persona la posibilidad de desarrollar una vida plena y satisfactoria, y a la sociedad de cambiar las falsas apreciaciones frente a la misma. Ella pone a su alcance las mismas oportunidades y beneficios de que goza el resto de la comunidad y la lleva a que desarrolle una vida normal y se convierta en gestora de su realización y crecimiento, según las exigencias cotidianas del medio. Si la persona con limitaciones obtiene un empleo adecuado se llenarán sus necesidades fisiológicas, económicas, de seguridad, de integración, y de autorrealización.

La rehabilitación profesional es de duración limitada, guarda íntima relación con la rehabilitación médica y social y se realiza a través de etapas coordinadas y enlazadas entre sí, las cuales son: evaluación y orientación profesional, adaptación, formación profesional y colocación. La evaluación de las capacidades y posibilidades físicas, mentales y sociales de la persona con limitaciones debe llevar a una adecuada orientación respecto a

## *ManIFESTACIONES PsicosocIALES en adultos con lesiones físicas*

---

su ubicación social y laboral, en cuya consecución debe colaborar el profesional de la salud.

Debe existir una completa coincidencia entre las capacidades de la persona y las exigencias del puesto de trabajo; cuando sea necesario se puede recurrir a ayudas artificiales que refuercen una función alterada, por ejemplo ortesis y lentes; al refuerzo de otro sentido, por ejemplo el tacto en los ciegos, y a modificación del medio del trabajo con equipos, herramientas o ambiente de trabajo. Para asegurar el éxito de la ubicación social y laboral se requiere de un buen trabajo de equipo. (4)

## **DISEÑO METODOLOGICO**

**Área de estudio:** Departamento de Rehabilitación del HEODRA - León.

**Tipo de estudio:** Descriptivo de corte transversal.

**Población de estudio:** La población en estudio fue de 130 personas adultas con lesiones físicas que asisten al Dpto. de rehabilitación del HEODRA - León.

**Muestra:** Se tomó como muestra a las personas que asistieron al programa de rehabilitación y que cumplieron con los criterios establecidos, el día martes 21, miércoles 22, y jueves 23 de agosto del presente año, logrando entrevistar a 50 personas, que equivale al 38.46 por ciento, considerando esta una muestra representativa de la población en estudio.

### **Criterios de inclusión:**

- Asistentes al Dpto. de Rehabilitación.
- Presentan lesiones físicas.
- son adultos (mayores de 20 años).
- Tiempo de asistencia a la rehabilitación, mayor de un mes.
- Deseo de participación.

### **Criterios de exclusión:**

- Que no hayan asistido, al Dpto. de rehabilitación del HEODRA – León.
- Que la lesión sea neurológica o producto de una enfermedad.
- Que la lesión no haya sido física.
- Que no sean niños ni adolescentes.
- Que haya tenido menos de un mes de asistir a rehabilitación.

**El diseño y validación de los instrumentos de recolección de datos:**

El instrumento que se utilizó para la obtención de datos es una encuesta que contiene 17 preguntas cerradas, de acuerdo a los objetivos planteados, para determinar las características sociodemográficas (Primer objetivo específico), fue necesario pedir algunos datos generales, tales como: Edad Sexo, Estado Civil, Ocupación, Nivel Educativo y Procedencia; En dicha encuesta, de la pregunta 1 a la pregunta 10 responden al segundo objetivo específico; De la pregunta 11 a la 13, se da respuesta al tercer objetivo específico; De la pregunta 14 a la 17 responden al cuarto y último objetivo específico.

El instrumento se validó aplicando una prueba piloto a una muestra de 15 personas con lesiones físicas que asisten a rehabilitación al Puesto de Salud Perla María Norori con el objetivo de disminuir los posibles sesgos en nuestro estudio y poder obtener resultados confiables.

Dicha prueba piloto constaba de 17 preguntas cerradas, de estas hubo dificultad de comprensión por parte de los encuestados en la pregunta N° 1 y en la pregunta N° 6, posteriormente a la aplicación de esta se procedió a su debida corrección, resultando la encuesta valida.

**Plan o procedimientos de recolección de datos:**

Para la recolección de información, fue necesaria la colaboración de la responsable del Departamento de Rehabilitación que en conjunto con el personal (Fisioterapeutas) de dicho Departamento nos brindaron la documentación necesaria para poder identificar a las personas que asisten a rehabilitación por lesiones físicas a las cuales se les aplicó la encuesta con un previa información, se les explicó el procedimiento y fin de la investigación, se les pidió su consentimiento informado, posteriormente se

procedió a la aplicación de la misma, Sin embargo debido a las limitaciones físicas de algunas personas en sus miembros superiores y otras que no sabían leer ni escribir, por tal razón fue necesario realizar el llenado de la encuesta por parte nuestra, atendiendo a sus respuestas de forma textual.

**Plan de análisis:**

El programa que se utilizó para el procesamiento de datos fue SPSS versión 12, paquete estadístico que nos ayudó a interpretar y analizar los datos obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados.

Los resultados se presentaron en gráficos y tablas, para que de esta manera sean percibidos y analizados de forma más clara.

**Posibles sesgos:**

- **Sesgo de información:**
  - Falta de comprensión en las preguntas.
  - Analfabetismo.
  - Condición física (Lesiones en los miembros superiores)
  - Las personas en estudio no proporcionen suficiente información (Apatía).

Para obtener una información válida y confiable fue necesario establecer un rapport y brindar información sobre los objetivos y fines de nuestro estudio. La redacción de las preguntas de manera clara y sencilla se hizo tomando en cuenta las correcciones de la prueba piloto aplicada. Debido al analfabetismo y la condición física realizamos el llenado de la encuesta atendiendo a sus respuestas de forma textual.

- **Sesgos distractores de efectos:**

- Ambiente no adecuado.
- Poca privacidad.
- Ruido.
- Severidad de la lesión.

La encuesta se aplicó de manera confidencial y anónimo en un lugar adecuado, que prestó las condiciones de privacidad, comodidad y libre de distractores para el encuestado, de tal manera que no se alteraran los resultados.

**Consideraciones Éticas:**

Se procedió a solicitar anuencia de las autoridades del HEODRA -León. A los pacientes se les explicó claramente y se les pidió su colaboración, tomando en cuenta su consentimiento para dicho estudio. Se garantizó la privacidad y confidencialidad de los datos y resultados obtenidos, los cuales serán utilizados únicamente para fines didácticos, según declaración de Helsinki.

**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensión (Variables contenidas en definición)</b>	<b>Indicadores</b>
Características sociodemográficas	Carácter distintivo o peculiaridad de las estructuras y función de la sociedad en una determinada región o país	rasgos que comparte una determinada población	Edad	20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 a más
			Sexo	F M
			Estado Civil	Soltero(a). Casado(a) Unión libre Viudo(a) Divorciado(a)
			Nivel Educativo	Primaria Secundaria Universitario Otro Ninguno
			Procedencia	Urbana Rural
			Ocupación	Profesionales Obreros Ama de casa comerciantes Ninguna

*Manifestaciones Psicosociales en adultos con lesiones físicas*

Estado psicosocial.	Constituye un Carácter distintivo del estado moral en que se encuentra alguien en relación a su Entorno social.	Diferencias individuales y sociales de cada una de las personas.	Origen de la lesión	- Accidente en vehiculo. - Caída. - Lesión con arma. - Otro. ¿Cuál?
			- Tiempo de la lesión	Meses Años ¿Cuántos?
			- Tiempo de asistir al programa.	Meses Años ¿Cuántos?
			- asiste al programa en compañía de alguien	Si – No
			- Le gusta de asistir al programa.	Si - No
			- Se siente capaz de superar su situación de lesionado (Actitud).	SI - No
			- Presenta problemas que lo agobian.	Si – No ¿Cuáles?

*Manifestaciones Psicosociales en adultos con lesiones físicas*

			- Se siente bien consigo mismo.	Si – No
			- Considera útil la rehabilitación (Actitud).	Si – No ¿Por qué?
			-Cambios en el estado de ánimo	Si – No ¿Cuál?: - Ansiedad - Miedo - Angustia - Inseguridad
Desempeño laboral	Realización de actividades dentro del ámbito laboral	Forma de desempeñar la función laboral	- Asiste a actividades laborales.  - Relación con sus compañeros de trabajo.  - Problemas laborales	Si – No ¿Cuál?  - Buena - Regular - Mala  Si – No
Relaciones familiares	Acción de realizar actividades en conjunto con miembros de su Familia.	Situación de convivencia con su familia	- Comunicación con la familia  - Apoyo familiar  - Tipo de apoyo que recibe de parte de su familia.  - Afectaciones en su familia.	- Profunda. - Superficial - No hay Comunicación  Si – No  - Afectivo - Económico - Ambos - Ninguno  Si – No ¿Cómo?

## **R E S U L T A D O S**

### **I - Características sociodemográficas:**

La edad de mayor frecuencia es de 50 a más años con un 46% y la edad de menor frecuencia oscila entre 40 y 49 años con un 14%, esto revela que al aumentar la edad hay mayor riesgo de sufrir una lesión física y sus consecuencias.

Con respecto al sexo de mayor predominio el sexo femenino ocupa el primer lugar con 32 personas equivalente al 64%, y la menor frecuencia fue el sexo masculino con 18 personas que equivale al 36% de la muestra.

En el estado civil se refleja que hay una mayor frecuencia entre los casados (as) con 16 personas, que equivale al 32% y solteros (as) con 15 personas equivalente al 30%, en divorciados y unión libre 7 personas que equivale al 14% y la menor frecuencia en viudas (os) con 5 personas equivalente al 10% de la muestra.

Con respecto a la ocupación se observó que hay una mayor frecuencia de lesión en los obreros con 17 personas, equivalente al 34%, seguido por las amas de casa con 13 personas representando el 26%, los profesionales con 10 personas equivalente al 20%, los comerciantes con 8 personas representando el 16 % y una menor frecuencia en las personas que no poseen ninguna ocupación con 3 personas equivalente al 6 %.

En el nivel académico, la mayor frecuencia se observó en la educación primaria con 21 personas que equivale al 42%, secundaria 10 personas equivalente al 20%, estudios universitarios 10 personas representando otro 20%, Educación Informal 5 personas que equivale al 10%, y ningún estudio 4 personas que equivale al 8% que fue la menor frecuencia.

Con respecto a la procedencia la mayor frecuencia se ubica en la procedencia urbana con 43 personas lo cual equivale a un 86.8% y una menor frecuencia en la procedencia rural con 5 personas equivalente al 13.2% de la población en estudio.

## **II-Estado psicosocial:**

Con respecto al origen de la lesión se obtuvo que las caídas tienen mayor frecuencia con un 60%, siguiendo los accidentes en vehículo con un 16% y una menor frecuencia la lesión con armas que representa el 8% de la población en estudio.

En relación al tiempo transcurrido posterior a la lesión se obtuvo que la mayoría tiene un corto tiempo con la lesión obteniendo que el 58% de la población posee de 1 a 5 meses con la lesión y solamente el 2% posee de 6 a 10 años con la misma.

En cuanto al tiempo que llevan asistiendo a la rehabilitación física, se obtuvo un mayor porcentaje en los que llevan de 1 a 5 meses de asistencia al programa con un 74 %, y un 2% en los que tienen de 6 a 10 años asistiendo al programa, es decir que a menor tiempo de la lesión mayor asistencia a la rehabilitación.

De acuerdo a la asistencia al programa de rehabilitación en compañía de alguien se obtuvo que solamente un 20% de los pacientes si asiste acompañado y un 80% de los pacientes asisten solos a la rehabilitación.

Según la disposición de los pacientes para asistir a la rehabilitación, un 82% afirma tener disposición para la rehabilitación y solamente un 18% afirma no tener disposición para la rehabilitación física.

## *Manifestaciones Psicosociales en adultos con lesiones físicas*

---

Al preguntar a los paciente si se sentía capaz de superar su situación de lesionado se obtuvo que el 86% dice sentirse capaz de superar su situación y solamente el 14% afirma no sentirse capaz de superar su situación de lesionado.

Con respecto a la presencia de problemas que lo agobian actualmente se obtuvo que el 70% de la población presenta problemas que lo agobian y el 30% negó tener problemas que lo agobien.

Al preguntar a los pacientes si se sentían bien consigo mismo (satisfacción personal) el 84% dijo sentirse bien consigo mismo y solamente el 16% dijo no sentirse bien consigo mismo.

En cuanto a la importancia que le otorgan los pacientes a la rehabilitación para su recuperación se obtuvo que el 96% afirma que la rehabilitación le es útil para su recuperación y solamente el 4% niega de que la rehabilitación le será útil para su recuperación física y emocional.

Al preguntar a los pacientes si han presentado cambios en el estado de ánimo, el 76% respondió que si, de este porcentaje afectado, los cambios que han presentado han sido: Manifestaciones y sentimientos de ansiedad, angustia, miedo e inseguridad y solamente el 24% dice que no han presentado ningún cambio en su estado de ánimo.

En relación a la asistencia de los lesionados a actividades sociales se obtuvo que el 52% asisten a actividades sociales y el 48% no asisten a actividades sociales. Podemos notar que no difieren en gran magnitud.

### **III-Desempeño laboral:**

Según la relación que poseen los lesionados con sus compañeros de trabajo, se obtuvo una mayor frecuencia en los que dicen tener buenas relaciones con un 72%, siguiendo los que dicen tener una regular relación con un 24% y solamente un 4% dice tener malas relaciones con sus amistades.

Con respecto a la presencia de problemas laborales en relación a su lesión se obtuvo que el 48% de la población presenta problemas laborales y el 52% dice no poseer problemas laborales en relación a su lesión.

### **IV-Relaciones familiares:**

En cuanto al nivel de comunicación que tienen los lesionados con su familia se obtuvo que el 78% tiene una profunda comunicación con su familia, un 20% tiene comunicación superficial con su familia y solamente el 2% dice no tener comunicación con su familia. Podemos darnos cuenta que en general la comunicación familiar es buena.

Al preguntar a los lesionados si reciben apoyo de su familia se obtuvo una mayor frecuencia en los que dicen si recibir apoyo de su familia con el 94% y solamente el 6% de la población dice no recibir apoyo familiar.

En relación al tipo de apoyo que reciben de la familia se obtuvo que el 38% recibe apoyo afectivo, el 6% apoyo económico, una mayor frecuencia en los que reciben tanto apoyo afectivo como económico con el 50% y solamente el 6% de la población afirmó no tener ningún tipo de apoyo de parte de su familia.

Al preguntar a los lesionados si su estado físico afecta a su familia, el 60% dijo que sí le afecta y el 40% dijo que no le afectaba. De este 60% que considera que si le afecta a su familia la mayoría coincidió en que los afectaba emocionalmente y económicamente.

## **DISCUSIÓN**

Según los resultados obtenidos en el estudio, pudimos darnos cuenta que la población mayormente afectada según la edad son los adultos mayores, es decir que a medida que aumenta la edad, también aumenta el riesgo de sufrir una lesión y sus consecuencias, esto concuerda con el estudio realizado por G. Gonzáles en adultos mayores, coincide en que las caídas es una de las principales causas de discapacidad en estos. (6).

Según el sexo de las personas en estudio pudimos darnos cuenta que se encuentran mayormente afectadas las mujeres, por lo que podemos decir que éstas son más susceptibles y vulnerables a la lesión física.

Con respecto a la procedencia obtuvimos una mayor frecuencia de lesionados en las personas de la zona urbana esto puede explicarse mediante la cultura y situación económica de la mayoría de las personas de la zona rural, decimos por la cultura, ya que muchas de estas personas acuden a sobadores ante una situación que amerita atención médica, como por ejemplo en caso de esguinces y luxaciones.

En la mayoría de las personas en estudio el origen de la lesión que presentan fue a consecuencias de caídas, esto tiene estrecha relación con el hecho, de que la mayoría de la población lesionada, son adultos mayores los cuales son vulnerables a las caídas por su condición física; Por otro lado, de que todos estamos propensos a sufrir una caída en cualquier circunstancia de la vida activa.

Pudimos observar que los lesionados en su mayoría, asisten a la rehabilitación solos sin la compañía de algún familiar o amistades esto puede explicarse por la adaptación que han adquirido las personas ante su situación.

## *Manifestaciones Psicosociales en adultos con lesiones físicas*

---

Según el Programa de Rehabilitación del Ministerio de Salud de Nicaragua, afirma que: “Las personas con limitaciones no quieren recuperarse a base de simpatía, caridad o consideraciones humanas, sino con un trato igualitario que evite la sobreprotección o el rechazo”.

Con respecto a la disponibilidad para asistir a la rehabilitación pudimos darnos cuenta que la mayoría de las personas tienen disposición para la rehabilitación, ya que quieren alcanzar su recuperación en período corto para poder continuar con su vida normal. Pudimos notar que la mayoría de las personas en estudio poseen actitud positiva ante su situación de lesionado, es decir que ante esta situación los lesionados poseen optimismo para enfrentar su situación, y poder alcanzar la plena recuperación física y emocional.

Observamos que los lesionados, presentan cambios en el estado de ánimo, manifestando ansiedad, angustia, miedo e inseguridad, que han repercutido negativamente en el estado emocional disminuyendo su interacción social al no asistir a actividades recreativas que son necesarias para su recuperación emocional. Según un estudio publicado en: [www.safecommunity.net](http://www.safecommunity.net): “Por lo general, debido al temor de sufrir lesiones, las personas se abstienen de llevar una vida activa, lo que puede resultar en soledad o aislamiento”.

Los lesionados han tenido limitaciones en el área laboral, ya que al encontrarse ante esta situación de lesionado presentan dificultades para realizar trabajo que amerite esfuerzo físico, provocándoles problemas económicos, los cuales le han llevado a manifestar angustias, inseguridad, tristeza e incomodidad debido a la dependencia económica. Por último, con respecto al área familiar pudimos darnos cuenta que el apoyo familiar es muy importante para la recuperación tanto física como emocional de las personas lesionadas, ya que la mayoría de las personas afirmaron recibir apoyo económico y sobre todo afectivo.

## **CONCLUSIONES**

- La procedencia de las personas lesionadas incide en su recuperación, ya que los que viven en zonas rurales su asistencia es mínima, y en la mayoría de los casos su situación económica es muy baja y tienen poca accesibilidad a la atención adecuada de los servicios de salud, sobre todo a la rehabilitación y atención psicológica, las cuales son fundamentales para la recuperación satisfactoria de los lesionados
- Las personas que han sufrido lesión tienen un mayor riesgo de sufrir nuevamente la lesión debido a su condición física (adultos mayores). Y por consiguiente a presentar limitaciones en el ámbito laboral, social y familiar causado por los cambios en su estado de ánimo, manifestando problemas emocionales, tales como: ansiedad, angustia miedo e inseguridad, sin embargo tienen la confianza, tanto en si mismos como en las demás personas de alcanzar la plena recuperación y continuar con su vida normal.
- El desempeño laboral de los lesionados es limitado debido a la condición física en que se encuentran, de tal manera que presentan problemas de reintegración en el área laboral, afectando de esta manera su situación económica.
- Las buenas relaciones familiares que desarrollan los lesionados y el apoyo incondicional que reciben por parte de su familia, contribuyen al buen estado emocional, el cual incide positivamente en su recuperación física.

## **RECOMENDACIONES**

### **Al Gobierno:**

- Que amplíe el presupuesto destinado al Ministerio de Salud (MINSA).

### **Al Ministerio de Salud (MINSA):**

- Que incluya en los programas de rehabilitación, personal del área de psicología para complementar la atención y que los pacientes tengan una recuperación satisfactoria.
- Que los aparatos utilizados en la Rehabilitación estén acorde a la demanda de los pacientes.
- Que los Centros de Salud incluyan la rehabilitación en su programa para que tengan accesibilidad las personas de la zona rural

### **Al Departamento de Rehabilitación:**

- Que implementen capacitaciones a fin de fortalecer la autoestima, relaciones familiares e interacción social de las personas que asisten a la rehabilitación.

### **Al personal de Rehabilitación:**

- Que continúe con su buena labor en la terapia con los lesionados.

### **A los familiares de los lesionados:**

- Que sigan brindándoles el apoyo afectivo, el cual es importante para su recuperación satisfactoria.
- Que los motiven a que sigan asistiendo a la rehabilitación.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

- 1- Causas de las Lesiones Físicas (En línea) [Fecha de acceso 11 de abril del2007]. Disponible en <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci-arttext&...>
- 2- Lesiones físicas (En línea) [Fecha de acceso 28 de agosto del 2007]. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos48/primeros-auxilios-deportes/primeros-auxilios-deportes.shtml>
- 3- Comportamiento de los lesionados físicos (En línea) [Fecha de acceso 11 de abril del 2007]. Disponible en <http://www.infodisclm.com/documento/leyes/pan.hpm>.
- 4- Cuaderno de rehabilitación para Médicos generales. Gobierno de Nicaragua, Ministerio de Salud; 2005. HEODRA – León.
- 5- Medrano Francisco, López Castellón Carlos. Clínica y epidemiología del trauma torácico en el servicio de cirugía general. HEODRA – León. Enero de 1994. Biblioteca 2, UNAN – León.(Tesis)
- 6- Lesiones provocadas por las caídas. ( En línea) [Fecha de acceso de agosto del 2007]. Disponible en [http://cielo.sld.cu/cielo.php.pid=50034-7493200100030004&script=sci\\_arttxt](http://cielo.sld.cu/cielo.php.pid=50034-7493200100030004&script=sci_arttxt).
- 7- Avilez Omar de Jesús Lesiones Intencionadas en pacientes ingresados en el Hospital Cesar Amador Molina. Matagalpa, 1993; León, Nicaragua; UNAN, 1995. Biblioteca 2, UNAN – León.(Tesis)
- 8- Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV; Texto revisado; Edición española, primera edición. 2002. Biblioteca 2, UNAN – León.
- 9- Lesiones Físicas (En línea) [Fecha de acceso 25 de abril del2007]. Disponible en <http://noticias juridicas.com/articulos25-Derecho%20sanitario/200006-medicina.html>.
- 10- Manifestaciones de las lesiones físicas (En línea) [Fecha de acceso 25 de abril del2007]. Disponible en <http://www.arpem.com/seguros/s-accesorios/siniestros/sin-0014/siniestros-p.html>.

- 11- Manifestaciones de las lesiones físicas (En línea) [Fecha de acceso 25 de abril del 2007]. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/psicologia-catastrofes.shtml>.
- 12- Índice de analfabetismo en Nicaragua (En línea) [Fecha de acceso 01 de septiembre del 2007]. Disponible en <http://www.lavozdelsandinismo.com/nicaragua/2007-03-02/alfabetizaran-a-discapacitados-nicaraguenses-con-metodo-yo-si-puedo/>.
- 13- Consecuencias psicológicas de las lesiones físicas (En línea) [Fecha de acceso 01 de septiembre del 2007]. Disponible en <http://www.safecommunity.net/SCWN/SPAN/2006/SCWN8Mazo2006S.pdf>
- 14- Lesiones físicas (En línea) [Fecha de acceso 04 de septiembre del 2007]. Disponible en <http://www.footphysicians.com/espanol/sp-sesamoid.htm>.
- 15- Limitaciones sociales que sufren los adultos lesionados (En línea) [Fecha de acceso 04 de septiembre del 2007]. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003000800008&script=sci\\_arttex](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872003000800008&script=sci_arttex)
  
- 16 – Lesionado físico y la familia (En línea) [Fecha de acceso 05 de junio del 2008]. Disponible en: <http://www.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
- 17 – Estado emocional del lesionado (En línea) [Fecha de acceso 05 de junio del 2008]. Disponible en: <http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/psicologia.html>
- 18- Consecuencias psicosociales de la lesión física en adultos. (En línea) [Fecha de acceso 05 de junio del 2008]. Disponible en: <http://web.usal.es/~acardoso/temas/caidas.html>.
- 19- Incapacidad física en el área laboral (En línea) [Fecha de acceso 05 de junio del 2008]. Disponible en: <http://www.peritaje-medicoforense.com/JOUVENCE23.html>.

# ANEXOS

## *Manifestaciones Psicosociales en adultos con lesiones físicas*

---



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN – LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
ENCUESTA**



Por medio de la presente encuesta solicitamos su ayuda para conocer sobre sus manifestaciones psicosociales y aspectos personales, la información que nos brinde será de mucha importancia para nuestro trabajo.

Esperamos la mayor sinceridad en sus respuestas.

Conteste o marque con una "X", Según su respuesta.

I – Características sociodemográficas:

Edad \_\_\_\_\_ sexo: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Nivel educativo: Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Universitario \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

Procedencia: Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

### **Estado psicosocial.**

1. ¿Cual es el origen de su lesión?  
Accidente en vehiculo \_\_\_\_\_  
Caída \_\_\_\_\_  
Lesión con armas \_\_\_\_\_
2. ¿Cuánto tiempo tiene la lesión?  
Meses \_\_\_\_\_ ¿Cuántos?  
Años \_\_\_\_\_ ¿Cuántos?
3. ¿Cuánto tiempo tiene de asistir al programa?  
Meses \_\_\_\_\_ ¿Cuántos?  
Años \_\_\_\_\_ ¿Cuántos?
4. ¿Asiste al programa acompañado (a) por alguien?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. ¿Le gusta asistir al programa de rehabilitación?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por qué?
6. ¿Se siente capaz de superar esta situación de lesionado?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## *Manifestaciones Psicosociales en adultos con lesiones físicas*

---

7. ¿Presenta problemas que actualmente lo agobien?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

8. ¿Se siente bien consigo mismo (a)?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. ¿Considera usted que la rehabilitación le será útil para su situación física y emocional?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. ¿Ha presentado cambio en su estado de ánimo?

Si \_\_\_\_\_ ¿Cuáles de estas? Ansiedad \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Angustia \_\_\_\_\_

Miedo \_\_\_\_\_

Inseguridad \_\_\_\_\_

### **Desempeño Laboral:**

11 - ¿Asiste a alguna actividad social?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

12 - ¿Cómo es la relación con sus compañeros de trabajo?

Buena \_\_\_\_\_

Regular \_\_\_\_\_

Mala \_\_\_\_\_

13 - ¿Se le han presentado problemas laborales a consecuencia de su lesión?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

### **Relaciones Familiares.**

14 - ¿Cómo es la comunicación con su familia?

a) Profunda \_\_\_\_\_

b) Superficial \_\_\_\_\_

c) No hay comunicación \_\_\_\_\_

15 - ¿Recibe apoyo de su familia?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

16 - ¿Qué tipo de apoyo recibe de parte de su familia?

a) Afectivo \_\_\_\_\_

b) Económico \_\_\_\_\_

17 - ¿Considera usted que su estado físico afecta a su familia?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cómo? \_\_\_\_\_

**GRACIAS.**

## RESULTADOS

### I DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS:

VARIABLE	INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	N	TOTAL
<b>Edad</b>	20 - 29	9	18%	<b>50</b>	<b>100%</b>
	30 - 39	11	22%		
	40 - 49	7	14%		
	50 a mas	23	46%		
<b>Sexo</b>	Femenino	32	64%	<b>50</b>	<b>100%</b>
	Masculino	18	36%		
<b>Estado civil</b>	Casado(a)	16	32%	<b>50</b>	<b>100%</b>
	Divorciado(a)	7	14%		
	Soltero(a)	15	30%		
	Unión libre	7	14%		
	Viudo(a)	5	10%		
<b>Ocupación</b>	Profesionales	10	20%	<b>50</b>	<b>100%</b>
	Obreros	17	34%		
	Ama de casa	13	26%		
	Comerciantes	8	16%		
	Ninguno	3	4%		
<b>Nivel académico</b>	Primaria	21	42%	<b>50</b>	<b>100%</b>
	Secundaria	10	20%		
	Universitario	10	20%		
	EDC. informal	5	10%		
	Ninguna	4	8%		
<b>Procedencia</b>	Urbana	43	86%	<b>50</b>	<b>100%</b>
	Rural	7	14%		

Fuente: Encuesta.

**II- ORIGEN DE LA LESIÓN**

<b>Origen de la lesión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
Accidente en vehiculo	8	16%
Caída	30	60%
Lesión con arma	4	8%
Otros	8	16%
Total	50	100%

**III- TIEMPO TRANSCURRIDO POSTERIOR A LA LESION**

<b>Tiempo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
1 a 5mese	29	58%
6 a 10 meses	11	22%
1 a 5 años	9	18%
6 a 10 años	1	2%
Total	50	100%

**IV-TIEMPO DE ASISTENCIA AL PROGRAMA**

<b>Tiempo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
1 a 5mese	37	74%
6 a 10 meses	7	14%
1 a 5 años	5	10%
6 a10 años	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta

**V- ASISTENCIA AL PROGRAMA EN COMPAÑÍA DE ALGUIEN**

<b>OPCIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
Si	10	20%
No	40	80%
Total	50	100%

**VI- DISPOSICION PARA ASISTIR A LA REHABILITACIÓN**

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
Si	41	82%
No	9	18%
Total	50	100%

**VII- CAPACIDAD DE SUPERAR LA SITUACION DE LESIONADO**

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
Si	43	86%
No	7	14%
Total	50	100%

**VIII- PRESENCIA DE PROBLEMAS QUE LE AFECTEN**

<b>Opción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
Si	35	70%
No	15	30%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta

**IX- SATISFACCION PERSONAL**

Opción	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	42	84%
No	8	16%
Total	50	100%

**X- IMPORTANCIA DE LA REHABILITACION ANTE SU SITUACIÓN**

Opción	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	48	96%
No	2	4%
Total	50	100%

**XI- CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO**

Opción	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	38	76%
No	12	24%
Total	50	100%

**XII- ASISTENCIA A ACTIVIDADES LABORALES**

Opción	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	26	52%
No	24	48%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta

**XIII- RELACION CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO**

<b>Relación con las amistades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
Buena	36	72%
Regular	12	24%
Mala	2	4%
Total	50	100%

**XIV- PROBLEMAS LABORALES ANTE SU SITUACIÓN**

<b>Problemas laborales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
Si	24	48%
No	26	52%
Total	50	100%

**XV- NIVEL DE COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA**

<b>Nivel de comunicación familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje valido</b>
Profunda	39	78%
Superficial	10	20%
No hay comunicación	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta

**XVI- APOYO FAMILIAR**

Opción	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	47	94%
No	3	6%
Total	50	100%

**XVII- TIPO DE APOYO QUE RECIBE DE SU FAMILIA**

Tipo de apoyo	Frecuencia	Porcentaje valido
Afectiva	19	38%
Económica	3	6%
Ambas	25	50%
Ninguna	3	6%
Total	50	100%

**XVIII- AFECTACION NEGATIVA A LA FAMILIA**

Opción	Frecuencia	Porcentaje valido
Si	30	60%
No	20	40%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta