



Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Ciencias de la Conducta



**AFRONTAMIENTO DE LA SEXUALIDAD Y LAS REPERCUSIONES
SOCIOFAMILIARES DE USUARIOS CON LESIÓN MEDULAR ESPINAL QUE
ACUDEN A LA UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL
DE SAN MATEO ATENCO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTAN

MARÍA DEL PILAR MARTÍNEZ OSORNIO

NÚMERO DE CUENTA: **1725644**

MÓNICA MENDIETA DURAN

NÚMERO DE CUENTA: **1725647**

ASESOR

DRA. EN ED. DIANA FRANCO ALEJANDRE

TOLUCA, MÉXICO, MARZO DE 2022.

Índice

Resumen	7
Presentación	9
Introducción.....	10
CAPÍTULO I: DISCAPACIDAD, LESIÓN MEDULAR Y SEXUALIDAD	12
1.1 Discapacidad.....	12
1.1.1 <i>Concepto</i>	12
1.1.2 <i>Prevalencia</i>	14
1.1.3 <i>Tipos</i>	15
1.1.4 <i>Grados de discapacidad</i>	16
1.1.5 <i>Determinación del porcentaje de discapacidad</i>	17
1.1.6 <i>Modelos de discapacidad</i>	18
1.2 Lesión Medular.....	20
1.2.1 <i>Concepto</i>	20
1.2.2 <i>Tipos</i>	21
1.2.3 <i>Nivel de lesión</i>	21
1.2.4 <i>Extensión</i>	21
1.2.5 <i>Severidad de la lesión</i>	22
1.2.6 <i>Síndromes medulares incompletos</i>	23
1.2.7 <i>Repercusiones en usuarios con Lesión Medular Espinal</i>	24
1.2.8 <i>Salud</i>	26
1.2.9 <i>Psicopatología en usuarios con Lesión Medular Espinal (LME)</i>	27
1.2.10 <i>Social</i>	28
1.3 Sexualidad	31
1.3.1 <i>Función sexual</i>	33
CAPÍTULO II: TRABAJO SOCIAL Y UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL	36
2.1 Antecedentes del Trabajo Social.....	36
2.2 Conceptualización de Trabajo Social	39
2.2.1 <i>Objeto de Intervención</i>	41
2.2.2 <i>Sujeto de intervención</i>	43

2.2.3 Métodos de Intervención	44
2.2.4 Intervención Social	48
2.2.5 Áreas de Intervención.....	52
2.3 Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social	59
2.3.1 Antecedentes.....	59
2.3.2 Estructura organizativa	59
2.3.3 Población que atiende	60
2.3.4 Servicios que brinda	60
CAPÍTULO III: MÉTODO	61
3.1 Objetivo General	61
3.2 Objetivos Específicos	61
3.3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación	61
3.4 Tipo de estudio.....	65
3.5 Variables Conceptuales	66
3.6 Definición del universo de estudio.....	68
3.7 Definición de la muestra.....	68
3.8 Selección del instrumento	69
3.9 Diseño de la investigación.....	69
3.10 Especificación de la captura de información	70
3.11 Procesamiento de la información	70
CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	71
Discusión de resultados	84
Conclusiones.....	86
Sugerencias	87
Glosario de términos	90
Referencias	96

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el afrontamiento de la sexualidad de usuarios con Lesión Medular Espinal (LME) y las repercusiones sociofamiliares, se desarrolló bajo la modalidad de la investigación cualitativa-descriptiva-interpretativa, la muestra fue de tipo aleatorio no probabilístico, integrada por diez usuarios. Para la recopilación de la información se utilizó una guía de entrevista semiestructura de tipo exprofeso, donde se evaluaron las siguientes variables; perfil sociodemográfico de los usuarios, comunicación familiar, salud, condiciones de vivienda y situación socioeconómica, así mismo se utilizó el instrumento Index Sexual Satisfaction (ISS), que evalúa los aspectos psicoemocionales con relación a la satisfacción sexual. El análisis e interpretación de la información se realizó con el programa Microsoft Excel, encontrando los siguientes hallazgos:

La relación con los datos sociodemográficos, 80% de los usuarios corresponden al género masculino, 60%, se ubican en un rango de edad de 45 a más; 60% son solteros, 40% cuenta con estudios de educación media superior, 90 % tienen un grado de lesión medular T5 y 50% sufrió accidente de automovilístico, 70% recibe atención rehabilitadora, 100% utiliza silla de ruedas para su deambulación y traslado. 80% viven en zona urbana, 90% viven en casa sola, 80% tiene barreras físicas arquitectónicas en el exterior y 70% tiene barreras físicas arquitectónicas al interior de su vivienda, 80% cuenta con adaptaciones.

En correspondencia la comunicación familiar, 70% de los usuarios siempre habla con su familia sin sentirse incomodo, 60% pocas veces le es difícil pedirle a su familia lo que desea, 50% de su esposa e hijos nunca le dicen cosas que le hagan daño, 50% pocas veces su familia sabe cómo se siente sin preguntárselo; 50% algunas veces se lleva bien con familia, 50% en algunas veces cuando tiene problemas se los cuenta a su familia, 70% nunca se pone de mal humor cuando habla con su familia, 50% algunas veces evita decirle a su familia como se siente en determinadas ocasiones.

En referencia a la sexualidad, 50% de los usuarios está satisfecho con la intensidad de su excitación sexual, 70% está nada satisfecho con la calidad de sus orgasmos; 60% está satisfecho con su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales, 50% está satisfecho con su concentración durante la actividad sexual, 50% está muy satisfecho con la manera en la que se relaciona sexualmente ante su pareja, 50% está satisfecho con el funcionamiento de sexual de su cuerpo, 60% está satisfecho con su apertura emocional durante sus relaciones sexuales, 50% está muy satisfecho con su estado de humor después de la actividad sexual, 70% está nada satisfecho con la frecuencia de sus orgasmos, 50% está muy satisfecho con el placer que proporciona a su pareja, 50% está muy satisfecho con el equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo, 40% está satisfecho con la apertura emocional de su pareja durante la relación sexual, 30% está muy satisfecho con la iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual, 50% está muy satisfecho con la habilidad de su pareja para llegar al orgasmo, 50% está satisfecho con la entrega de su pareja al placer sexual “desinhibición”, 40% está satisfecho con la creatividad sexual de su pareja, 50% está satisfecho con la disponibilidad sexual de su pareja, 50% está muy satisfecho con la variedad de sus actividades sexuales, 50% está satisfecho con la frecuencia de su actividad sexual.

En conclusión, las personas con LME son vulnerables a presentar problemas de tipo emocional, lo cual, altera su ámbito familiar, social, laboral y afectivo, debido a que la discapacidad que presenta es irreversible y degenerativa, situación que conlleva al usuario a cambiar de forma radical su estilo de vida.

Presentación

El presente trabajo de investigación aborda el tema de Lesión Medular Espinal sus repercusiones sociofamiliares, se entiende por LME como el resultado de una agresión de la medula espinal que produce una alteración, de forma temporal o permanente, en las funciones motoras, sensitivas y /o autónomas del individuo (Sotorres, G. y Tornero, E. s.f.) y de acuerdo con San Román, A. y Solano H. A. (2013) las repercusiones sociofamiliares hacen referencia a las consecuencias de este tipo de padecimientos abarcan desde síntomas psicológicos (inseguridad, angustia, agresividad, depresión), de interrelación social (aislamiento, disminución de actividades sociales, desintegración social) familiares (preocupaciones económicas, pérdida de roles interpersonales, abusos, abandonos) personales (sentimientos negativos reducción de la moral, frustración, síndrome de Burnout.

Por lo tanto, el trabajo está integrado por cuatro capítulos, en el capítulo I y II se abordan aspectos teóricos relacionados con: discapacidad, concepto, prevalencia, tipos, grados de discapacidad, modelos de discapacidad, así como antecedentes de Trabajo Social, etapas y objeto de intervención.

En el capítulo III, hace referencia a la estrategia metodológica: que se relaciona con objetivo general, objetivos específicos, planteamiento del problema, tipo de estudio, instrumento, técnicas e instrumentos para la recopilación de la información.

Por último, en el capítulo VI, se presenta el análisis e interpretación de los hallazgos obtenidos a través de la aplicación de técnicas e instrumentos, así como las conclusiones y la propuesta de intervención.

Introducción

La presente investigación se refiere al tema de sexualidad en usuarios con Lesión Medular Espinal (LME) que se puede definir como el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo, su conducta se relaciona con la búsqueda del placer sexual, que marcarán de manera decisiva al ser humano en cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida tomando en cuenta una alteración de la médula espinal, por causa traumática, no traumática o por enfermedad.

Las características principales de este tipo de LME por mencionar algunas son: disminución o anulación de la movilidad (tetraplejia o paraplejia) y la disminución o anulación de la sensibilidad (de forma profunda o superficial), alteración parcial o total de la función genital, la integridad de las estructuras anatómicas de los órganos genitales, así como el componente psicológico presente en toda actividad sexual y afectiva.

La LME en los varones puede afectar sus erecciones y fertilidad, pero en ningún caso su deseo sexual. Mientras que en las mujeres con la misma discapacidad pueden verse afectadas diferentes funciones de su aparato eréctil (cuerpo cavernoso del clítoris y bulbo vaginal) y excretor (glándula de Skene y de Bartolino) (Sunrise Medical, 2017).

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas. Una de ellas es el afrontamiento. Se entiende por afrontamiento al pensamiento o conducta adaptativo dirigido a reducir o aliviar el estrés que surge frente a determinadas condiciones nocivas, amenazantes o desafiantes (González-Herrera, 2017).

Los estilos de afrontamiento frente a una LME son diferentes para cada persona y tienen mucho que ver con la competencia emocional. El ponerlos adecuadamente en marcha depende, en gran medida a las falsas creencias, actitudes negativas y barreras físicas que obstaculizan la movilidad básica provocando exclusión en su círculo más cercano y dejando de participar plenamente dentro de la sociedad.

Por lo tanto, el tema de investigación forma parte de la Unidad de Aprendizaje Seminario de Tesis I y II, derivado de su importancia fue tomando como opción de titulación por tesis, con la finalidad de generar aportes teóricos en relación con el objeto de estudio de la disciplina, y estrategias de intervención para el ejercicio profesional.

CAPÍTULO I: DISCAPACIDAD, LESIÓN MEDULAR Y SEXUALIDAD

En el presente capítulo abordan temas referentes a la definición de discapacidad, prevalencia, grados de discapacidad, modelos de discapacidad, además se define LME, tipos, niveles de extensión, severidad de la lesión y los síndromes medulares completos, así mismo se mencionan las repercusiones en las personas con LME, en especial la psicopatología y lo social, en relación con este tema, se presenta brevemente la definición de sexualidad y función sexual.

1.1 Discapacidad

Nacer con una discapacidad o adquirirla no es sinónimo de minusvalía o minusválido, el término se origina dependiendo el entorno sociocultural donde se desenvuelven las personas que la padecen. Considerándoles incapaces de valerse por sí mismas, dificultando la relación sociofamiliar.

1.1.1 Concepto

El concepto de discapacidad ha evolucionado en conjunto con los abordajes que se han realizado a lo largo del tiempo, por ejemplo:

Deficiencia

Es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente y en principio solo afecta al órgano. Que según esta clasificación podrán ser: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, del órgano de la audición y visión, viscerales, músculo esqueléticas, desfiguradoras, generalizadas, sensitivas y otras deficiencias.

Discapacidad

Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño

y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve grupos: de la conducta, comunicación, cuidado personal, locomoción, disposición del cuerpo, destreza, de situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la actividad.

Minusvalía

Se define como toda situación desventajosa para una persona concreta, producto de una deficiencia o de una discapacidad, que supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus de la persona en relación con sus propias expectativas o las del grupo al que pertenece, representa la socialización de una deficiencia o discapacidad. La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas del universo del individuo. Las minusvalías se clasifican de acuerdo con seis grandes dimensiones en las que se espera demostrar la competencia de la persona y que se denominan roles de supervivencia, por lo que las minusvalías podrán ser: de orientación, independencia física, movilidad, ocupacional, de integración social, autosuficiencia económica y otras (OMS, 1980 citado en Cáceres, 2004).

La OMS (2001), ha expedido la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y Salud (CIF) en la cual, la discapacidad queda configurada por funciones y estructuras corporales y toma en cuenta las actividades y participación del individuo, a lo cual se suman factores contextuales, comprendiendo tanto de tipo ambiental como personal. Retomando esta clasificación Padilla-Muñoz (2010) definen a la discapacidad como:

La “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia” (p. 399).

Actualmente la discapacidad es considerada como un problema de salud pública y de gran repercusión social, su origen está relacionado con el daño o la alteración permanente de los diferentes órganos y funciones del cuerpo humano como consecuencia de factores congénitos y adquiridos por enfermedad, como los accidentes, intoxicaciones, violencia, enfermedades transmisibles, partos y accidentes mal atendidos (Ibarra y Segura, 2009).

Como se puede observar el concepto de discapacidad ha evolucionado, siendo un fenómeno complejo donde se engloban o delimitan las funciones del cuerpo humano, considerándolo un problema de salud pública y de repercusión social.

1.1.2 Prevalencia

La discapacidad es un problema emergente y creciente de salud pública como consecuencia de la afectación de diversos órganos, sistemas de cuerpo humano y enfermedades y lesiones que frecuentemente dejan secuelas que colocan a las personas en gran desventaja, causándoles discapacidad de grado variable que afectan no solamente a quienes la sufren, sino que repercuten significativamente en la familia y en la comunidad.

La discapacidad en México, basado en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2014), en la Ciudad de México (CDMX) la tasa de discapacidad es; de 47 personas por cada mil habitantes, lo que la ubica en nivel menor a la media nacional, que es de 60. Comparativamente, Nayarit, es el estado con la tasa más alta, correspondiente a 82 personas con por cada mil habitantes. En la CDMX vive el 5.8% de las personas con discapacidad del país.

La posibilidad de padecer alguna limitación física o mental se incrementa con la edad: la población menor a 15 años con alguna discapacidad es de 5.6%, entre 15 y 29 años de 6.3%, entre 30 y 59 años de 30.8%, entre 60 años y más de 57.3%.

La CDMX se ubica como una entidad con proporciones más altas de discapacidad en personas adultas mayores. En cuanto al sexo, el 59.4% son mujeres y 40.6% hombres. Cabe señalar que es el porcentaje más alto de mujeres con discapacidad a nivel nacional. En seguida se muestran las proporciones por tipo de discapacidad (INEGI, 2016).

Tabla 1. *Porcentajes de limitaciones sobre discapacidad*

Limitaciones	Porcentaje
Caminar, subir o bajar usando sus piernas	68.1
Ver (aunque use lentes)	51.3
Mover o usar sus brazos o manos	36.5
Aprender, recordar o concentrarse	39.7
Escuchar (aunque use un aparato auditivo)	39.3
Bañarse, vestirse o comer	27.2
Hablar o comunicarse	17.9
Problemas emocionales o mentales	17.8

Fuente: (ENADID, 2014).

1.1.3 Tipos

Según Padilla-Muñoz (2010), la Clasificación Internacional de las Deficiencias y la Salud (CIF) clasifica a la discapacidad de la siguiente forma:

Deficiencias físicas

Se considera que una persona tiene deficiencia física cuando padece anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (acortamiento óseo de extremidades, amputaciones parciales o totales de extremidades superiores e inferiores, crisis convulsivas, distrofia muscular, fracturas y secuelas de fracturas, osteoartritis, artritis juvenil, parálisis cerebral, secuelas de poliomielitis, secuelas de mielomeningocele,

daño cerebral, retraso en el desarrollo psicomotor, así como alteraciones viscerales, es decir en el aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario).

Deficiencias mentales

Este tipo de deficiencia afecta principalmente funciones cerebrales superiores, como la memoria, la capacidad de cálculo, el juicio y el razonamiento (incluye el retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, demencias y otros trastornos mentales), así como el autismo, esquizofrenia, trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros.

Deficiencias sensoriales

Se originan en los órganos de la visión, audición y aparato fono articular (afasia, ceguera en uno o ambos ojos, debilidad visual, hipoacusia, sordera unilateral y bilateral, trastornos del lenguaje receptivo-expresivo y los trastornos relacionados con el equilibrio). Este tipo de deficiencias pueden ser temporales o permanentes, simples o complejos, únicos o múltiples y estáticos o progresivos, con grado de severidad leve, moderada y severa. Este grupo está conformado por personas que tienen problemas para aprender o para comportarse dentro de una sociedad tanto en actividades de la vida diaria como en su relación con otras personas.

Coincidimos con lo antes citado que, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica que produce una limitación funcional que se manifiesta en la vida diaria.

1.1.4 Grados de discapacidad

Según García (s.f.), los grados de discapacidad vienen dados por las limitaciones o restricciones que presenta la persona. Con base a estas limitaciones se han establecido cinco grados o niveles de discapacidad.

Grado 1: limitaciones en la actividad nula

Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Grado 2: limitaciones en la actividad leve

Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de estas.

Grado 3: limitaciones en la actividad moderada

Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

Grado 4: limitaciones en la actividad grave

Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades diarias, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

Grado 5: limitaciones en la actividad muy grave

Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las actividades diarias. Por lo tanto, los grados de discapacidad valoran fundamentalmente la discapacidad, los factores sociales y cómo las diferentes discapacidades influyen en la autonomía personal de los individuos y su integración social.

1.1.5 Determinación del porcentaje de discapacidad

Además de los grados de discapacidad, existe el porcentaje de discapacidad que se calcula en base con la clase de discapacidad que se dictamine. Los porcentajes están relacionados con los grados anteriormente mencionados.

Tabla 2. *La clase y porcentaje de los diferentes tipos de discapacidad.*

Clase 1: 0% de discapacidad	La persona es calificada con incapacidad, pero no impide realizar ninguna de las actividades de la vida diaria.
Clase 2: 1% a 24% de discapacidad	La persona es calificada con una discapacidad leve.
Clase 3: 25% a 49% de discapacidad	La persona es calificada con una discapacidad moderada.
Clase 4: 50% a 70% de discapacidad	La persona es calificada con una discapacidad grave.
Clase 5: 75% de discapacidad	La persona es calificada con una discapacidad muy grave.

Fuente: (D. Legislativas, 2020).

El porcentaje de discapacidad refiere en la valoración física, psíquica y sensorial basado en el grado de discapacidad mismo que valora el nivel de independencia de una persona con respecto a la realización de algunas actividades básicas.

1.1.6 Modelos de discapacidad

Según CIF (2001, p. 32), los modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y funcionamiento son:

Modelo médico

Considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

Modelo social

La discapacidad es considerada como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social.

En relación con este tema ambos modelos coinciden en que la discapacidad es una condición que afecta principalmente a quien la padece, requiere de cuidados médicos y de condiciones de vida considerando la importancia que tiene el contexto y entorno social para mejorar su calidad de vida.

En este sentido el quehacer profesional de Trabajo Social es fundamental para crear posibles alternativas de solución para las problemáticas biopsicosociales a las que se enfrentará la persona después de sufrir una LME. Esta intervención se llevará a cabo mediante la investigación, diagnóstico y tratamiento utilizando técnicas e instrumentos para identificar algunas limitaciones económicas, emocionales e intelectuales, condiciones de vivienda, salud, alimentación, entre otras, de las personas que padecen una LME, así mismo a través de la intervención individualizada o grupal lograr la inclusión al contexto sociocultural sin sentir pena, miedo, ansiedad o angustia.

1.2 Lesión Medular

Una LME puede ser provocada por diversas situaciones o circunstancias (nacimiento, enfermedad y traumatismo por caída o accidente). Al lesionarse la médula espinal altera e interrumpe la conexión entre el cerebro produciendo dificultades para la marcha, sensibilidad en ciertas partes del cuerpo y control de éste.

1.2.1 Concepto

La LME es un estado médico complejo que trastorna la vida, refiriendo a un daño en la médula espinal provocado por un traumatismo (accidente de tránsito, caídas y violencia) o por una enfermedad no traumática o degenerativa (OMS, 2014, párr. 1). Puede definirse, como todo proceso patológico, de cualquier etiología, que afecta a la medula espinal y puede originar alteraciones de la función neurológica por debajo de la lesión. Estas alteraciones pueden ser motoras, sensitivas y autonómicas (Montoto y Cols, 2006 citado en Murua, 2015).

Otra definición LME es la presentada por Brucker (1983) citado en Rueda y Aguado (2003), menciona que es una conmoción, compresión, laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión. El daño puede implicar la ausencia del control voluntario de los músculos esqueléticos, la pérdida de sensación y la pérdida de función autonómica. El alcance de tales pérdidas depende del nivel de la lesión y de la cantidad de daño neural residual.

La LME es la discapacidad física adquirida que más atención ha recibido, siendo los lesionados medulares el grupo de personas con discapacidad que ha sido objeto de más observación, investigación y de mayor número de publicaciones, debido a que la LME es una alteración de la función neurológica que implica cambios en las funciones neurológicas, motoras, sensitivas y en la pérdida de funciones autonómicas (Aguado y Alcedo, 1995), autor que describe los siguientes tipos:

1.2.2 Tipos

Algunos de los tipos de estilos de lesión son fracturas simples, fractura en lágrima, dislocación, estallido; algunos mecanismos de lesión son la compresión, la hiperextensión (lesión de la mitad lateral de la médula), la hiperflexión (movimiento posterior excesivo de la cabeza o cuello). La ubicación de la LME determina las partes del cuerpo que están afectadas, las cuales se clasifican en:

1.2.3 Nivel de lesión

Los niveles de lesión son los siguientes:

Tetraplejía

La lesión se produce en los segmentos cervicales de la médula espinal (C1-C8). Este daño compromete a extremidades superiores, tronco, extremidades inferiores y órganos pélvicos. Si el compromiso es superior a C4, el individuo no puede respirar por sí mismo y se produce una tetraplejía dependiente de ventilación mecánica.

Paraplejía

Cuando la lesión ocurre por debajo de los segmentos cervicales. Esta denominación es común para la afectación de los segmentos dorsales, lumbares y sacros, dependiendo del nivel de lesión se verán afectados tronco, extremidades inferiores y órganos pélvicos

1.2.4 Extensión

En cuanto a la extensión la LME podemos definirla como completa o incompleta.

Lesión Completa

Ocurre cuando se interrumpen todas las conexiones medulares por debajo de la lesión con la consiguiente pérdida de movilidad, sensibilidad e inervación autónoma.

Lesión Incompleta

Existe persistencia de la inervación total o parcial motora, sensitiva y autónoma.

1.2.5 Severidad de la lesión

Una vez identificada la extensión de la lesión, se procede a clasificar el grado de esta:

Grado A (lesión completa)

No hay preservación motora ni sensitiva en los segmentos sacros. En este grado se permite la zona de preservación parcial definida como el dermatoma o miotoma más bajo de cada lado con algún de sensibilidad por encima de cero.

Grado B (lesión incompleta)

No hay función motora, pero si sensitiva por debajo de la lesión hasta los últimos segmentos (sacros S4-S5).

Grado C (lesión incompleta)

Hay preservación sensitiva y parcial preservación motora. La mitad de los músculos claves infralesionales tienen valoración inferior a “3”.

Grado D (lesión incompleta)

Sensibilidad normal y la mitad de los músculos claves infralesionales tienen una valoración media superior a “3”.

Grado E (normalidad neurológica)

La función sensitiva y motora son normales.

En suma, la LME consiste en tipos, niveles, grados y extensión, dicha lesión se clasifica dependiendo de la severidad del daño y como es que repercute en su movilidad o sensibilidad. Cabe señalar que esto será determinado por profesionales de la salud para especificar las partes del cuerpo que están afectadas por la lesión y la pérdida de su función.

1.2.6 Síndromes medulares incompletos

Las personas con LME presentan síndromes medulares que de acuerdo con la American Spinal Injury Association (2019) citado en ASPAYM, (2018), se clasifica de la siguiente forma:

Síndrome centromedular (S. de Schneider)

Es el más común, se produce en los niveles cervicales y se caracteriza por mayor debilidad en los miembros superiores que en los inferiores y preservación al menos parcial sacra. Predomina en sujetos de mayor edad debido a los cambios degenerativos en la columna cervical. El mecanismo suele ser una hiperextensión del cuello. Suele tener buen pronóstico, aunque éste empeora con la edad.

Síndrome Brown-Séquard

Se trata de una hemisección medular que supone por debajo del nivel de lesión: pérdida motora del mismo lado, pérdida de la propiocepción del mismo lado y pérdida de la sensibilidad termoalgésica del lado contrario. Ocasionalmente se encuentra en su forma pura. El pronóstico de recuperación funcional depende de las distintas formas de presentación y generalmente es bueno.

Síndrome medular anterior

La lesión afecta a los dos tercios anteriores del cordón medular sin afectación de las vértebras posteriores. Se presenta con una mayor o menor pérdida de función motora y de sensibilidad termoalgésica con preservación de la sensibilidad de los cordones posteriores.

Lesión de Cono Medular y Cola de Caballo: el cono medular se encuentra a la altura de la carilla inferior de L1 y comprende los niveles medulares S2-S4. El segmento inmediatamente por encima es el epicono constituido por los niveles L4-S1.

La cola de caballo está constituida por las raíces nerviosas de los últimos segmentos del cordón medular. Las lesiones de epicono son de primera motoneurona igual a las lesiones de niveles superiores. Las de cono afectan específicamente la función esfinteriana, vesical y sexual y las lesiones de cola de caballo son de segunda motoneurona. En las instituciones de salud es difícil encontrar dichas lesiones de forma independiente ya que lo normal es que se disfracen entre ellas.

Los síndromes medulares se caracterizan por diferentes síntomas en función de la localización de la LME, esta condición puede repercutir en una lesión completa y afectar uno o varios niveles o comprometer solo una parte de la medula espinal.

1.2.7 Repercusiones en usuarios con Lesión Medular Espinal

Cabe destacar que, en un estudio sobre la discapacidad, ya se diferenciaba entre las implicaciones personales y sociales. Las implicaciones personales hacen referencia a los efectos de la discapacidad sobre el sujeto y las reacciones de la persona a tales efectos; mientras que las sociales incluyen las acciones, las actitudes y las políticas de la sociedad hacia las personas con discapacidad (Shontz, 1980).

Proceso Emocional y Adaptación a la Lesión Medular

La LME conlleva a las personas se enfrentan diversas alteraciones de tipo personal, físico, social, familiar, ocupacional, sexual, desde el momento en que ocurre la lesión, así mismo las apariciones de emociones y pensamientos en ocasiones son contradictorios, esperanzadores, destructivos o inexplicables. Según la Asociación de Personas con Lesión Medular y otras Discapacidades Físicas (ASPAYM, 2018, pp. 42-48). Sin embargo, la adaptación a la LME inicia en:

Período Hospitalario

Se podría pensar que en las lesiones causadas por cuestiones médicas; las cuales en general se establecen de forma progresiva (poco a poco se va perdiendo sensibilidad, disminuye la fuerza de los miembros), puede intuirse lo que va a ocurrir; frente a las

causadas de forma traumática (instauración inmediata). Esas primeras reacciones ante la LME son la negación (mecanismo de defensa) y la esperanza.

Este mecanismo de defensa ayuda a evitar enfrentarse a unas circunstancias no deseadas; pero también es cierto, que mantener durante mucho tiempo esta respuesta supondría la no aceptación de la realidad y la consecuente distorsión de esta.

Volver a Casa

Una vez que se recibe el alta hospitalaria, se tienen contempladas dos cosas; la primera es que aún queda mucho para conseguir una óptima adaptación, y la segunda es que ya no existe el rol de enfermo; cuando uno retorna a casa, no es un enfermo, es una persona con secuelas, mayores o menores, pero no tiene una enfermedad, tiene secuelas de una LME.

Volver a casa significa comenzar a retomar los roles que cada uno tiene, esposo, padre, madre, hijo, trabajador, amigos, lo que significa reestructurar todas las áreas de la vida y supone tomar decisiones. Decisiones que se adoptarán en base a la prioridad que se le dé a cada una de ellas.

Familia

La familia puede comenzar a considerarse, en el periodo hospitalario, vida del lesionado y corre el riesgo de comenzar a asumir que su vida ya no será su vida. Tendrá que cuidar para siempre al que está en la cama.

En el hospital el familiar aprende lo que es la lesión, los sondajes, los cambios posturales, la necesidad de cambiar y adaptar la casa y/o el vehículo.

Volver a casa conlleva reorganizarse nuevamente, adecuarse a las necesidades del lesionado. La familia debe tener claro que ya no es un enfermo; es una persona a la que habrá que cubrir las necesidades imprescindibles que por sí mismo no puede hacer, pero, ya no hay que mantener una respuesta de protección.

Todo lo contrario, la familia ha de tener claro que esa persona tiene que tomar las riendas de su vida, y por lo tanto hay que ayudarla y aplaudirla en las decisiones que tenga que tomar.

1.2.8 Salud

Para la OMS (2013) la LME se:

Asocia al riesgo de padecer diversas enfermedades secundarias que pueden resultar debilitantes e incluso ser potencialmente mortales, como, por ejemplo, trombosis venosas profundas, infecciones urinarias, espasmos musculares, osteoporosis, úlceras de decúbito, dolores crónicos y complicaciones respiratorias. Los servicios de atención a pacientes agudos, de rehabilitación y de mantenimiento de la salud son esenciales para la prevención y el tratamiento de estas afecciones (párr. 17).

Retomando los aportes de la OMS menciona que existe una serie de medidas esenciales que permite mejorar la supervivencia, la salud y la participación de las personas con LME, como a continuación se describen:

1. **Manejo prehospitalario adecuado y oportuno:** reconocimiento rápido de presuntos casos de lesión medular, evaluación precoz e inicio inmediato del protocolo de manejo pertinente, con inmovilización de la columna vertebral.
2. **Acceso a la asistencia sanitaria:** continuada, a programas de educación sanitaria y a dispositivos médicos (por ejemplo, catéteres) para reducir el riesgo de padecer afecciones secundarias y mejorar la calidad de vida.
3. **Acceso a servicios especializados de rehabilitación y de salud mental:** para potenciar al máximo el funcionamiento, la autonomía, el bienestar general y la integración en la comunidad (las intervenciones destinadas a recuperar el control de la vejiga y el control intestinal son de suma importancia).

Consideramos que, muchos de los efectos adversos asociados a las LME no derivan de la lesión en sí, sino de carencias en la prestación de la atención médica y los servicios de rehabilitación, así como de la persistencia de barreras en el entorno físico, social y político.

1.2.9 Psicopatología en usuarios con Lesión Medular Espinal (LME)

Debido a las secuelas orgánicas o físicas, desde el punto de vista psicosocial, se genera una alteración de la imagen corporal que afecta a la autoestima y a la autoimagen. La adaptación a la nueva situación provoca emociones y sentimientos diversos como rabia, miedo, angustia, impotencia, tristeza, consecuencia de la disminución de las expectativas de su proyecto vital, que ha sido truncado (Rebollo, *et al.*, 2004 citado en Tabuenca y Viscasillas, 2020).

Imagen Corporal

Cada persona tiene una representación mental de su cuerpo. Cuando ocurre la LME, la imagen corporal ha de cambiar. Hay que percibirse de nuevo; el cuerpo no siente o se siente de forma alterada, no anda y esta nueva imagen hay que incorporarla mentalmente. Esa nueva percepción mental corporal tarda en conseguirse.

Estrés postraumático

Al principio de la lesión se produce la reexperimentación de la situación traumática vivida. El lesionado tiene pensamientos e imágenes de la situación vivida y que ha amenazado o amenaza su integridad física como si estuviese ocurriendo en el momento. Esto se traduce en problemas de sueño, sobresaltos, irritabilidad [...]

Crisis de angustia

Aparece súbitamente la sensación de pánico y terror, de muerte inminente, aumentan las palpitaciones, falta el aliento, parece asfixiarse [...] todo como reacción a la falta de control de la situación. Estas crisis, más numerosas en la fase hospitalaria, estas irán disminuyendo con el paso del tiempo y el control de la situación.

Depresión y trastornos de ansiedad

La depresión es una complicación frecuente en los pacientes con LME encuentran que presentan una depresión en una primera etapa (3-6 meses) esta se correlaciona con la gravedad de la lesión y con historia premórbida de depresión, en comparación con pacientes que presentan una depresión de inicio diferido (Kishi *et al.*, 1995).

Por otro lado, encuentran que los síntomas depresivos fluctúan a lo largo de los años. Los factores predictores de síntomas depresivos serían el aislamiento (falta de participación en actividades comunitarias), la presencia de una lesión incompleta de LME, consumo abusivo de alcohol, la presencia de dolor y de incontinencia urinaria (January *et al.*, 2014).

Suicidio

Posiblemente una de la causa más destacadas de muerte prematura en pacientes con LME sea el suicidio. Para Girar, Minaire y Perrineriche (1980), consideran que el suicidio está presente antes y después de la LME, es decir, un número considerable de LME traumática por caídas pueden atribuirse a intentos fallidos de suicidio.

El suicidio es la causa principal de muerte de los pacientes con paraplejia completa, y la segunda causa de muerte en los pacientes con paraplejia incompleta. Las personas que sufren una LME se enfrentan a situaciones que les obliga a adaptarse y afrontar cambios que afectan todas las dimensiones de su vida, sin embargo, los aspectos psicológicos no se producen de forma aislada, sino que derivan del nivel de lesión que les impide desarrollarse en su vida cotidiana.

1.2.10 Social

Las falsas creencias, las actitudes negativas y las barreras físicas que obstaculizan la movilidad básica provocan la exclusión de muchas personas, que dejan de poder participar plenamente en la sociedad. Para la OMS (2001) el bienestar social incluye:

Uno de los puntos básicos en la definición de la salud. Un factor igualmente importante es la respuesta de la sociedad a las necesidades de los discapacitados en forma de disponibilidad de los recursos, la accesibilidad del entorno, el acceso a la información o la atención sanitaria especializada; es decir, el apoyo social con que puede contar la persona discapacitada, sin el cual no es posible que se considere integrado, ni que se sienta parte de la comunidad en que vive (p. 4).

Sin embargo, el proceso rehabilitador tiene como propósito la reinserción social, la reintegración del individuo en su familia y en su entorno, y si es posible en su profesión o en otra nueva que pueda desarrollar eficazmente. Es evidente que cualquier persona con discapacidad encuentra todavía serias dificultades para satisfacer sus necesidades, tanto en el terreno material, económico o arquitectónico (accesibilidad y adaptación de materiales e instalaciones) como en la disposición social a aceptar situaciones nuevas en relación con su discapacidad (ASPAYM, 2018), la reintegración social de la persona con LME gira en relación con los siguientes ámbitos:

Vivienda

El hogar constituye el entorno más cercano en el que hay que moverse. Volver al hogar después de la hospitalización significa adecuarlo a las limitaciones causadas por la lesión. En relación con la vivienda, pueden darse tres situaciones: -

1. La casa que se tiene es accesible y está adaptada a las nuevas necesidades que se presentan. No es necesario hacer nada en la vivienda, sirve tal y como está.
2. La casa que se tiene no es accesible y no está adaptada a las necesidades que se tienen ahora. Pero con reforma y adaptaciones va a servir.
3. La casa no es accesible y no está adaptada a las necesidades actuales. No se puede reformar ni adaptar. Hay que cambiar de casa.

Educación

El acceso a ella se hace difícil, debido principalmente a que obligan, en la mayoría de los casos, a cambiar a un colegio o universidad adaptada para discapacitados. Si tenemos en cuenta la competencia que hay para acceder a un puesto de trabajo, se hace imprescindible una formación superior para poder competir con el resto, con el inconveniente de que la persona discapacitada tiene más problemas a la hora de acceder a ellos.

Trabajo

El trabajo y la independencia económica son esenciales para que las personas tengan un sentimiento de suficiencia personal, de dignidad, de autoestima y para sentirse uno mismo, como miembro valioso tanto de la familia como de la sociedad. Encontrar un puesto de trabajo en esta situación, se hace complejo, ya que las empresas, consideran que estar sentado en una silla de ruedas, es sinónimo de incapacidad, no dándole al lesionado medular, ni siquiera la oportunidad de demostrar su valía, si bien es cierto, poco a poco se va avanzando en su integración.

Los principales obstáculos a los que se enfrentan las personas con LME para su integración laboral están compuestos por cuatro ámbitos:

1. Personales: condiciones físicas y problemas para seguir su formación.
2. Social: relativo a la opinión que tiene la sociedad.
3. Legal: insuficiencia normativa y el incumplimiento de la existente (obligatoriedad en las empresas privadas a tener en su plantilla un 2% de minusválidos y un 3% en las públicas).
4. Estructural: escasez de puestos laborales en las empresas.

Con relación a este tema, el profesional en Trabajo Social es el encargado de gestionar, educar, investigar, asistir y coordinar las posibles alternativas de solución ante las diversas problemáticas que presentan las personas con LME, mediante su participación en acciones asistenciales, de protección física, mental y social, con el fin de incorporarlas a una vida plena y productividad.

1.3 Sexualidad

La OMS (2018), la sexualidad la define como:

Un aspecto central del ser humano es la sexualidad que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual [...] fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (párr. 1).

La sexualidad humana no supone exclusivamente la explicitación de los instintos biológicos, ni tampoco es el fruto del aprendizaje social pasivo, sino que es el resultado de la interacción cognitiva entre las personas y el medio ambiente. La propia naturaleza (Money y Ehrhardt, 1982 citado en Barragán, s.f., p.15). Cuando se aborda el tema de la sexualidad en las personas con LME es frecuente que se asuman varias posturas entre las que destacan:

1. Una posición eminentemente rehabilitadora-biologicista, enfatizando los niveles de la lesión y lo que podrá hacer con relación a lo sexual.
2. Una visión androcéntrica ya que sólo hace referencia a los varones con LME en la búsqueda de lograr una erección.
3. La referida a que no pasa nada ya que lo más importante es el amor y el "amor lo puede todo".

En todas ellas se evidencian las concepciones subyacentes, esto es, en la primera aparenta la idea de que algo anda mal y se le debe rehabilitar, en la segunda una idea equívoca de sexualidad pues no es sólo el coito y la erección lo importante y la tercera la negación a algo que le da una vuelta a la relación de pareja, pero se le niega y al hacerlo no se plantean alternativas integrales (Olivier, s.f.).

La LME provoca trastornos motores manifestándose como paraplejia, originando alteración motora de la cintura hacia abajo o tetraplejia (cuadriplejia) si se pierden los movimientos en los 4 miembros (superiores e inferiores). Las cuales pueden ser de tipo completa si la pérdida de la movilidad y la sensibilidad está ausente e incompletas o si se mantiene parcialmente ya sea la función motora o sensitiva, lo que origina según Olivier (s.f.):

1. Trastornos de la sensibilidad o la pérdida completa de ella (dificultad en percibir el orgasmo).
2. Alteraciones en la función sexual (disfunción eréctil).
3. Alteraciones en la función de la vejiga (control de esfínteres).
4. Alteraciones en la función intestinal.

Retomando nuevamente los aportes de Oliver, la sexualidad tiene que ver con cuestiones tales como la autoestima, dignidad humana, Derechos Humanos e identidad de lo que significa la masculinidad y feminidad y cómo estas se ven afectadas, es decir, la sexualidad es:

1. Una característica inherentemente humana (con o sin discapacidad).
2. Está presente desde que nacemos hasta que morimos.
3. Es totalmente diferente a sexo, es decir, no son equiparables.
4. Es totalmente diferente a reproducción.
5. Es independiente de la raza, color, etnia, características físicas, es decir; la sexualidad está presente en todos los humanos.

La capacidad para mantener una relación sexual tiene suma importancia para la mayoría de las personas que padecen algún tipo de LME. Sin embargo, las preocupaciones comunes para el hombre son: ser capaz de tener y mantener una erección y un orgasmo en el momento oportuno con la pareja. En el caso de la mujer, las preocupaciones habituales están relacionadas con la capacidad de excitarse y mantener la excitación y su capacidad para alcanzar el orgasmo. Patiño y Gualotuña (2011, pp. 25-26.), retoman que el manejo de la sexualidad radica en el tipo y grado de lesión que padezca la persona.

Las personas con LME pueden ejercer una sexualidad plena y armónica. Depende de ellas como manejarán su sexualidad sin temores, tabúes, considerando su tipo de lesión, sus limitaciones y capacidades.

1.3.1 Función sexual

Desde un punto de vista físico, una vez ocurrida la LME, es habitual que el intrincado mecanismo reflejo que controla la actividad sexual normal se encuentre alterado y, en consecuencia, existan ciertas disfunciones en el arco reflejo genital, que en el hombre se expresa como una alteración de los fenómenos físicos que controlan la actividad sexual, es decir de la erección, eyaculación y percepción orgásmica. Estas alteraciones van a ir generalmente acompañadas de un desorden de la personalidad, manifestándose con sentimientos de desconfianza en los demás, baja autoestima, temor al abandono, etc., que hace necesario abordar y tratar estas disfunciones, al objeto de que el paciente desarrolle nuevamente su sexualidad de forma que sea satisfactoria para él y su pareja (Sánchez y Pinto, 2000).

Dentro de la personalidad, la sexualidad es una parte importante, no sólo por el hecho de alcanzar el deseo de contacto, de intimar, de lograr placer, ternura y amor sino también de la necesidad del individuo de realizarse plenamente desde su condición de ser sexuado. Su completo desarrollo, en todas las dimensiones de la vida, es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. En la mayoría de las personas con discapacidad se afecta por múltiples motivos, entonces no se puede considerar como completo un programa de rehabilitación que no incluya la educación, orientación y el tratamiento de las necesidades sexuales.

Mujer

Una LME presenta desafíos importantes para varias de las funciones del cuerpo, especialmente aquellas que están en el nivel de la lesión o por debajo de ella. Según Craig (2020) los cambios en la función sexual dependen de su nivel de lesión y de cuán completa es. La función de cada persona es única y puede ocurrir que no encaje dentro de ninguna de las descripciones anteriores, dicha lesión puede repercutir en su fertilidad, en los periodos menstruales y en el uso de métodos anticonceptivos. Es decir, los

períodos menstruales frecuentemente se detienen durante un período debido al shock que ha recibido el cuerpo después de una lesión traumática o enfermedad. Generalmente vuelve a aparecer dentro de seis meses o menos.

La función sexual y el placer son mayormente psicológicos. Los seres humanos experimentan muchos daños físicos sin perder su deseo sexual. Después de una LME, las personas todavía pueden tener una vida sexual gratificante como la que disfrutaban antes de la lesión.

Tener sexo después de LME se parece mucho a tener sexo por primera vez. Las personas que se aproximan al sexo con una mente abierta, con deseo de experimentar y descubrir qué funciona y qué no después de su lesión, tienden a tener más éxito y a informar su satisfacción. Los aportes de Craig (2020, pp.2-10), refiere que la disreflexia autónoma (DA) es un aumento en la presión de sangre resultante de un estímulo por debajo del nivel de su lesión. La DA es posible durante la actividad sexual. Aquí se detallan algunas formas en las que se puede afectar:

1. Estimulación brusca del área genital (tocar, presionar o succión).
2. Usar un vibrador para la estimulación (lubricante).
3. Menstruación, embarazo (especialmente el trabajo de parto y alumbramiento), infección o inflamación de la vagina o útero.

Hombre

En el caso de los hombres con LME, como se menciona en los aportes de Craig (2020), presentan desafíos importantes para varias de las funciones del cuerpo, especialmente para aquellas que están en el nivel de la lesión o por debajo de ella. Para muchos hombres, tener una erección es una de las primeras preguntas en su mente. Después de una LME, los hombres pueden lograr erecciones en alguna de las tres formas:

1. **Psicogénica:** la mayoría de los hombres después de LME, tener una erección simplemente pensando sobre algo sexi. Debido a que el área de la médula espinal responsable de las erecciones se localiza entre T11 y L2, por lo tanto, si la LME está sobre este nivel el mensaje (pensamiento sexi) de su cerebro no puede atravesar la parte dañada de su médula espinal.
2. **Reflexogénica:** algunos hombres con LME pueden tener una erección cuando se cambian el catéter, limpian o secan su pene, incluso al rozar su cuerpo con la vestimenta. Es importante prestar atención a aquello que causa una erección ya que eso puede ser útil para ocasiones futuras.
3. **Espontáneo:** después de LME, algunos hombres aún pueden tener una erección cuando su vejiga está llena. Dependiendo de cuánto dura la erección, ayudará a determinar la utilidad para la actividad sexual.

Algunas veces la LME evita que se cierre el cuello de la vejiga y el líquido seminal es eyaculado dentro de la vejiga en lugar de fuera del pene: esto se conoce como *eyaculación retrógrada*, a su vez la disreflexia autónoma durante la actividad sexual se puede desencadenar:

1. Estimulación brusca del área genital (tocar, presionar o succión).
2. Usar un vibrador para la estimulación (lubricante).
3. Eyaculación, infección o inflamación de los testículos.

En conclusión, una LME tanto en hombres como en mujeres influye en establecer relaciones de afecto, amor, comprensión, entre otros, siendo la actividad sexual su principal preocupación debido a que es esencial para el desarrollo y su salud.

Las consecuencias sexuales en los lesionados medulares se encuentra en aquellos que han tenido baja autoestima lo que representa que tengan dificultades para reconectarse con la vida sexual luego de haber sufrido una lesión. La mayoría de los lesionados medulares en el proceso de rehabilitación no han recibido información suficiente y exacta, desconociendo su capacidad sexual, consideramos que es necesario incluir la educación sexual dentro de su rehabilitación integral para aumentar su calidad de vida.

CAPÍTULO II: TRABAJO SOCIAL Y UNIDAD BÁSICA DE REHABILITACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

En este capítulo se abordarán temas referentes a la disciplina de Trabajo Social donde se describen sus etapas, tipos de conceptualización, se define el objeto y sujeto de intervención, así como los métodos y áreas de intervención, las cuales muestran su trascendencia y actualidad en la realidad social. En relación con este tema, se presenta brevemente la descripción de la estructura organizativa de la Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social de San Mateo Atenco, Estado de México, que tiene como finalidad brindar atención medica-rehabilitadora a personas que presentan al tipo de discapacidad.

2.1 Antecedentes del Trabajo Social

De acuerdo con Boris Lima (1986) citado en Zamora (2013) el desarrollo histórico del Trabajo Social ha pasado por cuatro etapas:

Etapa pre-técnica: también llamada etapa de caridad y beneficencia. La ayuda a familias, comunidades, hermandades y cofradías se realizaba a través del ámbito político, económico y social, se caracterizaba por actividades centradas en remediar situaciones de indigencia y asistencia.

Etapa técnica: conocida como asistencia social, se enfocaba en el tratamiento a la pobreza ya que se veía como amenaza a la comunidad y al Estado, reconociendo los derechos humanos e incorporando agentes especializados de la acción social que trabajaran directamente con el asistido.

Etapa pre-científica: se conoce como servicio social, en ella se incorporan las Ciencias Sociales se constituyen organizaciones gremiales, congresos, simposios y organizaciones internacionales, incorporando técnicas y métodos en los tres niveles de atención de la práctica profesional: individual, grupo y comunidad.

Etapa científica: surge Trabajo Social a partir del movimiento de la reconceptualización en 1965, unificando criterios internacionales para el ejercicio de la profesión, asumiendo la intervención de manera interdisciplinaria y especializada alcanzando el reconocimiento como disciplina científica.

Es importante mencionar que el Trabajo Social está ligado a la idea de trabajo de bienestar social; pero debe de ser entendido en términos amplios, como una disciplina en relación con su evolución histórica (Leiby, 1979 citado en Carranza, 2011, p.2). Según Ramírez (1987) el Trabajo Social se ha llevado de acuerdo con las necesidades sociales de los sujetos de estudio:

Primera Etapa

Al terminar la primera guerra mundial surgen en Europa una serie de necesidades, consecuencia de la guerra de los movimientos sociales. Son necesidades primarias de subsistencia, alojamiento y salud, las que constituyen las exigencias de la población que han sufrido la guerra. La instrucción elemental y un mínimo de seguridad son aspiraciones que se convierten también en necesidades. Surgiendo así la asistencia social que referencia a una serie de actividades de acción sistemática y organizada para enfrentarse a las necesidades individuales y colectivas. Utilizando la aplicación de conocimientos científicos para luchar contra las desigualdades sociales (misericordia, pobreza, enfermedad y delincuencia) logrando así la transformación en los servicios de asistencia social o médico-social.

Los cambios que se marcaron el Trabajo Social fue participación en las obligaciones de la sociedad ante los individuos y las familias. Los servicios jurídicos, económicos, de salud y educativos a la comunidad, tuvieron como la finalidad contribuir al cambio de las desigualdades sociales de los individuos, mediante la promoción de reformas económicas y sociales.

Segunda Etapa

Esta etapa se caracteriza por el surgimiento de la metodología del Trabajo Social tradicional, a continuación, se hace una breve descripción de esta:

Mary Richmond (1817) presenta la primera propuesta de sistematización de Trabajo Social en su obra Social Diagnosis en la cual propone el proceso metodológico para la atención individualizada, observando que esta intervención tenía influencia del psicoanálisis y la psicología, dando mayor importancia a los componentes emocionales e inconscientes del comportamiento humano. Se tenía como propósito la búsqueda del equilibrio del sujeto y su medio social.

Así mismo, surge en los Estados Unidos los primeros intentos de Trabajo Social de grupo. En la lucha por una mejora de la sociedad industrial, se despierta el interés por los niños y adolescentes, aparecen los primeros movimientos juveniles, cuyas actividades pasaron a ser objeto del Trabajo Social de grupo. En 1946, Gisela Konopka presenta los componentes básicos de este método: diagnóstico y tratamiento, considera la dinámica individual y la grupal.

Ante el problema del “subdesarrollo” y las técnicas del “desarrollo”, el Trabajo Social, en su constante búsqueda de respuestas para las situaciones humanas que necesitan transformación y/o modificación, amplía el método de organización de la comunidad con los conocimientos del “desarrollo”. Surge un nuevo modo de intervención en el Trabajo Social comunitario. Desarrollo y comunidad son dos conceptos amplios que al quererlos unir superan el radio de acción de los asistentes sociales y “el desarrollo comunitario” tiende a ser objetivo del trabajo de equipos de especialistas y/o técnicos, entre los que están los trabajadores sociales.

Tercera Etapa

Esta etapa se considera fundamental para el Trabajo Social, por su actitud crítica y de reflexión, donde los trabajadores sociales y escuelas se reúnen para trabajar y pensar sobre el sentido y significado de la profesión, con la finalidad dar un mayor énfasis a su actitud ante el Trabajo Social que han recibido y la terminología que han creado, debido

a que la palabra “reconceptualización” es la más representativa del movimiento, se explica principalmente por el reto de una realidad en crisis, es decir, representa “el esfuerzo por integrar la profesión a la problemática real del hombre y los resultados de la evolución de las ciencias sociales”. Ante tal crisis Ander-Egg (1965) citado en Ramírez (1987, pp.78-84), muestra una actitud positiva: dice el “El Trabajo Social será una fuerza importante para la renovación y transformación de la sociedad, precisamente porque es una profesión que está en contacto con la realidad social”. Es decir, no se trata con la “reconceptualización” solamente de una revisión a nivel teórico, sino incluso a nivel metodológico.

2.2 Conceptualización de Trabajo Social

El Trabajo Social, anteriormente se denominaba servicio social, a lo largo del tiempo se han ido aceptando diversas acepciones hasta nuestros días. Por ejemplo:

Tello (s.f.) define al Trabajo Social como:

Disciplina de las Ciencias Sociales que tiene por objeto de estudio la intervención social con sujetos concretos individuales o colectivos que tienen un problema o una carencia social en un momento determinado. Su acción deviene de lo social y recae en lo social precisamente en el punto de intersección que genera la relación sujeto problema contexto (p. 3).

García (1991) refiere que el Trabajo Social es:

Toda profesión tiene su razón de ser en la existencia de una demanda social que plantea como necesaria la intervención de una práctica especializada en determinado tipo de problemas en este caso, Trabajo Social se constituye en profesión para intervenir en el efecto que tienen las condiciones estructurales de la sociedad en las condiciones de vida de las clases subalternas, y la especificidad de esta intervención consiste en la intermediación a través de la cual Trabajo Social establece el vínculo entre los recursos y satisfactores y las necesidades y carencias involucradas en cada intervención (p. 3).

La profesión de Trabajo Social tiene una función de concientización, movilización y organización del pueblo, para que en un proceso de promoción del autodesarrollo interdependiente, individuos, grupos y comunidades realizando proyectos de Trabajo Social, insertos críticamente y actuando en sus propias organizaciones, participen activamente en la realización de un proyecto político que signifique el tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra de plena participación del pueblo en la vida política, económica, y social quien que crea las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser (Ander-Egg, 1986).

La Escuela Nacional de Trabajo Social (1978) citado en Alayon (1987) refiere que:

El Trabajo Social es una disciplina de las Ciencias Sociales, que mediante metodología científica contribuye al conocimiento de los problemas y recursos de la comunidad, en la educación social, organización y movilización consciente de la colectividad, así como en la planificación y administración de acciones, todo ello con el propósito de lograr las transformaciones sociales para el desarrollo integral del hombre (p. 29).

Con relación a las notas de discusión consideramos que el Trabajo Social se encuentra vinculado a la búsqueda del bienestar social de los sectores vulnerables, se trata de una disciplina que promueve el cambio social a través de la intervención en las diversas problemáticas sociales a las que se enfrenta la población en su contexto social.

Referente al tema, Aguilera (2013) menciona que coexisten dos tipos de demandas sociales: las prestacionales y las promocionales, creando una conceptualización donde se identifica una dualidad como elemento teórico básico para entender la profesión de Trabajo Social. Los procesos de intervención para formular respuestas formales por parte de los profesionales del Trabajo Social son las siguientes:

1. **La Intervención Asistencialista-Prestacional:** procura los recursos y posibilidades institucionales existentes, alivia las necesidades, limitaciones y, presiones externas. Proceso que transcurre desde el exterior al interior de las personas que solicitan ayuda social.

2. **La Intervención Autonomista-Promocional:** corrige las deficiencias en la capacidad de respuesta o de funcionalidad social de los individuos. Se trata de un proceso que transcurre desde el interior hacia el exterior, es decir, desde las personalidades o subjetividades, hacia las condiciones o situaciones de la realidad social.

El Trabajo Social se considera una disciplina que estudia y codifica las condiciones humanas y materiales para la realización del individuo como sujeto activo del bienestar social. En su acepción profesional se atribuye como la actividad laboral sistemática y fundamentada en los conocimientos que ejercen los trabajadores sociales durante el proceso de intervención en las transformaciones de la realidad social.

Consideramos que el Trabajo Social es una profesión, así como una disciplina que genera el cambio social, utiliza métodos y técnicas en función de su quehacer profesional las cuales derivan en el bienestar biopsicosocial de las personas.

2.2.1 Objeto de Intervención

El objeto es con lo que trabaja una disciplina para conocerla y transformarla, construyéndose mediante la práctica profesional y social, por lo cual el profesional va creando y desarrollando su propia identidad.

En los inicios de la década de los ochenta, el Centro de Estudios Latinoamericanos de Trabajo Social CELATS (s. f.) citado en Martínez y Torrecilla (2015) propone una distinción importante respecto de la delimitación del objeto profesional, orientada por el interés de consolidar la posición reconceptualizadora. Sin embargo, para De la Red (1993) citado Viscarret (2014), se trata de considerar al Trabajo Social como una profesión que ocupa y ejerce una posición en el seno de la lucha de clases que se despliega en la sociedad capitalista y, su objeto, no solo como objeto de estudio, sino de intervención (p. 231).

El objeto de intervención de Trabajo Social está basado en las problemáticas y necesidades sociales del individuo y colectivos. Para el CELATS (s.f.) citado en Parra (1999) menciona: “definir el problema objeto de intervención es delimitar qué aspectos de una necesidad social son susceptibles de modificar con nuestra intervención profesional”. Concluye afirmando que “el objeto de intervención no está dado en la realidad, sino que es una construcción. Su delimitación permite establecer una metodología de intervención” (p. 6).

El desarrollo histórico del debate acerca del objeto en 1975, (Nidia Alywin, 1981 citada en Martínez y Torrecilla, 2015) plantea desde el contexto chileno:

La posibilidad de definir el objeto del Trabajo Social en términos de problemas sociales o problema social. La profesión es nacida justamente para enfrentar científicamente los problemas sociales, el Trabajo Social encuentra en ella su materia prima, su objeto de acción [...] esto implica en cierta forma una ruptura con lo real percibido y con sus relaciones aparentes, para buscar las relaciones objetivas y las causas profundas que expliquen la vida social y que escapen a la percepción y a la conciencia (p. 233).

Por otro lado, se define que el objeto de una disciplina es el equivalente teórico de una necesidad demandada por la realidad, para cuya satisfacción debe ejercerse una función específica, entonces lo que hay que investigar teóricamente y, en primer lugar, es esa necesidad, esos problemas, ya que el dominio gradual sobre ellos es lo que determinará las pautas para actuar (Escalada, 1986).

García (1986, p. 18), lo define como un fenómeno real y concreto que demanda ser atendido. Es también una elaboración intelectual, en la medida en que se le construya como objeto de conocimiento, a fin de dar cuenta de él, desde una teoría. Sin embargo, García (1986) citado en Martínez y Torrecilla (2015) observa: el problema del objeto del Trabajo Social es la ambigüedad que implica su delimitación, dada su vaguedad en considerarlo como “lo social”, “problema social”. Se configuran obstáculos que derivan en:

El objeto de intervención se designa a través de la evidencia empírica, múltiple y diversa, con que aparece en la dinámica social [...] se conceptualiza retomando, lineal y mecánicamente, los conceptos elaborados en el campo de diferentes disciplinas de las ciencias sociales, se identifica totalmente con el sujeto portador del problema, Lo ubica genéricamente, en las necesidades y carencias en cuanto forma de expresión de las contradicciones de una sociedad; y en la conciencia, en cuanto un campo de representaciones que actúa como referencia y orientación del comportamiento individual y social (p. 236).

Por el contrario, la multiplicidad de problemas que se presentan por los sujetos con los que el Trabajo Social se encuentra, son todos objetos de intervención.

Considerando lo antes mencionado, el objeto de intervención es relevante en la profesionalización del Trabajo Social debido a la reconstrucción de las problemáticas o necesidades reales que surgen en la intervención social.

2.2.2 Sujeto de intervención

Para Ulloa (2012) la intervención de Trabajo Social está dirigida a asuntos relacionados con las problemáticas y necesidades que se presentan dentro de los diferentes ámbitos como el social, político y económico, considerando que éstas pueden tener una connotación diferente debido al contexto sociocultural donde se desenvuelven los sujetos. Los sujetos son considerados como individuos en constante cambio, distinguiendo tres tipos:

1. Sujeto portador de la necesidad (el cliente, el usuario de los recursos y servicios que se le otorgan).
2. Sujeto portador del recurso (institución a cargo de proporcionar los recursos).
3. Sujeto mediador, es decir, el trabajador social.

Los métodos de intervención de la profesión de Trabajo Social son una acción desarrollada y organizada de control, seguimiento y asesoramiento que permite enfrentar problemas sociales con personas, grupos o comunidades, tomando en cuenta las capacidades, intuiciones y métodos propios de cada profesional, así mismo como el uso de conocimientos teóricos y procesos metodológicos para lograr una intervención eficaz.

2.2.3 Métodos de Intervención

El Trabajo Social en su desarrollo ha ido acercándose al proceder científico, no solo como una actividad creativa basada en las capacidades, intuiciones y métodos propios de cada trabajador social. Dal Par Ponticelli señala como la publicación de la obra *Social Diagnosis* (1917) por parte de Mary Richmond representa un momento significativo de redefinición del Trabajo Social, ciencia basada en el empleo del conocimiento teórico determinables de un proceso metodológico (Viscarret, 2014). Con posterioridad al método individualizado inaugurado por Richmond, surgen otros tres métodos de Trabajo Social que se distinguen en función del usuario: Trabajo Social de caso, grupo y comunidad.

Durante las dos últimas décadas, y como resultado de una mayor reflexión metodológica y teórica, la literatura científica del Trabajo Social dictado método para referirse a los métodos tradicionales del Trabajo Social, utilizando otros sustantivos. Así se utilizan términos como métodos básicos o niveles de actuación, niveles de relación con la población o procedimientos para intervenir (Viscarret, 2014).

Trabajo Social de casos

El Trabajo Social de casos “es un método de ayuda basado en un cuerpo de conocimientos en la comprensión del cliente y de sus problemas, y en el empleo de técnicas aplicadas, que trata de ayudar a la gente a ayudarse a sí misma. Es científico, porque cuanto que deriva sus conocimientos de la ciencia, y es artístico, ya que su uso debe constituir un verdadero arte” (Moix, 1991 citado en Viscarret, 2014 p. 41).

Para Mendoza, (2002) citado en Castro *et. al.* (2017), señala seis etapas del método individualizado como a continuación se presenta:

1. **Caracterización de la situación:** constituye el diagnóstico; donde se presenta el proceso y la situación del objeto en su estado actual; esta explicación es de forma cuantitativa y cualitativa del fenómeno y teniendo una viabilidad de solución.
2. **Planeación:** comprende todos los planes, programas y proyectos de la acción general; donde se establecen líneas de intervención, las estrategias y las distintas fases del proceso de intervención; del mismo modo las metodologías que guían las acciones específicas, identificando esfuerzos y recursos para la acción, estableciendo medidas pertinentes para la búsqueda de solución del problema.
3. **Programación:** son acciones y áreas del proceso de intervención que se plantean de manera específica; así mismo se delimitan las necesidades y los objetivos, detallando los tipos de técnicas e instrumentos a aplicar como parte del proyecto específico.
4. **Ejecución:** es la realización del proyecto; la organización de la población es fundamental; debido a que se designan responsabilidades, así como se delimitan funciones estableciendo canales de coordinación y comunicación. En esta etapa se crean grupos y equipos, considerando todo aquello que ofrece la investigación, cuyo fin es establecer la estrategia operativa y la implementación de acciones para dar solución a la problemática detectada en el proceso de investigación.
5. **Supervisión:** se vigila la correcta marcha del proyecto con función a las estrategias y los objetivos planteados; se detectan errores que se presenten durante la realización del proyecto, pero también se recuperan los aciertos; los cuales son sometidos a un proceso de reflexión y análisis ofreciendo cambios en la solución de situación-problema.

6. **Evaluación:** esta puede ser realizada en todo momento del proceso de intervención, mide y valora las acciones del proyecto para verificar el cumplimiento de los objetivos y las metas, así como la correcta utilización de los recursos y el cumplimiento de las funciones del personal operativo que participa en el proyecto de intervención.

Trabajo Social con grupos

El Trabajo Social con Grupos orienta a recuperar y fortalecer, mediante la interacción grupal y la realización de actividades de grupo, las capacidades sociales de las personas, para aumentar su enriquecimiento personal y su funcionamiento social, mediante la estructura social básica de socialización.

En relación con el proceso del Trabajo Social de grupos hay que señalar que al igual que su definición, proceso y sus objetivos varían dependiendo del enfoque teórico y del método del momento histórico encontrando diferentes fases a seguir dentro del método así por ejemplo (Toseland y Rivas, 1995 citado en Viscarret, 2014, p. 46) establecen cuatro fases:

1. **Planificación del Trabajo Social de grupo** (objetivos, composición del grupo, contrato, preparación del entorno).
2. **Fase inicial** (definición de objetivos, confidencialidad, definición del contrato, anticipación de los obstáculos, facilitar la motivación de los miembros, evaluación del funcionamiento de los miembros del grupo, evaluación del funcionamiento del grupo como un todo, evaluación del funcionamiento del entorno del grupo).
3. **Fase de trabajo** (preparación de las reuniones del grupo, estructuración del trabajo del grupo, implicación de los miembros del grupo, intervención con los miembros del grupo de forma individual, como grupo y con el entorno del grupo, trabajo con los conflictos, identificación del problema, desarrollo de objetivos, recogida de datos, selección de un plan de actuación, implementación de este).

4. **Fase de finalización** (evaluación, finalización del trabajo de grupo, despedida, sentimientos, planificación del futuro, etc.).

Trabajo Social comunitario

El Trabajo Social comunitario es un proceso que se lleva a cabo a través de la utilización, potenciación o creación de recursos, siendo la comunidad el principal recurso para tener en cuenta en cualquier intervención, mediante procesos de intervención con variantes y enfoques que han influido en el desarrollo cronológico de la intervención comunitaria. Según (Torres, 1987 citado Viscarret, 2014) en la intervención sigue los siguientes procesos o etapas:

1. **Estudio social de la comunidad**, incluye la recogida de datos históricos (geográficos, ecológicos, antropológicos, económicos, organizativos) y que posee un ámbito geográfico previamente delimitado.
2. **El diagnóstico comunitario**, consiste en valorar las necesidades, problemas y conflictos, así como circunstancias de la vida comunitaria para establecer prioridades basándose en las situaciones formuladas por la propia población.
3. **La planificación**, es el resultado del análisis diagnóstico, que se refleja en planes de ejecución, donde se determinan con precisión los objetivos, tiempo, recursos, lugar y participantes.
4. **La ejecución**, realización de los planes, programas y proyectos que se reducen a actividades concretas, dinamizadas por los habitantes de la misma comunidad, como agentes de su propia organización y desarrollo.
5. **La evaluación**, cuyo papel es el regulador de los procesos, objetivos y los resultados (pp. 51-52).

El Trabajo Social de caso, grupo y comunidad persisten en la acción profesional como uno de los pilares de la intervención en el Trabajo Social, asumiendo nuevas aportaciones teóricas que le han dado una perspectiva de reflexión de la cual se ha concretado en diferentes enfoques y modelos de intervención.

2.2.4 Intervención Social

La intervención en Trabajo Social es entendida como la acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades. Sus objetivos están orientados a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano y en la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía. Intervención profesional que se basa en los fundamentos éticos, epistemológicos y metodológicos del Trabajo Social, desde un enfoque global, plural y de calidad (Barranco, 2004).

Para Heinz. K. (2001) citado en Ander Egg (1995) refieren que la intervención social es:

Proceso sistemático y coherente que se lleva a cabo frente a problemáticas sociales no resueltas, que se desarrolla a través de acciones con carácter de educar y generar procesos organizativos, que llevan implícitos una ideología orientada fundamentalmente a la modificación y transformación de las maneras de ver, actuar y sentir de los individuos en su inserción social. Existe modalidades de intervención, ya sea desde arriba, por medio de organismos de planificación y del orden institucional o desde abajo, propiciada por las organizaciones comunitarias de base (p. 44).

La intervención en Trabajo Social es la acción organizada y desarrollada por los trabajadores sociales con las personas, grupos y comunidades. Está centrada en la persona como en el medio social, partiendo de un enfoque global y plural. Intervención profesional que se inscribe en un contexto social, histórico, político, económico y cultural de la realidad social. A partir de estas consideraciones previas sobre la disciplina y la profesión (Martínez, 2003 citado en Barranco, 2004, p. 80).

Barranco (2004) señala algunas de las principales características generales de la intervención en Trabajo Social:

1. **Objeto del Trabajo Social:** la intervención de los profesionales en Trabajo Social parte del objeto de la disciplina científica, que está centrado en las situaciones o problemas de las personas y los obstáculos que limitan o impiden el desarrollo humano en el medio social. Estas situaciones precisan la intervención del

trabajador social para transformar, mejorar o superar las dificultades, potenciar las capacidades y recursos, incidiendo tanto en las situaciones individuales, grupales o comunitarias, como en las del medio social donde se desarrolla.

2. **Objetivos generales del Trabajo Social:** son responsables de generar cambios para ayudar a las personas, grupos o comunidades para satisfacer sus necesidades; a superar las dificultades materiales y no materiales, los problemas sociales y los obstáculos que impidan o limiten la igualdad de oportunidades; a potenciar las capacidades de las personas; así como a contribuir a promover el bienestar social, el desarrollo humano y la calidad de vida de la ciudadanía. El tipo de cambio estará adherido a las situaciones de las personas y a las condiciones del medio social, al mismo tiempo retomará los enfoques de los modelos de intervención donde se inscriba la acción profesional, alcanzando una transformación, modificación o mejora para las personas.
3. **Ética del Trabajo Social:** la intervención social parte de los valores filosóficos y los principios éticos de los Derechos Humanos de la dignidad a la persona, respeto, autodeterminación, justicia social, igualdad de oportunidades y participación recogidos en el Código de Ética Internacional del Trabajo Social (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 1999). También, se especifica la obligación que tienen trabajadores sociales con la disciplina y con la sociedad. Vinculado con la calidad, se detalla el deber de proporcionar la mejor atención a todas aquellas personas que soliciten su ayuda y asesoramiento; motivar a los clientes a que participen lo más posible, así como la responsabilidad profesional con las organizaciones, la sociedad y otros profesionales.
4. **La Epistemología en Trabajo Social:** desde la pluralidad paradigmática que caracteriza a las Ciencias Sociales, en las que se incluye nuestra disciplina, el Trabajo Social comparte la diversidad de perspectivas de las cuales emanan los distintos modelos de intervención que han ido elaborando, deconstruyendo y reconstruyendo los trabajadores sociales.

5. **La metodología en Trabajo Social:** actualmente en Trabajo Social, a nivel individual, grupal y comunitario, se aplica el método o los métodos de las Ciencias Sociales, según se parta de una concepción unitaria del método o del pluralismo metodológico. En cualquier caso, el método o los métodos en Trabajo Social presentan una estructura y procesos que se configuran en torno a las fases interrelacionadas que posibilitan conocer, diagnosticar, establecer un plan de acción, ejecutar dicho plan y evaluar los procesos y los resultados alcanzados. De esta manera, se logra profundizar en el conocimiento e intervenir con las personas, grupos o comunidades para producir cambios o transformar la realidad social. Lógicamente, las técnicas y el modo de implementar las fases y procesos están supeditados a los paradigmas de estudio o investigación que se apliquen, así como los modelos y niveles de intervención.
6. **Perspectiva globalizadora:** la intervención profesional se realiza desde una perspectiva globalizadora, intradisciplinar e interdisciplinar, para profundizar y dar una respuesta más efectiva a las situaciones complejas que caracterizan la realidad social. Para tal fin, los trabajadores sociales comparten ámbitos de intervención con otros profesionales y se coordinan con psicólogos, pedagogos, sociólogos, abogados, médicos, etc. También están en conexión con los agentes políticos, sindicales y sociales de la acción social.
7. **Ámbitos de intervención y áreas profesionales:** la intervención en Trabajo Social se realiza en los diversos ámbitos de los servicios sociales y de bienestar social, así como en comunitarios, el sociosanitario, de Derechos Humanos, etc. La misma se lleva a cabo en las distintas Administraciones Públicas (Central, Autonómica y Local), en las ONG's y en el sector mercantil.

Consideramos que la intervención social es un proceso en el cual el profesional de Trabajo Social atiende las problemáticas y necesidades de las personas mediante metodologías y métodos para garantizar cambios sociales trascendentes mediante un trabajo interdisciplinario.

En estos ámbitos de intervención profesional, los trabajadores sociales realizan diversas actividades que se agrupan en las denominadas "áreas profesionales", que de acuerdo con La Comisión Mixta del Perfil Profesional (2003) citado en Barranco (2004, p. 85) las describe de la siguiente manera:

Área de atención

La intervención del Trabajo Social se concreta en las acciones con las personas y colectivos que sufren las consecuencias de situaciones carenciales, conflictos y crisis. Con el propósito de posibilitar el desarrollo humano y autonomía a través de la movilización de sus capacidades y recursos.

Área de prevención

La intervención profesional se centra en las causas de las dinámicas de marginación, exclusión y desintegración social, con la finalidad de evitar su aparición.

Área de promoción y educación

El Trabajo Social se orienta a descubrir y potenciar las capacidades de individuos, grupos y comunidades. También, a generar procesos de participación e implicación, de formación y de organización para ayudar a las personas a la adquisición o incremento de los conocimientos y habilidades sociales que precisan.

Área de mediación y arbitraje

A través de esta área los trabajadores sociales intervienen para mediar en la resolución de los conflictos que afectan a las familias y grupos sociales, tanto en el interior de sus relaciones, como en su entorno social.

Áreas de planificación y evaluación

La intervención de los trabajadores sociales se desarrolla en el diseño de la planificación y de la evaluación de los planes, programas y proyectos.

Áreas de gerencia y administración

La intervención profesional se realiza en los procesos de organización, coordinación, dirección y animación del personal hacia la consecución de los objetivos y obtención de resultados de calidad.

Área de investigación y docencia

Los trabajadores sociales mediante la investigación tratan de profundizar en el conocimiento de las necesidades y problemas, así como en los procesos de calidad que se relacionan con su propio trabajo profesional. Al mismo tiempo, realizan acciones para que los conocimientos acumulados, las experiencias vividas y las reflexiones teóricas se pongan a disposición de los profesionales, de las personas vinculadas a la acción social y de los futuros trabajadores sociales.

La intervención social constituye una forma de actuar ante los cambios sociales orientada a superar los obstáculos que impiden avanzar en el desarrollo humano, cuyo fin es mejorar la calidad de vida a través de fundamentos éticos, epistemológicos y metodológicos propios del quehacer profesional de Trabajo Social.

2.2.5 Áreas de Intervención

Las áreas de intervención son múltiples es por ello por lo que se considera necesario establecer algunos criterios que permitan una clasificación que muestren su trascendencia y actualidad en realidad social.

Galeana (1996) citado en Sánchez (2004) las clasifica en:

Áreas Tradicionales

Atienden problemas sociales abordados desde inicios de la profesión centrándose en la atención de necesidades esenciales para el hombre mediante el manejo de referentes conceptuales y metodología tradicional (caso, grupo y comunidad).

1. **Salud:** aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral, es decir, desde un enfoque biopsicosocial siendo un objetivo de necesidades y problemáticas sociales.
2. **Educación:** promueve y contribuye a lograr la educación integral a través de responder a los factores internos de tipo social que inciden en el proceso de enseñanza aprendizaje.
3. **Asistencia Social:** contribuye a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social de aquellos individuos y grupos que por sus condiciones de vulnerabilidad han quedado al margen de las políticas sociales, por lo que su participación se ubica en acciones asistenciales de protección física, mental y social, con el fin de incorporarlas a una vida plena y productiva.

Áreas Potenciales

Se abocan a problemas sociales que han estado latentes. Debido a la contemporaneidad de la problemática de la metodología tradicional presenta ajustes y adecuaciones o bien se utilizan procedimientos novedosos poco difundidos y sistematizados.

1. **Empresarial:** promueve el mejoramiento de las condiciones de trabajo en que se desarrollen los diferentes grupos que integran el personal de la empresa lo que contribuye al mejoramiento de las relaciones laborales.
2. **Promoción Social:** tiene como objetivo el desarrollo social por lo que busca responder a las desigualdades sociales desde una perspectiva global e integral a través del proceso de capacitación educación y gestión social para promover la participación organizada y comprometida de un grupo una comunidad o un sector ante un proyecto social incorporando los de manera activa las estrategias de desarrollo a través de abrir espacios en la organización política y social de la sociedad.
3. **Procuración e impartición de justicia:** participa en equipos multidisciplinarios en acciones de prevención del delito impartición de justicia readaptación social centrando su atención en la problemática social como producto de conductas

antisociales y delictivas en los ámbitos penal civil y familiar, así como las determinaciones arbitrarias y abusos de autoridad cometidos en contra de la sociedad.

Áreas Emergentes

Se ubican en problemas y grupos sociales cuya manifestación de repercusión no se tiene prevista; son efervescentes, urgentes y trascendentes para la dinámica actual. Generalmente surgen por coyunturas políticas y sociales o bien por fenómenos naturales convirtiéndose en problemas prioritarios.

1. ***Medio ambiente***: esta área representa una alternativa de desarrollo profesional, sobre todo en estos momentos en que la preservación y restauración ecológica crean inquietudes en los diversos sectores de la población convirtiéndose en un problema latente derivado de la modernidad.
2. ***Situaciones de riesgo o desastre***: la intervención profesional se caracteriza por dar respuesta inmediata a situaciones provocadas por fenómenos naturales o por error humano, por lo que no existen estrategias lineales debido a que son situaciones imprevisibles.

Para finalizar, en las diferentes áreas de intervención social se requiere de una aplicación de metodologías científicas por parte de los profesionales en Trabajo Social para poder dar solución y prevención a las necesidades y problemáticas sociales. La intervención de Trabajo Social en el área de salud aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria, realizando las funciones de investigación, administración, educación social y asistencia, cuyos objetivos están dirigidos a necesidades y problemáticas sociales. El área de salud se dedica a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad como es el caso de la LME.

Asistencia Social

La asistencia social procurará que todos los miembros de la sociedad tengan las mismas oportunidades y disfruten de los mismos derechos, sin distinciones de ningún tipo y criterio.

El servicio social está basado en conocimientos y pericias en cuanto a las relaciones humanas que ayudan a los individuos, solos o en grupo, a obtener satisfacción o independencia social y personal. Puede ser iniciativa privada o pública y está a disposición de cualquier miembro para ayudarlo a desarrollar sus capacidades hacia una vida productiva y satisfactoria. Los elementos esenciales en el concepto de asistencia social son: limosna-filantropía-solidaridad, social-legislación y beneficencia (Ander Egg, 1995).

La asistencia social consiste en acciones dirigidas a grupos vulnerables que necesitan ayuda para cubrir determinadas necesidades básicas. Valckax, (2007) citado en Blázquez, (2017, p. 192) señala que “la asistencia social puede entenderse como toda acción dirigida a la población que en diversos momentos de la historia ha sido marginada y/o excluida de las condiciones materiales necesarias para su reproducción”.

La asistencia social “se trata del conjunto de disposiciones legales y acciones llevadas a cabo por las instancias gubernamentales en un plano federal, estatal y municipal, dirigidas a atender las necesidades básicas, pero también urgentes, de individuos y grupos de individuos que no están en condiciones de satisfacerlas por ellos mismos” (Fletes, 2004 citado en Blázquez, 2017, p. 192). La asistencia social se imparte, básicamente, por tres instituciones: la iglesia, el Estado y la sociedad civil. La impartida por la primera entidad se le denomina caridad, la segunda asistencia social y la tercera filantropía.

Tipos de asistencia social

La acción asistencial por su origen puede clasificarse en privada y pública, según se realice por particulares o se encomiende a organismos de gobierno.

1. **Asistencia pública:** en México se reglamenta en el derecho administrativo como función propia del Estado ejercida a través de la secretaria de Salubridad y Asistencia Pública y después por varios organismos gubernamentales y descentralizados.
2. **Asistencia privada:** es realizada por particulares, en el marco legal, orden y reglamentación, compete a cada estado de la Federación. La ley vigente en el Distrito de Federal, de 1943, reformada en 1984, contempla tres entidades jurídicas asistenciales: las fundaciones y las asociaciones y las de carácter transitorio, llamadas juntas de socorro o ayuda establecidas en emergencias (Villalobos 1997, p. 124-125).

Funciones del trabajador social

Ballestero, Viscarret y Úriz (2013) realizaron un estudio de ámbito nacional en España. Tomaron como referencia el Libro Blanco del Trabajo Social y después de hacer encuestas con profesionales de Trabajo Social han resumido las funciones de los trabajadores sociales.

Prevenir

Se trata de anticipar las posibles causas de conflictos tanto individuales como colectivos. Esto puede realizarse a través de proyectos de intervención que permitan conocer el contexto poblacional y las situaciones de riesgo social que se presentan, así como las carencias y necesidades del mismo contexto.

Brindar atención directa

Actuar con los individuos o los grupos, considerando si están en riesgo o si ya tienen un problema en concreto cuya característica es social. El objetivo de la atención directa es potenciar las capacidades individuales para que sean las mismas personas quienes afronten y den respuesta a los conflictos sociales cotidianos.

Planificar

Para realizar las intervenciones es necesario elaborar un plan de acción que tenga objetivos concretos y haga explícito el proceso de análisis, así como las posibilidades de acompañamiento y evaluación. De acuerdo con las autoras, esto se puede llevar a cabo a través del nivel microsocio y macrosocio. El primero es el diseño de las intervenciones y proyectos, mientras que el segundo es el diseño de programas y la organización de servicios sociales.

Realizar docencia

En tanto que el Trabajo Social se compone de distintas enseñanzas teóricas y prácticas, que se imparten de manera especializada en centros universitarios, es importante la formación de académicos tanto para grados como posgrados en Trabajo Social, y áreas afines.

Promover la promoción e inserción social

Se trata de llevar a cabo las acciones necesarias para restablecer o conservar la autodeterminación y funcionamiento tanto individual como colectivo. Esto puede ser mediante el diseño e implementación de políticas sociales que reajusten el acceso a los distintos servicios.

Supervisar

Los profesionales de Trabajo Social pueden realizar supervisiones que permitan acompañar a las personas responsables de ejecutar un programa, una política social o un servicio en concreto. Se trata de poner en práctica distintos conocimientos y aptitudes que acompañen el desempeño profesional de quienes están encargados de brindar los distintos servicios sociales.

Realizar evaluaciones

Se trata de consultar y valorar los resultados de las intervenciones, así como de constatar si los objetivos programados se han cumplido, y qué necesidades quedan por satisfacer.

De igual forma se trata de valorar las metodologías utilizadas y detectar las modificaciones que sean pertinentes.

Rol gerencial

Los trabajadores sociales pueden desempeñar tareas gerenciales, que tienen que ver con la responsabilidad de planificar y organizar tanto centros sociales como los programas específicos y los servicios que prestan.

Investigar

Consiste en poner en práctica técnicas metodológicas que permitan evaluar e intervenir con rigurosidad científica en los problemas específicos de un grupo social en concreto. Se trata a grandes rasgos de analizar, describir y explicar una realidad específica, así como de establecer hipótesis que permitan intervenir de manera adecuada.

Coordinar

En tanto que se trata de favorecer el cambio social, muchas de las organizaciones donde se realiza una intervención están organizadas en grandes grupos. En este sentido, se trata de concretar medios, técnicas y recursos que permitan realizar una línea de intervención con objetivos comunes y adecuados a las necesidades de cada grupo.

Consideramos que la asistencia social no debe estar limitada y/o enfocada en apoyar a los más desafortunados para aminorar las consecuencias de su situación, sino que tienen que asumir una función activa y constructiva para prevenir las situaciones de debilidad y vulnerabilidad sociales. La asistencia social consiste en acciones dirigidas a grupos vulnerables que requieran ayuda para cubrir determinadas necesidades básicas.

La importancia de la asistencia social es que requiere de precisiones que brinden y ejecuten acciones que permitan una igualdad fortaleciendo las capacidades de las personas procurando atender situaciones de emergencia y riesgo, y cuando sea el caso la reintegración de los individuos al seno familiar, laboral y social.

2.3 Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social

2.3.1 Antecedentes

Las Unidades Básicas de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS) brindan servicios de primer nivel de atención en rehabilitación con el propósito de promover las acciones de salud, prevenir la discapacidad y proporcionar tratamiento básico padecimientos generadores de discapacidad promoviendo una mejor calidad de vida a las personas con discapacidad. Los servicios de rehabilitación indispensables incluyen: consulta médica, terapia física y terapia psicológica (DIF, s.f.).

2.3.2 Estructura organizativa

Misión

Procurar la protección de la sociedad de San Mateo Atenco, especialmente a los sectores con mayor vulnerabilidad; impulsando el desarrollo integral de las familias a través del uso de políticas públicas de asistencia social, estrategias y modelos de atención donde los valores serán cimientos para lograr un equilibrio mejorando la calidad de vida.

Visión

Ser una institución de cambio que colabore de la mano con la sociedad de San Mateo Atenco, trabajando con altos niveles de ética y profesionalismo, aunados a los valores como amor, respeto y servicio; convirtiéndose en un modelo de calidad y excelencia en asistencia social municipal.

Objetivos

Coordinar los programas y actividades realizadas en la URIS, orientados a la prevención atención y rehabilitación de personas con capacidades diferentes y su incorporación a la vida social, para garantizar el pleno respeto y ejercicio de sus derechos. Brindar servicios de medicina preventiva a la población.

2.3.3 Población que atiende

A aquellas personas con discapacidad o en riesgo de padecerla. Esta asistencia se brinda a través de tres áreas: la Prevención, Rehabilitación e Inclusión Social.

El Programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad opera en 70 municipios del Estado de México y otorga atención integral en el primer nivel de atención a personas con discapacidad del Estado de México. El programa realiza acciones de prevención, rehabilitación e integración laboral y educativa; gestiona la entrega de apoyos económicos, ayudas funcionales y de transporte a personas con discapacidad.

2.3.4 Servicios que brinda

La UBRIS proporciona a la población con discapacidad los siguientes servicios: Consulta especializada en rehabilitación, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Atención psicológica, Consulta médica general, Consulta odontológica, Pláticas y talleres de orientación, prevención y control de enfermedades, Detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas, Prevención de adicciones y Actividades de integración social (DIF, s.f.).

2.3.5 Personal que labora

La institución cuenta con el siguiente personal: Personal médico y paramédico, Médico especialista en medicina física y rehabilitación, Médico general, Médico odontólogo, Terapeutas físicos, Terapeutas del lenguaje, Terapeutas ocupacionales, Enfermeras y Personal administrativo.

CAPÍTULO III: MÉTODO

En este capítulo se muestra los aspectos metodológicos que dan cuenta de las decisiones tomadas para llevar a cabo la investigación.

3.1 Objetivo General

Determinar el afrontamiento de la sexualidad de usuarios con LME y las repercusiones sociofamiliares que acuden a la Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social (UBRIS) de San Mateo Atenco, mediante la aplicación de una guía de entrevista, con la finalidad de lograr la integración sociofamiliar.

3.2 Objetivos Específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de los usuarios.
2. Determinar las repercusiones sociofamiliares en usuarios.
3. Analizar el afrontamiento de la sexualidad en usuarios.
4. Diseño de estrategias de intervención profesional desde el Trabajo Social.

3.3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación

La presente investigación aborda el afrontamiento de la sexualidad que presentan los usuarios que padecen LME, discapacidad que hace referencia al estado médico complejo que trastorna la vida, refiriendo a un daño en la médula espinal provocado por un traumatismo (accidente de tránsito, caídas y violencia) o por una enfermedad no traumática o degenerativa (OMS, 2014). Para Brizuela, et. *al.*, (2016) la LME es una alteración de la médula espinal que provoca, en primer lugar, una pérdida de sensibilidad y/o de movilidad desde el nivel de la lesión hacia la parte inferior del cuerpo.

La incidencia mundial sobre la LME, tanto traumáticas como no traumáticas, probablemente se sitúe entre 40 y 80 casos por millón de habitantes, sobre la base de la población mundial estimada en 2012, esto significa que, cada año entre 250.000 y 500.000 personas sufren una LME, el 90% de ellas han sido de origen traumático, pero los datos de estudios recientes indican una leve tendencia al aumento de las LME no traumáticas (OMS, 2014). Cabe resaltar que las cifras sobre LME son originadas por accidentes de tránsito las cuales predominan en la región de África, con cerca del 70% de los casos, y son una importante causa subyacente de LME en otras regiones, variando entre el 40% Lesiones de la Médula Espinal se encuentra Asia Sudoriental y el 55% en el Pacífico Occidental. Las caídas, que son la segunda causa, representan poco más del 40% de todos los casos en las regiones de Asia Sudoriental y en el Mediterráneo Oriental.

La región africana presenta el menor porcentaje de caídas como causa de LME (14%), y las demás regiones de la OMS registran porcentajes que van del 27% al 36%. Los índices de agresión como causa de LME (ya sea por violencia externa o autoinfligida, principalmente por armas de fuego) varían considerablemente entre las regiones. Las Américas, África y el Mediterráneo Oriental declaran los porcentajes más altos: 14%, 12% y 11%, respectivamente.

En México la incidencia y prevalencia de LME cada año es entre 4,800 y 9,600 personas sufren una Lesión en la Médula Espinal. La mayor parte de estas lesiones (aproximadamente 8 de cada 10) son de origen traumático y el resto es producido por otras causas (defectos de nacimiento, tumores, enfermedades degenerativas, infecciones, etc.). Del total de lesiones 45% fueron producidas por accidentes de tránsito, el 30% corresponde a caídas, mientras el resto fueron ocasionadas por violencia, accidentes deportivos, entre otros. En relación con la edad, se observa que el 49% de lesiones se originaron ente los 15 a 29 años, el 24% de los 30 a 44 años, el 16% de los 45 a 59 y el 11% comprende las edades de 60 a 74 años, 74 y más, y de 0 a 14 años. Los casos acordes al género son: el 74% de lesiones corresponden al sexo masculino, mientras el 26% corresponde al sexo femenino. El 58.8 % en el momento que se produjo la lesión realizaba actividades laborales, mientras el 42% se encontraba desempleado,

estudiando, retirado, realizando labores del hogar, entre otros [...] (Centro de Investigación Camina, s.f.).

En relación con el abordaje de la sexualidad en personas con LME a nivel estatal y municipal se realizó investigación electrónica y documental consultando diversas fuentes, sin embargo, no existen datos estadísticos que den mayor claridad y/o aporten a la investigación.

En función de lo planteado, un factor que influye en pacientes con LME es el abordaje de la sexualidad y como repercute en su vida diaria, por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (2018) define la sexualidad como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad [...] está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (p.3).

Es decir, la sexualidad es parte fundamental del ser humano y componente básico del desarrollo psicológico. Constituye la integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de un individuo, los que en conjunto expresan su femineidad o masculinidad.

Los varones con LME tienen una disminución significativa de contactos sexuales después de la lesión, un factor determinante para mantener relaciones sexuales es la severidad de la lesión, así como la existencia o ausencia de pareja antes de padecer la lesión, la adaptación a las limitaciones sexuales, la satisfacción con la pareja, el autoconcepto sexual, la calidad y cantidad de sus relaciones sexuales, entre otros. En cuanto a las mujeres con LME, se enfatiza la importancia que la sexualidad desempeña en sus vidas, indicando que una vez pasado el shock inicial la sexualidad vuelve a ocupar un lugar prioritario, asimismo, el tipo de contacto sexual y la importancia que adquiere para ellas

son las caricias, los besos y los juegos sexuales, más allá del coito propiamente dicho (García, et. al, 2008).

En 1972 fueron abordados por primera vez los derechos sexuales de las personas con discapacidad en el *Congreso Mundial de Rehabilitación*, casi tres décadas después, la declaración aprobada por la Asamblea General de la *Asociación Mundial de Sexología en el 14º Congreso Mundial de Sexología*, celebrado en el año 1999, recoge los derechos sexuales de las personas con discapacidad como derechos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos (Asociación Mundial de Sexología, 1999 citado en García, et. al, 2008).

En suma, se han realizado diversos estudios para exponer las consecuencias y limitaciones que presentan las personas que la padece; por ejemplo, en su estudio que lleva por nombre *Análisis Antropofísico sobre personas con LME: cuerpo, salud y sexualidad*, el cual tiene como objetivo compartir reflexiones antropofísicas desde una perspectiva relacional sobre el cuestionamiento del cuerpo sexuado, ejercicio de la sexualidad y roles sociales en personas que presentan lesión medular y hace referencia a las prácticas y representaciones en torno al cuerpo, sexualidad y salud antes y después de la LME (Hernández y Peña, 2005).

Otro estudio titulado *Lesiones Medulares y Discapacidad: Revisión Bibliográfica* refiere que la LME es una entidad neurológica causante de importantes procesos de discapacidad que tiene como propósito el abordaje integral de la situación, que en el ámbito de la evaluación debe incluir no sólo la estimación de la condición de salud, sino todo lo relacionado con el funcionamiento de las personas en su vida diaria (Henao y Pérez, 2010).

La Sexuality of Spinal Cord Injured Persons: psychological and social aspects. An updated review. Psychosocial Intervention, su objetivo es presentar una revisión de la investigación sobre los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la sexualidad de las personas con LME. La importancia que el impacto de la lesión tiene sobre la persona y su entorno, en general, y sobre la esfera de la sexualidad, en particular, la

convierte en un área de gran interés científico y social en la actualidad (García, et. al, 2008).

Por último, la investigación titulada guía de recomendaciones de sexualidad para la intervención de terapia ocupacional en las personas con lesión medular: aspectos generales y conocimientos básicos. Revisión Sistemática de la Literatura menciona que la LME representa un cambio profundo en la sexualidad, no obstante, no implica algún impedimento para que éstas personas puedan satisfacer una necesidad sexual que merezca pleno goce y placer cuyo objetivo es realizar una guía de recomendación útil para los terapeutas ocupacionales respecto a una relación sexual en los pacientes con lesión medular, aspectos generales y conocimientos básicos; esta guía nos permitirá dirigir al paciente a obtener una plena satisfacción sexual (Valentín, 2013).

Sin embargo, existen muchas dudas en relación con la LME y la forma como afecta la capacidad sexual y/o reproductiva de las personas que la padecen, es por ello, que surge el interés de investigar si las personas con LME disfrutan de su vida sexual de forma satisfactoria. Las repercusiones a las que se enfrentan las personas con LME al no disfrutar de su sexualidad son la formación de sentimientos positivos y negativos, escasa comunicación, formación de relaciones, entre otros aspectos. Motivo por el cual se justifica la presente investigación, conduciendo a la siguiente pregunta de investigación *¿Los usuarios con Lesión Medular Espinal que asisten a la Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social de San Mateo Atenco, cuentan con información adecuada para afrontar el tema de la sexualidad?*

3.4 Tipo de estudio

El estudio descriptivo “comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o procesos de los fenómenos. Este enfoque se hace sobre conclusiones o grupos de personas, grupos o cosas, se conduce o funciona en presente” (Tamayo y Tamayo, 2006), mientras que, el estudio transversal constituye el estudio de un evento en un momento dado, superando la limitación del factor tiempo, en este caso la unidad de tiempo viene determinada sólo por las exigencias de las

condiciones del estudio, es decir por el necesario para recoger y analizar los datos (Cólímon,1960 citado en Cabrera, et. *al.*, 2006). Estos tipos de estudios tuvieron como finalidad describir y explicar la situación a la que se enfrentan los usuarios con LME ante la sexualidad, así como describir las repercusiones que esta conlleva en su contexto sociofamiliar.

3.5 Variables Conceptuales

De acuerdo con Hernández, et. *al.*, (2006) consideran que una variable conceptual es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse y señala como ejemplos de variables, el género, la motivación intrínseca hacia el trabajo, el atractivo físico, entre otros. Por lo tanto, las variables que dieron sustento teórico a la presente investigación son:

V1 Sexualidad

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la sexualidad la define como:

Un aspecto central del ser humano es la sexualidad que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual [...] fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (párr. 1).

V2 Discapacidad

La OMS define la discapacidad como la “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las

restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia” (Padilla-Muñoz, 2010).

V3 Lesión Medular

Según la lesión medular puede definirse, como todo proceso patológico, de cualquier etiología, que afecta a la medula espinal y puede originar alteraciones de la función neurológica por debajo de la lesión. Estas alteraciones pueden ser motoras, sensitivas y autonómicas (Montoto y cols. Citado en Murua, 2015).

V4 Afrontamiento

Para González-Herrera (2017) el afrontamiento es un pensamiento o conducta adaptativo dirigido a reducir o aliviar el estrés que surge frente a determinadas condiciones nocivas, amenazantes o desafiantes.

V5 Unidad Básica de Rehabilitación e Integración Social

Es una institución enfocada a mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad, a través de atención profesional continuamente capacitadas que procura la integración social de las personas atendidas (Manual de Organización UBRIS, 2019-2021).

V6 Sociofamiliar

Ander Egg (1995) reconoce en dos sentidos el concepto social: uno genérico, que involucra todo lo referente a la vida social, y dos, cuando se habla de aspectos, condiciones u obstáculos sociales. En este caso el término sirve para designar una cierta faceta de la realidad social. En cuanto a la familia manifiesta que, como Institución histórica y social, permanente y natural, compuesta por un grupo de personas ligadas por vínculos que emergen en la relación intersexual y de la filiación. Depende de la forma de organización social y de todo el contexto cultura donde se desenvuelva (pp. 32-74).

Por lo antes mencionado, se entiende como sociofamiliar al conjunto de aspectos sociales ligados a la familia los cuales producirán un impacto que provocará cambios en

ella y tendrá que hacer adaptaciones a esa nueva situación, ajustándose a mejorar sus necesidades en particular.

V7 Trabajo Social

Para la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las Ciencias Sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar (FITS citado en Lima, 2016).

3.6 Definición del universo de estudio

La población estuvo integrada por 10 usuarios con Lesión Medular Espinal de zonas aledañas que asisten a la UBRIS de San Mateo Atenco para analizar el abordaje de la sexualidad de acuerdo con su condición física.

3.7 Definición de la muestra

Para Arias (2006) una muestra representativa es aquella que por su tamaño y características similares a las del conjunto, permite hacer inferencias o generalizar los resultados al resto de la población con un margen de error conocido. La muestra fue de tipo aleatorio no probalístico, por usuarios que acuden a la UBRIS de San Mateo Atenco, que presentan LME. Tomando en cuenta lo siguiente:

Criterios de Inclusión: pacientes con LME, de 18 a 55 años, ambos sexos, que actualmente estén bajo tratamiento médico-rehabilitatorio, originarios de diferentes comunidades del municipio de San Mateo Atenco, integrantes de familias nucleares, uniparentales, extensa y hogares unipersonales. Criterios de Exclusión: Usuarios con LME Incompleta, originarios de otros municipios, que no se ubiquen en el rango de edad, previamente mencionado. Criterios de Eliminación: usuarios con LME que no deseen participar en el proyecto de investigación.

3.8 Selección del instrumento

El instrumento es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información. Por lo tanto, el instrumento a utilizar será una guía de entrevista, no es un protocolo estructurado. Se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante. En la situación de entrevista el investigador decide como organizar, enunciar las preguntas y cuando formularlas, este instrumento permite recordar que las preguntas deben ser elaboradas de acuerdo con el tema a investigar (Bogdan y Taylor, 1987, p. 119). Se utilizarón los siguientes instrumentos ajustados al tema de investigación: 1. Index Sexual Satisfaction (ISS), el cual determina el Índice de Satisfacción Sexual, integrado por 20 preguntas, con opciones de respuestas: Nada satisfecho/a, Poco satisfecho/a, Satisfecho/a, Muy satisfecho/a, Extremadamente satisfecho/a (Pérez, 2013 citado en Vargas, 2015). 2. El Cuestionario de Comunicación Familiar (Olson y colaboradores, 1982), integrado por 20 preguntas, con opciones de respuestas: Nunca, Pocas Veces, Algunas veces, Muchas veces, Siempre.

3.9 Diseño de la investigación

Modelo o esquema que se adoptó para el desarrollo de la investigación fue a través de la elección del tema, para posteriormente integrar los objetivo, construcción del planteamiento del problema y pregunta de investigación, así como la determinación de variables, población, muestra e instrumento, elementos importantes para la construcción del borrador de tesis.

3.10 Especificación de la captura de información

La obtención de la información se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento Index Sexual Satisfaction (ISS) con relación a la temática de la presente investigación, el cual está dirigido a la población objeto de estudio en el contexto de residencia y en un solo momento.

3.11 Procesamiento de la información

Para el análisis e interpretación de la información se utilizó el programa de Microsoft Excel. Para la integración de la información del borrador de tesis se utilizó el programa Microsoft Word.

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con relación al objetivo específico número uno vinculado con el perfil sociodemográfico de los usuarios, a continuación, se presentan los siguientes hallazgos.

Tabla 1. *Perfil Sociodemográfico y Salud*

Categoría	Opción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Género	Masculino	8	80
	Femenino	2	20
Edad	20-24	1	10
	25-29	1	10
	30-34	1	10
	35-39	1	10
	40-44	0	0
	45 o más	6	60
Estado Civil	Soltero	6	60
	Casado	2	20
	U. Libre	2	20
Educación	Analfabeta	0	0
	Educación básica	3	30
	Educación media	4	40
	Educación superior	3	30
	Saber leer y escribir	0	0
Grado de lesión medular	T5	9	90
	T6	1	10
Causa del Accidente	Accidente automovilístico	5	50
	Arma de fuego	1	10
	Caída	3	30
	De nacimiento	0	0
	Otros	1	10
Atención médica	Si	5	50
	No	5	50
Tipo de atención médica	Medicamentosa	6	60
	Rehabilitatoria	7	70
	Psicológico	4	40
	Social	5	50
Aditamento para la marcha	Andadera	0	0
	Silla de ruedas	10	100
	Ninguno	0	0
Donde recibió atención medica	IMSS	3	30
	ISSEMYM	1	10
	ISEM	3	30
	INSABI	0	0
	Otros	3	30

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En la tabla 1 se observa que, 80% de los usuarios corresponden al género masculino y 20% al femenino; 10% se ubica en el rango de edad de 20 a 24 años, 10% de 25 a 29, 10% de 30 a 34, 10% 35 a 39 y 60% de 45 a más; 60% son solteros, 20% son casados y 20% viven en unión libre; 40% cuenta con estudios de educación media superior, 30% de educación básica, 30% de educación superior; 90 % tienen un grado de lesión medular T5 y 10% T6; 50% sufrió accidente de auto, 30% por caída, 10% por arma de fuego y 10% por otro; 50% recibe atención médica y 50% no recibe atención médica; 70% recibe atención rehabilitatoria, 30% no recibe rehabilitación, 60% recibe atención medicamentosa, 40% no recibe medicamentos, 40% recibe atención psicológica, 60% no recibe, 50% recibe tratamiento de integración social y 50% no cuenta con el tratamiento de integración; 100% utiliza silla de ruedas; 30% recibe atención médica en el IMSS, 30% en el ISEM, 30% recibe atención médica en otra institución de salud y 10% en el ISSEMYM.

De acuerdo con el objetivo específico número dos sobre las repercusiones sociofamiliares de los usuarios a continuación se presentan los siguientes datos:

Tabla 2. *Comunicación familiar*

Categoría	Opción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hablo de lo que pienso con mi familia sin sentirme mal o incomodo/a	Nunca	0	0
	Pocas veces	7	70
	Algunas veces	2	20
	Muchas veces	0	0
	Siempre	1	10
Creo lo que me dice mi familia	Nunca	1	10
	Pocas veces	2	20
	Algunas veces	5	50
	Muchas veces	1	10
	Siempre	1	10
Mi familia me presta atención cuando hablo	Nunca	1	10
	Pocas veces	3	30
	Algunas veces	4	40
	Muchas veces	1	10
	Siempre	1	10
Es difícil poder pedirle a mi familia lo que deseo	Nunca	1	10
	Pocas veces	6	60
	Algunas veces	2	20
	Muchas veces	1	10
	Siempre	0	0

Continuación....

Mi esposa e hijos me dicen cosas que me hacen daño	Nunca	5	50
	Pocas veces	2	20
	Algunas veces	0	0
	Muchas veces	3	30
	Siempre	0	0
Mi familia sabe cómo me siento sin preguntármelo	Nunca	3	30
	Pocas veces	5	50
	Algunas veces	2	20
	Muchas veces	0	0
	Siempre	0	0
Nos llevamos bien en la familia	Nunca	1	10
	Pocas veces	1	10
	Algunas veces	5	50
	Muchas veces	1	10
	Siempre	2	20
Cuando tengo problemas se los cuento a mi familia	Nunca	0	0
	Pocas veces	4	40
	Algunas veces	5	50
	Muchas veces	0	0
	Siempre	1	10
Le demuestro a mi familia con facilidad mi afecto	Nunca	0	0
	Pocas veces	2	20
	Algunas veces	4	40
	Muchas veces	1	10
	Siempre	3	30
Cuando me enojo, no le hablo a mi familia	Nunca	0	0
	Pocas veces	7	70
	Algunas veces	1	10
	Muchas veces	1	10
	Siempre	1	10
Tengo mucho cuidado con lo que le digo a mi familia	Nunca	1	10
	Pocas veces	1	10
	Algunas veces	2	20
	Muchas veces	1	10
	Siempre	5	50
Le digo cosas a mi familia que les hace daño	Nunca	4	40
	Pocas veces	3	30
	Algunas veces	2	20
	Muchas veces	1	10
	Siempre	0	0
Cuando le hago preguntas a mi familia, me responden con sinceridad	Nunca	0	0
	Pocas veces	5	50
	Algunas veces	2	20
	Muchas veces	2	20
	Siempre	1	10
Mi familia intenta comprender mi forma de ver las cosas	Nunca	0	0
	Pocas veces	3	30
	Algunas veces	3	30
	Muchas veces	3	30
	Siempre	1	10

Continuación

Hay temas de los que prefiero no hablar con mi familia	Nunca	2	20
	Pocas veces	3	30
	Algunas veces	5	50
	Muchas veces	0	0
	Siempre	0	0
Pienso que es fácil hablarle a mi familia sobre mis problemas	Nunca	0	0
	Pocas veces	5	50
	Algunas veces	4	40
	Muchas veces	0	0
	Siempre	1	10
Puedo expresar mis verdaderos pensamientos con mi familia	Nunca	2	20
	Pocas veces	3	30
	Algunas veces	3	30
	Muchas veces	1	10
	Siempre	1	10
Cuando hablo con mi familia me pongo de mal humor	Nunca	7	70
	Pocas veces	1	10
	Algunas veces	2	20
	Muchas veces	0	0
	Siempre	0	0
Me ofendo cuando mi familia se enoja conmigo	Nunca	4	40
	Pocas veces	1	10
	Algunas veces	3	30
	Muchas veces	0	0
	Siempre	2	20
Evito decirle realmente a mi familia cómo me siento en determinadas ocasiones	Nunca	0	0
	Pocas veces	3	30
	Algunas veces	5	50
	Muchas veces	1	10
	Siempre	1	10

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En la tabla 2 se observa que, 70% de los usuarios siempre habla con su familia sin sentirse incomodo, 20% algunas veces habla con su familia sin sentirse incomodo y 10% siempre habla con su familia sin sentirse incomodo; 50% algunas veces cree en lo que le dice su familia, 20% pocas veces cree en lo que le dice su familia, 10% muchas veces cree en lo que le dice su familia, 10% siempre cree en lo que le dice su familia, 10% nunca cree en lo que le dice su familia; 40% algunas veces su familia le presta atención cuando habla, 30% pocas veces su familia le presta atención cuando habla, 10% muchas veces su familia le presta atención cuando habla, 10% su familia siempre le presta atención cuando habla, 10% la familia nunca le presta atención cuando habla; 60% pocas veces le es difícil pedirle a su familia lo que desea, 20% algunas veces le es difícil pedirle a su familia lo que desea, 10% muchas veces le es difícil pedirle a su familia lo que desea,

10% nunca le es difícil pedirle a su familia lo que desea; 50% su esposa e hijos nunca le dicen cosas que le hagan daño, 30% muchas veces su esposa e hijos le dicen cosas que le hagan daño, 20% pocas veces su esposa e hijos le dicen cosas que le hagan daño; 50% pocas veces su familia sabe cómo se siente sin preguntárselo; 30% su familia nunca sabe cómo se siente sin preguntárselo, 20% alguna vez su familia sabe cómo se siente sin preguntárselo; 50% algunas veces se lleva bien con familia, 20% siempre se lleva bien con su familia, 10% muchas veces se lleva bien con su familia, 10% pocas veces se lleva bien con su familia y 10% nunca se lleva bien con su familia; 50% algunas veces cuando tiene problemas se los cuenta a su familia, 40% pocas veces cuando tiene problemas se los cuenta a su familia, 10% siempre que tiene problemas se los cuenta a su familia; 40% algunas veces demuestra a su familia con facilidad su afecto, 30% siempre le demuestra a su familia con facilidad su afecto, 20% pocas veces le demuestra a su familia con facilidad su afecto; 70% pocas veces cuando se enoja no le habla a su familia, 10% siempre que se enoja no le habla a su familia, 10% algunas veces cuando se enoja no le habla a su familia y 10% muchas veces cuando se enoja no le habla a su familia; 50% siempre tiene cuidado con lo que le dice a su familia, 20% algunas veces tiene cuidado con lo que le dice a su familia, 10% nunca tiene cuidado con lo que le dice a su familia, 10% algunas veces tiene cuidado con lo que le dice a su familia y 10% muchas veces tiene cuidado con lo que le dice a su familia; 40% nunca le dice cosas a su familia que les haga daño, 30% pocas veces le dice cosas a su familia que les hace daño, 20% algunas veces le dice cosas a su familia que les hace daño y 10% muchas veces le dice cosas a su familia que les hace daño; 50% pocas veces su familia le responde con sinceridad, 20% algunas veces su familia le responde con sinceridad, 20% muchas veces su familia le responde con sinceridad y 10% su familia siempre le responde con sinceridad; 30% pocas veces su familia comprende su forma de ver las cosas, 30% algunas veces su familia comprende su forma de ver las cosas, 30% muchas veces su familia comprende su forma de ver las cosas y 10% su familia siempre comprende su forma de ver las cosas; 50% algunas veces no habla con su familia de algunos temas, 30% pocas veces no habla con su familia de algunos temas, 20% nunca habla con su familia de algunos temas; 50% pocas veces le es fácil hablar con su familia sobre sus problemas, 40% algunas veces le es fácil hablar con su familia de sobre sus problemas,

10% siempre le es fácil hablar con su familia sobre sus problemas; 30% pocas veces le es fácil hablar con su familia sobre sus problemas, 30% algunas veces le es fácil hablar con su familia sobre sus problemas, 20% nunca le es fácil hablar con su familia sobre sus problemas y 10% muchas veces le es fácil hablar con su familia sobre sus problemas y 10% siempre le es fácil hablar con su familia sobre sus problemas; 30% pocas veces expresa sus pensamientos con su familia, 30% algunas veces expresa sus pensamientos con su familia, 20% nunca expresa sus pensamientos con su familia, 10% muchas veces expresa sus pensamientos con su familia y 10% siempre expresa sus pensamientos con su familia; 70% nunca se pone de mal humor cuando habla con su familia, 20% algunas veces se pone de mal humor cuando habla con su familia y 10% pocas veces se pone de mal humor cuando habla con su familia; 40% nunca se ofende cuando su familia se enoja con el/ella, 30% algunas se ofende cuando su familia se enoja con el/ella, 20% siempre se ofende cuando su familia se enoja con el/ella y 10% pocas veces se ofende cuando su familia se enoja con el/ella; 50% algunas veces evita decirle a su familia como se siente en determinadas ocasiones, 30% pocas veces evita decirle a su familia como se siente en determinadas ocasiones, 10% muchas veces evita decirle a su familia como se siente en determinadas ocasiones y 10% siempre evita decirle a su familia como se siente en determinadas ocasiones.

Tabla 3. *Condiciones de la Vivienda*

Categoría	Opción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Zona de ubicación	Urbana	8	80
	Suburbana	2	20
	Rural	0	0
Tipo de vivienda	Casa sola	9	90
	Departamento	1	10
	Vecindad	0	0
	Cuarto	0	0
Tenencia	Propia	8	80
	Prestada	1	10
	Rentada	1	10
	Interés social	0	0
Construcción de paredes	Concreto	10	10
	Madera	0	0
	Adobe	0	0
	Lamina	0	0
Construcción del techo	Concreto	10	10
	Lamina de cartón	0	0
	Lamina de asbesto	0	0
	Teja	0	0
Accesibilidad a la vivienda: Barreras físicas arquitectónicas	Interior	7	70
	Exterior	8	80
	Lomerío	0	0
	Terracería	0	0
Adaptaciones a la vivienda	Puertas	7	70
	Baños	8	80
	Recamaras	5	50
	Sala	4	40
	Cocina	4	40
Servicios públicos con los que cuenta la vivienda	Agua entubada	10	10
	Drenaje	10	10
	Luz	10	10
	Recolección de basura	10	10
	Gas	10	10
	Teléfono	7	7
	Alumbrado público	9	90

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En la tabla 3 se observa que, 80% de los pacientes viven en zona urbana y 20% en zona suburbana; 90% viven en casa sola, 10% en departamento; 80% tienen casa propia, 10% prestada y 10% rentada; 100% la construcción de paredes son de concreto; 100% la construcción de techo es de concreto; 80% tiene barreras físicas arquitectónicas en el exterior y 70% tiene barreras físicas arquitectónicas al interior de su vivienda; 80% cuenta con adaptación en baños, 70% en puertas, 50% recamaras, 40% en sala y 40% en

cocina; 100% cuenta con agua entubada, 100% con drenaje, 100% con luz eléctrica, 100% con recolección de basura, 100% gas, 70% con teléfono y 90% con alumbrado.

Tabla 4. *Situación Económica*

Categoría	Opción	Frecuencia	Porcentaje (%)
¿Actualmente trabaja?	Si	4	40
	No	6	60
¿Qué actividad realiza?	Hogar	2	20
	Estudiante	2	20
	Profesión	2	20
	Oficio	4	40
¿De quién depende económicamente?	Espos/a	3	30
	Hijo/as	0	0
	Padres	3	30
	Hermano/a	0	0
	Amigos/vecinos	0	0
	Nadie	4	40
¿Cuál es su ingreso mensual de usted, o de su familia?	Menos de \$1500	3	30
	De \$1500 a \$3000	5	50
	De \$3000 a \$5000	1	10
	Más de \$5000	1	10
¿Recibe algún apoyo económico?	Si	0	0
	No	10	100
¿Su médico tratante le indicó una alimentación especial?	Si	0	0
	No	10	100
¿A cuánto asciende el costo de su alimentación mensual?	Menos de \$1,500	1	10
	De \$1,500 a \$3,000	4	40
	De \$3,000 a \$5,000	0	0
	Más de \$5,000	0	0
¿A cuánto asciende el costo de su atención médico-rehabilitatorio mensual?	Menos de \$15,000	0	0
	De \$15,000 a \$25,000	0	0
	De \$25,000 a \$50,000	2	20
	Más de \$50,000	1	10
¿A cuánto asciende el costo en la compra de sus medicamentos mensual?	Menos de \$1,000	0	0
	De \$1,000 a \$2,000	6	60
	De \$2,000 a \$3,000	2	20
	Más de \$3,000	0	0
¿Cuál es su medio de transporte?	Auto propio	5	50
	Transporte público	0	0
	Taxi	4	40
	Otro	1	10

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En la tabla 4 se observa que, 60% de los usuarios no labora y 40% actualmente labora; 40% tiene un oficio, 20% una profesión, 20% son estudiantes y 20% está en el hogar; 40% no depende económicamente de nadie, 30% depende sus padres y 30% de su esposo/esposa; 50% su ingreso mensual asciende a \$1,500-\$3,000, 30% menos de

\$1,500, 10% a \$3,000-\$5,000 y 10% más de \$5,000; 100% no recibe apoyo económico; 100% no tiene una alimentación especial; 40% el costo de su alimentación ascienden a \$1,500-\$3,000 y \$10% menos de \$1,500; 20% su costo médico-rehabilitatorio asciende a \$25,000-\$50,0000 y 10% a más de \$50,000; 60% el costo en la compra de sus medicamentos asciende a \$1,000-\$2,000 y 20% de 2,000-\$3,000; 50% cuenta con auto propio, 40% se transporta en taxi y 10% ocupa otro medio.

Los datos obtenidos relacionados al objetivo específico número tres sobre el afrontamiento de la sexualidad de los usuarios son los siguientes:

Tabla 5. Aspectos Psicoemocionales con relación a la Satisfacción Sexual

Categoría	Opción	Frecuencia	Porcentaje (%)
La intensidad de su excitación sexual	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	3	30
	Satisfecho	5	50
	Muy satisfecho	0	0
	Extremadamente satisfecho	0	0
La calidad de sus orgasmos	Nada satisfecho	7	70
	Poco satisfecho	3	30
	Satisfecho	0	0
	Muy satisfecho	0	0
	Extremadamente satisfecho	0	0
Su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	2	20
	Satisfecho	6	60
	Muy satisfecho	0	0
	Extremadamente satisfecho	0	0
Su concentración durante la actividad sexual	Nada satisfecho	3	30
	Poco satisfecho	0	0
	Satisfecho	5	50
	Muy satisfecho	2	20
	Extremadamente satisfecho	0	0
La manera en la que reacciona sexualmente ante su pareja	Nada satisfecho	3	30
	Poco satisfecho	0	0
	Satisfecho	2	20
	Muy satisfecho	5	50
	Extremadamente satisfecho	0	0
El funcionamiento sexual de su cuerpo	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	3	30
	Satisfecho	5	50
	Muy satisfecho	0	0
	Extremadamente satisfecho	0	0

Continuación.....

Su apertura emocional durante sus relaciones sexuales	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	0	0
	Satisfecho	6	60
	Muy satisfecho	2	20
	Extremadamente satisfecho	0	0
Su estado de humor después de la actividad sexual	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	0	0
	Satisfecho	3	30
	Muy satisfecho	5	50
	Extremadamente satisfecho	0	0
La frecuencia de sus orgasmos	Nada satisfecho	7	70
	Poco satisfecho	2	20
	Satisfecho	1	10
	Muy satisfecho	0	0
	Extremadamente satisfecho	0	0
El placer que proporciona a su pareja	Nada satisfecho	2	2
	Poco satisfecho	3	30
	Satisfecho	0	0
	Muy satisfecho	5	50
	Extremadamente satisfecho	0	0
El equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	1	10
	Satisfecho	2	20
	Muy satisfecho	5	50
	Extremadamente satisfecho	0	0
La apertura emocional de su pareja durante la relación sexual	Nada satisfecho	1	10
	Poco satisfecho	2	20
	Satisfecho	4	40
	Muy satisfecho	3	30
	Extremadamente satisfecho	0	0
La iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual	Nada satisfecho	3	30
	Poco satisfecho	3	30
	Satisfecho	1	10
	Muy satisfecho	3	30
	Extremadamente satisfecho	0	0
La habilidad de su pareja para llegar al orgasmo	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	2	20
	Satisfecho	1	10
	Muy satisfecho	5	50
	Extremadamente satisfecho	0	0
La entrega de su pareja al placer sexual "desinhibición"	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	0	0
	Satisfecho	5	50
	Muy satisfecho	3	30
	Extremadamente satisfecho	0	0
La creatividad sexual de su pareja	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	1	10
	Satisfecho	4	40
	Muy satisfecho	3	30
	Extremadamente satisfecho	0	0

Continuación.....

La disponibilidad sexual de su pareja	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	0	0
	Satisfecho	5	50
	Muy satisfecho	3	30
	Extremadamente satisfecho	0	0
La variedad de sus actividades sexuales	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	1	10
	Satisfecho	5	50
	Muy satisfecho	2	20
	Extremadamente satisfecho	0	0
La frecuencia de su actividad	Nada satisfecho	2	20
	Poco satisfecho	1	10
	Satisfecho	5	50
	Muy satisfecho	2	20
	Extremadamente satisfecho	0	0

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En la tabla 5 se observa que, 50% de los usuarios está satisfecho con la intensidad de su excitación sexual, 30% está poco satisfecho con la intensidad de su excitación sexual y 20% está nada satisfecho con la intensidad de su excitación sexual; 70% está nada satisfecho con la calidad de sus orgasmos y 30% está poco satisfecho con la calidad de sus orgasmos; 60% está satisfecho con su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales, 20% está poco satisfecho con su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales y 20% está nada satisfecho con su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales; 50% está satisfecho con su concentración durante la actividad sexual, 30% está nada satisfecho con su concentración durante la actividad sexual y 20% está muy satisfecho con su concentración durante la actividad sexual; 50% está muy satisfecho con la manera en la que se relaciona sexualmente ante su pareja, 30% está nada satisfecho con la manera en la que se relaciona sexualmente ante su pareja y 20% está satisfecho con la manera en la que se relaciona sexualmente ante su pareja; 50% está satisfecho con el funcionamiento de sexual de su cuerpo, 30% está poco satisfecho con el funcionamiento de sexual de su cuerpo y 20% está nada satisfecho con el funcionamiento de sexual de su cuerpo; 60% está satisfecho con su apertura emocional durante sus relaciones sexuales, 20% está muy satisfecho con su apertura emocional durante sus relaciones sexuales y 20% está nada satisfecho con su apertura emocional durante sus relaciones sexuales; 50% está muy satisfecho con su estado de humor después de la actividad

sexual, 30% está satisfecho con su estado de humor después de la actividad sexual y 20% está nada satisfecho con su estado de humor después de la actividad sexual; 70% está nada satisfecho con la frecuencia de sus orgasmos, 20% está poco satisfecho con la frecuencia de sus orgasmos y 10% está satisfecho con la frecuencia de sus orgasmos; 50% está muy satisfecho con el placer que proporciona a su pareja, 30% está poco satisfecho con el placer que proporciona a su pareja y 20% está nada satisfecho con el placer que proporciona a su pareja; 50% está muy satisfecho con el equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo, 20% está satisfecho con el equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo, 20% está nada satisfecho con el equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo y 10% está poco satisfecho con el equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo; 40% está satisfecho con la apertura emocional de su pareja durante la relación sexual, 30% está muy satisfecho con la apertura emocional de su pareja durante la relación sexual, 20% está poco satisfecho con la apertura emocional de su pareja durante la relación sexual y 10% está nada satisfecho con la apertura emocional de su pareja durante la relación sexual; 30% está muy satisfecho con la iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual, 30% está poco satisfecho con la iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual, 30% está nada satisfecho con la iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual y 10% está satisfecho con la iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual; 50% está muy satisfecho con la habilidad de su pareja para llegar al orgasmo, 20% está nada satisfecho con la habilidad de su pareja para llegar al orgasmo, 20% está poco satisfecho con la habilidad de su pareja para llegar al orgasmo y 10% está satisfecho con la habilidad de su pareja para llegar al orgasmo; 50% está satisfecho con la entrega de su pareja al placer sexual “desinhibición”, 30% está muy satisfecho con la entrega de su pareja al placer sexual “desinhibición” y 20% está nada satisfecho con la entrega de su pareja al placer sexual “desinhibición”; 40% está satisfecho con la creatividad sexual de su pareja, 30% está muy satisfecho con la creatividad sexual de su pareja, 20% está nada satisfecho con la creatividad sexual de su pareja y 10% está poco satisfecho con la creatividad sexual de su pareja; 50% está satisfecho con la disponibilidad sexual de su pareja, 30% está muy satisfecho con la disponibilidad sexual de su pareja y 20% está nada satisfecho con la disponibilidad sexual de su pareja; 50% está muy satisfecho con la variedad de sus actividades sexuales, 20% está muy satisfecho con la variedad de sus

actividades sexuales, 20% está nada satisfecho con la variedad de sus actividades sexuales y 10% está poco satisfecho con la variedad de sus actividades sexuales; 50% está satisfecho con la frecuencia de su actividad sexual, 20% está muy satisfecho con la frecuencia de su actividad sexual, 20% está nada satisfecho con la frecuencia de su actividad sexual y 10% está poco satisfecho en la frecuencia de su actividad sexual.

Discusión de resultados

En relación con las características sociodemográficas se encontró que el grupo etario más afectado fue el de 45 años o más, que difiere en el estudio realizado por Larios en (HRACH, 2014 citado en Padilla, 2015), en donde se mostró mayor afectación en jóvenes entre 22 a 38 años, es decir, la LME se puede presentar en una edad promedio 35.8 años. Por lo tanto, la edad no es considerada como un factor predictivo de supervivencia en esta población.

En esta investigación de acuerdo con la población objeto de estudio, predominó el sexo masculino el cual tiene cierta relación con el estudio realizado de (Heano, 2010, citado en Padilla, 2015), donde menciona que el sexo es una variable que ha sido importante en el momento de abordar la discapacidad asociada a la LME ya que no encuentra diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al nivel de la discapacidad.

Con relación al nivel educativo los usuarios encuestados cuentan con educación media superior (40%), lo cual difiere con la investigación realizada por (Silva, 2012) en donde la mayoría de los usuarios (53.2%) solo concluyeron el nivel básico.

El grado de lesión más frecuente fue a nivel torácico (100%) similar al reportado en La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) en su informe "Lesiones de la Médula Espinal. Perspectivas Internacionales". De acuerdo con el momento inicial de la lesión el usuario recibió atención médica por parte de instituciones médicas privadas debido a la falta de infraestructura y recursos de carácter social como lo menciona (ASPAYM, 2012).

La LME afecta la comunicación, relaciones y los roles de los miembros de la familia cuando éstos comparten una situación de estrés, obligándolos a establecer nuevos límites y configuraciones dentro del contexto familiar, principalmente ante la situación de dependencia para realizar actividades cotidianas. Debido a la reorganización del sistema familiar y la negación ante la realidad se generan sentimientos de tristeza, ansiedad y miedo como lo menciona (Barbosa y Figueiredo, 2011).

El 60% de los usuarios realizan actividades laborales tales como: empleados de tiendas de autoservicio y de dependencias públicas (Ayuntamiento Municipal), y empleados por su cuenta, lo cual, les permite obtener un ingreso, otorgándoles una estabilidad económica, coincidiendo con (Vidal y Cornejo, 2016, p. 112) que “el trabajo en general es un aspecto central e indispensable para la supervivencia de la persona, cualquiera sea su condición y situación. Por medio del trabajo se alcanza el bienestar, el sustento económico y la vida autónoma.

La satisfacción sexual de los usuarios con LME depende de la apertura emocional, creatividad sexual y el equilibrio emocional entre el lesionado y la pareja, es decir, la sexualidad es parte fundamental de nuestras vidas y componente básico de nuestro desarrollo psicológico. Constituye la integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de las personas, los que en conjunto expresan su femineidad o masculinidad. Además, refleja la combinación del instinto, del impulso sexual que todos sentimos, de los actos sexuales y de nuestra forma y manera de ser, de relacionarnos con los demás, de comunicarnos y de amar. La incapacidad de vivir y disfrutar de una sexualidad plena impacta fuertemente en la calidad de vida, la autoestima y las relaciones interpersonales (Castillo y Tapia, 2012, p. 33).

Conclusiones

El personal de salud en las Unidades Básicas de Rehabilitación e Integración Social deberán orientar sobre el proceso de atención medica-rehabilitatoria a los usuarios con LME en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, con la finalidad de lograr su aceptación y adaptación en sus diferentes contextos.

Difundir las políticas sociales en materia de rehabilitación a este sector de la población vulnerable con la finalidad de que conozcan sus derechos como personas con discapacidad y logren la inclusión social, económica y educativa, que les permita mejorar su calidad de vida.

La LME es considerada una discapacidad irreversible y progresiva, lo que conlleva a presentar alteraciones en el núcleo familiar y en la relación de pareja originando situaciones emocionales (tristeza, depresión, ansiedad), por lo cual se requiere que el usuario tenga un tratamiento rehabilitatorio multidisciplinario acorde al grado de lesión que presenta. Otro aspecto por reforzar es la crianza y cuidado de los hijos, debido a que el usuario requiere del manejo de estrategias eficaces dependiendo de la edad y el sexo de estos para cumplir con el rol de padre, derivado de las limitaciones físicas que presenta.

Las instituciones públicas, privadas y sociales deben difundir los programas de empleo, capacitación y adiestramiento, así como de adaptaciones a la vivienda para que los usuarios tengan mejores oportunidades de integración social.

Difundir los programas educativos relacionados con el abordaje de la sexualidad en el usuario con LME para lograr una mejor calidad de vida, autoestima y relaciones interpersonales.

Sugerencias

Para dar respuesta al objetivo específico número cuatro, a continuación, se presenta el diseño de intervención profesional desde el Trabajo Social, en la atención de usuarios con LME, desde el método de la atención individualizada, a través de las siguientes funciones con la finalidad de otorgar una intervención integral:

Investigación

1. Diseñar perfiles sociodemográficos del usuario con LME (se retomará de la institución de procedencia).
2. Investigar los factores socioeconómicos que inciden en la frecuencia y distribución de la discapacidad.
3. Elaborar diagnósticos sociales con equipos multidisciplinarios para la intervención médico-rehabilitatoria del usuario con LME.
4. Detectar las causas sociofamiliares que originan la falta de apego al tratamiento socio-médico de un usuario con LME.

Administración

1. Propiciar la coordinación institucional con el fin de establecer mecanismos y estrategias para una distribución equitativa de los recursos institucionales.

Educación

1. Elaborar programas de prevención para población abierta y cautiva en relación con la LME.
2. Diseñar programas de educación sobre el afrontamiento de la sexualidad en usuarios con LME y su familia.

3. Diseñar proyectos de rehabilitación con la participación familias que permitan mejorar el estado de salud del usuario con LME dentro y fuera de la instrucción (hogar).
4. Elaborar programas de atención multidisciplinaria para la familia y el usuario ante una discapacidad.

Coordinación

1. Elaboración de directorios institucionales y de servicios de apoyo social.
2. Establecimiento de mecanismos de coordinación intra y extrainstitucionales.
3. Canalización de casos que demandan servicios o un determinado tratamiento social.
4. Gestión de recursos en programas sociales para adaptaciones en la vivienda.

Orientación

1. Canalizar al usuario a instituciones de primer, segundo y tercer nivel.
2. Canalizar a la familia y al usuario a instituciones de capacitación y adiestramiento (ICATI, CREE, CRIT).
3. Orientar a la familia y al usuario sobre el manejo de situaciones o sentimientos específicos (ansiedad, depresión, fallecimiento, entre otros).
4. Informar a la familia sobre los cuidados de higiene personal que debe tener el lesionado medular para evitar problemas de salud (infecciones en la piel, infección en vía urinarias, entre otras).

El profesional de Trabajo Social no puede abordar la realidad social de una forma indiscriminada. Por ello, la importancia de apoyarse en técnicas e instrumentos que sirvan como base para conocer la situación real de los usuarios. Para lo cual se propone se retomem los contenidos teóricos-metodológicos del proceso de la atención individualizada, como continuación se presenta.

Tabla 6. Proceso metodológico para la atención individualizada

Etapa	Técnicas	Instrumentos
Investigación	Entrevista Observación Visita Domiciliaria Fuentes colaterales	Informe
		Diario de Campo
		Guía de entrevista
		Documentos oficiales
Diagnóstico	Análisis Interpretación Síntesis Concentración de la información	Familiograma
		Ecomapa
		Libretas de registro Apgar familiar
		Cuaderno de notas
Plan Social	Programación Capacitación Implementación de Recursos Verificación de expediente	Estudio socioeconómico
		Expediente
		Ficha de registro
		Libreta de registro
Tratamiento Social	Capacitación Canalización Control Supervisión Evaluación	Diarios de campo
		Diario de campo
		Bitácora de Trabajo
		Cronograma de actividades
Evaluación	Verificación Seguimiento Relato	Llamadas telefónicas
		Expediente
		Documentos de control
		Notas de seguimiento Reporte de visita domiciliaria
Evaluación	Verificación Seguimiento Relato	Anotaciones
		Fichas de social
		Cuadernos de registro
		Encuesta

Fuente: elaboración propia con información de (Flores, 2012, Ortega, 1996).

Este esquema permite examinar la metodología para la intervención individualizada, las técnicas e instrumentos que permitan al profesional de Trabajo Social proporcionar una orientación para la modificación de las necesidades sociales de los usuarios.

Glosario de términos

Análisis: Estudio detallado de algo, especialmente de una obra o de un escrito (RAE, 2014).

Apgar familiar: Instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil (Suárez y Espinoza, 2014).

Atención Individualizada: contribuir a que el individuo utilice sus propios recursos y potencialidades para satisfacer sus necesidades y superar su crisis (Ortega, 1996).

Bitácora de trabajo: Es un cuaderno en el cual se organizan cronológicamente los avances de investigaciones, bocetos de proyectos o planes y cualquier tipo de información que se considere útil y novedosa (Ávila, 2017).

Canalización: Conjunto de actividades de orientación y direccionamiento de los usuarios, pacientes, familias y comunidades a los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio, con el fin de mejorar el acceso a éstos y de esta manera mejorar su estado de salud y su calidad de vida (Prieto, Castiblanco, Segura, Cano y Caro, 2015).

Capacitación: Proceso educativo de corto plazo, que se aplica de manera sistemática y organizada, permite a las personas aprender conocimientos, actitudes y competencias en función de objetivos definidos previamente (Chiavenato, 2009).

Comunicación familiar: es considerada como un proceso por el cual los integrantes de la familia construyen y comparten entre si una serie de significados que les permite interactuar y comportarse en su vida cotidiana (Gallegos, 2005).

Control: Etapa de todo proceso administrativo que comprende el conjunto de actividades que se ejecutan para medir y examinar los resultados obtenidos en un periodo de tiempo

determinado, con el fin de evaluarlos y tomar las medidas correctivas necesarias (Ander-Egg, 1995).

Cronograma de actividades: Herramienta gráfica que presenta a detalle las actividades que se deben desarrollar en los tiempos establecidos, al momento que se emprende un proyecto (Quiroa, 2020).

Cuaderno de notas: En él se hace el registro de los hechos más significativos de una actividad profesional, puede comprender datos como: fechas, nombres, domicilios, símbolos, es decir, aquello que, por ser significativo, no se puede olvidar. (Pérez y Alcaraz, 2015).

Diario de Campo: Instrumento de trabajo básico, donde se consignan los datos obtenidos en el desarrollo de un proceso práctico, el cual contiene más de una descripción detallada del hecho a tratar, de las experiencias vividas, los hechos observados y conclusiones enfocadas al planeamiento de metas (Ander-Egg, 1995).

Discapacidad: El término significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (Ley 762 de 2002 citado en Ruiz *et. al.* 2020).

Documentos oficiales: Documentos que, por su procedencia y contenido, están destinados a un expediente administrativo (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2016).

Ecomapa: Es una representación gráfica de las relaciones familiares o personales que se tiene con el entorno (Ávila, 2017).

Encuesta: Instrumento investigativo que permite obtener información controlada de tipo cualitativa y cuantitativo, permite aplicar medidas y modelos de la técnica investigativa. (Ander-Egg, 1995).

Entrevista: Técnica utilizada para recoger información exige la comunicación entre dos o más personas que comparten un problema, se desarrolla como una conversación donde la persona llamada entrevistador hace preguntas y las entrevistadas las contestan (Ander-Egg, 1995).

Estudio socioeconómico: Instrumento utilizado para conocer y determinar algún tipo de beneficio a un usuario, se apoya de la entrevista a profundidad y de la visita domiciliaria (Ávila, 2017).

Evaluación: Operación sistemática, flexible y funcional, se lleva a cabo en todo proceso de intervención profesional. Es una forma de investigación social aplicada y encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida datos e información (Ander-Egg, 1995).

Expediente: Es una carpeta con determinados documentos en su interior que lleva un orden y nos permite conocer la historia y proceso de un usuario (Ávila, 2017).

Familiograma: Herramienta de conocimiento que sustenta la contextualización del problema, el diagnóstico, las estrategias de acción, la ejecución y la evaluación en el proceso de intervención individualizada de Trabajo Social (García y López, 2012).

Ficha de registro: Instrumento que permiten el registro e identificación de las fuentes de información, así como el acopio de datos o evidencias (Robledo, s.f.).

Ficha social: Soporte documental e instrumento de trabajo en el que se registra la información en forma susceptible de ser ordenada, entresacada y almacenada (Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 1985).

Fuentes colaterales: Son fuentes de información como: documentos, historias de casos, informes de otras instituciones, consulta de expertos de otras disciplinas, pruebas y exámenes de todo género (Hamilton, 1980).

Guía de entrevista: Lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante, sirve solamente para recordar que se deben hacer preguntas sobre ciertos temas. (Taylor y Bogdan, 1992).

Informe social: Es una herramienta de comunicación y es un instrumento para fundamentar la toma de decisiones (Ander-Egg, 1995).

Interpretación: Explicar acciones, dichos o sucesos que pueden ser entendidos de diferentes modos (RAE, 2014).

Lesión Medular Espinal: Es la alteración o destrucción de las neuronas de la propia médula. A menudo tienen un carácter devastador debido a que se asocian a complicaciones potencialmente mortales y a una pérdida de la independencia funcional. (Nayduch, 2011).

Llamadas telefónicas: Conexión establecida por medio de un servicio de telecomunicaciones que permite la comunicación bidireccional de voz (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2016).

Método: Es el resultado de la investigación, producto de la experiencia acumulada por el hombre en el desarrollo histórico de su actividad practica; constituye la clave para leer la realidad y descubrir en ella lo que tiene de inteligible, lo que ella significa, resulta útil

cuando permite saber qué hacer y cómo hacerlo. Incluye la experiencia práctica, técnica y teórica del investigador, guiada a sus veces por las grandes funciones intelectuales del análisis, la síntesis, la inducción y la deducción. Por medio del método se eligen alternativas de solución para los diferentes problemas que aparecen en el camino de la creación de conocimiento (Ander-Egg, 1995).

Metodología: El término se describe en detalle la manera en el que se efectuó la investigación. Es frecuente encontrar que la palabra metodología se aplique al igual que el método de procedimiento tanto en el proyecto como en el reporte final de la investigación; sin embargo, se refieren a la descripción pormenorizada de la aplicación del método y técnicas particulares relativas al tipo de investigación en cuestión (Ortiz, 2003).

Observación: Técnicas de investigación, considera como uno de los procedimientos para la recogida de datos, la observación consiste en utilizar los propios sentidos del investigador para observar los hechos y realidades sociales (Ander-Egg, 1995).

Prevención: Se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998 citado en Julio, 2011).

Programación social: A través de la programación se diseñan planes, programas y proyectos de intervención en atención a los problemas y necesidades sociales (Castro, Reyna y Méndez, 2017).

Rehabilitación: Es el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2005).

Reporte de visita domiciliaria: Es registrado en el cuaderno extramural, en algunos casos en fichas de seguimiento otorgados por los servicios y/o tarjetas de seguimiento (CENAN/INS, 2012).

Seguimiento: Consiste en el análisis y recopilación sistemáticos de información a medida que avanza un proyecto (CIVICUS, 2001).

Sexualidad: Se refiere al conjunto de convenciones, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones del deseo sexual, emociones disímiles, relación de poder, mediadas por el sistema de creencias, valores, actitudes, sentimientos y otros aspectos referentes a nuestra posición en la sociedad, tales como la raza, grupo étnico y clase social (Pérez, 2018).

Síntesis: Es un escrito donde se exponen las ideas principales de un texto tras su análisis y comprensión (Colegio Jean Piaget, 2020).

Supervisión: Proceso educativo por el cual una persona (supervisor) adiestra a otra u otras (supervisados) para integrar los conocimientos teóricos a situaciones prácticas (Chaves, 2015).

Tratamiento: Conjunto planificado de medios que objetivamente se requiere como un plan terapéutico para curar o aliviar una lesión (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2020).

Verificación: Control, comprobación, examen concerniente al cumplimiento de una determinada regulación (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2016).

Visita Domiciliaria: Es aquella visita que cumple el asistente social a un hogar, tratando de tomar contacto directo con la persona o /y su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoría (Ander-Egg, 1995).

Referencias

- Aguado, A. L. y Alcedo, M. A. (1995a). *Personas con discapacidad: Perspectiva psicopedagógica y Rehabilitatorias*. (M. A. (Dir.): Trad.) Madrid: Siglo XXI. Recuperado el 23 de febrero de 2021
- Aguilera, M. (2013). *Conceptualización del Trabajo Social*. Recuperado el 14 de abril de 2021, de <https://trabajadorcomunitario.wordpress.com/autor/>
- Alayón, N. (1987). *DEFINIENDO AL TRABAJO SOCIAL*. ARGENTINA: LUMEN.
- Ander-Egg, E. (1986). *Diccionario de Trabajo Social*. Colombia, Bogotá: Colombia Ltda.
- Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Argentina, Buenos Aires: Lumen. Obtenido de <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Diccionario-de-trabajo-social-Ander-Egg-Ezequiel.pdf>
- Arias, G. F. (2006). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la investigación científica*. (6ta ed.). Caracas, Venezuela: EPISTEME, C.A. Recuperado el 06 de octubre de 2020, de http://www.formaciondocente.com.mx/06_RinconInvestigacion/01_Documentos/E%20Proyecto%20de%20Investigacion.pdf
- ASPAYM. (2012). *Análisis sobre la Lesión Medular*. Recuperado el 21 de enero de 2022, de https://www.aspaym.org/pdf/publicaciones/LM_Aspaym_Media.pdf
- ASPAYM. (2018). *Guía Práctica para Lesionados Medulares*. 41-50. Recuperado el 25 de febrero de 2021, de <https://www.aspaymmadrid.org/wp-content/uploads/2018/04/guia-practica-para-lesionados-medulares.pdf>
- Ávila, G. (2017). Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles en el corpus teórico-metodológico del accionar del Trabajador Social. Recuperado el 12 de febrero del 2020, de https://www.margen.org/suscri/margen86/avila_86.pdf
- Ballester, I. A., Viscarret, G. J. y Úriz, P. M. (2013). *Funciones Profesionales de los Trabajadores Sociales en España*. Cuadernos de Trabajo Social, 127-138. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/41664>
- Barbosa, V. I. y Figueiredo, C. Z. (2011). Sentimientos de los familiares ante la Lesión Medular. *Index Enferm*, 20(1), 56-60. [doi:https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100012](https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100012)

- Barragán, M. F. (s.f.). Sexualidad, Educación Sexual y Género. 15. Recuperado el 17 de marzo de 2021, de <http://educagenero.org/ESJunta/Secundaria/tomo%20I%20general.pdf>
- Barranco, C. (2004). La intervención en Trabajo Social desde la calidad integrada. *Cuadernos de Trabajo Social*, 12,79-102.
- Blázquez, B. E. (2017). La asistencia social en México. Una mirada desde el SNDIF. *Ánfora*, 189-212. Recuperado el 15 de abril de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/3578/357853553008.pdf>
- Bogdan, R. y Taylor, S. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Búsqueda de significados*. México: Paidós Iberica, S.A. Recuperado el 30 de abril de 2021, de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
- Brizuela, C. G., Romero, Á. J. y Beltrán, H. J. (2016). Lesión medular y ejercicio físico: revisión desde una perspectiva deportiva. *REVISTA ESPAÑOLA DE DISCAPACIDAD*, 4(2), 163-185. Recuperado el 09 de noviembre de 2020, de https://cendocps.carm.es/documentacion/2016_Vol.4N2Revista_Espa%C3%B1ola_Discapacidad.pdf
- Cabrera, P. L., Bethencourt, B. J., González, A. M. y Álvarez, P. P. (2006). Un estudio transversal retrospectivo sobre prolongación y abandono de estudios universitarios. *RELIEVE, Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 12(1), 105-127. Recuperado el 06 de octubre de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=916/91612106>
- Cáceres, R. C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Auditio: Revista electrónica de audiolología*, 2, 74-77. Recuperado el 09 de febrero de 2021, de <https://www.auditio.com/docs/File/vol2/3/020304.pdf>
- Carranza, G. C. (19 de junio de 2011). *Historia Cronológica de Trabajo Social en los Estados Unidos*. Recuperado el 14 de abril de 2021, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00016.pdf>

- Castillo Cuadros, J. y Tapia Zambrano, C. (2012). Sexualidad en el lesionado medular: caracterización de la población masculina en control en el Hospital del Trabajador de Santiago, Chile. *Revista Colombiana De Medicina Física Y Rehabilitación*, 22(1), 32-43. Recuperado a partir de <https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/51>
- Castro, G. M., Reyna, T. C., y Méndez, C. J. (2017). *Metodología de Intervención en Trabajo Social*. Casa Editora SHAAD. Recuperado el 14 de febrero de 2022, de <https://www.acanits.org/assets/img/libros/Metodologia%20TS.pdf>
- Centro de Investigación CAMINA. (s.f.). Recuperado el 09 de noviembre de 2020, de Proyecto Camina: <http://www.proyectocamina.org/>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2005). Guía de equipamiento. Unidad de Rehabilitación. Versión para revisión. V.02, VI.2005, México. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/biomedica/guias_equipamiento/Rehabilitacion.pdf
- Chaves, J. (2015). El Método de Trabajo Social en Grupo, Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. Recuperado el 14 de febrero de 2022, de <https://es.calameo.com/read/004594026177eab27d2dc>
- Chiavenato, I. (2009). Gestión del Talento Humano. México: McGRAW-HILL
- CIVICUS. (2001). Seguimiento y evaluación. Recuperado el 14 de febrero de 2022, de <https://www.civicus.org/view/media/Seguimiento%20y%20evaluacion.pdf>
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y Salud. (2001). Modelos de Discapacidad. Obtenido de <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
- Colegio Jean Piaget. (2020). GUÍA DE APRENDIZAJE TEÓRICA. Recuperado el 14 de febrero de 2020, de <https://www.colegiojeanpiagetdepenablanca.cl/wp-content/uploads/2020/03/RESUMEN-Gu%C3%ADa-n%C2%B02-PARALELO-1-2020-revisada-JP-convertido-en-PDF.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (1985): Dos documentos básicos en Trabajo Social: Estudio de la aplicación del Informe y Ficha Social. Madrid, Siglo XXL.

Craig. (2020). La función sexual en las mujeres después de la lesión de la médula espinal. Colorado. Recuperado el 17 de marzo de 2021, de <https://craighospital.org/es/resources/la-funci%C3%B3n-sexual-en-las-mujeres-despu%C3%A9s-de-la-lesi%C3%B3n-de-la-m%C3%A9dula-espinal>

Craig. (2020). La función sexual en los hombres después de la lesión de la médula espinal. Colorado. Recuperado el 17 de marzo de 2021, de <https://craighospital.org/es/resources/la-funci%C3%B3n-sexual-en-los-hombres-despu%C3%A9s-de-la-lesi%C3%B3n-de-la-m%C3%A9dula-espinal>

D. LEGISLATIVAS. (13 de 10 de 2020). Recuperado el 22 de febrero de 2021, de Grados de discapacidad: valoración, beneficios y baremos minusvalía: <https://dudaslegislativas.com/grados-de-discapacidad/>

Diccionario panhispánico del español jurídico. (2016). Documento oficial. Recuperado el 14 de febrero de 2022, de <https://dpej.rae.es/lema/documento-oficial#:~:text=Documento%20que%2C%20por%20su%20procedencia,certificado%20de%20un%20acto%20administrativo.>

Diccionario panhispánico del español jurídico. (2020). Tratamiento médico. Recuperado el 28 de marzo de 2022 de <https://dpej.rae.es/lema/tratamiento-m%C3%A9dico>

DIF. (s.f.). *DIF Estado de México*. Recuperado el 14 de marzo de 2021, de http://difem.edomex.gob.mx/unidades_basicas_rehabilitacion_integracion_social

DIF. (s.f.). *DIF San Mateo Atenco*. Recuperado el 13 de marzo de 2021, de <https://difsanmateoatenco.gob.mx/areas/unidad-de-rehabilitacion-e-integracion-social>

Dirección Ejecutiva de Prevención de Riesgo y Daño Nutricional Área de Desarrollo de Recursos Humanos y Transferencia Tecnológica CENAN/INS. (2012). INFORME DE APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA VISITA DOMICILIARIA. Recuperado el 14 de febrero de 2022, de https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/deprydan/tablasAuxiliares/2013/10_Informe%20de%20VD%202012.pdf

- Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica. (2014). *Discapacidad en México*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/>
- Escalada, M. (1986). *Crítica a lo métodos de la reconceptualización del Trabajo Social*. Tegucigalpa: Guaymuras.
- Gallegos, Silvia. (2006). *Comunicación familiar: un mundo de construcciones simbólicas y relaciones*. Colombia: Comité Editorial.
- García, C. L., Alcedo, R. M. y Aguado, D. A. L. (2008). Sexuality of spinal cord injured persons: psychological and social aspects. *Psychosocial Intervention*, 7(2), 125-141. Recuperado el 10 de noviembre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200003&lng=es&tlng=en.
- García, M. (s.f.). Asociación PROADE. Recuperado el 15 de febrero de 2021, de ¿Qué es la discapacidad: <https://www.asociacionproade.org/blog/qu%C3%A9-es-la-discapacidad/>
- García, M. y López, V. (2012). El Familiograma en Flores, J y García, S. Intervención Individualizada. Recuperado el 14 de febrero de 2022, de <https://es.scribd.com/document/424063077/Garcia-M-Lopez-V-2012-EI-Familiograma-en-Flores-J-y-Garcia-S-Intervencion-Individualizada-Pp-Yecolti-Editorial-Mexico-PDF>
- García, S. S. (1986). *La especificidad del Trabajo Social*. Mexico: UNAM.
- García, S. (1991). *Especificidad y rol en el Trabajo Social: curriculum-saber-formación*. Buenos Aires: HVMANITAS.
- Girar, R., Castanuer, M., Berard, E. y Perrineriche, B. (1980). Spinal cord injury by falls: comparison between suicidal and accidental cases. *Paraplejia*. 18(6), 381-385. doi: <https://doi.org/10.1038/sc.1980.66>
- González-Herrera, I. (2017). Percepción de las estrategias de afrontamiento de los profesionales que trabajan con personas con esclerosis lateral amiotrófica. (C. P. Málaga, Ed.) *Revista de Trabajo Social y Acción Social* (59), 7-32. Recuperado el 09 de noviembre de 2020, de https://www.trabajosocialmalaga.org/wp-content/uploads/2019/04/DTS_59.pdf

- Hamilton, G. (1980). *Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casos*. México, DF: Ed. La Prensa Médica Mexicana. (5a . Reimpresión).
- Heano, L. C., y Pérez, P. J. (2010). *Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica* (Vol. 10(2)). Aquichan en línea. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000200006001
- Hernández, A. L. y Peña, S. E. (2005). Análisis antropofísico sobre personas con lesión medular espinal: cuerpo, salud y sexualidad. *Instituto de Investigaciones Antropológicas*, 12(1), 522-539. Recuperado el 09 de noviembre de 2020, de <http://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/19081/18107>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill. Recuperado el 23 de septiembre de 2020, de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf
- Ibarra, L. G., Ibarra, J. C. y Segura, V. H. (2009). *Discapacidad y Salud*. México: Trillas. Recuperado el 08 de febrero de 2021
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Personas con discapacidad*. Obtenido de <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a1/ef6/a6e/5a1ef6a6e926a447715839.pdf>
- January, A. M., Zebracki, K. y Vogel, L. C. (2014). Mental health and risk of secondary medical complications in adults with pediatric-onset spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2014;20(1):1-12. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*20(1):1-12, 20(1), 1-12.
- Julio, V. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med. Interna* 2011; XXXIII (1):11-14. Uruguay. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Kishi, Y., Robinson, R. G. y Forrester, A. W. (1995). *Comparison Between acute and delayed onset major depression after spinal cord injury*.
- Lima, F. A. (2016). Definición global del Trabajo Social. *Revista de Treball Social* (207), 143-154. Recuperado el septiembre de 2020, de

https://www.academia.edu/35895231/Definici%C3%B3n_global_del_Trabajo_Social_en_Melbourne_2014_p%C3%A1gs_143_154_Global_definition_of_Social_Work_of_Melbourne_2014

Manual de Organización UBRIS, 2019-2021. (s.f.). Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia DIF. *Manual de Organización UBRIS*. Recuperado el 09 de noviembre de 2020, de https://www.ipomex.org.mx/recursos/ipo/files_ipo3/2019/42897/9/fa26d90b4cc421896a56585d478782b2.pdf

Martínez, R. M. y Torrecilla, A. (2015). El objeto de intervención del Trabajo Social y su construcción a lo largo de la historia. *Documentos de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y acción social* (56), 231-237.

Murua, A. I. (julio de 2015). Lesión Medular. Tratamiento. Recuperado el 23 de septiembre de 2020, de <http://www.oc.lm.ehu.es/Departamento/TFG/MuruaTFG.pdf>

Nayduch, D. A. (2011). Fundamentos: identificación y tratamiento de la lesión medular. *Nursing*. Vol. 29 (1).

Olivier, S. S. (s.f.). *Imagina.org*. Recuperado el 17 de marzo de 2018, de Sexualidad, lesión medular y vida cotidiana: http://imagina.org/files/Sexualidad_LM_y_Vida_Activa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF*. Recuperado el 09 de febrero de 2021, de IMSERSO.ES: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (19 de noviembre de 2013). *Lesiones Medulares*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado el 09 de noviembre de 2020, de Lesiones de la Medula Espinal. Perspectivas internacionales: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131504/WHO_NMH_VIP_13.03_spa.pdf;jsessionid=85C4EBA6FDD4EE3582B07680B385334B?sequence=1

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La sexualidad y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado el 04 de mayo de 2021, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Ortega, G. L. (1996). Proceso Metodológico de Trabajo Social en la Atención Individualizada. *Revista Trabajo Social* No. 12. México DF., 1996. ENTS-UNAM.
- Ortiz, U. F. G. (2003). *Diccionario de metodología de la investigación científica*. México. Ed. Limusa.
- Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional* (16), 381-414. Recuperado el 09 de noviembre de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=824/82420041012.pdf>
- Padilla, M. (2015). Tratamiento Rehabilitador del Paciente con Lesión Medular y nivel de Independencia Funcional alcanzada durante su hospitalización en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría en el periodo comprendido del 1 de enero 2014 al 31 de diciembre del 2015. [Tesis para obtener el título de Especialista en Fisiatría]. Universidad Autónoma de Nicaragua.
- Parra, G. (1999). *El objeto y el Trabajo Social. Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social*. Recuperado el 05 de abril de 2021, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000419.pdf>
- Patiño, D. y Gualotuña, M. (2011). *Participación de la Familia en la Atención Domiciliaria al Paciente del Área De Traumatología del Hospital Carlos Andrade Marin con Paraplejia o Cuadraplejia y su Relación con la Incidencia de Complicaciones, enero 2009 a marzo 2011*. Quito: Tesis para obtención de Maestría. Recuperado el 10 de marzo de 2020, de <https://core.ac.uk/download/pdf/71899273.pdf>
- Pérez Martínez, Víctor T. (2008). Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1) Recuperado en 29 de marzo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100010&lng=es&tlng=es
- Pérez, O. y Alcaraz, C. (2015). LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y AMBIENTAL DESDE EL CAMPO DEL TRABAJO SOCIAL. Aproximaciones desde Paradigmas Emergentes. Universidad de Málaga, Grupo EUMED. Recuperado el 14 de febrero de 2022 de <https://www.eumed.net/libros-gratis/2015/1455/#indice>

- Prieto, C., Castiblanco, C., Segura, J., Cano, L. y Caro, P. (2015). Orientaciones para el desarrollo del Procedimiento de Canalización en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. MISALUD. Recuperado el 14 de febrero de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-canalizacion-pic.pdf>
- Quiroa, M. (2020). Cronograma. Economipedia.com. Recuperado el 14 de febrero de 2022, de <https://economipedia.com/definiciones/cronograma.html>
- Ramírez, D. I. (1987). Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 78-84. Recuperado el 13 de abril de 2021, de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS8787110073A/8679/>
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [12 de febrero de 2022].
- Robledo, C. (s.f.). Técnicas y Procesos de investigación. Universidad de San Carlos de Guatemala. Recuperado el 14 febrero de 2022 de <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/fichas-de-trabajo.pdf>
- Rueda, R. M. y Aguado, A. L. (2003). *Estrategias de Afrontamiento y proceso de adaptación a la Lesión Medular*. Madrid: IMSERSO. Recuperado el 23 de febrero de 2021, de https://www.aspaym.org/pdf/publicaciones/afrontamiento_lm.pdf
- Ruiz, G. F.; Moscoso, O. L.; Godoy, C. M.; Burgos, B. G., Siza, M. O. y Lara, D. J. (2020). Glosario de términos sobre discapacidad. Grupo de Gestión en Discapacidad. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/glosario-discapacidad-2020.pdf>
- Sánchez, R. A. y Pinto, B. A. (2000). *Sexualidad y Fertilidad*. Madrid: Global Pharma Press.
- Sánchez, R. M. (2004). *Manual de Trabajo Social*. México: Plaza y Valdés, S.A. de C.V. Recuperado el 14 de abril de 2021, de <https://books.google.com.pe/books?id=RYbuGh9wZywC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

- Shontz, F. C. (1980). The distinctiveness of rehabilitation psychology. *Professional Psychology*, 11(6), 919-924.
- Silva, C. A., Cruz, E. B., Lima, B. M., Sátiro, X. I. y Silva, S. J. (2012). Incapacidad funcional y asociaciones con aspectos sociodemográficos en adultos con lesión medular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Recuperado el 19 de enero de 2022, de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BJGbmpwx7G9N9cbfrmMQRtj/?format=pdf&lang=es>
- San Roman, V. A. y Solano, M. H. (2013). Repercusión de las Lesiones Medulares Traumáticas en la Dinámica Vesical, Perspectiva de Seguimientos de de. *Columna*, 12(3), 242-245. Recuperado el 26 de enero de 2022, de www.scielo.br/j/coluna/a/sXTXwtZvNWBZHqCNhXLknnc/?format=pdf&lang=es
- Santacruz, J. S. G. (2012). Intervención Individualizada. *Intervención Individualizada*. México: Yecolti.
- Sotorres, G. G. y Tornero, D. E. (s.f.). *Clasificación, Pronósticos y Tratamiento de las Lesiones Medulares*. Recuperado el 26 de enero de 2022, de Hospital Clínic Barcelona: https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2062.pdf
- Suarez Cuba, Miguel A., y Alcalá Espinoza, Matilde. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. Recuperado el 12 de febrero de 2022, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es.
- Sunrise Medical*. (2017). Recuperado el 19 de noviembre de 2020, de Lesión Medular y sexualidad: todo lo que debes saber. Asociación Estatal de Sexualidad y Discapacidad.: <https://www.sunrisemedical.es/blog/lesion-medular-sexualidad>
- Tabuenca, P. N. y Viscasillas, S. L. (2020). Aspectos Psicosociales en Pacientes con Lesión Medular. *Revista Sanitaria de Investigación*. Recuperado el 05 de marzo de 2021, de <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com/grupo-editorial/>
- Tamayo y Tamayo, M. (2006). *El proceso de la investigación científica incluye evaluación y administración de proyectos de investigación* (4ta ed.). México: Limusa. Recuperado el 06 de octubre de 2020, de <http://evirtual.uaslp.mx/ENF/220/Biblioteca/Tamayo%20Tamayo->

[El%20proceso%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica2002.pdf](#)

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Recuperado el 14 de febrero de 2022, de [http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/Taylor-y-Bogdan.-Entrevista en profundidad.pdf](http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/Taylor-y-Bogdan.-Entrevista%20en%20profundidad.pdf)

Tello, N. (s.f.). *Trabajo Social, disciplina del conocimiento*. Apuntes de Trabajo Social. Recuperado el 11 de febrero de 2022, de http://neliatello.com/docs/apuntes-sobre-intervencion-social_nelia-tello.pdf

Ulloa, D. (2012). *Sujeto y objeto del Trabajo Social*. Recuperado el 14 de abril de 2021, de <http://dulloam-traso.blogspot.com/>

Valentín, T. E. (2013). *Tesina*. Recuperado el 12 de noviembre de 2020, de Guía de recomendaciones de sexualidad para la intervención de terapia ocupacional en las personas con lesión medular: aspectos generales y de conocimientos básicos. Revisión sistemática de la literatura.: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14186/401344.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vargas, I. (2015). Incidencia de variables sociodemográficas en el nivel de satisfacción sexual de personas con discapacidad. Universidad Pontificia Comillas Madrid. Recuperado el 13 de abril de 2021, de <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/1052/1/TFM000123.pdf>

Vidal, R. O. y Cornejo C. (2016). Trabajo Social y Discapacidad: Una mirada crítica a la inclusión al empleo. Recuperado el 21 de enero de 2022, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/paptra/n31/n31a07.pdf>

Villalobos, K. (1997). Asistencia social pública y privada. *Revistas Jurídicas UNAM*. Recuperado el 14 de abril de 2021, de <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/3513/4177>

Viscarret, G. J. (2014). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Alianza.

Zamora, M. S. (2013). *Fundamentos de Trabajo Social*. México

Anexos

Guía de entrevista para pacientes con Lesión Medular Espinal

I. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Masculino: ____ Femenino: ____ Edad: ____ Casado: ____ Soltero: ____ U. Libre: ____
Analfabeta: __ Ed. básica: __ Ed. media: __ Ed. superior: __ Saber leer y escribir: ____
Lugar de residencia, Localidad: _____ Municipio: _____

II. ESTADO DE SALUD

Grado de lesión: _____ Año en que sucedió el accidente: _____
Causa del accidente: _____
Accidente de auto: __ Arma de fuego: __ Caída: __ De nacimiento: __ Otros: ____
Recibe atención medica: Si: _____ No: _____ Hace cuanto tiempo: _____
Tipo de atención medica: Medicamentosa: __ Rehabilitatoria: __ Psicológico: __ Social: __
Utiliza aditamento para la marcha como: Andadera: __ Silla de ruedas: __ Ninguno: ____
Donde recibe atención medica: IMSS: __ ISSEMYM: __ ISEM: __ INSABI: __ Otros: ____

III. COMUNICACIÓN FAMILIAR

Pregunta	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
Puedo hablar de lo que pienso con mi familia sin sentirme mal o incomodo/a					
Creo lo que me dicen mi familia					
Mi familia me presta atención cuando hablo					
Es difícil poder pedirle a mi familia lo que deseo					
Mi esposa e hijos me dicen cosas que me hacen daño					
Mi familia sabe cómo siento sin preguntármelo					
Nos llevamos bien en la familia					
Cuando tengo problemas se los cuento a mi familia					

Le demuestro a mi familia con facilidad mi afecto					
Cuando me enoja, no le hablo a mi familia					
Tengo mucho cuidado con lo que le digo a mi familia					
Le digo cosas a mi familia que les hace daño					
Cuando le hago preguntas a mi familia, me responden con sinceridad					
Mi familia intenta comprender mi forma de ver las cosas					
Hay temas de los que prefiero no hablar con mi familia					
Pienso que es fácil hablarle a mi familia sobre mis problemas					
Puedo expresar mis verdaderos pensamientos con mi familia					
Cuando hablo con mi familia me pongo de mal humor					
Me ofendo cuando mi familia se enoja conmigo					
Evito decirle realmente a mi familia cómo me siento en determinadas ocasiones					

Fuente: (Olson y colaboradores, 1982).

IV. CONDICIONES DE VIVIENDA

Zona de ubicación: Urbana: _____ Suburbana: _____ Rural: _____

Tipo de vivienda: Casa sola: ___ Departamento: ___ Vecindad: ___ Cuarto: _____

Tenencia: Propia: _____ Prestada: _____ Rentada: _____ Interés Social: _____

Construcción de las paredes: Concreto: _____ Madera: _____ Adobe: _____ Lamina: _____

Construcción del techo: Concreto: ___ Lamina de cartón: ___ Lamina de asbesto: ___ Teja: _____

Accesibilidad a la vivienda: Barreras físicas arquitectónicas Interior: _____ Exterior: _____

Lomerío: _____ Terracería: _____

Adaptaciones a la vivienda: Puertas: ___ Baños: ___ Recamaras: ___ Sala: ___ Cocina: _____

Servicios públicos con los que cuenta la vivienda: Agua entubada: _____ Drenaje: _____

Luz: _____ Recolección de basura: ___ Gas: ___ Teléfono: ___ Alumbrado público: _____

V. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

¿Actual actualmente trabaja? Sí: _____ No: _____

¿Qué actividad realiza? _____

¿De quién depende económicamente?

Esposo/a: ____ Hijo/as: ____ Padres: ____ Hermano/a: ____ Amigos/vecinos: _____

¿Cuál es su ingreso quincenal de usted, o de su familia: Menos de \$1500 _____

de \$1500 a \$3000: _____ de \$3000 a \$5000: _____ o más de \$5000 _____

recibe algún apoyo económico: No: _____ Sí: _____

¿Qué tipo de apoyo? _____

¿Su médico tratante la indico una alimentación especial? Sí: ____ No: ____

¿A cuánto asciende el costo de su alimentación? _____

¿A cuánto asciende el costo de su atención médico-rehabilitatorio? _____

¿A cuánto asciende el costo en la compra de sus medicamentos? _____

¿Cuál es su medio de transporte? Auto propio: ____ Transporte público: ____ Taxi: ____

Otro: _____

¿A cuánto asciende el costo en la utilización del transporte? _____

VI. ASPECTOS PSICOEMOCIONALES CON RELACIÓN A LA SATISFACCIÓN SEXUAL.

Para valorar la satisfacción sexual en pacientes con LME se utilizó el instrumento Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NNS)

MUJER/HOMBRE	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamente satisfecho
La intensidad de su excitación sexual					
La calidad de sus orgasmos					
Su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales					
Su concentración durante la actividad sexual					

La manera en la que reacciona sexualmente ante su pareja					
El funcionamiento sexual de su cuerpo					
Su apertura emocional durante sus relaciones sexuales					
Su estado de humor después de la actividad sexual					
La frecuencia de sus orgasmos					
El placer que proporciona a su pareja					
El equilibrio entre lo que da y lo que recibe en el sexo					
La apertura emocional de su pareja durante la relación sexual					
La iniciativa de su pareja hacia la actividad sexual					
La habilidad de su pareja para llegar al orgasmo					
La entrega de su pareja al placer sexual (“desinhibición”)					
La forma en la que su pareja tiene en cuenta sus necesidades sexuales					
La creatividad sexual de su pareja					
La disponibilidad sexual de su pareja					
La variedad de sus actividades sexuales					
La frecuencia de su actividad					

Fuente: (Pérez, 2013 citado en Vargas, 2015).