

2001

Aspectos abordados en el tratamiento de terapia ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática que favorecen la sexualidad

Feduci, Ana Paula

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/937>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



“El sexo es algo que nosotros tenemos, la sexualidad es algo que nosotros somos”

Anna Freud.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

TESIS DE LICENCIATURA

“ Aspectos abordados en el tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática que favorecen la sexualidad.”

AUTORAS : FEDUCI, Ana Paula

MARTIARENA, Ana Laura

SUAREZ, Melina Andrea.

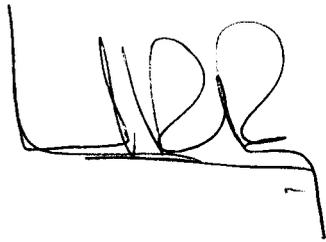
AÑO: 2001.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
inventario	Signatura top
1779	615.8(043) F 319
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

DIRECTORA : Lic. en T.O BACIGALUPO, Graciela



CODIRECTORA : Lic en S.S RAMÍREZ, Marcela.



ASESORA METODOLÓGICA : Lic en T.O CAMPISI, Alejandra.



“ El sexo forma parte de lo hermoso de la vida.

La vida, parte del sexo”

El sexo no es solo lo genital

Es... la mirada, la voz

El toque, la alegría,

El placer, el jugar

separados - juntos

El abrazo

La danza, con la que tengo, con lo que soy,

Volar

caer...

estoy, estamos

Aquí, ahora

Miriam Estela Valle.

DEDICATORIA

A mis papas, Angelita y Alfredo, por haberme dado la gran oportunidad de crecer con tanto amor y por acompañarme a concretar mis sueños.

A mi hermana, Mariela, por su confianza, seguridad y Apoyo incondicional.

A la memoria de mi nona, Lina, por su ejemplo y guía que me ayudan a continuar.

A mis amigos, por escucharme, comprenderme y simplemente por “estar”.

A todos, gracias.

Ana Paula

A mi familia, por su infinito cariño y apoyo incondicional.

A mi novio, por haber transitado a mi lado este camino, brindándome su amor y comprensión permanente.

A mi sobrino, por haber llenado de luz y felicidad mi vida.

A mis amigos, por su compañía constante a lo largo de estos años.

A todos ellos, y una mención especial a mis padres, por ser las personas más importantes de mi vida.

Ana Laura

A mi familia, en especial a mis padres, Elsa e Ismael y a mi hermana Silvina, por su apoyo y su amor permanentes.

A mi novio, Agustín por compartir mi vida y mis logros

A mi ahijado, Ignacio por permitirme sonreír cada día

A mis amigos por “estar” a mi lado siempre

Y a todas aquellas personas que me acompañaron en este largo camino

Melina

INDICE



AGRADECIMIENTOS

- A la Directora de la Tesis, Graciela Bacigalupo, por haber compartido su gran formación teórica.
- A la Co - Directora, Marcela Ramírez, y en especial a nuestra asesora metodológica, Alejandra Campisi, por su apoyo y dedicación permanentes.
- A las Terapistas Ocupacionales y Lic. en Terapia Ocupacional que colaboraron para la realización de este trabajo.
- Y un especial agradecimiento a todas aquellas personas que de alguna u otra manera hicieron posible la concreción de este proyecto.

INTRODUCCIÓN



Con la finalidad de delimitar un área específica y no lo suficientemente explorada o difundida dentro de la discapacidad física, decidimos abocar esta investigación al abordaje de la sexualidad en pacientes adultos con lesión medular traumática, aplicada por Terapistas Ocupacionales, efectuando así un aporte relevante para nuestro quehacer profesional.

La elección del tema surge a partir del tratamiento del mismo durante la cursada de la asignatura T.O. en Discapacidades Físicas perteneciente a la Licenciatura en Terapia Ocupacional y la asistencia a un curso organizado por la Escuela Especial N° 513, que generaron en nosotras ciertas inquietudes: ¿Qué aspectos son abordados a través del tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática? ¿Cuáles de esos aspectos creen los Terapistas Ocupacionales que favorecen la sexualidad?. Para llevar a cabo esta investigación se selecciona como grupo de estudio a Profesionales de Terapia Ocupacional que realicen o hayan realizado tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática en centros asistenciales, públicos y privados, de la ciudad de Mar del Plata.

Consideramos que esta patología constituye un problema significativo en la actualidad debido a los numerosos factores de riesgos predisponentes y a sus múltiples consecuencias en el desarrollo funcional del sujeto.

Creemos de sumo interés brindar información necesaria que posibilite y justifique un abordaje más integral desde nuestra profesión; puesto que consideramos que la sexualidad forma parte de la condición de sujeto como tal y es un componente substancial de las actividades de la vida diaria, siendo ésta una de las áreas de mayor desempeño de la práctica de Terapia Ocupacional.

El modelo de Performance Ocupacional incluye a la sexualidad dentro del componente físico, que comprende las funciones motoras y sensoriales. Según Spackman, las actividades de la vida diaria abarcan las tareas de cuidado personal, de alimentación, de arreglo personal, baño e higiene para orinar y defecar. Chiou y Burnett ampliaron la definición añadiendo la socialización, la actividad sexual y el ejercicio.

La sexualidad como una actividad vital esencial para el desarrollo y el ajuste de la personalidad, valoriza al individuo y aumenta su autoestima, como un importante medio de comunicación interpersonal. Se propicia la búsqueda de la salud sexual como un camino para obtener el desarrollo y el bienestar del individuo, la pareja y la sociedad en general. (OMS).¹

Tomando como punto de partida lo mencionado anteriormente, nos resulta relevante que el Terapeuta Ocupacional como profesional dedicado a trabajar con personas con este tipo de lesión, conozca el tema con la finalidad de poder abordarlo; y así intervenir en el tratamiento Integral del paciente.

Es fundamental la educación del paciente y la familia, siendo esta parte constitutiva de un enfoque global dentro del tratamiento para la persona afectada de lesión medular traumática.

Desde el primer momento el Terapeuta Ocupacional trabaja con el paciente en el manejo de los diferentes deterioros que ésta lesión ocasiona en la persona con el objetivo de lograr la posterior reinserción familiar y social, para lo cual es fundamental la independencia en las actividades de la vida diaria: vestirse, higienizarse, desplazarse, lograr pasajes o cambios de decúbitos, manejo y control de esfínteres; actividades que cumplirán un papel primordial para una adecuada y placentera sexualidad.

¹ Revista " Educación Especial – Actividades integradas para trabajar la diversidad ". Editorial Anual. Edición 16. Abril de 2000.

Pretendemos con esta investigación determinar los aspectos abordados en el tratamiento de Terapia Ocupacional que conducen a una sexualidad activa y placentera.

Esta investigación específica se circunscribe a los siguientes centros asistenciales:

- Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Allende”
- Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sur
- Clínica “Pueyrredón”
- CIDELI
- Instituto Geriátrico “Casa Grande”
- Centro “Physcis”

OBJETIVOS



OBJETIVO GENERAL:

1-Conocer y describir los aspectos abordados a través del tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática aplicado por Terapia Ocupacional que favorecen la sexualidad.

2-Identificar otros aspectos relacionados con el tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática que favorecen la sexualidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1-A- Identificar y caracterizar las acciones implementadas por Terapia Ocupacional dentro del tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática.

1- B- Determinar cuáles de dichas acciones favorecen la sexualidad.

2-A- Identificar si el paciente adulto con lesión medular traumática demanda información con respecto a su futura sexualidad.

2-B- Determinar si existe participación de la familia en el tratamiento del paciente adulto con lesión medular traumática.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN



De la revisión bibliográfica surge abundante información en relación al abordaje de la sexualidad desde diferentes enfoques así como de la sexualidad en pacientes adultos con lesión medular desde otras disciplinas. A continuación se detallan algunos de los autores que se han dedicado a estudiar el abordaje de la sexualidad en pacientes adultos con lesión medular traumática:

Posse y Verdaguer, en su libro “ La sexualidad de la persona discapacitada”, presentan un estudio acerca de la sexualidad de las personas con alguna deficiencia física, mental o sensorial, desde una caracterización de los elementos que la constituyen, es decir el diagnóstico orgánico, funcional, psicológico, el funcionamiento sexual y su accionar sexual, el tratamiento y sus distintas posibilidades.

En el quinto congreso sobre “Conciencia Social y Rehabilitación”, realizado en 1998, en Buenos Aires, el disertante Pantaleón Parisi señala que la expresión sexual de los sujetos con lesión en su médula espinal, estará afectada no solo por su particular compromiso físico, sino y fundamentalmente por las actitudes de la pareja, de los profesionales, de la sociedad en general frente a la discapacidad y por la visión que sobre sí misma tenga la persona.

En publicaciones de la revista Reinserción, el psicólogo Antonio Salazar desarrolla la evolución psicológica por la que pasa una persona que sufre una lesión medular traumática y el impacto que esto tiene para encarar la rehabilitación; hace referencia a los contenidos del proceso terapéutico y a las alternativas sexuales ante la limitación física.

Joan Vidal, jefe clínico de la Unidad de Lesionados Medulares del Instituto Guttman de Barcelona, refiere en su documento que existen

técnicas de estimulación que permiten que las personas parapléjicas puedan tener hijos. Hace mención de las limitaciones que tiene una persona que sufre una lesión medular traumática y de las actitudes de estas personas y de sus parejas frente a esta propuesta.

Fulgencio Aparicio Carrión, especialista en Medicina General y Terapia Sexual, publicó un artículo en Internet referido a la educación sexual tanto de los profesionales y familiares como del paciente mismo, información que favorece su proceso de rehabilitación.

La psicóloga Alicia Arenaza, especialista en discapacidad y enfermedades orgánicas, emite algunos conceptos sobre sexualidad en relación con la lesión medular, pero orientada hacia lo orgánico, haciendo referencia a las zonas erógenas y su nueva búsqueda en este tipo de lesiones.

El aporte que hacen María de los Ángeles Valdemoro, pedagoga y sexóloga, y Roberto Oraá Baroja, psicólogo y sexólogo es tratar de desmitificar ciertos conceptos relacionados con las personas que presentan una deficiencia física y de reorganizar muchos aspectos de la vida de la persona (reforzando sus posibilidades, tendiendo a la rehabilitación).

También hace referencia a las posibles repercusiones que una lesión medular puede conllevar en el ciclo de la respuesta sexual a fin de analizar las posibilidades de rehabilitación. En rehabilitación analiza los mecanismos para conseguir una erección, así como la necesidad de reeducar, aprendiendo a reconocer la capacidad del resto del cuerpo como fuente de transmisión de sensación y de emoción que va más allá de los órganos genitales, tanto en el hombre como en la mujer.

El Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, España, presenta una concepción amplia del tratamiento del lesionado medular, enfoque

inspirado en la doctrina de Guttman que preconiza una terapia pluridimensional e integral del tratamiento. Basándose en una rehabilitación integral, se pone en marcha una unidad de rehabilitación sexual y reproducción asistida para los pacientes con discapacidad física.

Spackman en su libro "Terapia Ocupacional", hace referencia a la preparación previa y a las competencias que el Terapeuta Ocupacional requiere para proporcionar asesoramiento sobre su futura sexualidad a pacientes, adolescentes y adultos, con una discapacidad física o emocional.

Las investigaciones en relación con el tema de estudio, anteriormente referidas, constituyen el material encontrado hasta el momento en bibliotecas, públicas y privadas, y en Internet a través de los buscadores GOOGLE y MEDLINE. Asimismo se continuará con el rastreo bibliográfico a fin de profundizar el estado actual de la cuestión.

MARCO TEORICO



CAPITULO I :

- Clasificación: conceptos fundamentales: Deficiencia.
Discapacidad.
Minusvalía.

CAPITULO II :

- Descripción de la discapacidad física.

Lesión medular traumática:

- definición
- clasificación
- principales alteraciones: - alteraciones motoras
 - alteraciones sensitivas.
 - alteraciones neurovegetativas:
 - de la función vesical.
 - de la función gastrointestinal.
 - de la función circulatoria.
 - de la termorregulación.
 - de la función trófica.
 - de la función respiratoria.
 - de la función sexual.
- aspectos psicológicos de la persona con lesión medular traumática.

CAPITULO III :

- Tratamiento integral de pacientes con lesión medular traumática.

Aspectos abordados:

- Función motora.
- Función sensitiva.
- Función vesical.
- Función gastrointestinal.

- Función circulatoria.
- Función respiratoria
- Función trófica
- Aspecto psicológico

CAPITULO IV :

- Sexualidad humana en Lesión Medular Traumática:

- Definición
- Generalidades.
- Alteraciones según el nivel de lesión.
- Rol del Terapista Ocupacional.
- Aspectos psicológicos del paciente adulto con lesión medular traumática.

CAPITULO V :

- Discapacidad física: familia y sociedad.

- Definiciones.
- Actitudes de la familia y de la sociedad frente a la persona con lesión medular traumática.

CAPITULO VI :

- Equipo Interdisciplinario.

CAPITULO I



CLASIFICACION: CONCEPTOS FUNDAMENTALES:

Los conceptos de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo a la Clasificación Internacional, como:

DEFICIENCIA: “es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” que se manifiesta ante el hecho notorio, cuando el individuo toma conciencia de su alteración.

Se fundamenta la inclusión del término deficiencia por lo generalizado de su uso, aplicado además a todo tipo de deficiencias (física, psíquica o mental y sensorial). La palabra deficiencia es más amplia que hablar de “trastorno”, pues incluye también las pérdidas y las limitaciones funcionales, precisión que resuelve una cuestión de límites, ya que antes éstas se asociaban con la discapacidad.

Este concepto es utilizado generalmente para hacer referencia a personas cuya salud física y/o mental está afectada temporal o permanentemente, bien por causas congénitas o por la edad, enfermedad o accidente, con el resultado de que su auto independencia, estudios o trabajo resultan impedidos.

DISCAPACIDAD: “es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad (por la deficiencia), en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”; se refiere a actividades que se esperan de un individuo, como pertenecientes al género humano.

El prefijo “dis” alude a una alteración ni absoluta ni de todos los aspectos de la persona.

La discapacidad constituye el eslabón entre la deficiencia y la minusvalía; se refiere a actividades complejas o integradas que se esperan de las personas o del cuerpo en su conjunto, como pueden ser las representadas por las tareas, aptitudes y conductas.

Las personas discapacitadas son como los demás, seres humanos integrales y no personas que tienen que aprender una sexualidad diferente.

MINUSVALÍA: “es una situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol, que es normal en su caso”, se caracteriza por una discordancia entre la actuación de la persona y las expectativas del grupo de pertenencia.

En este concepto hay tres características importantes que se deben tener en cuenta:

A- Se concede un valor a la desviación de una norma estructural, funcional o de actuación, bien por parte del propio individuo o de sus semejantes en el grupo con que se relaciona.

B- La valoración depende de las normas culturales, de tal manera que una persona puede ser minusválida en un grupo y en otro no.

C- La valoración suele ser una desventaja del individuo afectado.

Esta Clasificación da la posibilidad de registrar la interrelación entre el individuo y su entorno, de tal modo que se pueden apreciar sus capacidades. Fue concebida teniendo en cuenta las circunstancias en que probablemente pueden hallarse las personas con alguna discapacidad,

circunstancias que lo llevarán a una “situación de desventaja” en relación con sus semejantes y de acuerdo a las normas sociales vigentes.²

Cuando una enfermedad o traumatismo lesiona a una persona de manera permanente provoca una discapacidad que ocasiona una crisis vital que abarca al sujeto y al medio donde se desenvuelve.

² Pantano, Liliana .“La discapacidad como problema social: un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas”. Eudeba; Buenos Aires; 2º edición; 1993.

CAPITULO II



DESCRIPCIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA:

LESION MEDULAR TRAUMATICA. Aspectos abordados a través del tratamiento.

Se denominan discapacitados neuromotores o físicos a aquellas personas que presentan alguna deficiencia física (secuela) que les dificulta o imposibilita realizar, de la forma habitual, diferentes actividades como caminar, correr, subir escaleras, cocinar, etc. Según la localización de la lesión se presentan diferentes cuadros con características específicas: entre ellos una lesión medular puede ser de origen traumático, por defecto congénito (mielomeningocele), por esclerosis múltiple o por tumores, entre las más frecuentes.

LESION MEDULAR TRAUMATICA:

Las personas con lesión medular presentan lesiones de tipo orgánico y psicológico sobre la esfera sexual. La lesión medular es la separación de una parte de la medula espinal del resto del sistema nervioso central, perdiéndose en forma total o parcial la conexión de las vías nerviosas entre los centros superiores (cerebro, núcleos grises, cerebelo) y la porción de la medula espinal que se encuentra por debajo del segmento lesionado. En los centros superiores se encuentra la neurona motora superior o central y en los inferiores la neurona motora inferior o periférica.

Esta conexión gobierna la sensibilidad y motricidad de las áreas corporales a través de cada sector medular (mieloma).

La porción medular distal que queda aislada de los centros superiores puede llegar a actuar independientemente de estos, si está conservado el

arco reflejo periférico, luego de pasar el periodo de shock medular, en el que se suspendieron todas las funciones.

La médula espinal esta formada por segmentos medulares, cada uno con un arco reflejo periférico, encargado de la innervación de una zona especifica del cuerpo.

Los centros superiores son los responsables del funcionamiento coordinado de todos los segmentos medulares y actúan inhibiendo los arcos reflejos inferiores medulares, por eso cuando existe un compromiso medular se produce la liberación de todas las neuronas motoras inferiores que quedan por debajo del nivel de la lesión, puesto que está cortado el arco central o inhibidor. Esta situación origina espasticidad (piramidalismo), que expresa la hiperactividad del reflejo miotático. A nivel de la lesión produce flacidez, las neuronas motoras inferiores de esos sectores están dañadas en forma local, por lo que está interrumpido el arco reflejo periférico y no hay respuesta de ningún tipo.

Las causas más frecuentes que producen una lesión medular traumática son: accidentes automovilísticos, post-zambullida, heridas por armas de fuego, caídas desde alturas, accidentes moto ciclísticos. Son mas frecuentes en los hombres que en las mujeres, y entre los veinticinco y los treinta años de edad.

Los niveles medulares comprometidos con mayor asiduidad son : C5 – C6, D12- L1.Las lesiones de este tipo según su extensión, se pueden clasificar en completas o totales e incompletas o parciales.

Es completa o total cuando la parte medular distal a la lesión no mantiene conexiones con el sector proximal.

Es incompleta o parcial cuando la parte medular distal a la lesión mantiene algunas conexiones con el sector proximal y a través de ellos con los centros superiores.³

El cuadro clínico que resulta de una sección medular depende de varios factores como son:

1. Altura de la lesión: cuanto más alta, mayor número de metámeras afectadas.
2. Amplitud. Extensión de la lesión en el plano transversal: según esta lesión puede ser completa e incompleta.
3. Extensión de la lesión en sentido longitudinal: si la porción medular distal a la lesión queda necrosada, en todo o en parte, es incapaz de cualquier función autónoma.
4. Velocidad en que se produce la lesión: que modifica la fase de shock medular.⁴

- Principales alteraciones producidas por una lesión medular completa:

ALTERACIÓN MOTORA: la interrupción de las vías descendentes (vía piramidal y extrapiramidal) da lugar a la parálisis de todos los músculos inervados por metámeras situadas a nivel lesional y por debajo de este. En principio esta parálisis es siempre flácida, existiendo una arreflexia muscular y falta de función del segmento medular distal a la lesión, denominado periodo de “ shock medular ”.

³ Posse, F y Verdaguer, S. “La sexualidad de las personas discapacitadas”. Fundación Creando Espacios. Bs. As. Argentina. 1991.

⁴ Bacigalupo, G. “Rehabilitación del lesionado medular”; Material interno de cátedra. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1999.

La duración del shock medular es variable, oscilando entre dos y ocho semanas y dependiendo de la edad, del estado de salud y de la altura de la lesión.

La aparición de la función medular autónoma, es gradual, generalmente aparece en primer lugar en los segmentos medulares distales, así el primer reflejo en aparecer es el **bulbo cavernoso** y luego sucesivamente aparecen el **reflejo de triple retirada**, el **reflejo Aquileo** y el **reflejo Rotuliano**, que van aumentando progresivamente y finalmente quedan más exaltados que en condiciones normales, al faltar los impulsos inhibidores de los centros superiores.

La médula aislada reacciona a los impulsos aferentes mediante respuestas eferentes motoras complejas involuntarias, que se denominan espasticidad.

Los reflejos mencionados a continuación estarán presentes en el segmento medular distal a la lesión, que posee una función autónoma independiente de los centros superiores. Si dicho segmento está necrosado (lesión vascular amplia) no aparece ningún tipo de función y los músculos inervados por los segmentos medulares destruidos muestran signos clásicos de la parálisis de neurona motora periférica (flaccidez, arreflexia, atrofia y signos eléctricos característicos de denervación). Lo mismo se observa en las lesiones radicales o de la cola de caballo.

Reflejo de flexión o nocioceptivo: al estimular la planta del pie, se produce una flexión en masa, del miembro que huye al estímulo.

Este reflejo tiene una clara función protectora, es poli sináptico y con una amplia zona reflexogena. Así los estímulos precedentes de otras áreas del cuerpo, incluso las viseras pueden desencadenar dicho reflejo. La

respuesta también es difusa y no siempre se limita a la flexión de los miembros, sino que puede haber incluso respuestas viscerales (micción).

Reflejo de estiramiento o miotático: al estirar bruscamente un músculo, este reacciona con una contracción rápida.

Este reflejo es monosináptico, tiene su punto de partida en los husos musculares de Kuhne y termina en las fibras del propio músculo. Tiene una clara función del mantenimiento de la postura y estación erecta, ya que se opone a la acción flexora de la gravedad.

Reflejo de extensión: al aplicar una presión ligera, en la zona de apoyo del miembro se produce la extensión del mismo.

Es un reflejo polisináptico y se opone también a la acción de la gravedad.

ALTERACIÓN SENSITIVA: la interrupción de todas las vías ascendentes que conducen los impulsos aferentes hacia tálamo y corteza dan lugar a la abolición de la sensibilidad por debajo de la lesión en todas sus modalidades. No obstante existen ciertos mecanismos de compensación de la sensibilidad propioceptiva, como son determinados músculos cuya innervación metamérica es alta y queda por arriba de la lesión, pero cuyas inserciones se extienden por debajo del nivel metamérico de ésta.

Cualquier movimiento en la parte paralizada, puede estimular los husos de Kuhne de dichos músculos que envían sus impulsos a los núcleos supralesionales y a los centros superiores que pueden interpretar correctamente, lo ocurrido en las articulaciones carentes de sensibilidad y responder adecuadamente para controlar la postura y el equilibrio.

Entre estos músculos, se encuentra el dorsal ancho (C6-C7-C8), cuyas inserciones llegan hasta la cresta ilíaca la aponeurosis lumbar, que por su relación con la fascia glútea puede transmitir a los centros supralesionales los movimientos de la cadera (mediante entrenamiento adecuado puede aprender a reconocer estos estímulos y responder adecuadamente).

Lo mismo ocurre con el trapecio (núcleo espinal y segmentos cervicales superiores), cuyas inserciones llegan hasta la duodécima vértebra dorsal.

Gracias a estos músculos puede una persona tetrapléjica reconocer los movimientos producidos en su tronco y caderas y mantener el equilibrio en posición sedente.

También el diafragma (C3-C4-C5), puede reconocer estímulos nociceptivos, originados en la cavidad abdominal (distensión) y transmitirlos por medio de los nervios frénicos a los centros superiores, lo cual permite diagnosticar, diversos procesos abdominales. La distensión vesical y rectal, además del Síndrome de Hiperreflexia Autonómica, puede dar lugar a sensaciones vagas, “como de peso” en el abdomen que el paciente aprende a reconocer y a identificar poco a poco. Es probable que la transmisión de estos impulsos, se efectuó a través de la cadena simpática.(Foester 1935).

ALTERACIONES NEUROVEGETATIVAS:

El sistema vegetativo, es el encargado de regular las funciones vitales e inervar los músculos lisos, las glándulas y el músculo cardíaco.

La lesión medular puede producir:

- Una destrucción de los centros vegetativos situados en el asta intermediolateral, o

- una interrupción de las vías que conectan dichos centros superespinares, situados principalmente en el hipotálamo.

Las alteraciones viscerales vegetativas, son de gran trascendencia para el futuro del paciente, por la profunda modificación que suponen las funciones vitales.

ALTERACIÓN DE LA FUNCION VESICAL: la lesión produce una vejiga neurogénica porque compromete el sector medular que regula la micción (sector sacro). Esta puede ser hiper e hiporreflexica. En todos los casos es necesaria la rehabilitación para evitar complicaciones.

Cuando se produce una lesión medular completa, cualquiera que sea su nivel y durante el estadio que corresponde al shock medular se produce una atonía del detrusor con retención urinaria. La vejiga llega a distenderse hasta que al fin gotea la orina por rebosamiento, por lo que es preciso vaciarla mediante sondaje continuo o intermitente.

Una vez pasada la fase de shock medular, la vejiga se comporta de forma diferente

Según el tipo de lesión.

En caso de lesión supranuclear, en que se conserva el arco reflejo, el músculo detrusor responde a contracciones cada vez mas intensas, a los estímulos que produce la distensión de la pared vesical. La eficacia del vaciamiento vesical, esta en razón inversa al tono de los esfínteres interno y externos.

A este tipo le llamamos **vejiga automática o espástica refleja**, porque los impulsos originados por la distensión de la pared vesical, por el tacto

rectal o por la estimulación de zonas vecinas genitales o paragenitales, llegan a los centros vegetativos del cono medular, desencadenando la descarga de impulsos aferentes, que llegan por los nervios pélvicos al detrusor provocando su contracción.

Cuando la lesión medular afecta a los núcleos vesicales o a sus raíces, el arco reflejo se encuentra interrumpido y el músculo detrusor solo es capaz de contraerse, gracias al plexo parasimpático intramural, pero estas contracciones son muy débiles y no provocan un vaciamiento vesical satisfactorio, a menos que se ayude con la contracción de la prensa abdominal o con la presión manual. A este tipo de vejiga se la denomina autónoma.

ALTERACIÓN DE LA FUNCION GASTROINTESTINAL: la lesión compromete al sector medular que regula el control defecatorio, por lo que es necesario implementar un buen programa de rehabilitación para evitar problemas de constipación, diarrea y otros que inhibirán los contactos sociales.

Tras una lesión medular completa aparece una parálisis rectal con retención de heces.

En las lesiones cervicales y dorsales altas, produce una abolición del peristaltismo intestinal, que da lugar a meteorismo y dificulta la respiración diafragmática, especialmente importante en las lesiones cervicales. Este peristaltismo se reanuda a los pocos días, a diferencia de la función rectal, que en lesiones completas queda afectada para siempre.

En las lesiones supranucleares y tras la fase de shock medular, el colon sigmoide y recto, se contraen por vía refleja como respuesta a la distensión

y puede vaciar su contenido venciendo la resistencia del esfínter externo, que se relaja al propio tiempo.

En las lesiones nucleares o de la cola de caballo, el arco reflejo está interrumpido y no hay contracciones del recto y del colon, por lo que es preciso el concurso de la prensa abdominal para la defecación.

El esfínter está flácido, suele producirse fácilmente incontinencia, si hay contenido fecal en el recto, por lo que hay que mantenerlo siempre limpio recurriendo, si es necesario, a los enemas o a la evacuación digital.

ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN CIRCULATORIA: en las lesiones medulares completas se produce hipotonía del árbol vascular en las zonas afectadas con aumento de la respuesta vasomotora al ortostatismo. Esto puede dar lugar a hipotensión o lipotimia cuando se intente levantar al paciente, especialmente en lesiones por arriba de D5, en que se encuentra afectado el territorio esplénico.

Este tono vascular se va recuperando progresivamente, al restablecerse la función medular autónoma (aunque nunca vuelve a funcionar como antes).

La consecuencia práctica, es que el paciente se debe levantar por periodos progresivamente crecientes, para evitar la hipotensión.

ALTERACIÓN DE LA TERMORREGULACIÓN CORPORAL: en el caso de sección medular completa se produce una desconexión entre los centros reguladores hipotalámicos y los centros medulares efectores situados por debajo de la lesión, lo cual impedirá una termorregulación eficiente en el área del cuerpo inervada por estos centros.

En las lesiones cervicales completas y durante la fase de shock medular, el paciente se convierte en poiquilotermo, ya que no son posibles, la contracción muscular, ni el control vasomotor, ni la sudoración, por debajo de la lesión.

Con el tiempo sin embargo, la medula aislada, recupera su función autónoma y es capaz de cierta función termorreguladora, con independencia de los centros hipotalámicos.

En las lesiones altas y especialmente en el periodo agudo, el enfermo debe ser preservado del sol, del calor y del frío excesivo.

ALTERACIONES DE LA PIEL Y TRASTORNOS TROFICOS: suelen producirse úlceras por decúbito (escaras) a causa de una necrosis isquémica de la piel y tejidos subcutáneos, debido a compresión de los vasos que irrigan, por la presión ejercida por el peso del cuerpo sobre las zonas de apoyo; donde existe poco espesor de partes blandas. Afectan el estado general del paciente, ya que este pierde gran cantidad de proteínas por el exudado de las mismas y pueden ser el punto de partida de infecciones de los huesos y articulaciones subyacentes, que pueden generalizarse.

ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA: los lesionados medulares tiene con gran frecuencia problemas respiratorios que exigen atención especial, ya que alrededor de un 17% de los pacientes con lesiones completas de la médula cervical mueren a consecuencia de dichos problemas respiratorios; y ello por dos motivos fundamentales:

A-Parálisis de los músculos respiratorios: la disminución de la capacidad ventilatoria puede producir insuficiencia respiratoria y también dificulta la

expulsión de secreciones bronquiales, lo que conduce a atelectasias, que a su vez, facilita la infección respiratoria produciéndose la bronconeumonía.

B-Fractura de costillas: acompañan a casi todos los traumatismos que producen ruptura de la columna dorsal y debe buscarse cuidadosamente. Dan lugar a dolor durante la respiración, por lo que ésta se hace más superficial, pudiendo quedar amplias zonas del pulmón sin ventilar.

En los pacientes con lesiones cervicales altas, hemos de tener presente que la función respiratoria se puede ir deteriorando en las primeras horas, en la que la lesión medular asciende por el edema.

Se puede producir “ disreflexia autónoma “, respuesta neurovegetativa que se manifiesta con sudoración, hipertensión arterial, rubor, etc. Se presenta en personas cuya lesión medular esta por encima de D5.

ALTERACIÓN DE LA FUNCION SEXUAL: la lesión medular produce alteraciones fisiológicas, que comprometen el funcionamiento sexual de las personas que la padecen. Desarrollado en Capitulo IV.

REHABILITACIÓN DEL LESIONADO MEDULAR

La rehabilitación integral del lesionado medular es un proceso completo y debe realizarse desde el primer momento en centros especiales y por personal especializado ya que de lo contrario se producen complicaciones que luego son difíciles de resolver.

CAPITULO III



TRATAMIENTO DEL LESIONADO MEDULAR

La rehabilitación del lesionado medular debe comenzar en el mismo momento del accidente, especialmente en los estados iniciales de shock medular en que los tejidos son muy fiables, y se producen, con facilidad, úlceras por decúbito.

Se producen a consecuencia de una necrosis isquémica de la piel y tejidos subcutáneos, debido a la compresión de los vasos sanguíneos ocasionada por la presión ejercida por el peso del cuerpo sobre las zonas de apoyo. Este proceso se agudiza por la ausencia de sensibilidad y por la falta de tono vasomotor que facilita la isquemia en las zonas sometidas a presión.

La presencia de éstas afecta de gran manera el estado general, sobre todo si son extensas y profundas, ya que el paciente pierde una gran cantidad de proteínas por el exudado y puede ser el punto de partida de infecciones de los huesos y articulaciones subyacentes y que pueden generalizarse.

Para que no se formen se debe evitar la presión prolongada sobre prominencias óseas, lo que se consigue cambiando de posición al paciente cada dos horas como máximo.

- Tratamiento de los trastornos urinarios:

Tras una lesión medular completa se produce una parálisis del detrusor con retención urinaria hasta que la vejiga se distiende totalmente y entonces se orina por rebosamiento. Es imprescindible proceder a la

cateterización vesical hasta que se produzca el automatismo vesical cuando el nivel de la lesión lo permite, la cual puede realizarse por:

- a. Cateterización intermitente: la vejiga se vacía totalmente tres o cuatro veces al día según los casos, mediante la introducción de un catéter estéril con una técnica totalmente aséptica. Es el método más eficaz. Cuando el paciente comience a orinar espontáneamente, entre dos cateterizaciones podemos esparcirlas, reducirlas progresivamente. Es imprescindible evitar que la vejiga se distienda entre dos cateterizaciones, ya que además de retardar los mecanismos de contracción automática del detrusor, puede provocar el reflujo vesico-uretral y la dilatación de las vías urinarias superiores. En estos momentos procuramos estimular el detrusor, antes de cateterizar, mediante golpeteo y presión en el hipogastrio, para provocar micción espontánea.
- b. Sondaje permanente: se recomienda cuando hay una infección vesical muy grave o reflujo, se aconseja un drenaje permanente, o cuando un paciente está sometido a fluido terapia intravenosa y es muy difícil controlar la posible distensión vesical.

Cualquiera sea el método, empleado en la fase aguda, se ha de proceder, una vez recuperado al automatismo vesical, a vaciamientos regulares de la vejiga antes que la distensión desencadene la contracción del esfínter, lo cual es percibido por el paciente, aun con lesión completa.

- Prevención de la tromboflebitis:

El diagnóstico clínico se basa en la aparición de un edema depresible o un aumento de la temperatura local y de un color rojo cianótico, con ingurgitación de la circulación venosa superficial.

Presenta un gran peligro de embolia pulmonar y es por ello una de las mas graves complicaciones. La máxima incidencia de tromboflebitis, ocurre en la segunda y tercer semana después del accidente y durante la fase de shock medular, disminuyendo mucho el riesgo, cuando el paciente se levanta.

Cuando se diagnostica una tromboflebitis, debemos suspender la movilización pasiva en ambos miembros, ya que esta puede facilitar la liberación de un trombo.

La prevención de la tromboflebitis se basa en:

- a. Movilización pasiva de los MMII.
- b. Colocación del paciente en la posición adecuada para facilitar el retorno venoso.
- c. Ejercicios respiratorios.
- d. Combatir precozmente infecciones urinarias.

Todo paciente con lesión medular debe ser anticoagulado desde el segundo o tercer día del accidente hasta que comienza a levantarse, aunque hay autores que prefieren continuar hasta las doce semanas.

- Tratamiento de los problemas respiratorios:

Los pacientes con lesión completa de la medula cervical (17 %), mueren a consecuencia de problemas respiratorios, por dos motivos:

- a. Parálisis de los músculos respiratorios: es imprescindible que estos pacientes estén desde el primer momento sometidos a intensa kinesioterapia respiratoria.
- b. Fractura de costillas: se debe favorecer la ventilación y la expulsión de las secreciones.

- Tratamiento de las complicaciones digestivas:

La reeducación de la defecación suele ser fácil y no crea al paciente problemas en cuanto a su adaptación social.

La reeducación intestinal debe comenzar inmediatamente después de la lesión para conseguir que la evacuación intestinal del paciente sea regular y completa, en lugar y tiempo elegido. Afortunadamente, esta reeducación es casi siempre posible.

- Prevención de deformidades articulares:

Desde el primer momento de la lesión y apenas el paciente este consciente, se realiza la movilización activa resistida de todos los músculos indemnes y parcialmente inervados, a fin de evitar la atrofia por desuso.

Con respecto a los músculos paralizados, hemos de tener en cuenta diversos aspectos:

Los músculos con parálisis de neurona motora inferior, en que existen posibilidades de recuperación neurológica (lesiones de raíces cervicales o de la cola de caballo) deben tratarse como en los casos de neuronas motoras periféricas, evitando el alargamiento excesivo del músculo, que no

constituye una posición idónea, para la recuperación del tono de las fibras musculares.

También se debe evitar el acortamiento excesivo de las inserciones musculares, ya que la falta de tensión contribuye a la atrofia muscular y favorece la aparición de contracciones musculares.

En la parálisis de neurona motora superior suele haber ciertos músculos que predominan sobre los antagonistas. En principio tenemos que tratar de evitar el acortamiento de los músculos que pueden tener luego una elevada espasticidad.

La cápsula articular, los ligamentos y otros elementos periarticulares, se retraen también con facilidad cuando se encuentran acortados, especialmente si se produce un edema rico en proteínas, que luego se organiza y transforma en un tejido fibroso.

La piel adherida y las cicatrices retráctiles, así como la fibrosis del paquete vasculonervioso y el tejido conjuntivo que lo envuelve, pueden conducir a la rigidez articular.

La prevención de las rigideces y anquilosis se basa en la movilización pasiva muy cuidadosa y equipamiento ortésico. Así como la colocación de las articulaciones en buena posición. En cualquier caso hay que evitar, las movilizaciones pasivas bruscas o forzadas, el dolor y el edema.

- Prevención de úlceras por decúbito:

El único medio eficaz para evitar las úlceras por decúbito es evitar la presión demasiado intensa y prolongada sobre una determinada región, lo

cual se consigue cambiando de posición al paciente cada dos horas como máximo, según los casos.

- Prevención de los problemas psicológicos:

Es muy importante que el Terapeuta Ocupacional atienda al paciente desde el primer momento para realizar tratamiento específico.

El tratamiento debe ser pluridimensional y realizado por un equipo coordinado de profesionales.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS PERSONAS CON UNA DISCAPACIDAD ADQUIRIDA EN LA VIDA ADULTA

Cuando una enfermedad o traumatismo lesiona a una persona de manera permanente provoca una discapacidad que ocasiona una crisis vital que abarca al sujeto y al medio donde se desenvuelve.

El déficit funcional de orden somático que deriva de una lesión medular traumática crea invariablemente un estado de frustración, de hostilidad y de inestabilidad psicoafectiva.

La secuela de la lesión provoca una crisis de identidad y una serie de duelos que la persona deberá enfrentar y resolver a medida que se adecua a la nueva realidad. Los cambios más importantes que la persona debe elaborar son:

- Por el cuerpo perdido.
- Por el rol perdido dentro de la dinámica familiar.
- Por la pérdida de la intimidad que implica la inclusión de un equipo de salud en la vida cotidiana, además de las medidas terapéuticas a las que es necesario someterse.

La discapacidad produce alteraciones en la autoestima, así como alteraciones en las actividades cotidianas y laborales, debido a las dificultades para el desplazamiento. Todas estas alteraciones repercuten en la actividad familiar, social, laboral y profesional.

Estas personas necesitan realizar un profundo ajuste psicológico que les permita aceptar la nueva situación.

Muchos factores determinan la reacción del individuo y la adecuación psicológica posterior, entre ellos la capacidad intelectual, los antecedentes educacionales, el nivel social, la profesión, la situación laboral y la edad, así como la gravedad y duración de la parálisis y la eficacia del tratamiento inicial.

El primer problema que se nos plantea es elegir el modo y momento en que debemos explicarle al paciente los problemas que va a tener que afrontar el resto de su vida; debemos ser cautos en la información que suministraremos, tanto al paciente como a sus familiares, teniendo en cuenta cada caso en particular.

CAPITULO IV



SEXUALIDAD HUMANA:

Nos resulta de interés abordar en este capítulo ciertos lineamientos y definiciones básicas que servirán como punto de partida y fundamento del problema planteado en esta investigación y nos permitirá entrar en el tema y conocerlo en profundidad.

Es por ello que comenzamos identificando algunos de los tantos conceptos que existen acerca del significado otorgado a la sexualidad humana por diferentes autores:

- A- La sexualidad es un impulso vital, esencial para el desarrollo y ajuste de la personalidad y un importante medio de comunicación interpersonal. Nace y muere con la persona, determinada por el proceso de socialización de la cultura (que puede negarla, estimularla o reprimirla). No es equiparable con la genitalidad, esta es uno más de sus componentes. Su buen ejercicio valoriza al individuo y aumenta su autoestima. (Posse y Verdaguer).

- B- Según Neistadt y Freda, la sexualidad es parte importante de la imagen e identidad del yo. Es más que el funcionamiento sexual-genital. Es nuestro sentido de hombre y mujer, como personas capaces de dar afecto y merecedoras de recibirlo.

- C- El diccionario de Ciencias Médicas Stedman la define como la suma de comportamientos y tendencias sexuales de una persona y las fuerzas de estas tendencias; posesión de funciones o implicancias sexuales.

D- Conjunto de actividades placenteras relacionadas con la actividad genital. En el psicoanálisis tiene un sentido más amplio, que desborda lo puramente genital y designa toda serie de actividades que buscan la satisfacción por medio de las distintas zonas erógenas (Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina-Dorland)

E- Para Jobe Valdano Verde, es todo tipo de manifestación de intercambio que tiene su culmen en la relación de amor, la cual, a su vez, se caracteriza por una relación acompañada del deseo sexual que tiene como meta la relación genital, mientras que la eroticidad está formada por el placer subjetivo, el cual puede obtenerse independientemente de la relación con el otro.

A partir de la lectura y análisis de las distintas definiciones, entendemos por sexualidad al conjunto de acciones que tienden al placer y al disfrute por medio de las diferentes zonas erógenas, a partir del deseo surgido en la relación de contacto con otro, que tiene como meta la relación sexual; considerándola un medio de comunicación interpersonal y un impulso vital del ser humano que posibilita el desarrollo de su identidad como sujeto.

La sexualidad humana se desarrolla en cinco fases:

1- **deseo sexual:** es vivenciado como sensaciones que movilizan al individuo a buscar experiencias sexuales o mostrarse receptivo a ellas, depende de una parte del cerebro llamada sistema límbico, que controla las experiencias emocionales y sexuales del sujeto, en conexión con el hipotálamo, la hipófisis y otros centros cerebrales relacionados con el placer. El sistema límbico rige y organiza un tipo de comportamiento que no solo asegura la supervivencia individual sino también la reproducción de la especie, regulando la emoción y la motivación. Las células cerebrales de dicho sistema producen, entre otras, una sustancia química llamada

endorfina que actúa sobre el centro del placer, estimulándolo. El deseo también depende de la hormona sexual masculina (testosterona), que ejerce un efecto positivo sobre el desarrollo sexual a nivel cerebral; es, para ambos sexos, la “hormona de la libido”. Por último, el deseo, depende de la necesidad personal de afecto y contacto corporal, así como de la ausencia de conflictos con uno mismo y con la pareja.

2- **de excitación:** se desarrolla a partir de la estimulación corporal y/o emocional, siéndole estímulo de importancia para que se produzca un incremento de la tensión sexual durante el ciclo. En esta fase el mecanismo vascular es responsable de la erección. Para que se produzca una erección es necesario que haya un tejido eréctil intacto al que se le suministra una cantidad suficiente de sangre y que la innervación del pene esté también intacta. Se considera que hay tres tipos de erecciones: *psicógena* (producida por estímulos sensitivos-extragenitales, sensoriales y psíquicos); *refleja* (producida por estímulos sensitivos táctiles que provienen del área genital). El estímulo ingresa por una vía sensitiva, va al centro sacro de la medula y la acción eefectora por vía parasimpática produce la erección sin intervención cerebral, sigue el camino del arco reflejo); *mixta* (producida por la combinación de estímulos psicógenos asociados a estímulos que recorren la vía refleja);

3- **de meseta:** es un estado de excitación más avanzado anterior al orgasmo;

4- **de orgasmo:** es una vivencia placentera que se integra en el sector temporal del sistema límbico en conexión con el hipotálamo con pérdida del control muscular voluntario, aparición de contracciones involuntarias en todo el cuerpo y zona genital. Durante esta fase se desencadena la respuesta muscular masculina que se desarrolla en dos etapas: emisión y eyaculación. Se deben diferenciar el orgasmo (que es conciente) de la eyaculación (que es refleja). En la mujer, la respuesta muscular

desencadenara el orgasmo femenino por la contracción espasmódica de los músculos del suelo de la pelvis.;

5- **de resolución:** última etapa del ciclo de respuesta sexual donde disminuyen las respuestas fisiológicas y todo el cuerpo retoma su estado basal.⁵

Coincidimos en que todo individuo, discapacitado o no, tiene derecho a estar informado acerca de los distintos aspectos que conforman su propia salud: entre ellos, la sexualidad, un componente y necesidad esencial en la vida de todo ser humano que le da una identidad como sujeto, pero que es pasado por alto por muchos equipos de salud en el proceso rehabilitador, sin tener en cuenta los problemas emocionales que puede sufrir la persona en caso de una alteración provocada por una lesión medular.

Todo sujeto tiene derecho a sentirse un ser sexual, derecho a la expresión sexual y a entablar una relación íntima, a buscar el tipo de expresión sexual que más le atrae y por último toda persona tiene derecho a descubrir que hay posibilidades de experimentar goce y placer encontrando nuevas zonas erógenas que lo llevan a la gratificación. De aquí surge la importancia de brindar como profesionales una adecuada y completa educación a la persona con lesión medular traumática, atendiendo y respondiendo a las preocupaciones e interrogantes sexuales del paciente, centrándonos en el campo de las repercusiones que las alteraciones producto de la lesión provoca en el individuo a nivel familiar, pareja, laboral; y la alteración en las relaciones interpersonales producto de un proceso de duelo por el que el sujeto debe atravesar para superar la imagen del cuerpo dañado (imagen para sí mismo y para los demás) aceptar su nueva realidad.

⁵ Posse y Verdaguer." La sexualidad de las personas discapacitadas".Fundación Creando Espacios. Bs. As. Argentina. Noviembre. 1991. Pág. 34-39.

Todos los seres humanos poseemos un cuerpo en el que cada milímetro de la piel es capaz de brindar sensaciones placenteras. Llegamos a reconocer como zonas erógenas productoras de placer aquellas regiones corporales que son exploradas mediante la búsqueda de placer durante el desarrollo psicosexual, y que quedan inscriptas a nivel cerebral como erógenas. Nacemos sexuados y nos hacemos sexuales por medio del aprendizaje corporal, psicológico, intelectual y social a lo largo de nuestra vida.

Según Posse y Verdaguer, la actitud del entorno familiar y social hacia la persona discapacitada juega un papel importante en la manera de superar y aceptar su nuevo cuerpo, pues es fundamental el deseo de ser RECONOCIDO ERÓTICAMENTE POR EL OTRO, sin importar los problemas de sensibilidad ni motricidad. Esta aceptación por otro lado posibilita “poner el cuerpo” en la relación con otro sin inhibiciones.

Los trastornos de la función sexual que produce la lesión medular son distintos en la mujer que en el hombre:

1- MUJER: una lesión completa provoca una fase de shock medular en la que está bloqueado el ciclo de respuesta sexual; pasado el período de shock, el nivel de lesión determinará el grado de compromiso de los órganos genitales. En una lesión completa puede haber alteraciones transitorias de la menstruación, que se reestablecen pronto. No tienen sensibilidad pero igualmente pueden realizar el coito (salvo por contracturas severas en flexión y aducción de caderas) y pueden quedar embarazadas. Durante el parto pueden surgir como complicación el síndrome de hiperreflexia medular autónoma desencadenado por las contracciones uterinas en lesiones medulares altas por encima de D5, se deben tomar en este caso la medida adecuada porque pueden producir hemorragia cerebral.

En toda lesión completa por arriba de D10 no existe sensibilidad, siendo el parto indoloro y pudiendo desencadenarse sin que la mujer se de cuenta.

La lesión por debajo del nivel medular D10 experimentan sensaciones dolorosas normales durante las contracciones y el trabajo de parto.

La producción de hormona sexual femenina necesaria para el mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios y la procreación no se altera. La mayoría de los pacientes con lesión medular traumática pierde la capacidad de orgasmo con coito debido a la disminución de la lubricación y vaso dilatación pélvica que lleva a que no se forme la plataforma orgásmica. En la mujer, al igual que en el hombre, al perder las sensaciones superficiales y profundas de toda el área corporal por debajo de la lesión, incluyendo genitales y periné, la recepción del estímulo táctil proveniente de dichas áreas no podrá llegar a la zona cerebral correspondiente, por lo que el orgasmo a través de esa vía será imposible. Son capaces de alcanzar orgasmos mediante caricias extrapelvicas.

Hay que recordar que la respuesta sexual en sus diferentes fases esta mediatizada por el cerebro, por lo cual, a través de recuerdos o estimulaciones se puede producir una excitación que lleve al orgasmo. La respuesta sexual va a depender de la actividad coordinada del cerebro, medula, sistema nervioso periférico y la integridad de la estructura anatómica de los órganos genitales, así como del comportamiento psíquico.

Estas lesiones acarrear otras formas graves de disfunción sexual como: perdida de erección y lubricación, a los que se suman otros inconvenientes de igual trascendencia: ausencia de eyaculación, perdida de sensación física a nivel genital, dificultades en la ejecución de los movimientos y otras complicaciones como la perdida del control voluntario en la defecación y la micción que conlleva el riesgo de incontinencia durante el acto sexual,

además de las posibles infecciones urinarias que las vejigas neurogénicas implican.

Las personas con lesión medular no presentan alteraciones fisiológicas del deseo sexual, ya que la producción de testosterona no está alterada: esta hormona actúa sobre las células cerebrales estimulando el deseo sexual, muchas veces el temor al fracaso impide que el deseo se concrete.

Muchas de las pacientes con lesión medular traumática desconocen su capacidad sexual reproductiva y se niegan a sí mismas la posibilidad de disfrutar y sentir placer. Estas razones, entre otras, imponen la necesidad de brindar el asesoramiento adecuado. Pero son muchos los profesionales de la salud que muestran resistencia a abordar este tema como parte integrante del plan de tratamiento del paciente, considerando la sexualidad de la persona como algo distinto a la salud o como una distracción de otros temas más importantes en la rehabilitación, a menudo también sufren las mismas inhibiciones que los pacientes.

El desconocimiento por parte del paciente, sumado a la falta de información brindada por los profesionales no lleva más que a retardar el abordaje del tratamiento rehabilitador.

2-HOMBRE: La erección depende de los centros del asta intermediolateral de las metámeras S2, S3, S4 y las fibras parasimpáticas caminan por los nervios erectores.

Los centros simpáticos se encuentran en las metámeras D11, D12, L1, L2 y sus fibras caminan por los nervios hipogástricos que son los responsables de la emisión del semen por la contracción de la musculatura lisa de los conductos aferentes, vesículas seminales y próstata, así como del cierre del cuello de la vejiga que impiden el reflujo del semen hacia ella.

Núcleos de las metámeras S2, S3, S4cuyas fibras caminan por los nervios pudendos que permiten la eyaculación ya que producen la contracción espasmódica de los músculos isquiocavernosos, bulbocavernoso y constrictor de la uretra.

Todos estos centros espinales están controlados por el diencéfalo y corteza (sector temporal del sistema límbico) donde se integran las complejas sensaciones relacionadas con la sexualidad que llegan desde las diferentes partes del cuerpo.

NIVELES DE LESION:

- **Sección medular completa por encima de centros medulares lumbosacros** (que gobiernan la erección y la eyaculación): primera fase de vasoparálisis y falta de erección, que desaparece por la aparición de una erección refleja provocada por estímulos como repleción vesical o frotamiento del glande y que puede ser duradera para el coito. Posteriormente se pueden acompañar de contracciones espásticas de músculos bulbocavernosos con salida de semen.

Como las conexiones en los centros corticales y subcorticales están interrumpidos no hay sensación placenteras ni erección psicógena.

- **Lesiones nucleares que afectan cono medular o raíces de cola de caballo:** no hay erección ni eyaculación. Si se conservan los centros dorsolumbares D11; D12, puede producirse la salida seminal sin erección ni eyaculación propiamente dicha.

IMPORTANTE: Cuanto más alta es la lesión, mayor es la posibilidad de erección. Por menor compromiso directo sobre el sector sacro, cuanto más

baja, mayores posibilidades de eyaculación ya que se conserva el sector dorsolumbar intacto con buena emisión de semen para la procreación.⁶

En todos los casos de lesión medular completa el área corporal inervada por la médula espinal situada por debajo de la lesión pierde su sensibilidad superficial y profunda, estando siempre los órganos genitales y el periné comprometidos, por lo tanto la recepción del estímulo táctil de dichas zonas no podrá llegar a la región cerebral correspondiente, siendo de esta forma imposible el orgasmo.

Si se considera a la genitalidad como sinónimo de sexualidad el camino hacia el placer está obstaculizado; por suerte esto no es real, pues el orgasmo es una respuesta total del cuerpo que no se limita a la zona genital.

Muchas de las dificultades por las que atraviesa el paciente son:

- la desvalorización de su propio cuerpo y de su sexualidad, atribuyéndose una naturaleza asexuada, muchas veces reafirmada por la misma sociedad (en la cual prima el valor de la belleza física y el poder de la genitalidad), todo esto como resultado de la ausencia de un asesoramiento oportuno que en muchas ocasiones está mediado por el pudor y en otras por la falta de formación y capacitación profesional;
- la presencia de un nuevo cuerpo y el proceso de readaptación y reajuste por el que debe atravesar,

⁶ Bacigalupo, G, "Rehabilitación del lesionado medular". Material interno de cátedra. Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1999.

- las múltiples complicaciones y problemas funcionales que plantea la lesión medular;
- la creencia popular que tiende a equiparar sexualidad a genitalidad: el poder encontrar placer y gratificación, solo a través de una relación genital.
- Inicialmente el paciente asume una actitud negativa y poco colaboradora, característica en la fase temprana de la evolución de la lesión, transcurrido un tiempo, su actitud se vuelve más favorable, presentando una autoestima mas elevada. Tienden a utilizar la negación como mecanismo de defensa, el cual choca con la realidad; pero el empleo persistente de este mecanismo se convierte en un obstáculo para el proceso rehabilitador. La parte posterior al shock inicial se caracteriza por una serie de acomodaciones que realiza el sujeto, orientadas al enfrentamiento de su nueva situación.

La estabilidad emocional juega un papel importante en la recuperación y aceptación de la situación y ayuda a desarrollar respuestas adaptativas más eficaces.

Cobra vital importancia la actitud que asumen los familiares ante esta nueva situación: una actitud sobreprotectora puede afectar su recuperación y llevar al paciente a refugiarse en su limitación y a reforzar la situación dependiente, una actitud de contención familiar y de pareja puede sin embargo ayudar al sujeto a superar los duelos posteriores a la lesión.

El miembro sano de la pareja tiende muchas veces a considerar por finalizada la actividad sexual a partir del accidente y con esta actitud estimular la desvalorización del paciente, de aquí la importancia de aclarar los mitos comunes que rondan en torno a la capacidad sexual de la persona con lesión medular.

Durante mucho tiempo se ha creído que las personas con una discapacidad física la única satisfacción sexual que pueden conseguir es el placer de satisfacer a su pareja. Entre otros mitos encontramos que el único medio satisfactorio y correcto de expresión sexual sea el coito, no teniendo en cuenta otras formas de encontrar placer; que se puede además experimentar goce por medio de distintas zonas, ya que no existe en el cuerpo ninguna zona que no responda a la estimulación erógena. Debemos tener en cuenta que la clave de una relación sexual saludable es la confianza y la comunicación en la pareja.

En aquellos pacientes que tienen una situación conyugal estable y definida se suele observar una mejor respuesta a largo plazo, esto brinda una mayor contención y ayuda tanto para la elaboración de la situación como para la reafirmación de la identidad como sujeto, posicionándose frente a las relaciones vinculares desde un lugar más definido.

Es evidente que el objetivo primordial de la actividad sexual, no es la capacidad de reproducción como se creía hasta no hace mucho tiempo, sino que por el contrario actualmente prevalecen las necesidades del sujeto como la búsqueda de gratificación individual, la gratificación de la pareja, la posibilidad de dar – recibir afecto, apuntando con esto al equilibrio bio-psico-emocional del sujeto.

La persona con discapacidad confronta las mismas limitaciones que el resto de las personas frente a los mitos y falsas creencias que se tienen en relación con la sexualidad de las personas discapacitadas, y los mismos tabúes que rondan en torno al tema de la actividad sexual, lo que origina actitudes perjudiciales hacia los objetivos de la Educación Sexual y el tratamiento rehabilitador. Sería falso pensar que a causa de la discapacidad física y de su vida en silla de ruedas no les interesa su vida sexual.

Por esto es importante que el Terapeuta Ocupacional, como profesional dedicado al tratamiento de este tipo de lesión, tenga conocimiento acerca de las tantas formas en que los diferentes trastornos alteran o afectan el funcionamiento sexual y este capacitado sobre toda complejidad que la lesión medular plantea como proceso, a fin de:

- Brindar asesoramiento para ayudarlo a romper con esas barreras culturales y darle información acerca de otras posibilidades de gratificación, como es la búsqueda de nuevas zonas erógenas (fuentes de placer) que no habían sido descubiertas hasta entonces.
- Probar alternativas sexuales no concebidas anteriormente.
- Lograr comunicarse con el otro (pareja) mediante una relación emocionalmente estable; y aquí la importancia de la educación: ya que la falta de conocimiento por parte del paciente sobre sexualidad puede acarrear trastornos de auto imagen y aislamiento de su pareja.
- Descubrir que aun existe el deseo e interés dentro suyo y que puede ser deseado por el otro.

Para llegar a este punto el Terapeuta Ocupacional tiene todo un proceso de trabajo previo con el paciente en los diferentes aspectos del tratamiento: motor, sensitivo, vegetativo, etc; aquí el motivo de estudio de nuestra investigación, a saber cuales de estos aspectos favorecen la sexualidad del paciente y como influyen sobre ésta, lo cual nos parece fundamental para poder abordar integralmente al paciente.

Según Spackman, Williard las actividades de la vida diaria abarcan las tareas de cuidado personal, alimentación, arreglo personal, vestido, baño e higiene para orinar y defecar. Chiou y Burnett (1985) ampliaron la definición añadiendo la socialización, la actividad sexual y el ejercicio. El rol del

Terapeuta Ocupacional en la intervención de las actividades de la vida diaria es único y específico y este comprende: observar el desempeño de tareas, analizar que factores afectan el desempeño de tareas, identificar la importancia de que el paciente desempeñe las actividades independientemente.

Como profesionales de la salud dedicados a facilitar la calidad de vida, los terapeutas deben estar preparados para abordar los problemas sexuales con sus pacientes adolescentes y adultos. El asesoramiento debe incluir como mínimo un reconocimiento de la sexualidad y la proporción de información sexual del paciente a un nivel que pueda comprender.

CAPITULO V



FAMILIA Y DISCAPACIDAD

Comenzamos por definir a la familia como una “entidad basada en una unidad biológica de una pareja que se consuma con los hijos y que constituye un grupo primario en el que cada uno tiene funciones claramente definidas”.⁷

Es la institución adecuada para aprender a amar y ser querido, para aceptarse a sí mismo y a los demás. La capacidad de amar y ser amado y la capacidad de disfrutar y experimentar placer enriquece la vida y es signo de una profunda madurez psicoafectiva. Cuando éstas dimensiones de la personalidad están reprimidas, distorsionadas o perturbadas hay dificultades para alcanzar el desarrollo de la persona y de establecer vínculos armoniosos con los otros.

La familia está en permanente dinamismo y verdadera capacidad adaptativa. Esta unidad familiar tiene una dimensión afectiva y sexual fundamental, es un agente socializador. Es considerada como un nexo entre el mundo interno de la persona y el exterior de la sociedad, representa un “ sistema auto correctivo”. La función de la familia es el de permitir la inserción a la sociedad. Para la persona resulta una auténtica comunidad, en tanto es una sociedad natural donde se satisfacen desde las necesidades más elementales hasta aquellas privativas del hombre en lo que compete a su racionalidad y afectividad. La familia es el primer lugar de aprendizaje y modelado de la sexualidad, porque la sexualidades va constituyendo en una familia, en una comunidad y en una cultura determinada. A la familia le corresponde ser la formadora en el afecto, en la sexualidad, en los valores.

⁷ Artola, A; Piezzi, R. “La familia en la sociedad pluralista”. Editorial Espacio; Buenos Aires; 2000; 1º edición.

La discapacidad de un miembro de la pareja puede desajustar severamente a un grupo familiar. El adecuado interjuego del sistema familiar es un factor primordial para sostener y elaborar las crisis de algunos de sus miembros.

Cuando uno de los miembros del grupo familiar presenta una deficiencia de estructura o función que provoca consecuencias irreversibles, es necesario que el grupo se readecue a la situación nueva dado que es imposible volver a su estado anterior a la deficiencia. Las reacciones de los miembros de la familia pueden aportarnos mucho apoyo, pero pueden también producir mucho dolor. A muchas familias les resulta difícil relacionarse con una persona discapacitada (miembro de la familia) inmediatamente después del accidente; sienten que ese integrante no podrá cumplir con el mismo papel que tenía antes de adquirir la discapacidad.

En éste proceso se deben fomentar respuestas de la persona afectada para fortalecer su capacidad de superación y que permitan acceder a la mejor calidad de vida posible.

SOCIEDAD Y DISCAPACIDAD:

Actualmente hay en el país tres millones y medio de personas afectadas por una deficiencia mental, discapacidad física u otra minusvalía. Estas personas aunque sean poseedora de los mismos derechos fundamentales –de aprender y formarse, de trabajar y crear, de amar y ser amado- que el resto de la población, siguen viviendo en una sociedad que ignora la forma de hacer efectivos esos derechos y se les niega la posibilidad y la responsabilidad que le corresponden.⁸

⁸ [www. Google.com/www.fundaciónvitra.com.ar](http://www.Google.com/www.fundaciónvitra.com.ar)

La discapacidad es, antes que nada, un fenómeno social objetivo y aún visible. Está constituida básicamente por una situación de desventaja (física, psíquica o sensorial) que afecta a personas concretas. Pero además la discapacidad se reproduce en el nivel sociocultural. Cada sociedad genera y regenera ideas, palabras y valores que configuran la imagen de la discapacidad.

No debe olvidarse que todo hombre – con discapacidad o sin ella- es una “persona social”, que forma parte de una sociedad y participa de su cultura.

La persona con discapacidad representa un problema social, es una condición no deseada por una comunidad que debe rectificarse. Por lo cual, se debe facilitar la participación de la persona con discapacidad en la vida de la comunidad. Toda sociedad debe intervenir para que las personas discapacitadas tengan las oportunidades posibles de experimentar aquella sensación de gozo, de satisfacción, de alegría que deriva de la creatividad humana, de un trabajo que consienta a las personas a realizarse.

Resulta relevante desmitificar ciertas creencias populares relacionadas con las personas que presentan una deficiencia física; durante largo tiempo se les ha negado la capacidad de vivenciarse como seres sexuados y por lo tanto, no se les permite disfrutar de esta dimensión de la personalidad.

La sociedad que no logra resolver eficazmente estos problemas asume no solo una enorme pérdida de recursos humanos, sino también un tremendo sacrificio de posibilidades humanas.⁹

⁹ Carta para la década de los años 80'. 1980-1990. Comisión Especial para temas de personas discapacitadas del Colegio de Abogados del Dpto. Judicial de La Plata.

De este modo, se enfatiza la posibilidad de la integración y participación de la persona discapacitada y se plantean, como medio no solo el proceso de rehabilitación sino también una sociedad sin limitaciones y accesible para todos. Dicha accesibilidad se basa en ofrecer alternativas a las familias, posibilitar la vida en la comunidad; las principales áreas que se deben tener en cuenta para favorecer la accesibilidad son:

- A- Medio físico
- B- Transporte
- C- Educación
- D- Trabajo
- E- Familia

La persona con discapacidad que ha participado de un proceso de rehabilitación y cumplido con su objetivo, el de desarrollar al máximo posible sus capacidades, desde el punto de vista sociológico está en condiciones de integrarse más plenamente a la sociedad.

La integración y la rehabilitación presuponen una toma de conciencia por parte de la comunidad. Esta surge como una condición ineludible para el logro de los objetivos propuestos en ambos procesos. La concientización alcanza a toda la sociedad en los diferentes niveles de interrelación de una persona con discapacidades.

El compromiso conciente de todos los afectados al proceso rehabilitador propende al aumento de la calidad de las acciones, en la medida en que se comprenda que el verdadero fin es lograr la integración social de todas las personas con vistas a su dignificación y desarrollo armónico y pleno.

Por último, es importante destacar el trato hacia las personas discapacitadas el cual debe estar caracterizado por actitudes equilibradas

emocionalmente y que denoten sensibilidad social, pero que no se confundan con la compasión o el mero asistencialismo.

La sociedad discapacita y rehabilita, segrega y agrega; cumple un papel activo en el asunto de la discapacidad y por ello ha de ser objeto de intervenciones que la hagan cada vez menos agresiva y más accesible.

El sentido es que la sociedad se responsabilice de su papel en la problemática eliminando o no produciendo aquellas barreras que impiden el acceso social a personas con capacidades diferentes.

CAPITULO VI



EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

La propia subdivisión de los tradicionales campos del conocimiento en especialidades independientes permitió un incremento cuantitativo importante en los niveles de productividad científica. En este siglo se puede constatar la aparición de tantas nuevas subespecialidades.

El término interdisciplinariedad surge con la finalidad de corregir los posibles errores y la esterilidad que acarrea una ciencia excesivamente compartimentada y sin comunicación interdisciplinar.¹⁰

Las transformaciones en las disciplinas ocurren, fundamentalmente, como resultado de dos tipos de situaciones: una mayor delimitación y corrección dentro de los contenidos tradicionales de un campo disciplinar ya establecido, o también como fruto de una integración o fusión entre parcelas de disciplinas diferentes pero que comparten el mismo objetivo de estudio.

La interdisciplinariedad se acostumbra a asociar también con el desarrollo de ciertos rasgos de personalidad, tales como la flexibilidad, confianza, pensamiento divergente, capacidad de adaptación, sensibilidad hacia los demás, aceptación de riesgos, aprender a moverse en diversidad, a aceptar nuevos roles.

Es un proceso y una filosofía de trabajo que se pone en acción a la hora de enfrentarse a los problemas. Hay ciertos pasos que se suelen presentar en el momento de la intervención interdisciplinar, aunque no se puede preestablecer una estructura rígida de acciones a seguir, dentro de estos pasos podemos mencionar los siguientes:

¹⁰ Torres Santomé, Jurjo. "Globalización e interdisciplinariedad: el currículo integrado." Ediciones Morata, S.L. Madrid. España. 1994.

1-Definir el problema- interrogante: acá se debe determinar qué conocimientos y cuáles son las disciplinas representativas para abordar la temática.

2- Especificar qué investigaciones concretas se necesitan emprender, así como construir una comunicación entre las distintas técnicas; se integran en el trabajo de resolución del problema.

3- Cotejar los aportes.

La interdisciplinariedad es un objetivo nunca alcanzado por completo y de ahí que deba ser buscado permanentemente. No es sólo un planteamiento teórico, sino que ante todo es una **práctica**. Es una condición necesaria para la investigación y la creación de modelos más explicativos.

Podemos encontrar a sí mismo obstáculos en el proceso de interdisciplinariedad que imposibilitan llevar a cabo proyectos en equipo, entre los cuales se pueden nombrar la fortaleza que suelen construir las diferentes disciplinas en el interior de su pensamiento lo que puede acarrear el riesgo de un mayor aislamiento. Otro obstáculo es la división que suele realizarse entre trabajo de investigación y trabajo de aplicación, que puede compararse con la división del trabajo existente en muchas sociedades capitalistas entre trabajo manual y trabajo intelectual, la crítica que se suele hacer a quienes trabajan bajo una estructura de investigación es el riesgo de eludir problemas de la vida práctica que precisan soluciones urgentes y, por consiguiente, es más fácil solicitar la colaboración de personas de todas las especialidades que puedan aportar algo sobre la situación a resolver, el trabajo de investigación, por lo tanto, obligaría tarde o temprano a mirar otras áreas de conocimiento.

Se pueden establecer jerarquizaciones de niveles de colaboración e integración entre las distintas disciplinas; una de ellas es la divulgada por

Erich Jantsch, que cobra gran importancia por hacer referencia a las formas de relación entre las diversas disciplinas y a como se va dando en diferentes etapas la coordinación y colaboración entre las diferentes especialidades:

a-Multidisciplinariedad: refleja el nivel mas bajo de coordinación; con una comunicación mínima entre las diversas disciplinas. Seria una mera yuxtaposición de materias diferentes ofrecidas en forma simultanea con el fin de sacar a la luz algunos elemento comunes, sin hacerse explicitas las relaciones entre ellas.

b-Pluridisciplinariedad: es la yuxtaposición de disciplinas más o menos cercanas, dentro de un mismo sector de conocimientos; es una forma de cooperación que tiene por finalidad el mejoramiento de las relaciones entre estas disciplinas, una relación de mero intercambio de conocimientos. No contribuye a una profunda modificación de la base teórica y metodología de esas ciencias en profundidad. La intercomunicación se da en un plano de igual a igual, pero sin haber una profunda interacción.

c-Disciplinariedad cruzada: conlleva un acercamiento basado en posturas de fuerza, la posibilidad de comunicación esta desequilibrada ya que una de las disciplinas va a dominar sobre las otras; la mas importante va a determinar lo que tienen que asumir las demás disciplinas.

d-Interdisciplinariedad: implica una voluntad y compromiso de elaborar un marco mas general en el que cada una de las disciplinas en contacto son a la vez modificadas y pasan a depender unas de otras. Se establece una interacción entre disciplinas que dará como resultado una intercomunicación y un enriquecimiento recíproco y por lo tanto una transformación de su metodología de acción y de sus conceptos fundamentales. Entre las diferentes materias existe un equilibrio de fuerzas.

e-Transdisciplinariedad: es el nivel superior de interdisciplinariedad, de coordinación, donde desaparecen los límites entre las diversas disciplinas.

La interdisciplinariedad es una filosofía que enriquece la comunicación; nunca puede estar apoyada por coacciones o imposiciones.

Lo importante es explicar cómo existen información, conceptos, procedimientos que tienen utilidad y sentido en más de una disciplina.

Las teorías de modelos de unas disciplinas pueden sensibilizar a otras comunidades de especialistas ante problemas y cuestiones nunca antes planteados en sus propias especialidades, pueden ayudar a comprender e interpretar datos que los marcos originales de sus especialidades no le facultan, pueden ayudar al planteamiento de hipótesis no vislumbradas hasta ese momento.

La interdisciplinariedad debe servir como estrategia para una mayor fluidez entre el trabajo teórico y práctico.

El enfoque de equipo se utiliza ampliamente en el tratamiento de rehabilitación de pacientes con una discapacidad ya instalada. En el enfoque interdisciplinario los profesionales de diferentes disciplinas, evalúan y tratan a la persona de forma independiente, no obstante, existe un mecanismo elaborado de cooperación y comunicación. La toma de decisiones con respecto a la interpretación de la evaluación, diagnóstico, y formulación de objetivos de tratamiento es compartida y refleja el consenso del equipo.

ASPECTOS METODOLOGICOS



PARADIGMA CUALITATIVO-CUANTITATIVO:

La investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Se basa en el método inductivo: parte de la observación para lograr la hipótesis. La importancia de esta metodología reside en su flexibilidad y en que permite comprender la naturaleza verdadera de los fenómenos complejos mediante información de fondo.¹¹

Sus propósitos consisten en: descripción, generación de hipótesis, y desarrollo de la teoría.¹²

Los estudios cuantitativos son relevantes, porque se puede generalizar, son precisos, en ellos se ejerce control sobre variables extrañas y se obtienen medidas confiables.

Cuando los datos cualitativos y cuantitativos se combinan en forma juiciosa en el estudio, " se complementan bien ", si el investigador emplea múltiples métodos, se obtiene lo mejor de cada uno y se evitan las limitaciones que surgen al utilizar un solo método.

Los aspectos abordados en el tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática, se indagan desde un enfoque cuantitativo con la finalidad de ordenar en forma clara y precisa, los datos obtenidos mediante la técnica del cuestionario, para facilitar la comprensión y el análisis de los mismos, en lo referente al primer interrogante del problema.

¹¹ Taylor, S.J., Bodgan, R.. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Editorial Paidós; España; 4ª edición; 1998, p. 20.

¹² Polit ,D.F. y HunglerB.P.. " Investigación Científica en Ciencias de la Salud ". Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. México. 4ta edición. 1994.p.435; 523.

Con respecto a las creencias de los Terapistas Ocupacionales sobre los aspectos del tratamiento que favorecen la sexualidad de pacientes adultos con lesión medular traumática, se utiliza un enfoque cualitativo, ya que nos permite conocer en profundidad, los datos recabados mediante una entrevista focalizada, realizada al grupo de estudio.

TIPO DE DISEÑO : NO EXPERIMENTAL – DE CORTE TRANSVERSAL

Según Sampieri, es aquel en el que no se manipulan las variables, el investigador estudia el objeto de estudio como se presenta, en el contexto natural, para poder luego analizarlo, no se crea ninguna situación, no hay control directo sobre las variables, el efecto que se desea estudiar ya ha sucedido, o el investigador espera que suceda. Es de corte transversal, ya que se analiza en el momento histórico en el que acontece.

TIPO DE ESTUDIO : EXPLORATORIO DESCRIPTIVO:

En cuanto al tipo de estudio, corresponde al exploratorio descriptivo, ya que el problema planteado en la investigación, no ha sido abordado previamente, lo cual nos permite la familiarización o interiorización con parte de los conocimientos existentes en este ámbito, con el fin de comprender los aspectos abordados en el tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática y cuáles de estos aspectos creen los Terapistas Ocupacionales que favorecen la sexualidad.

VARIABLE DE ESTUDIO:

- Aspectos abordados en el tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática.

OTRAS VARIABLES:

- Información demandada por el paciente sobre su futura sexualidad.
- Participación de la familia en el tratamiento.

Se tendrán en cuenta éstas dos últimas variables en la investigación ya que se consideran relevantes, por ser éstos aspectos fundamentales relacionados con el tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática.

POBLACIÓN:

Todas las Terapistas Ocupacionales y Licenciadas en Terapia Ocupacional que realicen o hayan realizado tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática.

SELECCIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO:

La técnica para seleccionar el grupo de estudio es no aleatoria por conveniencia.

La selección del grupo de estudio se realiza teniendo en cuenta el conocimiento y la experiencia que los Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional tengan acerca del tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática. Con este fin nos dirigimos a la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales, solicitando un listado de las Terapistas Ocupacionales que trabajan en el área de la discapacidad física, con pacientes adultos.

Posteriormente, nos comunicamos con los profesionales de dicha área, en su lugar de trabajo, dándonos a conocer y brindándoles información a cerca de la investigación. También indagamos si realizan o han realizado tratamiento con pacientes con éstas características, confirmando el abordaje de esta población y el interés que les despierta el tema planteado, accediendo así a colaborar con dicha investigación. Finalmente, se conforma un grupo de estudio de ocho Terapistas Ocupacionales experimentados en el tema; destacando la dificultad de detectar profesionales que aborden este tipo de población en la ciudad de Mar del Plata.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DEL GRUPO DE ESTUDIO:

- Criterios de inclusión:

Terapistas Ocupacionales y Licenciadas /os en Terapia Ocupacional, con más de tres años de ejercicio profesional que realicen o hayan realizado tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática, en centros asistenciales, públicos y privados, de la ciudad de Mar del Plata.

- Criterios de exclusión:

Terapistas Ocupacionales y Licenciadas/os en Terapia Ocupacional, con menos de tres años de ejercicio profesional, que no realicen o hayan realizado tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática.

TIPO DE FUENTE:

La fuente es primaria ya que son los investigadores los que realizan la recolección de datos.

TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS:

Cuestionario

El cuestionario de esta investigación esta conformado por preguntas de tipo cerradas que contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas. Es administrado previo a la entrevista.

Se aplica el cuestionario por medio de una entrevista personal, donde un entrevistador aplica el cuestionario a los respondientes (entrevistado), haciendo las preguntas y anotando las respuestas, sin influir en estas.¹³

Entrevista focalizada:

Parte de la lista de cuestiones a investigar derivadas del problema general que se quiere estudiar.¹⁴ Su objetivo es explorar a fondo alguna experiencia vivida en condiciones precisas, tratando de preservar la espontaneidad de la interacción.

Se caracteriza por tratar un tema único. El entrevistador deja hablar al entrevistado, proponiéndole algunas orientaciones, pero cuando este se desvía del tema original y se desliza hacia otros distintos, el entrevistador vuelve a centrar sobre el primer asunto.¹⁵

¹³ Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, Baptista Lucio P. "Metodología de la investigación". México; Mc Graw- Hill Interamericana; 2º edición; 1998; p.276.

¹⁴ Ander Egg E. "Técnicas de Investigación Social"; Editorial Magisterio Río de la Plata; Buenos Aires; 23º edición; 1993.

¹⁵ Polit, D. Y Hungler, B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". México; Interamericana Mc Graw Hill; 4º edición; 1994; p.283.

Es la forma mas utilizada cuando nuestros informantes son testigos de hechos de interés.

PUNTOS QUE GUIAN LA ENTREVISTA:

- 1) Profundizar acerca de los aspectos abordados y de las acciones implementadas en el tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática.
- 2) De dichas acciones, cuáles favorecen la sexualidad.
- 3) Información requerida por los pacientes con respecto a su futura sexualidad.
- 4) Participación de la familia en el tratamiento de Terapia Ocupacional del paciente adulto con lesión medular traumática.

DEFINICIÓN DE LA VARIABLE:

Aspectos abordados en el tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática.

Definición conceptual:

Partes constitutivas de un proceso que consiste en restablecer las funciones disminuidas, físicas y psicológicas, utilizando las acciones apropiadas con el fin de desarrollar las capacidades potenciales, utilizando las capacidades remanentes en pacientes adultos que sufren la separación de una parte de la medula espinal del resto del sistema nervioso central,

perdiendo en formas total o parcial, la conexión de las vías nerviosas entre los centros superiores y la porción de la medula espinal que se encuentra por debajo del segmento lesionado.

Las partes constitutivas motora, sensitiva, vegetativa (vesical, gastrointestinal, control vasomotor, respiratorio, termorregulación, sexual y función trófica) y psicológica, forman parte del proceso que consiste en restablecer las funciones disminuídas del paciente:

-Función motora: la interrupción de las vías descendentes (vía piramidal y extrapiramidal) da lugar a una parálisis de todos los músculos inervados por metámeras situadas a nivel lesional y por debajo de éste.

-Función sensitiva: la interrupción de todas las vías ascendentes que conducen los impulsos aferentes hacia tálamo y corteza, da lugar a una abolición de la sensibilidad en todas sus modalidades por debajo de la lesión; existiendo ciertos mecanismos de compensación de la sensibilidad propioceptiva.

-Función neurovegetativa: la lesión medular puede producir una destrucción de los centros vegetativos situadas en el asta intermediolateral o una interrupción de las vías que conectan dichos centros supraespinales situados en el hipotálamo; suponen una profunda modificación en las siguientes funciones vitales:

- función vesical
- función gastrointestinal
- función circulatoria
- función de termorregulación.
- función trófica.
- función sexual.

-función respiratoria: los lesionados medulares tiene problemas respiratorios como consecuencia de la parálisis de los músculos respiratorios y fracturas de las costillas, según el tipo y el nivel de la lesión.

-Función Psicológica: se producen desajustes en su actividad social, educativa, laboral y familiar, que altera de modo importante la vida del sujeto, provocando una serie de duelos que debe superar para adecuarse a la nueva realidad.

Definición operacional:

Cada una de las funciones disminuídas se restablecen mediante diferentes acciones aplicadas en el tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática. Las mismas consisten en:

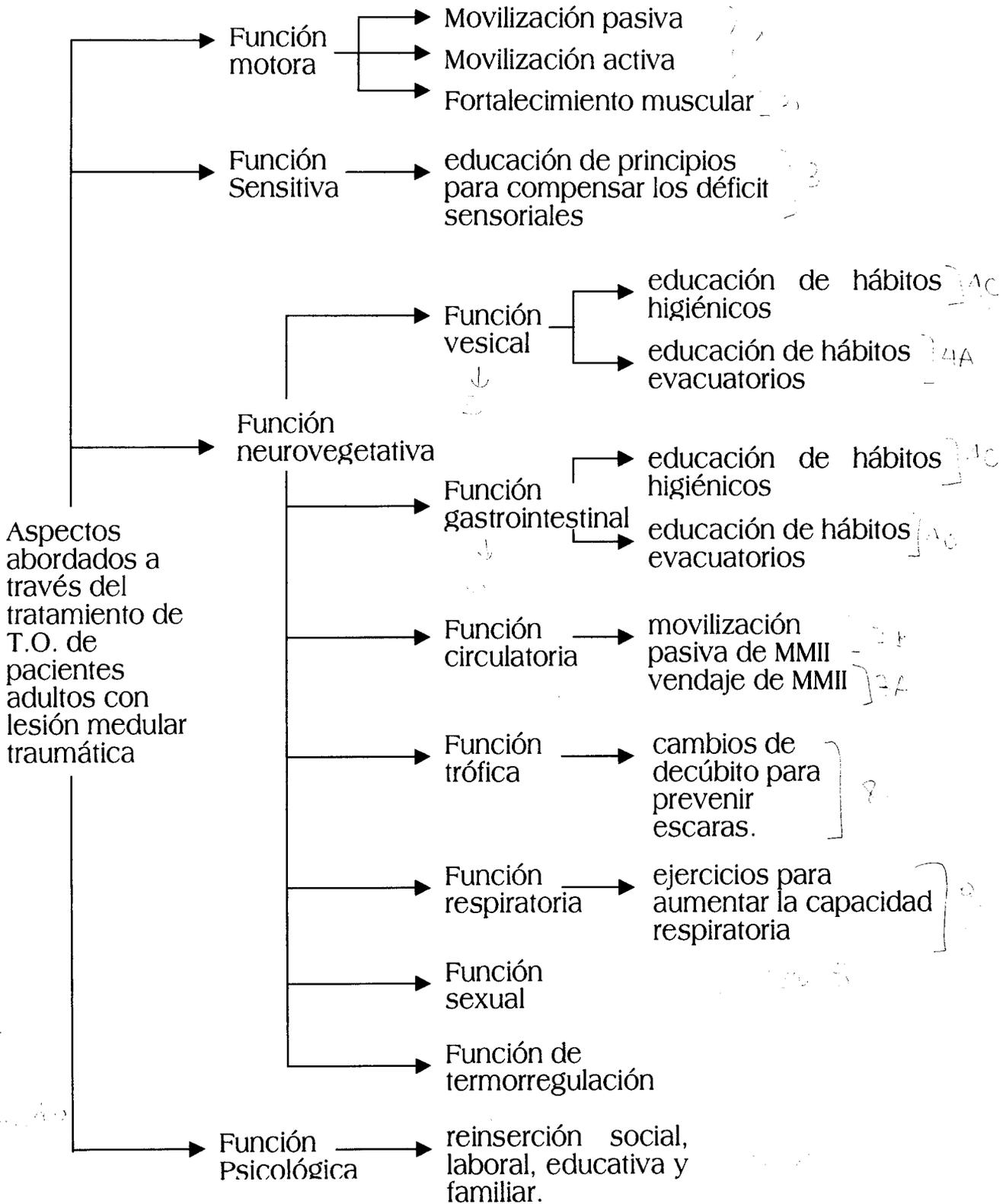
-Función motora: movilización pasiva, movilización activa y fortalecimiento muscular.

-Función sensitiva: educación de principios para compensar los déficit sensoriales.

-Función neurovegetativa: dentro de la cual se incluyen la función vesical: mediante la educación de hábitos higiénicos y evacuatorios; función gastrointestinal: educación de hábitos higiénicos y evacuatorios; función circulatoria: vendaje y movilización pasiva de M.M.I.I., función trófica: cambios de decúbito para prevenir escaras, función respiratoria: ejercicios para aumentar la capacidad respiratoria, función sexual y función de termorregulación.

-Función psicológica: reinserción social, laboral, educativa y familiar.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE:



**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE DATOS**



En un primer momento se realiza el análisis e interpretación cuantitativa de los datos recabados con la técnica del cuestionario, que se corresponde con la primera parte de la investigación.

Años de ejercicio profesional de las Terapistas Ocupacionales que realizan tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática en la ciudad de Mar del Plata.

Años de ejercicio profesional	Nº	%
3-8	3	37,5
9-13	2	25
14-18		
19-23	1	12,5
24-28	1	12,5
29-32	1	12,5
Total	8	100

La mayoría de las Terapistas Ocupacionales entrevistadas, poseen de 9 a 32 años de ejercicio profesional, las cuales trabajan en centros asistenciales públicos y privados; encontrándose el resto de ellas en una franja comprendida entre 3 y 8 años de ejercicio profesional, desempeñándose en centros asistenciales privados de la ciudad de Mar del Plata.

Tipo de movilización que realizan los Terapistas Ocupacionales en el tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática en la ciudad de Mar del Plata en el año 2001.

Tipo de movilización	SI		NO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pasiva	8	100	0	0	8	100
Activa	8	100	0	0	8	100

Realización de fortalecimiento muscular llevado a cabo por las Terapistas Ocupacionales en el tratamiento con pacientes adultos con lesión medular traumática en la ciudad de Mar del Plata en el año 2001.

Fortalecimiento muscular	Nº	%
SI	8	100
NO	0	0
Total	8	100

Información brindada por los Terapistas Ocupacionales acerca de los principios para compensar déficits sensitivos durante el tratamiento, a los pacientes adultos con lesión medular traumática, en la ciudad de Mar del Plata del año 2001.

Educación para compensar déficits sensitivos.	Nº	%
SI	8	100
NO	0	0
Total	8	100

La totalidad de las Terapistas Ocupacionales que trabajan en centros asistenciales públicos y privados de la ciudad de Mar del Plata, realizan . movilización pasiva, activa y fortalecimiento muscular, en el tratamiento con pacientes adultos con lesión medular traumática, considerándolos aspectos fundamentales del mismo, debiendo ser abordados en todos los casos, sin excepción.

Acciones trabajadas en relación a los hábitos evacuatorios vesicales, intestinales, educación de hábitos higiénicos en el tratamiento de Terapia Ocupacional de pacientes adultos con lesión medular traumática en la ciudad de Mar del Plata del año 2001.

Acciones	H.E.V.		H.E.I.		E.H.H.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	5	62,5	5	62,5	7	87,5
NO	3	37,5	3	37,5	1	12,5
Total	8	100	8	100	8	100

H.E.V: hábitos evacuatorios vesicales.

H.E.I : hábitos evacuatorios intestinales.

E.H.H: educación de hábitos higiénicos.

En cuanto a las acciones trabajadas en relación a los hábitos evacuatorios vesicales, hábitos evacuatorios intestinales y educación de hábitos higiénicos, comienzan a evidenciarse diferencias notables, puesto que la mayoría de las Terapistas Ocupacionales realizan acciones de educación de hábitos higiénicos en mayor medida y hábitos evacuatorios vesicales e intestinales en menor medida.

Implementación de otras acciones relacionadas con la función vesical e intestinal durante el tratamiento de Terapia Ocupacional con pacientes adultos con lesión medular traumática en la ciudad de Mar del plata del año 2001.

Otras Acciones	Función vesical		Función intestinal	
	Nº	%	Nº	%
SI	4	50	4	50
NO	4	50	4	50
Total	8	100	8	100

La mitad de las Terapistas Ocupacionales entrevistadas, realizan otras acciones relacionadas con la función vesical e intestinal, durante el tratamiento con pacientes adultos con lesión medular traumática, como acciones biomecánicas y adecuación postural, maniobras manuales vesicales e intestinales, educación y concientización del personal médico y de enfermería sobre la técnica de vaciamiento vesical menos perjudicial para el paciente, educación y concientización del paciente sobre el funcionamiento de su vejiga y sobre la importancia de la ingesta de líquidos; asesoramiento al paciente y a la familia acerca del funcionamiento intestinal, los modos de evacuación y la importancia de seguir una dieta nutricional adecuada.

Acciones realizadas en relación a la función circulatoria en el tratamiento de Terapia Ocupacional con pacientes adultos con lesión medular traumática.

Acciones para la función circulatoria	Vendaje de M.M.I.I.		Movilización pasiva de M.M.I.I.		Otras	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	4	50	7	87,5	6	75
NO	4	50	1	12,5	2	25
Total	8	100	8	100	8	100

La mayoría de las Terapistas Ocupacionales realizan movilización pasiva de M.M.I.I, durante el tratamiento con pacientes adultos con lesión medular traumática, a fin de favorecer la función circulatoria, llevando a cabo otras funciones como posicionamiento de M.M.I.I, movilización activa asistida, adecuación postural, utilización de medias compresivas y cremas, cepillado de M.M.I.I, trabajos sensoperceptivos, verticalizaciones, uso de faja abdominal, elevación de M.M. I.I, control de edema; y vendaje de M.M.I.I, en menor medida.

Realización de cambios de decúbitos para prevenir escaras llevados a cabo por los Terapistas Ocupacionales en el tratamiento de pacientes adultos con lesión medular traumática en la ciudad de Mar del Plata del año 2001.

Cambios de decúbito para prevenir escaras	Nº	%
SI	7	87,5
NO	1	12,5
Total.	8	100

Implementación de ejercicios para aumentar la capacidad respiratoria durante el tratamiento de Terapia Ocupacional con pacientes adultos con lesión medular traumática en la ciudad de Mar del Plata del año 2001.

Ejercicios para aumentar la capacidad respiratoria.	Nº	%
SI	6	87,5
NO	2	12,5
Total.	8	100

La mayoría de las Terapistas Ocupacionales realizan cambios de decúbito para prevenir escaras y ejercicios para aumentar la capacidad

respiratoria en el tratamiento con pacientes adultos con lesión medular traumática.

En esta segunda parte, se lleva a cabo el análisis e interpretación de los datos cualitativos, que se corresponde con los datos recabados a través de la técnica de la entrevista.

En general, se puede destacar, a partir de la lectura de los datos relevados, que la mayoría de las Terapistas Ocupacionales que realizan tratamiento con pacientes adultos con lesión medular traumática, poseen entre 9 y 32 años de ejercicio profesional, quedando una minoría en la franja comprendida entre 3 y 8 años de ejercicio profesional, desempeñándose las Terapistas Ocupacionales, en centros asistenciales públicos y privados de la ciudad de Mar del Plata, los cuales se pueden clasificar en: Hospital de Agudos, Institutos de Rehabilitación, Clínica y Geriátrico privados. Nos resulta de importancia tener en cuenta esta clasificación, ya que la realidad institucional, cumple un papel fundamental en el tipo de tratamiento específico de Terapia Ocupacional y en la modalidad de abordaje interdisciplinario del paciente adulto con lesión medular traumática.

En relación a los aspectos abordados en el tratamiento de Terapia Ocupacional con pacientes adultos con lesión medular traumática, destacamos el paralelismo encontrado entre los datos aportados por las Terapistas Ocupacionales entrevistadas y el marco teórico que fundamenta nuestra investigación. Al producirse la parálisis de todo el segmento motor por debajo del nivel de la lesión, con pérdida de movimientos voluntarios, es fundamental implementar determinadas acciones específicas, dentro del aspecto motor como: movilización activa para prevenir rigideces y anquilosis; evitar el acortamiento excesivo de las inserciones musculares, ya que la falta de tensión contribuye a la atrofia muscular y favorecen la aparición de contracturas musculares, así como el alargamiento excesivo

de los mismos que no contribuyen para la recuperación del tono de las fibras, provocando desbalances musculares; movilización activa; de los músculos indemnes y movilización resistida: para el fortalecimiento muscular y para evitar la atrofia por desuso, así como la colocación de las articulaciones en la posición correcta.

En cualquier caso, hay que evitar las movilizaciones pasivas bruscas o forzadas, el dolor y el edema. Se realiza también control de tronco y posicionamiento para prevenir espasticidad, a fin de favorecer el cuidado postural, entrenamiento en pasajes y uso de la silla de ruedas, prescripción y confección de ortesis, entrenamiento en las A.V.D, a fin de favorecer su independencia y el reconocimiento del Esquema Corporal. Se hace fundamental el trabajo en equipo interdisciplinario, donde intervienen otros profesionales como medico, psicólogo, kinesiólogo, etc; en el abordaje integral del paciente, a lo largo del tratamiento.

Debido a la pérdida de sensibilidad superficial y profunda, por debajo del nivel; de la lesión, todas las Terapistas Ocupacionales consideran importante, brindar información a los pacientes adultos con lesión medular traumática, sobre los principios para compensar déficit sensitivos, durante el tratamiento.

Asimismo, algunas de ellas creen necesaria, la aplicación de técnicas para el descubrimiento de nuevas expresiones sensitivas.

Cualquier movimiento en la parte paralizada, puede estimular los husos de Kuhne de dichos músculos, que envían sus impulsos a los núcleos supralesionales y a los centros superiores que pueden interpretar correctamente lo ocurrido en las articulaciones carentes de sensibilidad, y responder adecuadamente para controlar la postura y el equilibrio.

Entre estos músculos se encuentran, el Dorsal ancho y el Trapecio, gracias a los cuales puede un tetraplégico, reconocer los movimientos producidos en su tronco y caderas, y mantener el equilibrio en posición sentado. El paciente puede mediante entrenamiento adecuado, aprender a reconocer esos estímulos y a responder adecuadamente.

El sistema neurovegetativo, es el encargado de regular las funciones vitales, e inervar los músculos lisos, las glándulas y el músculo cardíaco, por ello, al producirse una lesión medular, las alteraciones viscerales son de gran importancia para el futuro del paciente, por la profunda modificación que suponen las funciones vitales.

Cuando la lesión medular es completa, cualquier sea su nivel y durante el estadio del shock medular, se produce una atonía del detrusor con retención urinaria. La vejiga llega a distenderse hasta que al fin gotea por rebasamiento, por lo que es preciso vaciarla mediante sondaje continuo o intermitente. Una vez superada la fase de shock medular, la vejiga se comporta de forma diferente, según el tipo de lesión. Finalmente, la lesión produce una vejiga neurogénica, que puede ser hipo o hiperrefléxica. En todos los casos es necesaria la rehabilitación, para evitar complicaciones, donde se implementan acciones en relación a la educación de hábitos evacuatorios vesicales e intestinales, ya que ante una lesión medular completa, aparece una parálisis rectal con retención de heces, por lo que es necesario implementar un buen programa de rehabilitación que incluya una dieta nutricional adecuada (rica en residuos) para evitar problemas de constipación, diarrea, así como de otras acciones relacionadas con la función vesical: acciones biomecánicas y adecuación postural, maniobras vesicales y abdominales, a fin de estimular el detrusor, antes de cateterizar, mediante golpeteo y presión en el hipogastrio para provocar la micción espontánea, así como el uso de la prensa abdominal para la defecación, en lesiones nucleares o de la cola de caballo, donde el arco ,reflejo esta interrumpido y no hay contracciones del recto y del colon; educación y

concientización del personal médico y enfermería sobre las técnicas de vaciamiento vesical (menos perjudicial para el paciente) ya que si no se procede al vaciamiento vesical, la orina estancada se infecta y se van dilatando las vías urinarias.

Es imprescindible proceder a la cateterización vesical; hasta que se produzca el automatismo vesical, la cual se realiza por medio de la cateterización intermitente: método que ha resultado ser el más eficaz, ya que permite espaciar, reducir progresivamente la cateterización, cuando el enfermo comience a orinar espontáneamente, entre dos cateterizaciones.

O mediante sondaje permanente: que solo se recomienda en casos de infección vesical grave o reflujo, o cuando el paciente está sometido a fluidoterapia, entre otras técnicas existentes.

Las Terapistas Ocupacionales hacen hincapié en la educación y concientización del paciente sobre el funcionamiento de su vejiga y la importancia de la ingesta de líquidos, asesoramiento al paciente y a la familia, acerca del funcionamiento intestinal y de los modos de evacuación y sobre la importancia de seguir una dieta adecuada.

En las lesiones medulares completas se produce hipotonía del árbol vascular en las zonas afectadas, con ausencia de la respuesta vasomotora al ortostatismo. Esto puede dar lugar a la hipotensión o lipotimia, cuando se intenta levantar al paciente. El tono vascular se va recuperando progresivamente al restablecerse la FUNCION MEDULAR AUTONOMA (aunque nunca vuelve a funcionar como antes), siendo implementadas por las Terapistas Ocupacionales, acciones como movilización pasiva de los miembros inferiores, en mayor medida, (tantas veces como sea posible) y vendaje de miembros inferiores en menor medida, a fin de prevenir tromboflebitis, cuya mayor incidencia está dada en la segunda o tercer semana después del accidente o durante la fase de shock medular,

disminuyendo notablemente el riesgo, cuando el paciente se levanta; con este fin se llevan a cabo verticalizaciones, uso de faja abdominal, medias compresivas, control del edema, elevación y posicionamiento de miembros inferiores, adecuación postural, cepillado de miembros inferiores, utilización de cremas y trabajos sensorceptivos. Dichas acciones se realizan en forma conjunta con el kinesiólogo, según los datos arrojados por algunas de las Terapistas entrevistadas.

Además se produce una desconexión entre los centros reguladores hipotalámicos y los centros medulares efectores, situados por debajo de la lesión, lo cual impedirá una termorregulación eficiente, en el área del cuerpo inervada por estos centros. En las lesiones cervicales completas y durante la fase de shock medular, el paciente se convierte en poiquiloterma, ya que no son posibles, la contracción muscular, el control vasomotor, ni la sudoración, por debajo de la lesión.

Con el tiempo, sin embargo, la medula aislada, recupera su función autónoma y es capaz de cierta función termorreguladora, con independencia de los centros hipotalámicos, por lo cual, las acciones implementadas deben estar orientadas a preservar al paciente del sol, del calor y del frío excesivo.

Las úlceras, se deben a una necrosis isquémica de la piel y de los tejidos subcutáneos, debido a una compresión de los vasos que irrigan, por la presión ejercida por el peso del cuerpo, sobre las zonas de apoyo donde existe poco espesor de partes blandas y debido a la falta de sensibilidad protectora. Afectan el estado general del paciente, ya que este pierde gran cantidad de proteínas, por el exudado de las mismas y puede ser el punto de partida de infecciones de los huesos y articulaciones subyacentes, que pueden generalizarse. Para evitarlas se implementan acciones específicas de cambios de posición cada dos horas como mínimo, según los casos, a fin de evitar la presión intensa y prolongada, sobre dichas zonas, donde el

Terapista Ocupacional que trabaja en centros asistenciales públicos, interviene, dando indicaciones al servicio de enfermería sobre los cambios de decúbito, la limpieza e higiene de la cama, luego de haberse alimentado, para evitar que las migas ejerzan presión sobre la piel y favorezcan la aparición de escaras, así como en el uso de vestimenta adecuada, por ejemplo: se trata de reemplazar el uso de jeans por otra prenda mas cómoda y de textura mas suave, con el mismo fin, según los datos recabados de las entrevistas.

Puesto que los lesionados medulares tienen con gran frecuencia problemas respiratorios que exigen atención especial, se destaca la implementación de fisioterapia respiratoria o terapia kinesio-respiratoria, realizada por el kinesiólogo, como primera medida, a lo cual la Terapista Ocupacional contribuye, mediante la realización de diferentes acciones, desde soplado con sorbetes, ejercicios bucales y linguales, inflado de globos de diferentes resistencias, actividades combinadas con diferentes materiales como agua, papel, témperas, a fin de graduar la actividad, favoreciendo la capacidad respiratoria del paciente, a lo largo del tratamiento, lo cual evidencia un abordaje compartido, con otros profesionales del servicio o del arrea privada, según lo requiera.

El déficit funcional de orden somático que deviene de una lesión medular traumática, crea invariablemente, un estado de frustración, de hostilidad y de inhabilidad psicoafectiva. El cuerpo es la primera imagen que uno da a los demás, esta imagen se modifica a partir de los vínculos que cada uno establece. Es donde convergen situaciones individuales, marcadas por la historia personal y condiciones culturales.

Produce alteraciones en la autoestima y en las actividades cotidianas y laborales, debido a las dificultades para el desplazamiento, los cuales repercuten en la vida familiar, social, laboral y profesional.

Muchos factores determinan la reacción del individuo y la adecuación psicológica posterior, entre ellos la capacidad intelectual, los antecedentes educacionales, el nivel social, la profesión, la situación laboral y la edad, así como la gravedad y duración de la parálisis y la eficacia del tratamiento inicial.

La mayoría de las Terapistas Ocupacionales entrevistadas realizan tratamientos individuales, en centros privados de la ciudad de Mar del Plata, en los que se dan indicaciones sobre objetivos de tratamiento; y grupales en menor medida, llevados a cabo en centros asistenciales públicos y privados, donde se establecen nuevos vínculos y se comparten problemáticas a fin de favorecer la socialización del paciente, ya que la secuela de la lesión provoca una crisis de identidad y una serie de duelos que la persona debe enfrentar y resolver a medida que se adecua a la nueva realidad; crea invariablemente un estado de inestabilidad. Según los datos recabados, también se realizan abordajes recreativos y laborales, así como acciones relacionadas con la adaptación y reinserción al medio familiar, a fin de realizar un profundo ajuste psicológico que le permita aceptar la nueva situación.

En cualquiera de los casos, los Terapistas Ocupacionales, deben estar preparados para elegir el modo y el momento en que debemos explicarle al paciente los problemas que va a tener que afrontar el resto de su vida, debemos ser cautos en la información que suministramos, tanto al paciente como a sus familiares, teniendo en cuenta cada caso en particular, para lo cual resulta indispensable, el abordaje interdisciplinario integral, a fin de analizar la problemática desde diferentes perspectivas, a partir de criterios compartidos, que permitan obtener respuestas favorables respetando el interés y la demanda del paciente, aspecto del tratamiento en el que coinciden la totalidad d las Terapistas Ocupacionales entrevistadas.

Algunas de ellas, trabajan en interconsulta con psicología, con mayor frecuencia y con otros profesionales del equipo interdisciplinario, como medico, asistente social, etc, en menor medida, "... aunque la interconsulta no es lo que mas se ve, actualmente..." (E).

En general, la mayoría de las Terapistas Ocupacionales entrevistadas coinciden en que no se realiza un abordaje específico de la sexualidad desde Terapia Ocupacional con este tipo de pacientes, aunque comparten la creencia de que a través del abordaje de los aspectos y acciones mencionadas se favorece la sexualidad de pacientes adultos con lesión medular traumática. A si mismo, todas consideran la sexualidad como una parte integral del Ser Humano: "...la sexualidad es una parte importante de la vida y se expresa a través de todo el cuerpo..." (F), concepto que se corresponde con lo formulado en el marco teórico de esta investigación al tomar diferentes definiciones de sexualidad: es un impulso vital, esencial para el desarrollo y ajuste de la personalidad y un importante medio de comunicación interpersonal, nace y muere con la persona; es una parte importante de la imagen identidad del yo, es mas que el funcionamiento sexual genital, es nuestro sentido de hombres y mujeres; es decir, consideramos que posibilita el desarrollo de una identidad como sujetos.

Dentro de las acciones que favorecen la sexualidad de los pacientes, destacadas en las entrevistas por las Terapistas Ocupacionales, podemos mencionar las siguientes:

Brindar un espacio que posibilite el planteamiento de inquietudes a fin de proporcionar el asesoramiento correspondiente y la contención necesaria. Se destaca la importancia de brindar una adecuada y completa información al paciente, atendiendo y respondiendo a las preocupaciones e interrogantes, centrándonos en el campo de las repercusiones que las alteraciones producto de la lesión provoca en el individuo a nivel familiar, conyugal, social, laboral; y la alteración en las relaciones interpersonales

producto del proceso de duelo por el que el sujeto deba atravesar para superar la imagen del cuerpo dañado (imagen para sí y para los demás) y aceptar su nueva realidad. Según Spackman, Williard como profesionales de salud dedicados a facilitar la calidad de vida, los terapeutas deben estar preparados para abordar los problemas sexuales, y el asesoramiento debe incluir una proporción de información sexual a un nivel que el paciente pueda comprender.

Favorecer la aceptación de la discapacidad (a través del reconocimiento de un cuerpo y de una funcionalidad diferentes), así como la adaptación de la pareja a la nueva situación, con la finalidad de lograr el goce de una sexualidad plena, "...creo que si no aceptás la discapacidad, rara vez vas a tener una sexualidad plena, tenés que sentirte primero bien con vos mismo..." (A) . Según Posse y Verdaguer, la actitud del entorno familiar y social hacia la persona discapacitada, juega un papel importante en la manera de aceptar su nuevo cuerpo, pues es fundamental el deseo de ser reconocido eróticamente por el otro sin importar los problemas de sensibilidad ni motricidad; esta aceptación posibilita "poner el cuerpo" en la relación con otro, sin inhibiciones ni tabúes. La estabilidad emocional juega también un papel fundamental en la recuperación y aceptación de la situación y ayuda a desarrollar respuestas adaptativas más eficaces. Una actitud sobreprotectora puede afectar su recuperación y llevar al paciente a refugiarse en su limitación y a reforzar la situación dependiente, una actitud de contención familiar y de pareja puede sin embargo ayudar al sujeto a superar los duelos posteriores a la lesión. Uno de los objetivos a lograr en el tratamiento es que el paciente pueda comunicarse con el otro (pareja) mediante una relación emocionalmente estable, de aquí la importancia de abrir espacios para la educación, ya que la falta de conocimiento puede acarrear trastornos de autoimagen y aislamiento de la pareja.

Charlas grupales para favorecer la expresión del paciente, además de vencer tabúes. Es importante aclarar los mitos mas comunes que rondan en

torno a la capacidad sexual de las personas discapacitadas, que las personas con discapacidad confrontan las mismas limitaciones que el resto de las personas frente a los mitos y falsas creencias que se tienen en relación a su actividad sexual y los mismos tabúes que rondan en torno al tema de la actividad sexual, origina actitudes perjudiciales hacia los objetivos del tratamiento rehabilitador; por otro lado sería inadecuado pensar que a causa de la discapacidad física a las personas con lesión medular no les interesa su vida sexual.

Estimular al máximo las posibilidades de movimiento y el manejo del cuerpo en el espacio; también es importante comenzar por enseñar al paciente el manejo del cuerpo en la cama, pues se trata de la primera parte del entrenamiento en las actividades de la vida diaria, para esto es necesario implementar acciones de fortalecimiento muscular y reconocimiento del espacio a fin de lograr la independencia en los pasajes; asesorar a la familia en cuanto a la reestructuración física que tendrán que realizar en el hogar, por ejemplo: para el manejo del paciente en la silla, la posibilidad de acceder a la habitación; además del manejo en cuanto a lo que hace a la reestructuración de roles que ocurre en muchas familias, informar tanto al paciente como a la pareja que el paciente puede mantener el mismo rol que tenía antes del accidente, tanto para mujeres como para hombres, "...muchos terminan durmiendo separados por no poder adaptar el hogar ni adaptarse a las necesidades del sujeto...". Para esto es fundamental que la familia le de la oportunidad de "hacer", sin disminuirlo, brindándole su contención y apoyo, colaborando en la recuperación funcional y adaptaciones en el hogar; "...durante el tratamiento todo depende del lugar que vuelva a tener el paciente en la familia..." No es lo mismo encarar un tratamiento con un paciente que tiene una pareja establecida previamente al accidente que con aquel que no la tiene, ya sea por la estabilidad emocional que la otra persona le puede brindar, así como la confianza y seguridad que da para elaborar toda la problemática que surge posteriormente a la lesión en torno a la sexualidad. Debemos tener

en cuenta que la clave de una relación sexual saludable es la confianza y comunicación en la pareja. En aquellos pacientes que tienen una situación conyugal estable y definida se suele observar una mejor respuesta a largo plazo, esto da una mayor contención tanto para la elaboración de la situación así como para la preafirmación de la identidad como sujeto, permitiéndole posicionarse frente a las nuevas relaciones vinculares desde un lugar más definido.

Prevenir úlceras por decúbito, brindar educación con respecto a los cuidados necesarios y evacuación de vejiga e intestino, establecer hábitos evacuatorios (por ejemplo: establecer horarios de evacuación) “... brindar asesoramiento y educación con respecto a los hábitos más importantes, por ejemplo, la función vesical, mediante el cuidado y el tipo de evacuación de vejiga mas conveniente, adiestrarlo sobre la función intestinal para conocer sus ritmos y cuáles son las formas más adecuadas que permiten mantener una forma refleja más adecuada...” (G), cumplimentar una dieta nutricional con el objetivo de prevenir los riesgos de incontinencia que la lesión medular puede ocasionar y lograr disfrutar de una sexualidad mas segura y placentera, por esto es importante que el Terapeuta Ocupacional, como profesional dedicado al tratamiento de pacientes con lesión medular traumática, tenga conocimiento acerca de las tantas formas en que los diferentes trastornos alteran o afectan la actividad sexual y este capacitado acerca de toda la complejidad que la lesión medular plantea como proceso.

Es fundamental, a la hora de abordar al paciente tener en cuenta las múltiples complicaciones que la lesión medular acarrea y que tienen relación directa con la esfera sexual, como son: las dificultades en la ejecución de los movimientos, la pérdida del control voluntario en la defecación y en la micción, que conlleva el riesgo de incontinencia durante el acto sexual, además de las posibles infecciones de las vejigas neurogénicas; más allá de los trastornos específicos, la pérdida de

erección, lubricación, ausencia de eyaculación o pérdida de sensación física a nivel genital.

Estimular el descubrimiento de nuevas sensaciones subjetivas: "...un descubrimiento de nuevas expresiones sensitivas que conectan con la energía de vida y el placer..." (D), se trabaja el redescubrimiento de la piel, para favorecer el conocimiento del propio cuerpo; "...mediante el trabajo del esquema corporal, a través de actividades expresivas uno puede reconocerse, no solo a través de un ejercicio biomecánico, se aborda algo menos estructurado..." todo lo que es el nuevo cuerpo hay que trabajarlo muy conscientemente para conectarse nuevamente con la capacidad de disfrutar..." (D). Esto se vuelve a relacionar con lo que implica el trabajo de aceptación y reconocimiento del nuevo cuerpo, para poder disfrutar plenamente la sexualidad; "...se da el reemplazo de la ausencia de sensibilidad por el reconocimiento visual..." (G). Todo sujeto tiene derecho a sentirse un ser sexual, derecho a la expresión sexual y a entablar una relación de intimidad, a descubrir que existe la posibilidad de experimentar goce y placer, encontrándose nuevas zonas erógenas que lleven a la gratificación. Durante mucho tiempo se ha creído que las personas con una discapacidad física, la única satisfacción que podían conseguir era el placer de satisfacer a su pareja; otro mito es que el único medio de expresión sexual, sea el coito, no teniendo en cuenta muchas otras formas de experimentar placer; por todo esto adquiere relevancia brindar al paciente, información que ayude a romper las barreras culturales y darle asesoramiento acerca de otras posibilidades de gratificación, así como en lo que respecta al descubrimiento del deseo e interés dentro suyo; por lo que se pueden destacar dos puntos fundamenta: uno es que todos los seres humanos, poseemos un cuerpo en el que cada milímetro de piel es capaz de brindar sensaciones placenteras, el otro es que el deseo sexual no se encuentra alterado fisiológicamente, en la persona con lesión medular.

Otro aspecto fundamental a ser abordado en el tratamiento, es el reconocimiento de los órganos sexuales como propios, los trabajos sensorio-perceptivos, la pérdida de miedos mediante trabajos que acentúen su seguridad, su independencia, con la finalidad de volver a integrar a la persona, volver a establecer redes vinculares a nivel familiar, conyugal y social; "... la naturalidad del acto sexual y de la sexualidad como algo propio del ser humano, sus reglas específicas, como una oportunidad para dar y recibir placer, es una actitud sumamente positiva y necesaria para este tipo de pacientes..." (E); punto importante a desarrollar durante el tratamiento, teniendo en cuenta el tiempo que el propio paciente propone al solicitar la información, respetando el tipo de inquietudes que este plantea, para lograr esto es fundamental que el Terapeuta Ocupacional, pueda controlar su ansiedad, sin imponer la temática a tratar, ya que esto puede llevar al paciente a pasar por una situación incómoda y molesta, provocando inhibiciones o rechazo, ante una nueva presentación del tema. Hay que recordar además, que la respuesta sexual en sus diferentes fases está mediada por el cerebro, por lo cual, a través de recuerdos o estimulaciones, se puede producir una excitación. Las personas con lesión medular traumática, no presentan alteración fisiológica del deseo sexual, ya que la producción de testosterona, no está alterada, esta hormona actúa sobre las células cerebrales estimulando el deseo sexual; muchas veces el temor al fracaso impide que el deseo se concrete, aquí es donde adquiere relevancia trabajar con el paciente, a fin de favorecer una actitud de seguridad y confianza en sí mismo.

Otros de los puntos a remarcar, en el que todas las Terapistas Ocupacionales coincidieron, es la importancia de abordar la totalidad del tratamiento en equipo interdisciplinario, de manera que el paciente con lesión medular traumática pueda ser tratado por todas las especialidades que requiera el caso, ya que debido a la complejidad y a las complicaciones que implica este tipo de lesión, hace necesario un trabajo en conjunto, donde exista una verdadera interacción en conjunto y una

comunicación fluida, entre los diferentes especialistas en la cual se expongan los diferentes puntos de vista referentes a un mismo caso, con la finalidad de establecer acuerdos internos en la modalidad de abordaje.

La solicitud de información por parte del paciente acerca de su futura sexualidad, se manifiesta con mayor frecuencia al final del tratamiento; mientras que al comienzo del mismo surgen problemáticas mas relacionadas con las posibilidades de rehabilitación funcional, así como ciertos tabúes e inhibiciones que dificultan el tratamiento del tema, entre los cuales podemos mencionar: los que plantean el tema de la sexualidad como algo prohibido de tocar “ de eso no se habla ”, “...hay pocos pacientes con los que se puede hablar abiertamente de la sexualidad...” (A); atreverse a dialogar sobre el tema con una persona desconocida, por lo que establecer un vinculo de confianza paciente - Terapeuta cobra vital importancia desde el primer momento de internación; los mitos que determina la propia sociedad sobre las limitaciones que tienen las personas discapacitadas para establecer una relación de intimidad, además de las limitaciones sexuales que se les asignan; sumado a otros factores como son edad, sexo y personalidad del paciente. No son los mismos interrogantes, las mismas inquietudes, ni las mismas necesidades, las de una persona joven que las de una persona adulta “...depende de la personalidad, habitualmente algo te plantean, uno tiene que empezar despacio porque todavía hay muchos tabúes en la sociedad, mas ellos que no tienen la misma funcionalidad que antes...” (A). Hay casos en que la mujer es mas abierta y plantea el tema con anterioridad al hombre, como también hay casos en que se presenta al revés; mucho depende del vinculo establecido, en la confianza y contención le brinda al paciente. A su vez, hay pacientes que son mas reservados; algunos se sienten fracasados y se repliegan en si mismos “...que planteen el tema pasa también por la aceptación, muchos se aíslan, se vuelven renegados...” (A). Inicialmente el paciente asume una actitud negativa y poco colaboradora, característica de la fase temprana de evolución; transcurrido un tiempo su actitud se vuelve

más favorable, presentando una mejor autoestima; la fase posterior al shock inicial, se caracteriza por una serie de acomodaciones que realiza el sujeto, orientadas a enfrentar su nueva situación.

Otro factor fundamental, es el tipo de institución en el que se trabaja: no es lo mismo trabajar en hospitales o en institutos de rehabilitación, donde se atiende al paciente en terapia intensiva, o en los primeros momentos de internación, que en los consultorios externos donde ya el paciente concurre al tratamiento en etapas posteriores; "...acá, dentro de la internación, no le dan mucho énfasis a lo sexual, porque están en una sola meta, están esperando la recuperación funcional..." (A), "...el paciente habitualmente quiere saber que pasa con su esfera sexual, a veces se ha dado que dentro de la terapia intensiva, algún paciente ha preguntado sobre su sexualidad, aunque no es lo mas común..." (G). En las entrevistas, se registra en general, que el paciente pregunta específicamente y pide información, luego de transcurrido un tiempo de iniciado el tratamiento, depende de las inquietudes y prioridades que se planteen en cada persona; y se infiere además, que el vinculo que se logre establecer con el paciente, constituye un elemento facilitador para el surgimiento del tema, ya sea en la etapa de internación o posterior a ella. Se pueden considerar además otros elementos que facilitan el planteamiento del tema, ellos son: la asunción de nuevos roles familiares, sociales y de pareja, junto con la necesidad del paciente de volver a ocupar su lugar en todos estos ámbitos; el manejo del paciente en el hogar, y el problema de tener que superar ciertas barreras arquitectónicas; como la imposibilidad de acceder a su habitación o al cuarto de un hotel alojamiento, debido a la dificultad en el pasaje de la silla de ruedas.

El tratamiento del tema puede despertar en el paciente un monto importante de angustia, por lo cual se requiere de una determinada preparación y predisposición por parte del Terapeuta Ocupacional, a fin de poder contenerla. "...cuando surge el tema, el paciente suele angustiarse

bastante y uno debe estar bien preparado, para luego hacer la contención de la angustia que despierta...” (H).

Un aspecto relevante a tener en cuenta en el momento de brindar información al paciente es determinar la existencia o no de pareja previa al accidente, ya que se evidencia que la existencia de la misma favorece la adaptación a su nueva realidad. La posibilidad de contar con persona al lado con quien poder entablar una conversación sin reservas ni tabúes constituye un elemento favorecedor para la evolución del paciente.

El desconocimiento por parte del paciente, sumado a la falta de información brindada por los profesionales, no lleva mas que a retardar el abordaje del proceso rehabilitador.

En relación al enfoque interdisciplinario, cabe destacar la importancia que le asignan las Terapistas Ocupacionales a este tipo de enfoque en el abordaje de pacientes adultos con lesión medular traumática.

Debido al amplio espectro de los problemas surgidos a consecuencia de lesión medular traumática, hace imprescindible la organización a través de un “enfoque interdisciplinario”. La coordinación de los múltiples recursos profesionales favorecen el tratamiento de rehabilitación de los pacientes con lesión medular traumática.

Se establece una interacción entre disciplinas, que dará como resultado una intercomunicación y enriquecimiento recíproco y por lo tanto una modificación de su metodología de acción y de sus conceptos fundamentales.

El equipo interdisciplinario puede estar constituido por Personal Médico, Enfermeras, Terapistas Ocupacionales, Terapistas Físicos, Kinesiólogos, Psicólogos, Nutricionistas y Urólogos; destacando el papel fundamental de

cada uno de los profesionales en la evaluación y tratamiento del paciente. Es fundamental que exista un mecanismo de cooperación y comunicación, buscando el consenso de todos los profesionales.

Esto cobra vital importancia en el caso de que el paciente permanezca institucionalizado, donde se destaca la relevancia de la comunicación entre los miembros del equipo, "...las enfermeras son quienes están todo el DIA con el paciente, por esta motivo a ellas le damos las indicaciones, como posturas para prevenir espasticidad, a cerca de hábitos higiénicos e independencia en las A.V.D., para que las implementen durante el tratamiento..." (H).

En los centros de rehabilitación, donde el paciente concurre con cada uno de los profesionales del equipo, se realizan reuniones para determinar la evolución de los pacientes, se plantean e intercambian dudas y problemas específicos acerca del tratamiento, intentando resolver las dificultades que surgen.

A algunas de las Terapistas entrevistadas les resulta imposible trabajar con esta modalidad de abordaje ya que, por un lado, en los centros asistenciales donde se desempeñan, la estructura institucional ser encuentra atravesada fundamentalmente por la falta de presupuesto destinada al área de salud, lo cual provoca que el equipo no se encuentre conformado por la totalidad de los profesionales requeridos para el tratamiento de este tipo de pacientes; por el otro lado la modalidad de abordaje de la institución esta dada por la atención individual y privada en consultorios externos, no existiendo entre los profesionales la comunicación necesaria para llevar a cabo un trabajo en equipo. Otro factor de relevancia es la carencia de acuerdos teóricos entre las distintas disciplinas provocado por la negación a entablar espacios de dialogo, lo que lleva al aislamiento profesional, no permitiendo así la posibilidad de brindarle al paciente un tratamiento integral.

La familia constituye el nexo entre el mundo interno de la persona y el mundo externo de la sociedad.

En relación al papel que tiene la familia durante el tratamiento, va a depender fundamentalmente de la actitud de ésta frente al accidente, la cual puede brindar el apoyo necesario para superar la situación, "...generalmente se observa mayor participación de la familia cuando el paciente permanece institucionalizado..." (C), ya sea en residencias geriátricas, como en hospitales de agudos durante la internación, por ser un momento especial por el que atraviesan tanto el paciente como la familia. La familia se interesa por preguntar, acompañar y ayudar al paciente: "...tienen la esperanza de que la patología no sea definitiva..." (G).

Muchas veces el acompañamiento y la participación de la familia durante el tratamiento determinará el éxito o el fracaso de la rehabilitación. Cuando existe una familia conflictiva de base que no brinda contención aparece un empeoramiento o complicación del cuadro clínico: "...cuando existe en la familia una conflictiva anterior al traumatismo, lo más probable es que el tratamiento sea complicado, que el paciente no colabore, se deprima, complique su cuadro clínico y llegue a la muerte..." (E).

Desde Terapia Ocupacional se trabaja con indicaciones a la familia, como por ejemplo, posturas adecuadas para el control de tronco, adaptaciones para la independencia en A.V.D, pasaje de la silla de ruedas a la cama y viceversa, adaptaciones en el hogar para el manejo en la silla de ruedas, rutina de ejercicios diarios para favorecer y mantener la funcionalidad del, estimular la socialización e integración del paciente, ya que la función principal de la familia es la de permitir la reinserción en la sociedad "...hay familias que son muy colaboradoras, y esto es FUNDAMENTAL para la real comprensión del problema y la recuperación funcional..." (E); comprobándose en la mayoría de los casos el cumplimiento de las mismas a través de los avances y logros del paciente.

Hay que tener en cuenta tres factores importantes que influyen en el paciente durante el tratamiento:

- que mantenga el modelo de familia anterior al accidente;
- que mantenga la relación de pareja establecida previamente al accidente;
- no tener pareja antes del accidente.

El Terapeuta Ocupacional debe evaluar y comprender la Dinámica Familiar, para saber con qué tipo de apoyo y contención cuenta el paciente durante el tratamiento, a fin de proponerse los objetivos de trabajo a implementar con ella.

La familia necesita información sobre las siguientes áreas:

- A.V.D. que el paciente realiza de manera independiente,
- resolución de problemas de accesibilidad al hogar y al trabajo,
- información sobre el rediseño del hogar a partir del accidente.

En relación a la sexualidad, "...dentro del grupo familiar se encuentran ciertas resistencias por parte de las personas mayores a abordar el tema..." (B). El rol de la familia en el proceso de rehabilitación es vital. El paciente que recibe apoyo está más motivado a emprender tareas difíciles durante el tratamiento, a adaptarse en los cambios en el estilo de vida y a continuar con una vida cotidiana productiva en la comunidad.

CONCLUSIÓN



Se demuestra a través del análisis de los datos recabados en nuestra investigación, que la totalidad de los aspectos mencionados en el marco teórico referencial: motor- sensitivo- neurovegetativo- psicológico, son abordados en el tratamiento realizado con pacientes adultos con lesión medular traumática por los Terapistas Ocupacionales que trabajan en centros asistenciales públicos y privados de la ciudad de Mar del Plata, considerando que algunos de ellos son abordados con mayor frecuencia en relación con los restantes, logrando establecer de esta manera una prioridad decreciente, como sigue: motor, neurovegetativo, sensitivo y psicológico.

Se identifican nuevas acciones específicas implementadas por las profesionales entrevistadas: acciones biomecánicas y de cuidado postural, entrenamiento en pasajes y uso de la silla de ruedas, prescripción y confección de ortesis, entrenamiento en las A.V.D, reconocimiento del esquema corporal, técnicas para el descubrimiento de nuevas expresiones sensitivas, educación de hábitos higiénicos y evacuatorios intestinales y vesicales, maniobras abdominales, educación y concientización del personal médico y de enfermería sobre las técnicas de vaciamiento vesical, educación y concientización del paciente sobre el funcionamiento de su vejiga y sobre la importancia de la ingesta de líquidos, asesoramiento al paciente y a su familia acerca del funcionamiento intestinal, los modos de evacuación y la importancia de seguir una dieta adecuada, verticalizaciones, uso de faja abdominal, cremas y medias compresivas, elevación, posicionamiento y cepillado de miembros inferiores, trabajos sensorceptivos, indicaciones al servicio de enfermería acerca de los cambios de decúbito y los cuidados necesarios para prevenir escaras, ejercicios bucales y linguales y actividades para aumentar la capacidad respiratoria; que sumadas a las descriptas en el marco conceptual, enriquecen el tratamiento de Terapia Ocupacional con este tipo de

pacientes; caracterizándolas dentro de los aspectos mencionados a fin de organizar el tratamiento, ya sea individual o grupal, teniendo en cuenta el tipo y el nivel de lesión así como las complicaciones que la lesión medular ocasiona.

Se ha descubierto, la realización de tratamientos grupales en centros de rehabilitación, mediante charlas y encuentros que posibilitan la apertura de espacios de expresión, cuya finalidad es permitir la interacción e integración con otras personas a fin de compartir problemáticas y favorecer la reinserción social del paciente.

Se comprueba entonces, que la totalidad de las terapistas ocupacionales entrevistadas comparten la creencia de que la implementación de las acciones durante el tratamiento, favorecen de manera considerable la futura sexualidad del paciente con lesión medular traumática.

Se logra identificar además que el paciente solicita generalmente sobre su futura sexualidad en la última etapa del tratamiento individual o grupal, cuando se ha establecido un vínculo de confianza con el terapeuta ocupacional y con los demás miembros del grupo, esto hace imprescindible el tratamiento del tema.

Se establece que la participación de la familia en el tratamiento cobra vital importancia, ya que favorece la real comprensión del problema, así como la recuperación funcional y emocional del paciente. Así mismo, se le asigna al equipo interdisciplinario un lugar primordial en el tratamiento, puesto que permite emplear las posibilidades de abordaje desde diferentes perspectivas a partir de criterios compartidos que vehiculicen estrategias integrales de rehabilitación para el paciente y la familia, a fin de mejorar su calidad de vida. Las terapistas ocupacionales entrevistadas reconocen la dificultad actual de implementar este tipo de abordaje debido a la realidad

institucional que las condiciona y a las convicciones personales de cada profesional.

Cabe destacar la importancia asignada por las terapistas ocupacionales al asesoramiento y a la educación, tanto del paciente como de su familia, acerca de los cuidados y manejos en el medio familiar, conyugal, social, laboral y educacional a fin de favorecer su independencia.

Observamos el interés que se ha despertado en las profesionales entrevistadas en relación al tema planteado en nuestra investigación y deseamos haber abierto un ámbito de reflexión de un pensar compartido, para que familiares, rehabilitadores y equipo en general, vivencien la importancia de incluir en los diferentes encuentros, la sexualidad, como un aspecto impostergable, siempre conscientes que dicha inclusión redundará en un crecimiento más pleno, en un desarrollo más amplio y enriquecedor y una salud con menos compromisos agregados, en tanto nos avoquemos a un cuerpo más cuidado, más querido.

La experiencia de realizar este tipo de análisis cualitativo, nos ha posibilitado alcanzar una nueva mirada de los datos, permitiéndonos descubrir las opiniones y creencias de las Terapistas Ocupacionales, acerca del tema planteado en la investigación, constatando que el tratamiento de Terapia Ocupacional a través de sus diferentes acciones favorece la sexualidad del paciente adulto con lesión medular traumática, pudiendo cumplir satisfactoriamente los objetivos propuestos.

A partir de los resultados obtenidos, pretendemos abrir nuevas puertas a investigaciones futuras que profundicen en el descubrimiento y la aplicación de nuevas acciones, tendientes a favorecer la sexualidad como un aspecto integral del tratamiento, ampliando de esta manera, las posibilidades de abordaje con este tipo de pacientes.

“Sería inadecuado pensar que a causa de la discapacidad física y de una vida en silla de ruedas, a los lesionados medulares no les interesa su sexualidad”.

BIBLIOGRAFÍA



- 📖 ANDER EGG, Ezequiel. "Técnicas de la Investigación social". Editorial Magisterio del Río de la Plata. Bs As. 23a edición. 1993.
- 📖 ARTOLA, A., PIEZZI, R. "La familia en la sociedad pluralista". Editorial Espacio; Buenos Aires. 1º edición. 2000.
- 📖 BACIGALUPO, G. "Rehabilitación del lesionado medular". 1999. MATERIAL INTERNO DE CATEDRA TERAPIA OCUPACIONAL EN DISCAPACIDADES FÍSICAS. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1999.
- 📖 BUSTAMANTE, Antonio. "Alternativas sexuales ante la limitación física". Revista Reinserción. Mayo - Junio. 1992. Año III. N 15.
- 📖 BUSTAMANTE, Antonio. "Lesión medular traumática. Componentes psicológicos". Revista Reinserción. Noviembre - Diciembre. 1992.
- 📖 CARTA PARA LA DECADA DE LOS AÑOS 80' (1980 - 1990). Comisión especial para temas de personas discapacitadas del Colegio de Abogados del Dpto. Judicial de La Plata.
- 📖 Centro Novoa Santos de Orientación Familiar de Orence-España. "Sexualidad de las personas con discapacidad motriz". Revista Reinserción. Año II. N-8. Marzo-Abril 1991.
- 📖 DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE Cs MEDICAS. Editorial SALVAT. Barcelona. 12ava.edición. 1984.
- 📖 FUSTINIONI, Osvaldo. "Semiología del sistema nervioso". Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Decimotercera Edición. 1997.

-
- ☞ HALE, Gloria. "Manual para minusválidos, guía ilustrada para hacer la vida mas fácil e independiente a los impedidos físicos, su familia y amigos". Ediciones Blume. Madrid. 1980.
- ☞ HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. FERNÁNDEZ COLLADO, C., BAPTISTA LUCIO, P. "Metodología de la Investigación". México. Interamericana Mc Graw Hill. 2º edición. 1998.
- ☞ PANTANO, L. "La discapacidad como problema social: un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas". Eudeba. Buenos Aires. 2º edición. 1993.
- ☞ POLIT, D.F y HUNGLER, B. "Investigación Científica en Cs de la Salud". Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México. 4ta edición. 1994.
- ☞ POSSE, F . y VERDAGUER, S. "La sexualidad de las personas discapacitadas". Fundación Creando Espacios. Bs As. Argentina. Noviembre .1991.
- ☞ SABINO,C.."El proceso de Investigación". Editorial Hvmánitas.Bs As.1993.
- ☞ SPACKMAN, W. "Terapia Ocupacional". Editorial Medica Panamericana Hopkins y Smith. Madrid. 8va edición. 1998.
- ☞ TAYLOR, S.T.; BODGAN, R. "Introducción a los métodos cualitativos de Investigación". Editorial PAIDOS. España 1998.
- ☞ TORRES SANTOME, Jurjo. "Globalización e interdisciplinariedad: el currículo integrado". Ediciones Morata, S.L. 1994. Madrid. España.

- 📖 TROMBLY, C. “Occupational Therapy for physical dysfunction”. Baltimore: Editorial William y Wilkins. 4ta Edición. 1995.

- 📖 YASHON, D. “Espinal Injury”. APPLETON-CENTURY- OFTS/NORWALKS, Connecticut. 2da edición. 1986.

ANEXO



CUESTIONARIO

-**PROFESIÓN:** (TERAPISTAS OCUPACIONALES Y /O LICENCIADAS EN TERAPIA OCUPACIONAL)

-**AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL:**

-**LUGAR DE TRABAJO:**

1-*¿Qué tipo de movilización realiza?*

Pasiva

Activa

Otras ¿Cuáles?

2-*¿Realiza fortalecimiento muscular?*

Si

No

3- *¿Recibe educación el paciente acerca de los principios requeridos para compensar los déficits sensitivos?*

Si

No

4-*¿Trabaja las siguientes acciones?*

-Hábitos evacuatorios vesicales Si No

-Hábitos evacuatorios intestinales Si No

-Educación de hábitos higiénicos Si No

5-*¿Implementa otras acciones relacionadas con la función vesical?*

Si ¿cuáles?

No

6-¿Implementa otras acciones relacionadas con la función intestinal?

Si ¿cuáles?

NO

7-En relación a la función circulatoria ¿cuáles de las siguientes acciones realiza?

-Vendaje de Miembros Inferiores

-Movilización pasiva de miembros inferiores

-Otras ¿cuáles?

8- ¿Cambia de decúbitos al paciente para prevenir escaras?

Si

No

9-¿Efectúa ejercicios para aumentar la capacidad respiratoria?

Si

No

ENTREVISTA

1. Dentro del Tratamiento de Terapia Ocupacional que realiza con pacientes adultos con lesión medular traumática ¿qué aspectos aborda?
2. De los aspectos mencionados ¿cuáles cree que favorecen la sexualidad de pacientes adultos con lesión medular traumática?
3. ¿Qué acciones específicas implementadas en el tratamiento cree usted que favorecen la sexualidad?
4. ¿Es interdisciplinario el enfoque que le da al tratamiento? ¿Qué importancia le asigna a este tipo de tratamiento?
5. Durante el transcurso del tratamiento ¿el paciente solicita información sobre su futura sexualidad?
6. ¿Participa la familia en el tratamiento del paciente? ¿De qué manera?