

Investigación

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA SOCIAL PARA LA SALUD DE LA PERSONA POST-OPERADA POR LESIÓN MEDULAR

NURSING INTERVENTIONS IN SOCIAL PRACTICE FOR THE HEALTH OF PEOPLE POST-OPERATED BY SPINAL INJURY

Ma. Cristina Ochoa-Estrada

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Juárez del Estado de Durango y Hospital General 450, SSD. Durango, México
cristy8@ujed.mx
<https://orcid.org/0000-0003-3888-1918>

Mónica Gallegos-Alvarado

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Juárez del Estado de Durango y Centro Estatal de Cancerología SSD. Durango, México
monica.gallegos@ujed.mx
<https://orcid.org/0000-0001-9241-1015>

Isaías Iván Briceño Rodríguez

Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Juárez del Estado de Durango e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Durango, México
isaiasibr@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4518-913X>

Martha Lilia Parra Domínguez

Facultad de Enfermería y Obstetricia-Universidad Juárez del Estado de Durango, México
4parritas@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-8926-8745>

Eloísa Esquivel Rodríguez

Facultad de Enfermería y Obstetricia-Universidad Juárez del Estado de Durango, México
eloesqui@yahoo.com.mx
<https://orcid.org/0000-0002-0471-3812>

Artículo recibido el 23 de septiembre de 2022. Aceptado en versión corregida el 24 de noviembre de 2022.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El profesional de enfermería colabora en la prestación de cuidado de la salud de personas que presentan invalidez congénita y adquirida. Las consecuencias asociadas a lesiones medulares no se derivan de la lesión en sí, sino de la falta de efectividad de los servicios de atención médica. **OBJETIVO:** Identificar intervenciones de enfermería en la práctica social para la salud de la persona posoperada por lesión medular. **MÉTODO:** Estudio cualitativo, abordaje descriptivo-exploratorio. Paciente posoperado por lesión medular, (Durango, México). Se utilizó la entrevista semiestructurada en el año 2020, a través del análisis de discurso oral. **RESULTADOS:** Se evidenció, la presencia de barreras sociales, que coartan el pleno desarrollo y participación de la persona con discapacidad por lesión medular en su diario vivir con la familia, comunidad y sociedad. También la autonomía de la persona no sólo se coarta al hecho de realizar tareas o labores o participar con otras personas. Incluso engloba las capacidades de pensar, de decidir por ellos, decidiendo por sí solo y que estas decisiones sean respetadas por los demás. **CONCLUSIONES:** Se hace necesaria la contribución del profesional de enfermería en las Políticas Públicas en el ámbito local y del país donde se propongan y establezcan, estrategias acordes a la prestación de servicios: atención a la enfermedad, promoción, prevención y rehabilitación incluyéndolo en las actividades y servicios sociales; por otra parte las necesidades de las personas con discapacidades deben considerarse también en las políticas, programas y proyectos desarrollados a nivel local y nacional. Estas personas deben tener acceso a los servicios acostumbrados, sostenidos con servicios especializados para mejorar de esta manera la calidad de vida de la persona con discapacidad.

Palabras clave: Cuidado de enfermería, práctica de grupo, procedimiento quirúrgico operatorio, heridas y traumatismos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The nursing professional collaborates in the provision of health care for people with congenital and acquired disabilities. The consequences associated with spinal cord injuries do not derive from the injury itself, but from the lack of effectiveness of medical care services. **OBJECTIVE:** To identify nursing interventions in social practice for the health of the post-operated person for spinal cord injury. **Method:** Qualitative study, descriptive-exploratory approach. Postoperative patient for spinal cord injury, (Durango, Mexico). The semi-structured interview was used in the year 2020, using oral discourse analysis. **RESULTS:** The presence of social barriers was evidenced, which restrict the full development and participation of the person with disabilities due to spinal cord injury in her daily life with the family, community and society. Also the autonomy of the person is not only limited to the fact of carrying out tasks or tasks or participating with other people. It even encompasses the ability to think, to decide for them, deciding for themselves and for these decisions to be respected by others. **CONCLUSIONS:** The contribution of the nursing professional is necessary in Public Policies at the local level and in the country where strategies according to the provision of services are proposed and established: care for illness,

promotion, prevention and rehabilitation, including it in the activities and social services; on the other hand, the needs of people with disabilities must also be considered in the policies, programs and projects developed at the local and national levels. These people must have access to the usual services, supported by specialized services to improve the quality of life of the person with disabilities.

Keywords: Nursing care, group practice, operative surgical procedure, wounds and trauma.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.33.3.235-248

INTRODUCCIÓN

Asegurando que la salud para las personas representa parte de su diario vivir, de manera individual, o en grupos y es consecuencia del resultado de expresiones de sus valores, costumbres, creencias y normas ya anexadas en la sociedad.

Para la Organización Mundial de la Salud [OMS] la Promoción de la Salud [PS] o la Práctica Social en Salud [PSS], constituye un cambio político y social global que comprende no solamente las acciones encaminadas a acercar habilidades y capacidades de los individuos, asimismo las dirigidas a reparar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de trasponerse en la salud pública e individual. Fue definida como el proceso que permite a las personas aumentar la inspección sobre los determinantes de la vida y, por lo dicho antes, mejorarla. Implica el poder de los individuos y grupos para que sean capaces de admitir decisiones sobre sus vidas y su salubridad y posicionarlas en la agenda política⁽¹⁾.

Existen prácticas sociales que afectan la vida y abarcan factores condicionantes, determinantes y de vigilancia específica. Se establece un con-

junto de prácticas sociales pertinentes para la acción en campos de acción extensos, definidos en función de los esfuerzos dirigidos a mejorar la vida de las poblaciones: 1. Impulso y fortalecimiento de una cultura de la existencia y de la salud. 2. Expectación a las necesidades y demandas de sanidad. 3. Mejora de entornos saludables y vigilancia de molestias y daños a la salud colectiva. 4. Proceso de la naturaleza, y de la capacidad de participación y control sociales. Las prácticas entre las personas y los grupos sociales se completan y fortalecen continuamente, deshaciendo los límites entre sí. Más aún, una misma rutina social puede servir a uno o más propósitos⁽²⁾.

Es así como, puede considerarse que las prácticas sociales son el resultado del medio social y, por ende, una de sus manifestaciones, lo que implica que son, herramienta que involucran los conocimientos y las ideas de la persona en su desarrollo o renovación. El premioso cambio repetitivo y evolutivo de los hechos y sucesos en las prácticas sociales genera los estímulos, la carencia y los cambios de valores, normas, creencias e instituciones que marcan la norma en las

mismas prácticas. Se trata de un recurso interno a la sociedad, en el que el cambio puede, ser inducido y acelerado por circunstancias externas hasta alcanzar situaciones de rupturas o de cambios culturales.

El ser humano se considera un ente biológico, emocional, con historia, cultura y con pertenencia social. Esto tiene que ver con la racionalidad, con la supervivencia, la adaptación al entorno, la cimentación de símbolos, representaciones y valores que recibimos, reproducimos o transgredimos⁽³⁾.

Tenemos pues, que el ser humano, es un ser social y, existe en consecuencia de los demás. Siempre se está abocado al hacer, a escoger, a actuar en entorno de la disparidad, tan es así que se asocian proyectos colectivos y se requiere de normas en el actuar que limiten las acciones para arriesgar en lo habitual. Cada ser humano es una persona, con características y motivaciones únicas, pero a su vez requiere de otras personas para granar plenamente. Esto significa, que el ser humano es una persona social. Y como un ente social, requiere de la interacción y de la convivencia con otros seres humanos para educarse, crecer y reproducirse.

Se entiende que, la Lesión Medular [LM], es un proceso patológico que produce alteraciones de la función motora, sensitiva o autónoma, con diversas consecuencias psicosociales para la persona y su familia, siendo así generadora de importantes procesos de discapacidad. La etiología de las lesiones medulares es muy variada e incluye causas de origen congénito, traumático, infeccioso, tumoral o secundario a enfermedades sistémicas. La literatura científica en su mayoría

establece en primera instancia como causa la LM el trauma, se encuentra asociada a accidentes de tránsito, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca, caídas de altura, inmersiones en aguas poco profundas, accidentes deportivos y accidentes laborales, entre otras⁽⁴⁾.

También la Organización Mundial de la Salud [OMS] define a la Lesión Medular [LM] como “los daños sufridos en la médula espinal a consecuencia de un traumatismo (accidente automovilístico), una enfermedad (mielitis transversa) o la degeneración de la médula como en el caso del cáncer, no existen estimaciones confiables de la prevalencia mundial, por lo que se calcula que su incidencia anual oscila entre 40 y 80 casos por millón de habitantes”⁽⁵⁻⁶⁾. La OMS, menciona que, en Estados Unidos, la LM en menores de 15 años representa menos del 4% de la incidencia anual de todos los casos de LM adquirida⁽⁷⁾.

Cada año aproximadamente 500.000 personas sufren lesiones medulares. Es posible que la incidencia realista sea mayor debido a los casos no reportados por su muerte en el accidente o durante el trayecto hacia la institución de salud. Estas personas tienen una probabilidad entre dos y cinco veces mayor de morir, siendo los países de ingresos bajos los que registran las peores tasas de supervivencia. Los hombres corren mayor riesgo de adquirir lesiones medulares entre los 20 y los 29 años de existencia, y después de los 70 momento, en tanto las mujeres presentan un mayor peligro entre la edad de los 15 y los 19 años, y posterior a los 60 años de edad⁽⁸⁾.

La razón hombres: mujeres es al menos de 2:1 en la población adulta⁽⁹⁾. El

90% de las lesiones medulares se debe a causas traumáticas como los accidentes de tránsito, las caídas o la violencia. Existen variaciones entre las distintas regiones. Así, por ejemplo, los accidentes de tránsito son la principal causa de lesiones medulares en la Región de África (casi el 70% de los casos) y la Región del Pacífico Occidental (55% de los casos), mientras que las caídas son la causa principal en la Región de Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental (40% de los casos)⁽⁸⁾.

En la persona que sufre de Lesión Medular el riesgo de muerte en el primer año después de desencadenar la lesión alcanza su grado máximo y perdura en relación a la población en general. Estas personas tienen entre 2 y 5 veces más probabilidades de fallecer prematuramente. El riesgo de mortalidad aumenta en función de la localización y la gravedad de la lesión y varía sobremanera según se dispense o no oportunamente una atención médica de calidad. El método utilizado para trasladar al hospital a la persona que acaba de sufrir una lesión de este tipo y el tiempo que tarda en ingresar son también factores importantes⁽⁷⁾.

En general, las personas con lesión medular presentan dolor crónico, y una estimación de entre el 20% y el 30% padecen depresión significativa. Estas personas incluso, pueden padecer enfermedades secundarias debilitantes y mortales, como trombosis venosa profunda, infecciones del tracto meadero, úlceras de decúbito y dificultades respiratorias⁽⁷⁾.

Los adultos con lesiones medulares enfrentan obstáculos similares en aportaciones en procesos socioeco-

nómicos, con un censo de desempleo mayor al 60% a nivel mundial. Las lesiones medulares tienen un elevado costo para el individuo y la sociedad⁽⁷⁾.

La mayoría de las consecuencias asociadas a lesiones medulares no se derivan de la lesión en sí, sino de la falta de efectividad de los servicios de atención médica y de rehabilitación inadecuados, y de los obstáculos físicos, sociales y políticos existentes en el diario vivir de las personas que presentan esta discapacidad y les impiden participar en sociedad⁽⁷⁾.

El objeto de análisis y de responsabilidad laboral del profesional de enfermería es cuidar la vida humana, este considera al individuo en su contexto completo y general, desde antes del nacimiento hasta su muerte; enfermería desarrolla su labor en equipo, con grupos interdisciplinarios y puestos gerenciales; por ello, puede asegurarse que el profesional de enfermería tiene la capacidad de ensamblar e integrar políticas públicas referentes a las personas con discapacidad. Es ella o el quien da soporte a la persona de manera incondicional, con encargo, apoya en el cumplimiento de acciones que el individuo no puede efectuar, es los ojos del que no ve, las piernas del que no camina, ese tocar, ese sostener y presionar de manos sin miedo al contagio, esa sonrisa en el momento justo es pues todo aquello que como profesional aporta a la persona al momento de prestar cuidado, y que no se puede sustituir con una máquina.

El profesional de enfermería dentro de sus funciones laborales colabora en la prestación de cuidado de la salud de personas que presentan invalidez congénita y adquirida, causada por alguna

afección, accidente, atentado o por adelantada edad; y prestación se reconoce por demostrar empatía – plantarse en la sede del otro para comprenderle –. Aquí es cuando es importante que se visualice un indicativo o enfoque de vigilancia y cuidado de la salud en las personas, porque: actualmente se vive en el predominio de un enfoque biologista que traslada al personal de salud a velar la salud de la persona de manera fragmentada, imperiosa, y perjudicada si se trata de una persona con discapacidad. Empero También; los integrantes de la familia actúan de manera semejante en su proceder con la persona discapacitada y en ocasiones este acepta pasivamente esa situación que atraviesa.

El cuidado ha sido palabra central en la bibliografía de enfermería a través de la historia, se utiliza de dos maneras diferentes entre sí aun cuando hay relación: 1) Cuidar a alguien o proporcionar cuidados y 2) Preocuparse/interesarse por. La primera definición significa realizar actividades para otras personas y con otras personas con la pretensión de que se benefician con ellas. Los cuidados de enfermería implican a dos personas cuya responsabilidad es conexión que se da por el compromiso que tiene una de ellas (enfermera) y agradar o responder a las necesidades de la otra (persona). En el segundo término se evidencia como una persona piensa sobre otra o cómo se siente responsabilizada con ella y de esta manera le responde. Esto es extra a las distintas tareas atribuidas a las enfermeras, es la actitud que demuestra frente a la otra y con el trato que tiene y demuestra a esa otra persona⁽¹⁰⁾. Sin ser excluyentes mutuamente las definiciones o

significados anteriores pueden converger en un enfoque del cuidado que culturalmente hablando guarde los valores que identifican a la profesión de enfermería como: la empatía y la amabilidad asociadas a un enfoque entorno al poder donde es obligatorio eliminar o restaurar cualquier sistema, estructura social o normas que contribuyan a la opresión conservando el centro de la atención en la persona, o estaremos ante una realidad habitual como la señalada por Davis, quien menciona que tal vez el cuidar enfermero esté determinado por las demandas institucionales en lugar de estarlo por las necesidades personales de los pacientes⁽¹⁰⁾.

Para Leonardo Boff, el cuidado es más que un acto, es una actitud por lo tanto abarca más que un momento de atención, de celo y desvelo, representa una actitud de ocupación, preocupación, responsabilidad e involucramiento afectivo con el otro⁽¹¹⁾.

Mientras que Waldow expresa que el cuidar consiste en el respeto a la dignidad humana, sensibilidad con el sufrimiento, ayuda para superarlo, enfrentarlo y aceptar lo inevitable⁽¹²⁾.

Es notable nombrar por todo lo anteriormente descrito que sin duda las políticas en salud deben ser elemento importante del progreso del conocimiento de la profesión de enfermería, se deben examinar alternativas para contar con una mayor formulación de éstas ya que enfermería puede demostrar liderazgo en la propuesta de estas como actualmente se es líder en las áreas de docencia, investigación, asistencia y administración.

Reflexionando que, las políticas son sociales de origen, y de ellas se

desprenden las políticas públicas y las de salud. Las que deben ocupar al profesional de enfermería son estas últimas, ya que, como actores del Sistema Nacional de Salud, enfermería representa un papel muy importante para la generación de las mismas. Por naturaleza la enfermera, experimenta las necesidades sentidas de las personas, pues es una disciplina de la salud, que se enfrenta con problemas reales que ocasiona la enfermedad, que incluyen aspectos como el trato del paciente enfermo y su familia, la falta de capital humano y materiales, falta de organización en la atención de la salud, el deterioro emocional y el desastre económico por la presencia de discapacidad en algún miembro de la familia.

Dicho de otra manera, las políticas públicas que tengan relación con la discapacidad deben contar con lineamientos basados en la no discriminación del individuo que presente invalidez en todas las esferas, a expresar: económica, social y cultural. Porque la discapacidad puede comportarse con rupturas en los enfoques de salud, en diferentes casos y en escenarios, se ha abordado como una problemática biologista-funcionalista, aun cuando se sabe de la existencia de tratados de salud holísticos obligatorios que deben hacerse en la práctica. Es esta la importancia de la práctica social del profesional de enfermería actuado para que las personas que presentan discapacidades ejerzan sus derechos como ciudadanos, así como potencialicen su realización personal, familiar e histórica.

La interrogante de investigación planteadas en el presente estudio fue: Cuáles son las intervenciones de enfermería para la salud de la persona posoperada por lesión medular.

El objetivo, a su vez, fue identificar intervenciones de enfermería en la práctica social para la salud de la persona posoperada por lesión medular.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se optó por la investigación cualitativa (estudio de caso) con abordaje descriptivo-exploratorio⁽¹³⁾. Las preguntas "cómo" y "por qué" son más explicativas y llevan fácilmente al estudio de casos, la historia y los experimentos, porque tratan con cadenas operativas que se desenvuelven en el tiempo, más que con frecuencias. Los casos y la historia, también permiten tratar con el rastreo de procesos⁽¹⁴⁾. El escenario de estudio de caso fue el hogar de la persona posoperada por lesión medular en la ciudad de Durango, México. Toda vez que con esto se logró una mayor intimidad y comodidad para la persona estudiada, quien se encontraba lúcida y pudo de esta manera responder y participar con mayor naturalidad. "El número de participantes se estableció al alcanzar el punto de saturación de la información con el discurso de la persona"⁽¹⁵⁾.

La investigación cualitativa no se basa en el criterio numérico para garantizar su representatividad. Una pregunta importante es "¿qué individuos sociales tienen una vinculación más significativa con el problema a ser investigado?". La buena muestra es aquella que permite abarcar la totalidad del problema investigado en sus múltiples

dimensiones⁽¹⁶⁾. El criterio para la elección del participante fue con la intención de focalizar en profundizar en el problema de investigación.

El informante seleccionado fue atendido en el Hospital General de la Secretaría de Salud en el Estado de Durango México. Adulto joven del sexo masculino, 39 años de edad, soltero, originario de Estados Unidos, vive en la ciudad de Durango, Dgo., al lado de su madre; la movilidad la realiza con apoyo de silla de ruedas y ortesis en miembros inferiores (ambos), no trabaja y tiene 8 años y 6 meses con la lesión, consecuencia de un accidente en camión de transporte de producto forestal el cual ocurrió al momento de encontrarse vacacionando en uno de los municipios del Estado de Durango.

El primer contacto con el paciente fue en la sala de operaciones aproximadamente 24 horas después del accidente, a partir de ahí se estableció contacto enfermera-paciente-familia mediante actividades que contribuyeron a la recuperación y mantención de la salud, acciones que la persona y el familiar realizan cuando poseen los conocimientos, la fuerza y voluntad necesaria. Se trabajó con patrones individuales que actúan con los procesos vitales (fisiológicos, socioculturales, psicológicos evolutivos y espirituales), para influir en la conducta y el estado de salud de la persona. También implicó relaciones de colaboración con otras disciplinas para el cuidado de la salud que proporcionaron intervenciones adicionales.

El criterio de inclusión fue: Persona posoperada por Lesión medular ocasionada por accidente automovilístico,

género masculino, persona con diagnóstico de un lapso no mayor de 1 año. Como técnica de recolección de la información se utilizó “la entrevista semiestructurada”⁽¹⁷⁾, elaborada por los autores y aplicada al actor social participante en la investigación en su realidad concreta; las preguntas detonadoras fueron: “¿Platíqueme como era un día común en su vida antes de su accidente?, ¿Platíqueme como es un día común en su vida después de su accidente? y ¿Platíqueme como es un día fuera de lo común en su vida?. La entrevista se realizó al participante del estudio en el segundo semestre del 2020; fue entrapada en grabadora digital y posteriormente transcrita para el análisis e interpretación de la misma; el tiempo aproximado para la realización de la entrevista fue de 1 hora con 30 min.

Se procedió a realizar un análisis temático de la información el cual consistió en descubrir núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia significan alguna cosa para el objetivo visado⁽¹⁸⁾. Para la operacionalización del análisis se siguió, básicamente, tres etapas: pre-análisis, exploración del material y tratamiento e interpretación de los resultados⁽¹⁹⁾.

Este estudio fue realizado con base en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación⁽¹⁸⁾, relacionado con el desarrollo y validación de los aspectos éticos de las investigaciones con seres humanos, prevaleciendo los principios de respeto y la protección de sus derechos. Con la finalidad de aumentar la calidad y objetividad de la información se consideraron las siguientes técnicas:

credibilidad, transferibilidad, formalidad y confirmabilidad⁽¹³⁾.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este camino, se identificaron elementos relacionados con la práctica social en salud en la persona posoperada por lesión medular, la cual podría considerarse como el énfasis que se da a la persona en un mundo donde enfrenta obstáculos físicos, sociales, económicos y políticos que les impiden participar en la vida social tal como se presenta a continuación, tomado en cuenta de manera literal las versiones expuestas por grandes autores y reconocidos investigadores donde sus aportaciones aún siguen vigentes y son ejemplares en el plano de este contexto. Se identificó un área temática:

La persona como ciudadano con capacidad de participación social

A través de la historia en un sinnúmero de documentos, la práctica social en salud está asociada a un conjunto de valores: calidad de vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación entre otros. Refiriéndose también a una combinación de estrategias: acciones de Estado (políticas públicas saludables), de comunidad (refuerzo de la acción comunitaria), de individuos (desarrollo de habilidades humanas), del sistema de salud (reorientación del sistema de salud) y de intervenciones intersectoriales. Es decir, trabaja con la idea de responsabilidad múltiple, sea para los problemas o las soluciones propuestas por ellos mismos.

En la persona que presenta discapacidad por lesión medular la

práctica social en salud se puede catalogar como el conjunto de actividades que las personas y profesionales de salud realizan cada día para lograr que la vida de las personas sea posible y tengan adecuadas condiciones de salud. En la discapacidad por lesión medular la práctica social en salud se inscribe como el conjunto de actividades que las distintas personas y profesionales de las diferentes instituciones de salud realizan cada día, para lograr que la vida de las personas sea posible y tengan adecuadas condiciones de salud.

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individual mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación⁽²⁰⁾.

La igualdad indica un tratamiento equitativo de las personas, por ejemplo. La igualdad entre los seres humanos se considera un derecho en muchas culturas, aunque en muchas ocasiones no existe igualdad debido, entre otros, a factores económicos, raciales o religiosos. En este sentido, se asocia a otras palabras como la justicia y la solidaridad⁽²¹⁾.

Una de las formas de eliminar la desigualdad en las personas, según Aliaga, es que un buen ingreso conduce a una buena salud, no sólo porque el individuo puede alimentarse, vestirse, habitar mejor y cubrir sus necesidades básicas, sino porque el individuo tiene más opciones

para ejercitar su participación social en igualdad⁽²²⁾.

Así pues, los discursos obtenidos del participante reflejan una realidad en la cual la práctica social en salud modifica o puede modificar condiciones que influyen negativamente en la posibilidad de bienestar de las personas con discapacidad. Los aspectos mencionados de la práctica social en salud y su relación con la discapacidad se describen a continuación:

“(...) Para mí una oportunidad es que me permitan ser evaluado en tal oficio, trabajo o profesión después de realizarlo y/o llevarlo a cabo, y que luego me dijeran mi resultado por mi desempeño y no se fijaran primero en mi condición, ósea en mi físico...” (participante)

“(...) Mire todas las personas en esta vida somos iguales, yo por ejemplo no tengo esposa e hijos, pero si tengo que apoyar a mi mama ella está sola, las personas como yo que viven en silla de ruedas o en ortesis, o con otra discapacidad necesitamos comer y para esto necesitamos trabajar en lo poco o mucho que podásemos hacer, necesitamos que se nos incluya más como personas; yo eh ido a pedir trabajo me hacen esperar y a veces ni me atienden...” (participante)

“(...) Yo en lo personal no veo interés de las autoridades para integrarnos a áreas de trabajo, no existen programas laborales donde podamos insertarnos, creo que la mayoría de las personas como yo están sin trabajar...” (participante)

En los discursos anteriores el participante hace mención a las inequidades o desigualdades que existen en relación a la inserción laboral para la supervivencia de él y de las personas que forman parte de su familia.

Para Ferreira, pueden considerarse tres fuentes principales de desigualdad: la económica, la política (que remite al poder y a la autoridad) y la normativa (relativa al reconocimiento y al prestigio). La distinta posición de los individuos y grupos dentro de la estructura social dependerá de su relativa capacidad económica, política y normativa”. Es obvio que, atendiendo al reconocimiento social, según ya hemos expuesto, las personas en situación de discapacidad están situadas en un escalafón inferior en relación con las personas sin discapacidad. Pese a que dinero y autoridad no parecen ser factores mecánicamente determinantes, lo cierto es que, en el tipo de sociedades en que vivimos, las personas con discapacidad están en una situación claramente desventajosa para alcanzar posiciones sociales elevadas. La discapacidad los margina significativamente, tanto del mercado de trabajo como de las posiciones de responsabilidad y autoridad⁽²³⁾.

Es notable aclarar que para obtener la identidad y la colaboración de las medidas de rehabilitación orientadas en torno al individuo. Es destacado mencionar que, el medio es el que establece el impacto de una deficiencia o discapacidad sobre el vivir cotidiano del sujeto. Una persona se recluye en su entorno de persona con discapacidad cuando existe negación en las oportunidades con la que cuenta la sociedad en general y que son inevitables

para los aspectos fundamentales de la vida, familia, instrucción, puesto laboral, casa, económica y seguridad personal, vida religiosa, compromisos afectivos, paso a instalaciones públicas, emancipación de movimientos y el estilo común de la vida diaria.

Después de esto, en la persona que presenta discapacidad la integridad, la dignidad y la autonomía, van inherentes a ella y a todas las personas como valores y que por derecho debe disfrutar. Algo, que parece algo muy regular y rutinario, no lo es para el sujeto que siente sus capacidades físicas y psicológicas reducidas, esto hace que las personas que las padecen vean, entre otras cosas, su voluntad individual deteriorada. Sus actividades diarias y sus compromisos interpersonales pueden encontrarse estropeados al no sentirse integrados como personas, hecho que incide a quemarropa en la autoestima. Puesto que, cuando el individuo que presenta discapacidad rastrea su propia la autonomía, tiene conocimiento que es un derecho con el que cuenta como persona, es por esto que se hace evidente el propiciar y potencializar a las personas con discapacidad al máximo para que se haga evidente un alto grado de autonomía y desarrollo personal; como se evidencia en los siguientes discursos:

“(...) Cuando recién me accidenté, estuve tirado en la cama más de seis meses, empecé con mi rehabilitación y poco a poco fui ganando fuerzas en mis piernas y mi espalda, no tengo mucho movimiento, pero de depender al 100 % del cuidado de mi mamá y mis hermanas actualmente es otra cosa, ya salgo yo solo a la terapia, tomo el taxi (me subo y me bajo

yo solo), puedo caminar aun con falta de movilidad, pero camino varios kilómetros al día. La verdad mi vida si ha cambiado mucho. Yo siento que me sentí realizado cuando empecé a salir a la calle y no me quedaba encerrado en mi casa...”

(participante)

“(...) Mi hermana siempre me ha dado carrilla, me dice muy seguido tú tienes que valerte por ti solo, no dependas de los demás, me dice que tengo que demostrar seguridad en mí mismo, me dice tienes que tenerte confianza tu para que tu recuperación sea más rápida y te puedas superar...” (participante)

“(...) En el centro de

Rehabilitación donde me dan la terapia tres veces a la semana, yo veo muchas personas que asisten solas como yo, son muy independientes. Pero también veo otras que sus familias les ayudan a hacer todo en la terapia y pues me imagino que en sus casas también...” (participante).

En los discursos referidos anteriormente por el participante, este aspira a que existan condiciones necesarias para que las personas con discapacidad puedan tener una vida participativa en sociedad, en igualdad de impuesto y deberes, sin estar sometidos a las exclusiones, restricciones y discriminaciones que, por razón de la situación vulnerable en la que se encuentra, se percibe y se siente sometido. La persona con invalidez desea un ánimo parcial e independiente, sentirse incluido, con participación en la comunidad. Es importante puntualizar pues; que las personas en su existencia deben tener convivencia con las barreras físicas y sociales que pudiesen limitar su

participación en la comunidad en igualdad de condiciones como personas con derechos.

Así, entendemos que la autonomía es un concepto opuesto a heteronomía, introducido en la filosofía por Kant⁽²⁴⁾, para referir la situación en que el comportamiento o la voluntad del individuo está determinada por su propio entendimiento, y no por algo o alguien ajeno. De hecho, Kant presenta la autonomía como fuente principal de dignidad de la naturaleza humana⁽²⁵⁾.

La autonomía personal, se relaciona con la aceptación de la capacidad humana para controlar la propia vida, para tomar decisiones sin ayuda de otros, que se expresa de diferentes formas en función del ciclo vital y el contexto cultural⁽²⁶⁾.

Así pues, es importante reconocer que, en la presente investigación, se evidencio, la presencia de barreras sociales, que coartan el pleno desarrollo y la participación de las personas con discapacidad por lesión medular en su diario vivir con la familia, comunidad y sociedad, donde pueden lograr un empleo adecuado con las ayudas y apoyos necesarios para lograr un desempeño óptimo que los ayude a trascender como personas. Para ello el acortamiento de éstas barreras merece una mayor atención, a partir de una educación de inclusión, impartida por personal capacitado dentro de empresas, instituciones educativas, de salud y comunidades, asumiendo un trabajo gremial y colectivo para disminuir estas barreras al aprendizaje, a la oportunidad de empleo, a la participación social de esta población, dado que de esta forma se fortalecen valores de convivencia y democracia, los cuales son la base para

la edificar una sociedad heterogénea e incluyente.

También es necesario crear conciencia sobre la importancia en la participación con reciprocidad de la persona con discapacidad activamente en todos los ámbitos; empleo, recreación, producción intelectual y artística, sin ser discriminado. Por ello, es indispensable generar y desarrollar acciones educativas que conlleven a entender y consentir la diversidad como una realidad, y no como una limitante, para generar desarrollo humano de quien promueve la inclusión y mejorar las condiciones económicas y sociales de quien es incluido.

Se evidenció además como la autonomía de la persona no sólo se coarta al hecho de realizar tareas o labores o participar con otras personas. Incluso engloba las capacidades de pensar y de decidir por ellos, decidiendo por sí solo y que estas decisiones sean respetadas por los demás. Para ello hay que actuar con la propia persona con discapacidad, y con la sociedad. El profesional de enfermería puede ayudar a la persona, motivándola y alentándola a que realice acciones y supere retos, ya que ello incidirá en una mayor autoestima y emancipación personal.

CONCLUSIONES

Como integrante del equipo de salud, el profesional de enfermería en su ambiente laboral proporciona atención primaria oportuna y, esta atención, tiene popularidad de no cubrir con lo demandado por la persona, ya que no se proporciona un servicio oportuno y de calidad, existen también barreras culturales, geográficas, viales y económicas, que limitan los servicios de Salud

Pública, pero exclusivamente a la población con discapacidad evidente. Perjudicando de manera notoria el ámbito profesional de enfermería y por ende al individuo con discapacidad, así como su microentorno y su macroentorno.

Para enfrentar el proceso salud enfermedad, también el profesional de enfermería debe facilitar y mejorar el cuidado, así como la prevención que presta buscando lograr la calidad preferentemente, para que exista trascendencia en la democratización de la salud apoyando a la persona con discapacidad como figura central en el cuidado de enfermera, permitiendo lograr que los individuos, acojan prácticas y estilo de vida saludables.

Las causas principales que afectan el desarrollo del cotidiano vivir del individuo con discapacidad deben ser analizadas con detenimiento buscando opciones y proponiendo estrategias que favorezcan la calidad de vida de la persona. Renovar conocimientos en el profesional de enfermería, para que brinde atención apoyándose en procedimientos técnicos modernos, con calidad y calidez.

Por las razones manifestadas en este documento, se hace necesaria la contribución del profesional de enfermería en las Políticas Públicas en el ámbito local y del país donde se propongan y establezcan, estrategias acordes a la prestación de servicios: atención a la enfermedad, promoción, prevención y rehabilitación incluyéndolo en las actividades y servicios sociales; por otra parte las necesidades de las personas con discapacidades deben considerarse también en las políticas, programas y proyectos desarrollados a nivel local y

nacional. Estas personas deben tener acceso a los servicios acostumbrados, sostenidos con servicios especializados para mejorar de esta manera la calidad de vida de la persona con discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. En 2005. [Internet] Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
2. Savater F. Elegir la política. Letras libres. 2002;12-5.
3. Hernández, M; Franco, S y Ochoa, D. La promoción de la salud y la seguridad social. Corporación Salud y Desarrollo. Bogotá. 1995 .3-30.
4. Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE, Universidad Autónoma de Manizales. Spinal cord injuries and disabilities: A review. Aquichan. 2010;10(2):157-72.
5. Hidalgo G, Montenegro C, Aravena AM. Rehabilitación Temprana en Niños y Adolescentes con Lesión Medular Adquirida. Rev Med Clin Condes. 2014;25(2):286-294.
6. Claret G, TrenchsSáinz Maza V, Palomeque A. Lesión medular aguda en edad pediátrica. An Pediatr. Barc. 2006;65(2):162-165.
7. Lesiones medulares [Internet]. Who.int. 2013 [citado el 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
8. OMS | Al menos 500 000 personas sufren lesiones medulares cada año. 2013. [Internet] [citado el 2 de marzo de 2021]; Disponible en:

- <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/spinal-cord-injury-20131202/es/>
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Mujeres y hombres en México [Internet]. 2018. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf
 10. Davis A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. *Revista del Colegio Oficial d'Infermería de Barcelona*. 2005;S/N:1–25.
 11. Boff L. *Saber Cuidar*. Brasil: De voces; 1999.
 12. Waldow, V. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatt.1998.
 13. Hernandez Sampieri R. *Metodología de La Investigación*. McGraw-Hill Companies; 2006.
 14. George, Alexander L. y Andrew Bennett (2005). *Case studies and theory development in the social sciences*. MIT Press, Cambridge, MA.
 15. Ibáñez J. *Nuevos avances en la investigación social: La investigación social de segundo orden*. Barcelona: Anthropos; 1998.
 16. Minayo, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Río de Janeiro - San Pablo, ABRASCO -HUCITEC, 1992. MINAYO, M C S. *El Desafío del conocimiento*. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.
 17. Triviños A. *Introdução às pesquisas em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. Editora Atlas. S. A. São Paulo. Brasil; 1987.
 18. Generales TPD. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud* [Internet]. Unam.mx. 2019 [citado el 2 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2292/63.pdf>
 19. Minayo M. *El desafío del conocimiento: Investigación cualitativa en salud*. Hucitec-Abasco. San Paulo, Río de Janeiro; 1996.
 20. OMS | ¿Qué es la promoción de la salud? 2016 [citado el 2 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
 21. RAE-ASALE, RAE. *Diccionario de la lengua española* [Internet]. Rae.es. 2019 [citado el 2 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
 22. Aliaga E. *Políticas de promoción de la salud en el Perú*. En 2003. p. 18–21.
 23. Ferreira M. *Prácticas sociales, identidad y estratificación: tres vértices de un hecho social, la discapacidad*. *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. 2007;1–14.
 24. Elton M, Mauri M. *La «heteronomía» de la voluntad kantiana. Una comparación con Tomás de Aquino*. *Revista De Investigación E Información Filosófica*. 2013;115–29.
 25. Cabrera L. *Autonomía y dignidad: la titularidad de los derechos*. *Anuario de Derechos Humanos*. Nueva Época. 2002; 3: 11–41.
 26. Kohlberg L. *The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice*. San Francisco, CA: Harper & Row Pubs; 1981.