

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
EN SALUD INTEGRAL Y MOVIMIENTO HUMANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL MOVIMIENTO HUMANO Y CALIDAD DE VIDA

**EL EJERCICIO FÍSICO COMO ESTRATEGIA DE
AFRONTAMIENTO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LA
COTIDIANIDAD EN PERSONAS QUE HAN VIVENCIADO UNA
LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA DE TIPO PARAPLÉJICA**

Sustentante: Licda. Gabriela Vindas Chaves

Tesis sometida a consideración del Tribunal Examinador del Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en Salud para optar por el grado de *Magíster Scientiae*

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2017

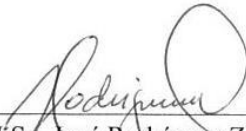
EL EJERCICIO FÍSICO COMO ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO EN LA
RECONSTRUCCIÓN DE LA COTIDIANIDAD EN PERSONAS QUE HAN VIVENCIADO
UNA LESIÓN MEDULAR TRAUMÁTICA DE TIPO PARAPLÉJICA

SUSTENTANTE:
LICDA. GABRIELA VINDAS CHAVES

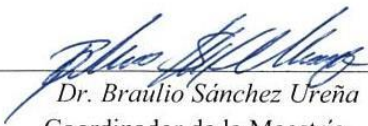
Tesis sometida a consideración del Tribunal Examinador del Posgrado en Salud Integral y
Movimiento Humano con mención en salud para optar por el grado de *Magíster Scientiae*.
Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Posgrado de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

Miembros del tribunal examinador



M.Sc. José Rodríguez Zelaya
Presidente Consejo Central de Posgrado o representante



Dr. Braulio Sánchez Ureña
Coordinador de la Maestría



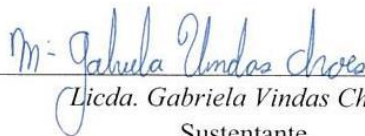
Dr. Pedro Ureña Bonilla
Tutor



MSc. Antonieta Corrales Araya
Asesora



MSc. Gerardo Araya Vargas
Asesor



Licda. Gabriela Vindas Chaves
Sustentante

Tesis sometida a consideración del Tribunal Examinador del Posgrado en Salud Integral y Movimiento Humano con mención en salud para optar por el grado de Magíster Scientiae. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Posgrado de la Universidad Nacional.

Heredia, Costa Rica

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general, analizar el papel que posee la práctica del ejercicio físico, como estrategia de afrontamiento, en relación con la reconstrucción de la cotidianidad, en personas que han vivenciado una lesión medular traumática de tipo parapléjica.

Esta es una investigación de tipo cualitativa, con un diseño fenomenológico y estudio transversal, ya que, analiza una población en un momento dado.

El estudio se llevó a cabo con la colaboración de diez hombres adultos, quienes vivenciaron hace más de dos años una lesión medular traumática de tipo parapléjica, cinco de los cuales hacen ejercicio físico desde hace al menos seis meses y cinco de ellos no hacen ejercicio físico, en los últimos seis meses o más.

Asimismo, se indagó la significancia del ejercicio a lo largo de la vida de las personas participantes, los cambios producidos a partir de la lesión medular, la actividad física y otras formas de afrontamiento utilizadas por las personas participantes, así como la existencia de diferencias en la reconstrucción de la cotidianidad entre las personas que realizan ejercicio físico y las que no.

Los principales resultados de esta investigación fueron: la valoración positiva que todos los participantes hacen del ejercicio físico a través de su vida, que los cambios vividos a partir de la lesión medular afectan todas las áreas de la vida y cambian la cotidianidad de manera radical, que el ejercicio físico fue identificado como una positiva forma de afrontamiento y que hay aspectos, en la reconstrucción de la cotidianidad, que se vivieron de forma diferente entre los participantes que realizan ejercicio físico y los que no.

Abstract

The current research had as main goal, analyzing the role that practicing physical exercise had, as coping strategy, in regards of rebuilding everyday life, in persons who have experienced a paraplegic-type traumatic spinal cord injury.

This is a qualitative-type research, with a phenomenological design and transversal study, because it analyses a population in a given moment.

The study was carried out with the collaboration of ten adult men, who experienced more than two years ago a paraplegic-type traumatic spinal cord injury, five of which have exercised at least during the last six months and five of them have not exercise during the last six months or longer.

Likewise, the significance of the exercise throughout the life of the participants, the changes produced from the spinal cord injury, physical activity and other forms of coping used by the participants were investigated, as well as the existence of differences in the reconstruction of daily life among people who exercise and those who do not.

The main results of this research were: the positive evaluation that all the participants give to physical exercise throughout their life, that the changes lived from the spinal cord injury affect all areas of life and change daily life in a radical way, that physical exercise was identified as a positive form of coping and that there are aspects, in the reconstruction of daily life, that were lived differently between participants who exercise and those who do not.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios Todopoderoso dador de la vida, quien marco mi caminar a través de este hacer y quien me sostiene día a día con su amor y con su misericordia.

A mi familia que está conmigo en las buenas y las no tan buenas, que con su solidaridad hacen posible estos proyectos, sobre todo a mi hijo Manuel que me impulsa y motiva a seguir adelante.

A mis hermanas en la fe Giselle Álvarez, Mary Bolaños y Rocio Brenes, quienes con su apoyo sostuvieron mis brazos en alto

A mis colegas Fanny Cambroneró Steller, Teresita Campos Vargas, Gloriana Hernández Mena y Celia Víquez Rojas, cuya ayuda en la realización de este trabajo es invaluable.

Al Doctor Pedro Ureña Bonilla, quien creyó en la posibilidad de realizar esta tesis y me hizo el honor de dirigirla.

A la M.Sc Antonieta Corrales Araya y al M.Sc Gerardo Araya Vargas, quienes de manera tan comprometida me apoyaron en este proceso.

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo a los diez hombres que me prestaron sus relatos de vida para hacerlo posible.

Ellos son un testimonio de coraje y valentía, lo han dado todo para seguir adelante, para seguir amando la vida, para demostrarle al mundo que la valía de un ser humano está más allá de cualquier limitación.

De ellos aprendí a temer menos a la adversidad, a salir a la calle sabiendo, que somos capaces de reinventarnos para continuar apostándole a la felicidad

Dios los bendiga mucho

Índice de Tablas

Tabla 1: Conceptos Claves, Definición Conceptual y Operacional	23
Tabla 2: Categorías de Análisis.....	51
Tabla 3: Datos sociodemográficos de los participantes	54
Tabla 4: Extractos de los relatos de vida acerca de la Significancia del Ejercicio Físico antes y después de la lesión	55
Tabla 5: Significancia de la Práctica del Ejercicio Físico a través de la vida	57
Tabla 6: Cambios en la vivencia cotidiana después de una lesión medular.....	58
Tabla 7: Extractos de los relatos de vida acerca del papel del ejercicio como estrategia de afrontamiento	62
Tabla 8: Estrategias de afrontamiento utilizadas durante los 6 meses posteriores a la lesión y las empleadas después de este tiempo	67
Tabla 9: Conductas adjudicadas a la reconstrucción de la cotidianidad	70
Tabla 10: Cogniciones adjudicadas a la reconstrucción de su cotidianidad	72
Tabla 11: Significados adjudicados a la reconstrucción de su cotidianidad	73

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Estructura de la médula espinal	27
Ilustración 2: Segmentación de la médula que diferencia el tipo de lesión	32

Listado de Abreviaturas

CIF.....Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

LM.....Lesión Medular

CENARE.....Consejo Nacional de Rehabilitación

ASIA.....American SpinalInjuryAssociation

SNC.....Sistema Nervioso Central

OMS.....Organización Mundial de la Salud

Descriptores

Lesión Medular, Lesión Medular Parapléjica, Estrategias de Afrontamiento, Ejercicio Físico, Reconstrucción de la cotidianidad.

ÍNDICE

Resumen	IV
Abstract	V
Agradecimientos.....	VI
Dedicatoria	VII
Índice de Tablas	VIII
Índice de Ilustraciones.....	IX
Listado de Abreviaturas	X
Descriptores.....	XI
Índice.....	XII
INTRODUCCIÓN	16
Planteamiento y Delimitación del Problema.....	16
Justificación.....	19
Objetivos	22
Objetivo General	22
Objetivos Específicos	22
Conceptos Claves	23
Limitaciones	25
MARCO CONCEPTUAL.....	26
Lesión Medular	¡Error! Marcador no definido.
La médula espinal.....	26
Concepto de lesión medular	28
Clasificación de la lesión medular	29
Estrategias de Afrontamiento	33
Herramientas Psicosociales	36

Ejercicio físico.....	37
Ejercicio físico, lesión medular y bienestar físico.....	39
Cotidianidad	40
Duelo	41
METODOLOGÍA	45
Sujetos participantes.....	45
Instrumentos	46
Relato de vida.....	46
Cuestionario sobre estrategias de afrontamiento.....	47
Grupo Focal.....	47
Procedimiento.....	49
Fase Inicial	49
Fase de Trabajo con los Sujetos	50
Fase de análisis de datos.....	50
Procedimiento para el análisis de información	50
RESULTADOS	53
Caracterización de la población	53
Categoría 1: Significancia del Ejercicio Físico a través de la vida	54
Categoría 2: Cambios en la vivencia cotidiana	57
Categoría 3: Ejercicio como Estrategia de afrontamiento.....	62
Categoría 4: Otras estrategias de afrontamiento	66
Categoría 5: Reconstrucción de la cotidianidad en lesionados medulares.....	70
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	75
Categoría 1: Significancia del Ejercicio Físico a través de la vida	77
Categoría 2: Cambios en la vivencia cotidiana	80

Categoría 3: Ejercicio como Estrategia de afrontamiento.....	89
Categoría 4: Otras estrategias de afrontamiento	95
Categoría 5: Reconstrucción de la cotidianidad en lesionados medulares	100
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	110
Conclusiones	110
Recomendaciones	119
REFERENCIAS	121
ANEXOS.....	130

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y Delimitación del Problema

La lesión medular es una de las vivencias más fuertes que una persona podría afrontar en el transcurso de su vida, esta es definida por Brucker (citado por Rueda y Aguado, 2003) como:

“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 falta de sensación y la pérdida de la función autonómica” (p. 24).

Esta problemática de la salud no solo afecta a quien la posee, sino también a su familia y comunidad. Por lo tanto, constituye una de las situaciones de salud, que mayormente imposibilitan la realización de las actividades cotidianas, ya que, causa la privación total o parcial, de una de las capacidades fundamentales en la constitución misma del ser humano, el movimiento.

Algunos de los estudios que preceden a esta investigación se presentan a continuación. El primero de ellos, realizado por Rueda, et al (2008), se centró en una revisión de los estudios sobre la teoría del afrontamiento y la lesión medular; sus resultados principales se enfocan en que no existe una única forma de afrontamiento y que estas estrategias no van a depender del tipo de lesión, sino de la estructura psicológica del individuo.

Por otra parte, se encuentra la investigación de Vargas y Gómez (2012), la cual estudió el afrontamiento psicosocial del lesionado ante la posibilidad de vinculación a la vida cotidiana;

para esto, se analizaron las formas de afrontamiento utilizadas por los sujetos en su diario vivir. Dentro de los principales resultados sobresalen: la influencia que tienen factores como las condiciones de vida, el entorno familiar y el grado de interés en el cambio, en la subjetividad y forma de afrontar la lesión.

Botero (2013), ejecuta una revisión teórica sobre estilos de afrontamiento presentes en sujetos que enfrentan una discapacidad física, realizando una revisión del proceso de ajuste que asumen las personas con limitación en la movilidad, al afrontar las situaciones cotidianas de la vida. Las conclusiones enfatizan que las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas se centran en la emoción y que el afrontamiento determina la calidad de vida.

Mendoca (2009), hace referencia a investigaciones en torno a la dimensión espiritual, como estrategia de afrontamiento, con el objetivo de explorar y describir el fenómeno de adaptación después de una lesión medular. El autor se centró en la explicación de las estrategias utilizadas e identificó las implicaciones en los cuidados de enfermería.

Por último, se incluye la investigación sobre calidad de vida en personas con lesión medular, realizada por Arroyo (2015), que se planteó explorar los correlatos de calidad de vida en la población que ya ha vivenciado la fase hospitalaria. Los principales resultados mostraron que menor reducción de sus labores cotidianas y de acceso a la calle, propicia una mayor calidad de vida, así como cuando se presenta una menor intensidad en el dolor.

Es necesario mencionar, que se recurrió a investigaciones realizadas internacionalmente, por cuanto a nivel de Costa Rica no se pudo ubicar estudios que correlacionen los factores de afrontamiento con la vivencia de una lesión medular, ni que conciban al ejercicio físico como estrategia de afrontamiento.

Así como lo mencionan los estudios expuestos, dependiendo del sitio de la médula donde se produzca la lesión, así serán las consecuencias para quien la vivencia. Por lo tanto, esta investigación está referida a la **lesión medular de tipo parapléjica**, la cual según el American Spinal Injury Association [ASIA] (citado por Alcobendas, 2011) es la afectación de los segmentos dorsales, lumbares y sacros de la columna vertebral; dependiendo del nivel de lesión se ven afectados tronco, extremidades inferiores y órganos pélvicos.

Arroyo (2015), plantea que las causas de la lesión medular suelen tener dos orígenes, uno debido a patologías existentes y el otro de origen traumático, en el cual se incluyen los accidentes de tránsito, la violencia, las caídas, los accidentes deportivos y laborales. En este estudio se ha elegido, la **lesión medular parapléjica de origen traumático**, ya que, cuando la lesión se produce de repente, conlleva un proceso de adaptación más complejo, debido, a que el evento se presenta de pronto, desestructurando la cotidianidad de quien la vivencia.

Abordar la adaptación del lesionado medular, a través de la teoría del afrontamiento, permite contemplar la vivencia de los sujetos, desde sus posibilidades y herramientas. Por lo tanto, se emplean estas ideas para incorporar el ejercicio físico, como una estrategia de reconstrucción de la cotidianidad y recuperación simbólica del movimiento; constituyéndose como una de las principales estrategias utilizadas en personas con una lesión medular.

De conformidad con lo anterior, se plantea como pregunta de investigación:

¿Cuál es el papel de la práctica del ejercicio físico, como mecanismo de afrontamiento, en relación con la reconstrucción de la cotidianidad, en personas que han vivenciado una lesión medular traumática de tipo parapléjica?

Justificación

En Costa Rica, de acuerdo con el Departamento de Estadística del Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas (CENARE) (2017)¹, ingresaron en el 2014, 97 personas por lesión medular, esta cifra aumentó a 119 en el 2015 y para el año 2016 se registraron 103 ingresos por esta causa.

Sin embargo, a nivel nacional, las investigaciones en torno a la temática de la lesión medular y las estrategias de afrontamiento de la misma son mínimas. A su vez, el estudio del ejercicio físico como estrategia de afrontamiento, ante la vivencia de una lesión medular, parece no haber sido abordado, razón principal por la cual se considera un área pertinente para estudiar.

Según Arroyo (2015), la incidencia de la lesión medular parapléjica para América Latina es de 22 sujetos por millón de personas, en Estados Unidos se identifican aproximadamente 40 casos nuevos por millón de habitantes para un total de 11000 casos por año, aproximadamente. Mientras que la prevalencia se estima aproximadamente en 25,000 personas en el 2004, debido al incremento en la esperanza de vida y no por el aumento en la incidencia. Si se observa a nivel mundial se puntea en niveles menores (Uclés, et al 2007).

Cabe añadir que según Uclés *et al.* (2007), esta afectación se presenta principalmente, en la población masculina, ya que, los hombres sufren lesiones más frecuentemente que las mujeres en una relación de 4:1. Además, se registra que un 60% de las personas con lesión medular tienen una edad de 30 años o menos en el momento de la lesión, con una edad promedio de 32.1 años.

¹Esta información fue brindada en el Departamento de Estadística del Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas, a través del Sistema de Registro.

Relativo a la cita anterior, la población con mayor afectación se encuentra en la etapa de la adultez joven, en la cual, se inicia la ejecución del plan de vida planteado al finalizar la adolescencia. Por lo cual, el impacto psicológico de quienes sufren una lesión medular es muy fuerte, por cuanto lograr lo planteado se torna difícil y en ocasiones no ejecutable.

La Organización Mundial de la Salud (2013, párr.5) plantea, con respecto a la lesión medular, que “no existen estimaciones fiables de su prevalencia mundial, pero se calcula que su incidencia mundial anual oscila entre 40 y 80 casos por millón de habitantes. Hasta un 90% de esos casos se deben a causas traumáticas”.

Por su parte, Uclés *et al.* (2007), refirieron que en Estados Unidos desde 1990, los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar en la causa de traumatismos medulares con un 38.5%, seguido por actos violentos, problemas médicos y prácticas deportivas.

Ahora bien, la lesión medular, no solo implica un reto adaptativo a un individuo como tal, sino también a la familia, los amigos y a la comunidad. Por lo tanto, las características propias de la personalidad de quien la vivencia, así como, la dinámica familiar y comunitaria, previas a la lesión, van a incidir en el proceso de adaptación.

Por tanto, la lesión trae consigo un gran impacto personal, familiar y socioeconómico en la mayoría de las personas que la vivencian. Pero, además Roldán (2002, citado por Chacón *et al.*, 2009) plantea que, a nivel psicológico, la lesión repercute en quien la sufre directamente en aspectos como la autoimagen y la autoestima.

Por consiguiente, la dinámica a nivel personal, familiar y social, previas al evento, marcan en un inicio, las pautas de la adaptación, sobre todo en relación a cómo se mira a sí mismo el

lesionado. Además, que evaluar las posibilidades que su entorno le ofrece, le posibilita retomar las actividades que cotidianamente realizaba, así como, construir una nueva imagen de sí mismo.

Dentro de esta investigación se destaca el papel del ejercicio físico, como una de las expresiones culturales, cuya función e importancia incrementa las posibilidades de movimiento de un ser humano, lo cual se presenta como una forma de afrontamiento ante la nueva condición del lesionado.

Zucchi (2001), señala que el deporte y la práctica de ejercicio físico pueden ayudar en la abstracción de un mundo con inconvenientes y las barreras que acarrea; pero además fortalecerá su psiquis “afectividad, emotividad, control, percepción, cognición” (p.2), constituyéndose, como el espacio para la auto –superación, a través del establecimiento de objetivos a alcanzar. Lo anterior, permite un reajuste permanente con beneficios de índole psicológica y social.

Sin embargo, es importante destacar lo expuesto por Sandrow-Feinberg (2015), en relación con la función que juega el ejercicio físico en la protección neuronal, el proceso de producción de tejido espinal y de disminución de dolor, en pacientes lesionados medulares.

Vargas y Gómez (2012), refieren que la mayoría de los estudios apuntan que la adaptación es un proceso multifacético que, se desarrolla a partir del evento y durante el resto de la vida del paciente. Sin embargo, la adaptación psicológica específica va a ocurrir entre los 18 y 24 meses posteriores a la lesión. Este periodo, permite la transición por varias etapas como la de shock, negación, protesta, intento adaptativo, depresión e identificación.

De vital importancia es para las personas que han vivenciado una lesión medular, así como para quienes los atienden, comprender cómo influyen las formas de afrontamiento y la dinámica

familiar y social en la manera en que estas personas reconstruyen su cotidianidad. Lo anterior, ya que, no se puede pretender que todas las personas que vivencien una lesión medular asuman e interioricen de la misma forma las diversas etapas de elaboración del acontecimiento.

Además, resulta imperioso reconocer el papel del ejercicio físico como una herramienta fundamental en la reconstrucción de la vivencia cotidiana del lesionado medular. Por lo tanto, cada logro a nivel de la recuperación de movimiento posee una importancia trascendental en la posibilidad de manejo de su entorno y alcance de sus metas.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la función que posee la práctica del ejercicio físico, como estrategia de afrontamiento, en relación con la reconstrucción de la cotidianidad, en personas que han vivenciado una lesión medular traumática de tipo parapléjica.

Objetivos Específicos

Conocer el papel que ha tenido el ejercicio físico a través de la historia de vida, de las personas que han vivenciado una lesión medular traumática de tipo parapléjica.

Identificar los cambios producidos en la cotidianidad a partir de la vivencia de una lesión traumática de tipo parapléjica.

Caracterizar las estrategias de afrontamiento, que han utilizado las personas que han vivenciado una lesión medular traumática de tipo parapléjico y el papel que estas han tenido en la reconstrucción de su cotidianidad posterior a la lesión.

Diferenciar la reconstrucción de la cotidianidad entre las personas lesionadas medulares estudiadas, que realizan ejercicio físico y las personas que no lo hacen.

Conceptos Claves

Para efectos de una mayor comprensión de los conceptos que se abordaron en el presente estudio, se expone a continuación un cuadro en el cual se explica la definición conceptual y operacional de los constructos o categorías de análisis abordados.

Tabla 1

Conceptos Claves, Definición Conceptual y Operacional

Conceptos	Definición Conceptual	Definición Operacional
Lesión Medular Parapléjica	Forner (2011, citando a la American Spinal Injury Association [ASIA]) menciona que, la lesión medular parapléjica consiste en un “déficit o pérdida de la función motora y/o sensitiva en los segmentos torácicos, lumbares o sacros de la médula espinal (pero no cervicales), por daño de los elementos neurales dentro del canal raquídeo” (p.28).	La lesión medular parapléjica completa se entiende como aquella afectación de la médula espinal que causa alteraciones en el movimiento y en el sistema sensitivo, a nivel de la cintura hacia abajo. Por lo tanto, para el presente estudio todos los participantes presentaban una imposibilidad de la marcha.
Estrategias de Afrontamiento	Lazarus y Folkman (1986) definen las estrategias de afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o	Las estrategias de afrontamiento son las diversas conductas, actitudes y valoraciones que la persona emplea ante una situación de estrés, con el fin de enfrentarse a aquello que lo provoca.

	desbordantes de los recursos del individuo” (p.164).	En este trabajo se eligieron de acuerdo con la literatura existente las siguientes formas de afrontamiento: Resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.
Ejercicio Físico	Caspersen (1985) conceptualiza “el ejercicio físico es un subconjunto de la actividad física, el cual es planeado, estructurado y repetitivo y tiene como objetivo final, el mantenimiento o mejoramiento de la condición física” (p.1).	La práctica de una actividad estructurada y repetitiva (se realiza más de tres veces a la semana o acumula 150 minutos semanales) que va más allá de las labores cotidianas de trabajo, aseo personal y alimentación.
Cotidianidad	Uscatescu (2011) define lo cotidiano como aquello que “pasa todos los días o cada uno de los días (...) eso que hago o percibo o pienso todos los días desde mi nacimiento hasta mi muerte, incluidos ambos extremos, puesto que en definitiva, son también posibilidades dadas en el ámbito de lo cotidiano” (p.27).	Se va a entender como cotidiano las actividades que realiza un individuo de forma regular, en los diversos ámbitos en los que se desenvuelve como trabajo, familia y sociedad.

Limitaciones

Durante la mayoría de los procesos investigativos, surgen algunas limitaciones o dificultades en el desarrollo del mismo, por lo cual en este apartado se retomarán las limitantes que se presentaron al momento de llevar a cabo el presente estudio.

Inicialmente, es factible considerar como una limitante, el factor de que no todas las personas con una lesión medular parapléjica (de origen traumática) realizan la práctica de algún deporte, aspecto que era fundamental para el presente estudio, por lo cual esto conllevó que el proceso de selección de la población fuera más complejo.

Asimismo, al momento de concretar el espacio para la entrevista que se le debía realizar a cada una de las personas participantes, hubo que enfrentarse a cierta reticencia y desconfianza, lo cual se puede ver reflejado en el hecho de que en muchos de los casos los participantes llegaron a posponer repetidamente la cita asignada para tal fin, situación que se visualiza como una limitante, por cuanto entorpeció la fluidez del proceso.

Otro aspecto, que si bien no fue una limitante como tal, pero que influyó de manera relevante en la realización de las entrevistas, fueron las circunstancias personales y contextos en que se desenvuelven los participantes, esto por cuanto hubo que adaptarse a la disponibilidad de tiempo, a las diferencias de apertura al tema, entre otros aspectos.

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se esbozan los principales elementos conceptuales que darán el marco referencial para la comprensión de la lesión medular, así como también de sus implicaciones psicosociales y físicas.

La médula espinal

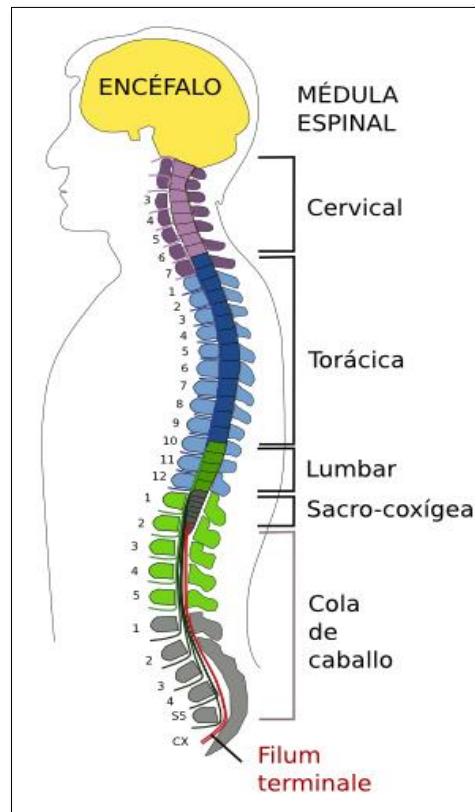
La médula espinal es la protagonista corporal del relato de este trabajo, por cuanto es en ella donde se produce la lesión medular, la cual convoca a indagar, a través de quienes la han vivido, las consecuencias que ha tenido en los diversos aspectos de la vida.

De conformidad con Arroyo (2015) “la médula espinal es parte del sistema nervioso central y constituye la vía por la que el cerebro recibe información del resto del organismo y envía las órdenes que regulan los movimientos” (p.45); sus funciones son vegetativas e integrativas.

De acuerdo con Purves *et al.* (2001), lo anterior se produce a través de un mecanismo en el cual, la información sensitiva, transmitida por los axones aferentes en los nervios periféricos, ingresa a la médula espinal por medio de las raíces dorsales; mientras que las órdenes motoras transmitidas por los axones eferentes abandonan la médula espinal por medio de las raíces ventrales. Por lo tanto, una vez que las raíces se unen, los axones sensitivos y motores viajan juntos en los nervios espinales segmentados. Con lo cual, se infiere, cómo a través de la médula espinal viajan todas las sensaciones y las órdenes de movimiento del cuerpo.

Por otra parte, Alcobendas (2011) expone que la médula espinal está constituida por 31 mielómeros, que hacen par con los respectivos nervios raquídeos, los cuales se dividen en: 8

cervicales, 12 dorsales, 5 lumbares, 5 sacros y 1 coccígeo. Con el fin de ilustrar, a continuación se presenta una imagen de la estructura de la médula espinal y cada una de estas divisiones mencionadas por la autora:



Fuente: Atlas de Histología Vegetal (2008)

Ilustración 1. Estructura de la médula espinal

Asimismo, Alcobendas (2011) agrega que, este importante componente del Sistema Nervioso Central (SNC), desempeña una función vital en la transferencia sensitiva hacia el cerebro y en la coordinación de las funciones motoras y autónomas. Además, dicha autora expone en las siguientes líneas la composición y disposición de la médula espinal:

“Consiste en una estructura cilíndrica, ligeramente aplanada en sentido anteroposterior, de calibre no uniforme, blanda y blanca, que se inicia en la unión bulbomedular y finaliza a nivel de la carilla superior L2, su extremo inferior con forma cónica es conocido como el cono medular” (p.21).

De conformidad con estos planteamientos, es importante acotar que la médula espinal recorre el canal vertebral y que, como bien lo menciona Alcobendas (2011), después de la carilla superior L2, se ubican las raíces lumbares y sacras, las cuales bajan hasta sus respectivas aberturas constituyendo la llamada cola de caballo.

Concepto de lesión medular

En la actualidad, la lesión medular es definida por varios autores, entre ellos Rincón, Sánchez y Ramos (2007), quienes la definen como una “alteración que puede ser causada por diferentes enfermedades o de forma traumática” caracterizada por “la afectación de la médula espinal que influye en la función motora, sensitiva y autonómica” (p.166) generando cambios en los otros sistemas del organismo, con repercusiones a nivel psicosocial y económico.

Asimismo, Henao-Lema y Pérez-Parra (2010) plantean que:

“la complejidad del déficit neurológico, y por tanto del cuadro clínico resultante, depende del nivel y la completitud de la lesión, la extensión transversal o longitudinal del tejido lesionado, y la afectación de sustancia blanca o gris” (p.3).

Por lo tanto, la lesión medular presenta, de acuerdo con quien la padece, características particulares, ya que, posee consecuencias tales como la falta de control de esfínteres, trastornos sexuales, tanto en el área placentera como reproductiva, alteraciones en el sistema nervioso

vegetativo, complicaciones a nivel renal, entre otros. Sin embargo, Rincón *et al.* (2007) plantean que los síntomas y su grado de lesión pueden ser diferentes en cada sujeto, por lo que se considera vital un seguimiento individualizado.

Siendo así que, según Alcobendas (2010) se considera que

“la lesión medular es una de las situaciones clínicas más devastadoras, tanto por la pérdida funcional que supone y, consecuentemente, la pérdida de independencia del individuo, como por las limitadas posibilidades de recuperación espontánea unidas a la carencia de un tratamiento curativo” (p.3)

Ahora bien, a pesar de que no existe un tratamiento eficaz para la cura, actualmente se hacen investigaciones en regeneración, neuroprotección y plasticidad medular, en la búsqueda de mejorar las consecuencias de la mielopatía.

Clasificación de la lesión medular

Lesión medular congénita

Una lesión medular puede darse de manera congénita. De acuerdo con Arroyo (2015), específicamente, la lesión medular congénita es la que conocemos como la llamada espina bífida o mielodisplasia; y este origen se debe a que la condición se produce en el feto alrededor del tercero y el quinto mes de embarazo.

En relación con estas ideas, Arroyo (2015) menciona que aun cuando tiene aspectos físicos muy similares a las lesiones medulares adquiridas, el proceso de afrontamiento y de aprender a vivir con ella es muy diferente.

Lesión medular adquirida por causas médicas o traumáticas

La lesión medular adquirida, se da en algún momento de la vida y puede ser originada por diferentes motivos. De acuerdo con Arroyo (2015), este tipo de lesión se divide por la causa que las produce, en dos tipos:

1. Las producidas por causas médicas, tales como: vasculares, infecciosas, inflamatorias, iatrogénicas, enfermedades y/o trastornos degenerativos del Sistema Nervioso Central, y otras enfermedades degenerativas y de tipo reumatológicas. La instauración de este tipo de lesión medular, regularmente es progresivo, las alteraciones que produce la enfermedad a nivel motor, sensitivo y funcional se va dando paulatinamente, conforme avanza la enfermedad que la produce.
2. Las producidas por lesiones traumáticas: su instauración es inmediata, se producen como resultado de un trauma directo o indirecto sobre la columna vertebral. Cabe aclarar que este principio accidental puede estar referido en algunas ocasiones a accidentes de tipo médico, lo fundamental en este tipo de lesión, es la aparición repentina. Esto da características muy específicas al afrontamiento y proceso de adaptación. Entre las causas más comunes encontramos: los accidentes de tránsito, las lesiones a nivel deportivo y recreativo, los accidentes laborales, las caídas y actos violentos, como lesiones con armas de fuego, arma blanca y peleas.

Brenes (2016) plantea que un aspecto importante a considerar en la lesión medular traumática, es que puede tener dos momentos, el primero es producto de la situación misma que produjo la lesión, el impacto mecánico por las fuerzas de tracción, que comprimen el canal espinal y el tejido neural del sistema nervioso central y periférico. El segundo momento es

producto de las microhemorragias en la sustancia gris y, que rápidamente, abarca todo el canal medular, aquí se inicia la lesión medular secundaria.

El presente trabajo se enfoca en las lesiones medulares adquiridas de tipo traumático.

Lesión medular completa e incompleta

Tomando como base la clasificación realizada por la American Spinal Injury Association (Martínez, 2006), la lesión medular puede ser completa e incompleta, lo cual, está determinado por la extensión de la lesión, que puede ser transversal y longitudinal. En la mayoría de los casos existe una combinación de ambas.

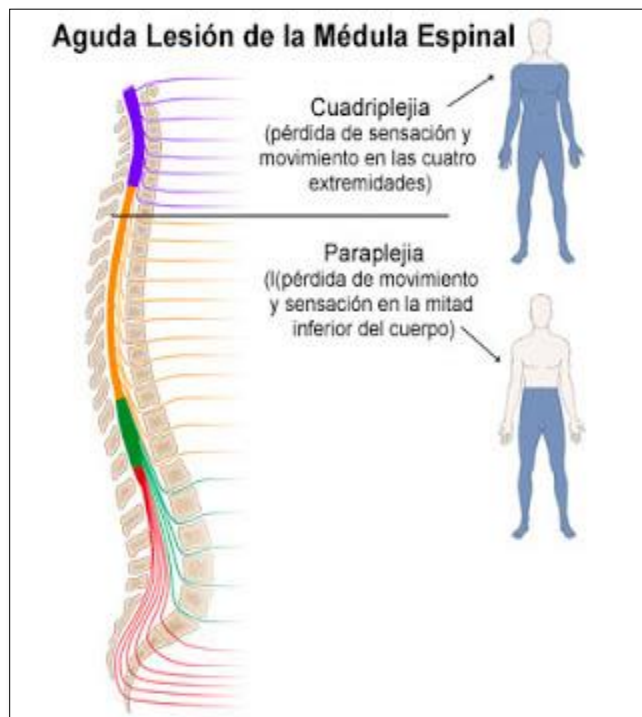
De acuerdo con Henao-Lema y Pérez-Parra (2010) en la extensión transversal, es donde se determina el cuadro clínico del paciente, ya que, de esta depende el compromiso de las distintas vías descendentes y ascendentes, lo cual puede ser de secciones completas o incompletas.

Igualmente, estos mismos autores plantean que en la extensión longitudinal, se hace referencia al plano vertical y se determina por el número de metámeras lesionadas, ante lo cual el cuadro clínico se manifiesta principalmente por el compromiso de sustancia blanca o gris.

Con base en lo anterior, Martínez (2006) considera una lesión medular incompleta, cuando existe la preservación parcial de funciones sensitivas y/o motoras por debajo del nivel neurológico y que incluye los últimos niveles sacros. Mientras que, en la lesión medular completa hay ausencia de función motora y sensitiva en los últimos niveles sacros.

Paraplejia y tetraplejia

De acuerdo con el nivel en donde se produce la lesión medular esta se define como una paraplejia o como una tetraplejia. En la imagen posterior, se observa la estructura de la médula y la segmentación que diferencia el tipo de lesión que puede presentar una persona.



Fuente: Andrés (s.f.)

Ilustración 2. Segmentación de la médula que diferencia el tipo de lesión

La tetraplejia, es definida por Forner (2011, citando a la American Spinal Injury Association [ASIA]) en función del déficit que se presenta a nivel motor y sensitivo en las secciones cervicales de la médula espinal, hecho que produce una pérdida funcional en gran parte de las extremidades como lo serían: brazos, tronco, piernas y órganos pélvicos. La autora destaca que en los casos de tetraplejia, no se presentan lesiones en la estructura nerviosa del cuello, del hueco axilar ni de los nervios periféricos que se encuentran fuera del canal medular.

Por otra parte, Forner (2011, citando a la American Spinal Injury Association [ASIA]) plantea que la paraplejia (condición de la población con la que se va a trabajar) comprende aquella lesión con, la cual un sujeto pierde las funciones motoras o sensitivas en áreas como la torácica, lumbar o sacro de la médula espinal. Por lo tanto, es posible observar que en estos casos puede existir la preservación de las funciones de los brazos, sin embargo, se presenta una lesión a nivel de tronco, piernas y órganos pélvicos, debido a la particularidad de cada lesión.

Por ende, es factible comprender, que la diferencia entre estas condiciones son las áreas que se ven afectadas por la lesión, siendo la tetraplejia la que afecta más zonas o extremidades del cuerpo, mientras que en la paraplejia solamente hay afectación de los miembros inferiores. Dichas afecciones producen una pérdida a nivel motor o a nivel sensitivo de las áreas lesionadas.

Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento han sido descritas como los recursos subjetivos y la utilización de los mismos que hace una persona, inherentes al proceso de adaptación en constante interacción con el ambiente. Para la realización de este trabajo, este aspecto es importante, ya que, ante una lesión medular los niveles de estrés y tensión que vivencian las personas son elevados, presentándose diferentes comportamientos e ideaciones respecto del manejo de la situación.

Lazarus y Folkman (1986) (citado por Castaño y León del Barco 2010) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (p1)

Ahora bien, según Castaño y León del Barco (2010), quienes realizan un recorrido por el desarrollo del estudio del afrontamiento, Lazarus y Folkman, desde el inicio hicieron una clara distinción entre estilos de afrontamiento, los cuales hacen referencia a las tendencias en las formas de actuar de un individuo, claramente ligadas a su personalidad y estrategias de afrontamiento, que son las formas concretas de afrontar las situaciones.

El concepto de estrategia de afrontamiento ha sido ampliamente desarrollado a partir de la evolución conceptual y metodológica de sus dos enfoques desarrolladores, la teoría del estrés y las teorías de personalidad. A este respecto, Rueda y Aguado (2003) mencionan que la primera comparte, desde de una corriente de enfoque biologicista y psicofisiológico, una conceptualización objetiva del estrés, donde se le visualiza “como respuesta a un estímulo nocivo o como estímulo estresor” (p.73).

Mientras que la teoría de la personalidad participa de una progresiva subjetivación de la vivencia del estrés, la cual originada con antecedentes en la teoría psicoanalítica y otros relacionados con el estudio cognitivo del estrés, como el modelo desarrollado por Lazarus, otorgan gran valor al papel de la valoración cognitiva en la concepción del estrés y las diferencias en la forma de evaluarlo y afrontarlo presentes en cada sujeto (Rueda y Aguado, 2003).

La teoría de las estrategias de afrontamiento permite comprender de forma operacional, cuáles son las conductas más frecuentes a las que las personas sometidas a situaciones límites suelen acudir, siendo valioso, entender con base en las investigaciones realizadas, cuáles de ellas permiten tener una mejor adaptación a los conflictos enfrentados.

Cano, Rodríguez y García (2007), exponen las siguientes ocho estrategias de afrontamiento, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica.

En este grupo de estrategia de acuerdo con los autores se puede discriminar entre estrategias positivas tendientes a la adaptación y estrategias que perfilan hacia la desadaptación. Así como, aquellas que están centradas en el problema y las que están centradas en la emoción, esta operacionalización, constituye un apoyo importante en el estudio de procesos de adaptación.

Botero, (2013), expone la importancia de las estrategias de afrontamiento en relación con situaciones de discapacidad, donde en el caso de la discapacidad física, sobre cuando la misma es permanente, las estrategias de afrontamiento utilizadas son diversas y van a depender mucho de la personalidad y el contexto de quien las vivencia, pero, las estrategias centradas en las emociones, de acuerdo con esta autora son más frecuentes en las primeras etapas de la discapacidad.

Sin embargo, Rueda y Aguado (2003) han planteado que, las estrategias de afrontamiento, centradas en el problema y de corte adaptativo, suelen presentarse en las primeras etapas, como una forma de tomar control del embate emocional tan fuerte, que representa la vivencia de la una lesión medular.

Cuando Botero, (2013) realiza un recorrido acerca del abordaje de los diversos teóricos de las estrategias de afrontamiento, recoge una premisa fundamental que se puede observar en casi todas lecturas orientadas en esta temática y es el hecho de que: "De igual forma y en relación con variables psicológicas se ha encontrado que el afrontamiento es un factor que determina

significativamente la calidad de vida en personas con discapacidad o condiciones crónicas de enfermedad" (p 210).

Herramientas Psicosociales

Al vivenciar una condición de lesión medular, el individuo puede reaccionar de diversas maneras, en función no solo de la gravedad de la afectación y del momento en que se da la misma, sino además en relación con sus particularidades personales, sociales y culturales. Por lo tanto, dichas determinantes psicológicas y sociales pueden llegar a convertirse en las herramientas que le permitan al sujeto afrontar la situación vivida.

De acuerdo con Pagazaurtundua, Monasterio y Monasterio (2010), no existe una única forma de afrontar de las personas con lesión medular. Por tal motivo, cada sujeto reaccionará ante la situación según su personalidad, la cual estará en función de su infancia, herencia y medio. De esta manera, la lesión representa un hecho que desestructura el tipo de vida que se tenía establecido. De aquí surge la necesidad de explorar herramientas que le permitan al sujeto a enfrentar la situación.

Ante esto, Pagazaurtundua *et al.* (2010), plantean que son diversas y sumamente profundas las implicaciones psicológicas que puede traer una lesión de la médula espinal, desde la vivencia de diversas emociones como pena, depresión, enojo o apatía, hasta los cambios a nivel de autonomía y de autopercepción, por consiguiente, dicho proceso va a estar influenciado por las reacciones psicológicas de los individuos ante este suceso, respuestas que pueden contemplar “la capacidad de enfrentarse a situaciones, la personalidad, el apoyo familiar, la extensión de la parálisis permanente y la situación en el hogar” (p.2).

De esta forma, el concepto de herramienta psicosocial, según Medina, Layne, Galeano y Lozada (2007) gira en torno a las posibilidades que tiene el sujeto de acceder tanto a nivel interno a recursos de orden psicológico. Tales habilidades como: la cognición, emociones y procesos de pensamiento; como a nivel externo con relaciones familiares y sociales que facilitan el desarrollo personal en una estructura de afrontamiento determinada.

De conformidad con lo planteado por los autores, es necesario reconocer que, las herramientas psicosociales son ese conjunto de atributos y determinantes psicológicos y sociales propios de cada sujeto, que le permiten afrontar un evento estresante como lo es la vivencia de una lesión medular. Este conjunto de habilidades, no solo se van a convertir en un aliado en la vivencia diaria de la condición, sino que además van a derivarse en posibles estrategias de afrontamiento y rehabilitación, como lo sería el caso de la práctica de un deporte. Zucchi (2001) plantea que se puede considerar el deporte como estrategia de afrontamiento, ya que, destaca como herramienta de superación.

Ejercicio físico

Comúnmente se confunden los conceptos de actividad física, ejercicio físico y deporte. Según Caspersen (1985) la actividad física se define como:

“cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un gasto energético mayor al existente en reposo, que resulta en un gasto de energía, que se mide en kilocalorías, puede ser categorizada en ocupacional, tareas del hogar, deportiva, de acondicionamiento, entre otras actividades, el ejercicio físico es un subconjunto de la actividad física el cual es planeado, estructurado y repetitivo y tiene como objetivo final, el mantenimiento o mejoramiento de la condición física, la condición física es un conjunto de

atributos que son relacionados con la salud o con alguna habilidad y estos atributos pueden ser medidos mediante pruebas específicas” (p.1).

La definición que da la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017) en relación con la actividad física plantea que es “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas” (párr.9).

Aunque, regularmente se confunde la expresión “actividad física” con «ejercicio», esto no debería ser así, ya que este último es una subcategoría de la actividad física. Este tiene como características ser estructurado, repetitivo y poseer como objetivo el mejoramiento o mantenimiento de uno o más componentes del estado físico (OMS, 2017).

Actualmente, la OMS (2017, párr. 13) considera que, la práctica del ejercicio, en personas adultas, tiene los siguientes componentes:

- Practicar al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o al menos 75 minutos semanales de actividad física intensa, o una combinación equivalente entre actividad moderada e intensa.
- Para obtener mayores beneficios para la salud, los adultos deben llegar a 300 minutos semanales de actividad física moderada, o su equivalente.
- Conviene realizar las actividades de fortalecimiento muscular 2 o más días a la semana de tal manera que se ejerciten grandes conjuntos musculares.

Del mismo modo, según la Carta Europea del Deporte (citado por Guevara, 2015), el deporte incluye toda forma de actividad física que se lleve a cabo a través de una participación

organizada o no, mientras tenga por objeto la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales del sujeto, o bien la obtención de resultados a nivel competitivo en cualquiera de sus áreas.

Por lo tanto, Rodríguez (2010) plantea que se parte de una perspectiva técnica que define a la actividad deportiva como el “conjunto de acciones con objetivos motores” (párr.56). Es decir, aquellas actividades realizadas por las personas con el propósito de hacer participar su motricidad, intenciones que pueden ser interpretadas y entendibles junto a las condiciones del entorno.

Este concepto ha ido evolucionando desde una concepción competitiva, a principios del siglo XX, hasta una perspectiva de bienestar personal, portadora de la posibilidad de redibujar la forma de concebir el propio cuerpo y sus capacidades. Lo cual, toma especial importancia cuando se hace referencia al campo de la salud y, en este caso específico, de la rehabilitación.

Ejercicio físico, lesión medular y bienestar físico

Sandrow-Feinberg (2015) menciona que el ejercicio físico, después de experimentar una lesión medular, tiene un impacto significativo en la preservación de la masa muscular, en la restauración de las funciones motoras y sensoriales, en el aumento de la plasticidad sináptica y en la concentración de factores neurotróficos (familia de proteínas que favorece la supervivencia de las neuronas en los tejidos de la espina dorsal).

Este autor también ha mencionado que, el ejercicio físico reduce la inflamación y el dolor en el sitio de la lesión. Además de prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares, siendo una de las terapias no invasivas con mejores resultados en este tipo de pacientes.

Un aspecto importante señalado por Rosety-Rodríguez *et al.* (2015) es el efecto del ejercicio físico en las enfermedades cardiovasculares de personas con lesión medular, a este respecto señala que tras un programa de entrenamiento se demostró que el ejercicio mejoró la disfunción endotelial en varones adultos con lesión medular, asimismo su capacidad aeróbica y su composición corporal.

De esta manera, al visualizar estos planteamientos es factible comprender el gran beneficio que el ejercicio físico trae a la salud de personas que han vivido una lesión medular, sin embargo como se evidencia anteriormente, en la mayoría de los casos hay un énfasis en el impacto físico del ejercicio, no obstante la finalidad de la presente investigación es analizar cómo esta actividad influye en todas las áreas (física, emocional y social) de la vida de una persona y se puede llegar a convertir en una estrategia de afrontamiento, para adaptarse y reestructurar la vida en función de una situación estresante, como lo es la vivencia de una lesión medular.

Cotidianidad

El concepto de vida cotidiana a diferencia de las actividades específicas es, la medida de las cosas en relación con la actividad del ser humano. De acuerdo con Alvira (2008), el debate filosófico ante el término ha sido variado, entre ellos sobresale el uso central que realizó Martin Heidegger del concepto de cotidianidad en “Ser y Tiempo”, como factor determinante de su integración en el lenguaje filosófico.

Uscatescu (2011) de conformidad con lo desarrollado por Heidegger, quien define lo cotidiano como aquello que

“pasa todos los días o cada uno de los días (...) eso que hago o percibo o pienso todos los días desde mi nacimiento hasta mi muerte, incluidos ambos extremos, puesto que en definitiva, son también posibilidades dadas en el ámbito de lo cotidiano” (p. 27).

A partir de estos planteamientos, se evidencia que, el término cotidianidad o vida cotidiana remite a esos aspectos que un individuo vivencia día con día; es decir, esa serie de actividades que forman parte de la rutina o que se llevan a cabo fuera de esta pero con un fin o intencionalidad. De acuerdo con Rosenblüth (2011, citando a Berger y Luckman) “la vida cotidiana emerge del conjunto de interacciones subjetivas sujeto-sujeto, sujeto-objeto, donde la subjetividad adquiere un significado propio y se transforma en la realidad”.

Por ende, al comprender que, la cotidianidad remite a todas las actividades que una persona puede desarrollar a lo largo de su día, también es inevitable vislumbrar, tal y como lo menciona Rosenblüth (2001), que la vida cotidiana encierra muchos escenarios o ámbitos en los que se despliega el accionar del individuo, por ejemplo: el hogar, el lugar de trabajo, la calle, las instituciones, entre muchos otros; espacios que tienen un significado para el individuo y en los cuales este interacciona y modifica su contexto.

Duelo

Los sujetos que vivencian una lesión medular traumática de tipo parapléjica, sufren una pérdida, en este caso, la de la capacidad de movimiento, situación que les hace partícipes de un proceso de duelo, el cual no es estático ni permanente, sino que se caracteriza por ser un proceso, con el cual, la persona, paulatinamente afronta una serie de etapas que le llevarán a la superación o elaboración de dicho proceso.

Ortego, López, Álvarez y Aparicio (2011) mencionan que, el duelo se caracteriza por 4 fases básicas: 1. Desorganización o shock; 2. Desesperanza, regularmente caracterizada por depresión y sentimientos de ira; 3. Auto-culpabilización y 4. Reorganización, ante la aceptación de la pérdida. Sin embargo, resulta necesario recordar que por la particularidad que vivencia cada individuo, estas etapas no pueden mirarse como universales, sino que en algunas ocasiones las personas no atraviesan todas estas fases, ni en la misma secuencia.

Otros autores, como Meza *et al.* (2008), llegan al consenso de que si bien hay miles de teorías acerca de las etapas del duelo, estas se pueden condensar en 3 fases primordiales: 1. Shock o rechazo, 2. Estado depresivo y 3. Periodo de restablecimiento, las cuales tienen relación con las mencionadas por Ortego *et al.*, y que se vinculan a la teoría de las cuatro etapas del duelo propuesta por John Bowlby en 1980.

Al visualizar los planteamientos de estos autores y autoras, es factible comprender que este proceso de duelo, no se da de forma fortuita ni externa al sujeto, sino que el trabajar en él requiere que el individuo pueda expresar sus sentimientos y pensamientos, pueda revalorar su identidad (si fuera necesario) y que, poco a poco, vaya reorganizando y adaptándose a su nueva condición de vida.

De acuerdo con Meza *et al.* (2008) la naturaleza y magnitud del duelo no depende de aquello que se ha perdido, sino del valor y significado que la persona le atribuía a ese objeto, o en el caso de la lesión medular a la movilidad de sus extremidades. Este hecho es de vital relevancia, por cuanto el duelo que viven las personas que han sufrido la lesión se circunscribe al significado que tiene en su vida la pérdida de la movilidad.

Asimismo, no se tiene un tiempo establecido para que este proceso se desarrolle, pero, en términos generales, se considera que en tres años, estas etapas ya se han vivenciado. Por ende, el tiempo de duración del duelo puede ser variable y dependiente de distintos factores, que posteriormente se expondrán, pero, en general, los sentimientos más intensos y agudos empiezan a remitir, entre los seis meses y uno o dos años, de acuerdo con Ortego *et al.* (2011).

Del mismo modo, es factible reconocer que en la vivencia del duelo influyen multiplicidad de factores, algunos de los que proponen Ortego *et al.* (2011) son los siguientes: “recursos personales de afrontamiento y adaptación a la crisis, vínculos y significados de la pérdida, estado emocional y recursos de apoyo disponibles” (p.4). Todos estos aspectos resultan en un conglomerado de herramientas que son capaces de influir en el entendimiento del duelo.

Ortego *et al.* (2011) plantean que después de la pérdida, algunas personas, continúan experimentando sentimientos de duelo durante un periodo aún más largo. Esta prolongación del proceso no se considerará anómala, a no ser que sea de tal intensidad que le impida al superviviente adaptarse, reorganizar su vida y reintegrarse al “mundo real”.

El recorrido teórico que se ha realizado a través de este apartado, permite tener una visión general de cuáles son las consecuencias de una lesión medular traumática de tipo parapléjica, las cuales inciden en todas las áreas de la vida de la persona que la vivencia, modificando de forma radical su cotidianidad en aspectos físicos, psicológicos y sociales e iniciando un proceso de duelo por las funciones perdidas y todo lo que con ellas también desaparece en la vida del lesionado medular. Desde aquí, cobra especial significancia la función que posee la teoría de las estrategias de afrontamiento como un constructo teórico a través del cual se analizan las formas en que las personas enfrentan situaciones estresantes como esta. También se

conceptualizó el ejercicio físico, el cual, en la presente investigación tiene gran relevancia, pues se aborda como una estrategia de afrontamiento, por lo que, se visualizará desde diversas dimensiones. Todo lo anterior atravesado durante toda la investigación por las herramientas psicosociales, que permiten contextualizar los diversos aspectos abordados.

Capítulo III

METODOLOGÍA

La presente investigación es de enfoque cualitativo, con un diseño fenomenológico, según Hernández, et al (2014) este tipo de diseño “busca entender las experiencias de las personas sobre un fenómeno o múltiples perspectivas de éste” (p. 471). Además ahonda en sus puntos de vista, sus interpretaciones y sus significados (Hernández *et al.*, 2014). Por ende, se buscaba examinar la forma en la que las personas del estudio percibían y observaban, el ejercicio físico como una estrategia de afrontamiento, dentro de la reconstrucción de su cotidianidad.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010, citando a Danhke) esta investigación es de tipo descriptiva, pues pretende especificar las propiedades, características y perfiles importantes de las personas participantes.

Asimismo, por su alcance de tiempo se clasifica como un estudio transversal, ya que, como plantean León y Montero (2006, p.128) describe a “una población en un momento dado”.

Sujetos participantes

En la presente investigación participaron diez personas, quienes poseen una lesión medular de origen traumático, de tipo parapléjico, y con al menos dos años de haber vivenciado la misma. Al momento del estudio, cinco de los sujetos realizaban ejercicio físico (grupo A) y los otros cinco no lo hacían (grupo B).

Estas personas que participaron en la investigación cumplieron los siguientes criterios de inclusión, según grupo.

Grupo A:

- Llenaron el consentimiento informado.
- Realizaban ejercicio de 30 a 60 minutos, 5 veces a la semana, después de la lesión experimentada.
- Sumaban al menos 150 minutos a la semana de ejercicio, de una intensidad moderada.
- Estaban realizando ejercicio físico desde hacía 6 meses, contabilizados a partir del momento en el que participaron de la investigación.

Grupo B:

- Llenaron el consentimiento informado.
- No realizaban ningún tipo de ejercicio físico seis meses antes de la presente investigación.

Instrumentos

Relato de vida

Es uno de los instrumentos de recolección de información utilizado en la investigación cualitativa, el mismo facilita la obtención de la historia de una persona, desde su propio relato. Según Meneses y Cano (2008, citando a Pujadas) “es una herramienta cercana a una entrevista en profundidad, trata de recoger un número de relatos, a partir de una tipología de los sujetos que integran el universo” (p.5).

El relato de vida se respalda en la experiencia del individuo, dando validez al mismo en tanto la persona forma parte de la comunidad que se estudia. De acuerdo con Meneses y Cano (2008), el acopio de relatos facilita la categorización de los datos y permite cotejarlos. Además,

de acuerdo con el interés de la persona que investiga, se puede delimitar el relato a contenidos determinados.

Esta técnica habilitó la posibilidad de enfatizar en un acontecimiento específico de la vida de las personas participantes, concretamente en lo relacionado con el papel del ejercicio físico como estrategia de afrontamiento, en la reestructuración de la vida de las personas participantes del estudio. De esta forma, facilitó el reconocimiento de lo que los sujetos consideraron significativo en relación con esa experiencia de vida, su categorización y respectiva comparación, lo cual permite a la investigadora, profundizar en su objetivo de estudio.

Cuestionario sobre estrategias de afrontamiento

Para esta investigación se utilizó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), de Tobin, et al (1989), en la adaptación de Cano, et al (2007), el cual propone como estrategias de afrontamiento las siguientes: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.

Este instrumento se aplicó con el fin de medir la forma en que los participantes recuerdan haber afrontado los primeros seis meses posteriores a la lesión medular. Lo cual, enriquece el relato de vida y posibilita tener una mayor claridad en relación con los mecanismos de afrontamiento utilizados en el proceso de reconstrucción de la cotidianidad.

Grupo Focal

Para esta investigación se utilizó la técnica de grupo focal, la misma como lo indican Onwuegbuzie, et al (2011), permite obtener datos sobre una temática, de varios sujetos a la vez

en un contexto grupal, lo que aumenta la sensación de cohesión y posibilita respuestas espontáneas, a la vez que, se obtiene una visión más social del fenómeno, ya que, participan diversos contextos, aunque los participantes estén unidos por una característica común, lo cual propicia interacciones que ofrecen datos importantes.

Buss *et al.* (2013, citando a Gomes) agregan que la importancia del grupo focal radica en que si bien “el formato flexible permite que el investigador explore preguntas no previstas, el ambiente de grupo minimiza opiniones distorsionadas o extremadas, proporcionando el equilibrio y la confiabilidad de los datos” (p.2).

Según Martínez (2012, p.4), existen criterios que definen al grupo focal como una técnica importante en un proceso de investigación:

- Focalización y profundidad del tema: Este criterio se refiere a la posibilidad que proporciona el grupo focal para abordar a fondo el tema o temas en discusión. La importancia de este criterio radica en la calidad de la información que deviene de su grado de profundidad.
- Focalización y configuración del grupo: Se refiere a la configuración de los grupos de entrevista en términos del número de participantes. En la literatura se encuentran quienes proponen grupos de seis a ocho y otros de seis a diez participantes.
- Focalización y características de los participantes: Este criterio se refiere a la identificación de las características y condiciones del sujeto que son relevantes desde el punto de vista de los objetivos de la investigación.
- Nivel de involucramiento del investigador: El moderador de la discusión, puede involucrarse al menos en dos niveles. Uno en el que no interviene, se limita a plantear el

tema, provoca el deseo de discutirlo, y cataliza la producción del discurso deshaciendo bloqueos y controlando su desarrollo para que se mantenga dentro del tema. Y otro en el cual no limita su intervención a proponer el tema y moderar, sino que se asigna el papel de formular varias cuestiones abiertas que guiarán la discusión.

Por ende, esta técnica de recolección de datos se utilizó, con el fin de propiciar un espacio de socialización de las conceptualizaciones que los participantes, que realizan ejercicio físico, tienen sobre este y, así generar un intercambio de ideas entre ellos que permitiera un mayor aporte a las ya expresadas de forma individual.

Procedimiento

Fase Inicial

Esta consistió en los primeros acercamientos realizados al trabajo de campo, directamente con los sujetos que vivieron una lesión medular al menos 2 años antes de participar en la investigación.

En esta fase se realizó la selección de la población, así como el contacto inicial. La técnica empleada para contactar a los participantes fue la bola de nieve, que es denominada por Hernández *et al.* (2014) como muestra en cadena o redes, con esta técnica se identificaron a sujetos por medio de la página de Facebook: “*Lesionados Medulares de Costa Rica*”, que a su vez conocían y contactaron a otros que cumplían con los criterios establecidos para participar en la investigación.

Fase de Trabajo con los Sujetos

Esta tuvo como énfasis la recolección de la información por medio de la fuente primaria, es decir, los hombres lesionados medulares que cumplieran con los criterios de inclusión para el grupo A o el grupo B. Este proceso se desarrolló en los lugares donde los participantes se sintieran cómodos y no tuvieran dificultades para desplazarse, regularmente en sus casas o lugares de trabajo.

Fase de análisis de datos

La fase de análisis de datos conllevó varios pasos: en primera instancia la organización de los datos y la información, así como la preparación de los datos para el análisis a través de las categorías.

Durante la fase de organización los relatos de vida, la información obtenida de estos se acomodó a partir de las diversas categorías de análisis, pero como lo indica Baseley (citado por Hernández *et al.*, 2014) en esta parte del proceso, primeramente se identificaron los datos relevantes en los diferentes discursos, tanto individuales como colectivos, para luego encontrar similitudes y diferencias y poder analizar las diferentes estructuras conceptuales o categorías. Lo cual permitió ahondar en la comprensión de la construcción de la cotidianidad de estas diez personas, luego de vivenciar una lesión medular traumática de tipo parapléjica.

Procedimiento para el análisis de información

El análisis de la información se realizará a través del procedimiento de Triangulación el cual, es definido por Hernández, Fernández y Batista (2014) como la utilización de diferentes fuentes y métodos de recolección de datos.

En la presente investigación se utilizaron tres métodos de recolección de datos:

- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), en la adaptación de Cano, Rodríguez y García (2007).
- El grupo focal.
- Los relatos de vida.

A través de la sistematización de resultados, así como, el análisis de los mismos, se utilizara y se compara la información obtenida desde estos tres métodos de recolección de datos.

Se plantean para el análisis de esta investigación las siguientes categorías:

Tabla 2

Categorías de Análisis

Objetivo Específico	Categoría	Definición Conceptual
Conocer el papel que ha tenido el ejercicio físico a través de la historia de vida, de las personas que han vivenciado una lesión medular traumática de tipo parapléjica.	Categoría 1 Significado del Ejercicio Físico	Conceptualización del ejercicio físico y su significado en la vida de los participantes.
Identificar los cambios producidos en la cotidianidad a partir de la vivencia de una lesión traumática de tipo parapléjica.	Categoría 2 Cambios en la vivencia cotidiana	Percepción de los cambios ocurridos en su cotidianidad a nivel, físico, psicológico y social.
Caracterizar las estrategias de afrontamiento, que han utilizado las personas que han vivenciado una	Categoría 3	Ejercicio físico como estrategia de afrontamiento en la vivencia de la lesión medular.

lesión medular traumática de tipo parapléjico y el papel que estas han tenido en la reconstrucción de su cotidianidad, posterior a la lesión.

Ejercicio como Estrategia de afrontamiento

Categoría 4

Otras estrategias de afrontamiento

Diversas estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas lesionadas medulares en la reconstrucción de su cotidianidad.

Diferenciar la reconstrucción de la cotidianidad entre las personas lesionadas medulares estudiadas, que realizan ejercicio físico y las personas que no lo hacen.

Categoría 5

Reconstrucción de la cotidianidad en lesionados medulares.

Conjunto de contenidos, características y significados adjudicados a la reconstrucción de su cotidianidad.

Capítulo IV

RESULTADOS

La información que se va plasmar en el presente apartado se obtuvo de los instrumentos utilizados en el proceso de investigación, entre los cuales figuraron el relato de vida, el cuestionario sobre estrategias de afrontamiento (Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), adaptación de Cano, Rodríguez y García) y el grupo focal. Las dos primeras herramientas se aplicaron a toda la población seleccionada, mientras que el grupo focal se llevó a cabo, solamente, con el grupo de sujetos que realizaban ejercicio físico.

Por lo tanto, para efectos de comprender los datos obtenidos, estos se colocarán y desarrollarán de acuerdo con cada una de las categorías de análisis que fueron formuladas para la presente investigación, ya que de dicha manera también se propiciará una mayor coherencia y significatividad de los resultados.

Caracterización de la población

A continuación, se presenta un cuadro que muestra algunos datos sociodemográficos de las personas participantes del estudio. No obstante, es necesario mencionar que se trabajó solamente con hombres y que, como se explica anteriormente, cinco de ellos practicaban ejercicio físico, en los últimos seis meses y los otros cinco no.

Tabla 3

Datos sociodemográficos de los participantes

Participante	Edad	Provincia	Ocupación	Tipo de lesión	Edad de lesión
Participante 1	51 años	Heredia	Taxista	L1 y L2	21 años
Participante 2	39 años	Alajuela	Negocio propio - Granja	T7, T8 y T9	14 años
Participante 3	29 años	Heredia	Vendedor de lotería	T5 y T6	11 años
Participante 4	36 años	Cartago	Telemática	T11 y T12	33 años
Participante 5	29 años	Alajuela	Negocio propio - Fiestas y Caramelos	T6, T7 y T8	26 años
Participante 6	50 años	San José	Informático	T10	31 años
Participante 7	38 años	Heredia	Técnico en computación	T1	22 años
Participante 8	55 años	Cartago	Negocio propio - Ebanista	L5, S5 y S4	24 años
Participante 9	34 años	Heredia	Emisora de radio	T7	17 años
Participante 10	40 años	Heredia	Pensionado	L1 y L2	35 años

Categoría 1 El significado del Ejercicio Físico a través de la vida

A partir de los resultados obtenidos en la entrevista, se evidencia, que el 90% de los participantes fueron niños o jóvenes muy activos, es decir, llevaban a cabo mucha actividad física, ejercicio físico y, en algunos casos, hasta participaron en equipos deportivos, tal como se puede visualizar en la segunda columna de la Tabla 4.

En la actualidad solo cinco de estos sujetos continúan practicando ejercicio físico, mientras que los otros cinco no lo realizan. Sin embargo, estos últimos cinco mencionaron

que a pesar de que no llevaban a cabo ejercicio físico, sabían de la importancia y beneficio que podría traer a sus vidas el cumplimiento o puesta en práctica de una rutina de este subtipo de actividad física. Las razones por las cuales estos sujetos no practican ejercicio físico son variadas, entre ellas se encuentran el temor a golpearse, caerse u otro tipo de accidente, la dependencia hacia otros para llegar al lugar donde se practica el ejercicio, o el estar muy ocupado en su trabajo (observar Tabla 4).

A través de estos planteamientos, es factible contemplar que si bien este último grupo de participantes consideraban que, el ejercicio físico era importante para mejorar su salud, aumentar su independencia o como medio de entretenimiento, no lo emplearon como una estrategia de afrontamiento ante la lesión medular vivida.

Tabla 4

Extractos de los relatos de vida acerca del significado del Ejercicio Físico antes y después de la lesión

Participantes	Significado del Ejercicio Físico antes de la lesión	Significado del Ejercicio Físico después de la lesión
Participante 1	“Antes del accidente... recuerdo que un día les dije (a mis amigos) que participáramos llevando la antorcha del colegio y a partir de ahí como que seguimos corriendo en las tardes”.	"Pero el deporte fue lo que me vino a sacar a flote después del accidente, fue mi tabla de salvación y hasta el día de hoy vivo agradecido con el deporte”.
Participante 2	"Yo tuve una niñez normal, trepado en los árboles de mango (...) andar en bicicleta, jugar fútbol, jugar escondido, quedó (...) A mí el básquet siempre me gustó”.	“El deporte hace que uno se olvide de que es discapacitado, de que está en una silla de ruedas”.

Participante 3	“Mi vida era estudiar y jugar bola, entonces para mí en ese momento diay se acabó el mundo cuando me dijeron que ya no iba a poder volver a jugar bola”.	“Usted hace deporte y la vida le cambia”. “Usted a través del deporte vive”.
Participante 4	“Desde los seis o siete años estaba metido en equipos, en las pulguitas del TEC (...), juvenil, alto rendimiento de Cartago, luego a raíz de una lesión de rodilla cambié de deporte, jugué baloncesto con el San Luis Gonzaga”.	“El ejercicio es mi vida, ya no puedo dejar de hacerlo”. “La práctica del ejercicio ha significado mi razón de seguir viviendo”.
Participante 5	“A mí lo que más me gustaba era la fiesta... a mí siempre me buscaban y yo me levantaba y me iba”.	“El equipo me dio como ese apoyo que necesitaba, esa experiencia y esa tranquilidad”.
Participante 6	“Yo estudié artes marciales, karate, por doce años”. "Jugaba fútbol (...) Todo era bola, todo era fútbol en la calle, bola para arriba, bola para abajo, todo era futbol, era mi vida”.	“Intenté jugar básquet, pero me da miedo”.
Participante 7	“Corría, iba al gimnasio, andaba en bicicleta, nadaba, jugaba bola y baloncesto y llegué a jugar con Saprissa y Heredia”.	No realiza deporte porque no tiene quien lo acompañe.
Participante 8	"Yo era alto y tenía un buen cuerpo, porque hacía mucho ejercicio".	“Cuando mi esposa falleció dejé el básquet y no quise seguir más”.
Participante 9	“Yo jugaba basquetbol, me gustaba mucho”.	“Tal vez ese miedo a un golpe es lo que me ha hecho”, que no realice un deporte como el básquet.
Participante 10	“Nunca ha sido una prioridad... siempre me he mantenido ocupado en otras cosas”.	“Me da miedo que me vaya a caer, porque no es tan fácil”.

En la siguiente tabla se puede observar de forma concreta que para nueve de los diez participantes, la práctica del ejercicio físico ha tenido significado en algún momento de su vida, sin embargo, para cuatro de ellos, no tuvo un papel relevante después de la lesión y solamente uno manifestó que la práctica del ejercicio no ha tenido ningún significado durante su vida, aunque reconoció los beneficios del mismo.

Tabla 5

El significado de la Práctica del Ejercicio Físico a través de la vida

Papel de la práctica del ejercicio físico a través de la vida de los participantes	
Ha tenido mucho significado practicarle antes y después de la lesión	4 participantes
No ha tenido significado practicarle antes, pero sí después de la lesión	1 participante
Ha tenido significado practicarle antes de la lesión, pero no después	4 participantes
No ha tenido significado practicarle en ningún momento de la vida	1 participante

Categoría 2: Cambios en la vivencia cotidiana

Para cada una de las personas que participaron en este trabajo, el encuentro con la lesión medular estuvo mediado por circunstancias diversas, sin embargo, existen una serie de aspectos a los que hacen mención todos los participantes o por lo menos más del 80% de ellos, que como se visualiza en la siguiente tabla, están referidos a modificaciones en su cotidianidad corporal, psicológica y social, las cuales no están desligadas entre sí, siendo que unas conducen a otras.

Tabla 6

Cambios en la vivencia cotidiana después de una lesión medular

Cambios físicos	Cambios psicológicos	Cambios sociales y económicos
-Pérdida de las funciones motoras.	-Aspiraciones, sueños y metas.	-Traslado de lugar de residencia.
-Dificultad del control de esfínter anal y vesical.	-Proyecto de vida.	-Mayor dificultad en el acceso al empleo.
-Disfunción eréctil.	-Proyección imaginaria de sí mismo.	-Trato diferenciado.
-Aprendizaje de las rutinas de aseo, vestimenta y traslado.	-Pérdida de algunos aspectos de la identidad construida hasta ese momento.	-Lástima / Desconocimiento de las personas.
-Adaptación del hogar y del vehículo.	-Autoconcepto y Autoestima.	-Dificultad de acceso al entorno.
	-Dependencia vrs Independencia.	-Creación de un negocio propio.
	-El sentirse que los demás los miran como “bichos raros”.	-Enfrentarse a la sociedad después de la hospitalización.
	-Estilos de vida.	
	-Vergüenza a que los vieran en una silla de ruedas.	
	-Cambios de ánimo / Depresión / Ideas suicidas.	
	-Aislamiento.	
	-Autopercepción con respecto de cómo ser valorados por una pareja.	
	-Temor a actividades como manejar o realizar algún deporte.	

Como se puede observar en la tabla anterior, las secuelas físicas de la lesión medular parapléjica son el principal cambio que vivencian estos sujetos, de los cuales se desprenden los que se dan a nivel psicológico y social; dichas modificaciones no solo están asociadas a las posibilidades de movilidad, sino también a la construcción social de su masculinidad, desde aspectos tan subjetivos como la vivencia de la sexualidad, hasta la posibilidad de proveer lo necesario en el ámbito familiar.

Asimismo, en lo referente al impacto físico que tiene la vivencia de la lesión medular en los participantes, se evidenció en todos los sujetos, que el reaprendizaje de las labores básicas de aseo, vestimenta y traslado, incidieron de forma relevante en la percepción de sí mismos y en el proceso de adaptación a la nueva condición.

Dicha incidencia tuvo dos momentos, el primero de índole negativo, por cuanto, la dificultad para realizar estas labores cotidianas generó un alto grado de frustración en los sujetos y esto influyó directamente en su autopercepción. Mientras, que el logro de estas planteó un segundo momento de carácter positivo, en virtud de que, se convirtió en un impulso o motivación para afrontar la lesión y reconstruir sus vidas.

Del mismo modo, en cuanto a estos cambios físicos que se dan a partir de la lesión, es fundamental mencionar que, en el discurso de todos los sujetos participantes, se repitió, constantemente la significancia que tenía ahora en sus vidas, la dificultad para controlar esfínteres, así como lo relacionado con la disfunción eréctil.

Como se mencionó anteriormente, estas transformaciones físicas que se produjeron a raíz de la lesión, condujeron a cambios psicológicos y sociales, uno de los cuales se dio en los estilos de vida de los participantes, hecho que se visualizó con gran insistencia en el discurso

de los mismos, tal y como se refleja en las siguientes expresiones: *“mi vida era estudiar y jugar bola... se acabó mi sueño de ir al extranjero, de jugar en la selección, todo sueño que uno tiene de niño”*, *“yo era muy fiestero...pero después de la lesión ya no salía tanto”*, *“yo siempre me mantenía muy activo, si tenía un trabajo de poquitas horas buscaba otro”*, *“la frustración de estar en una silla de ruedas, después de ser un chavalo activo y de tener un esquema ya mentalizado”*.

Estos extractos de los relatos de vida de los participantes permiten contemplar y ejemplificar, cómo la vivencia de esta nueva situación no solo influía en su corporalidad, sino también en muchas otras áreas de sus vidas, que ameritaron cambiar rutinas, comportamientos, actividades y labores.

Otro de los aspectos, que los participantes mencionan como un gran cambio en sus vidas es la constante: dependencia vs independencia; esto por cuanto, la lesión representó que durante algún tiempo ellos tuvieron que ser dependientes de otras personas, como enfermeros(as), doctores(as), cuidadores(as) y familia, sin embargo en el momento en que finaliza la hospitalización y deben regresar a sus casas y comunidades, surge esa lucha que les plantea el hecho de tener que crear un proyecto de vida propio, en el cual, el ser una persona independiente, en el sentido de suplir sus necesidades básicas y las de su familia, así como laborar en lo que se desea y movilizarse solos, fue una tarea constante en la cual tuvieron que enfrentarse a quienes los rodeaban, a una sociedad carente de accesibilidad y a sus propios temores.

El 80% de los participantes manifiestan que la depresión fue uno de los cambios psicológicos que se presentó durante el primer año después de la lesión, sin embargo, el

100% expresan haber vivido algún episodio de depresión, a lo largo de la vivencia de la misma. Además, el 60% de los participantes planteó que en medio de estos episodios de depresión presentaron ideación suicida, lo cual se puede relacionar con los procesos de afrontamiento que estaba viviendo cada uno de estos sujetos.

Otro aspecto al que se vieron enfrentados los participantes fue a los cambios sociales y económicos, que trajo consigo la vivencia de la lesión medular. El primero de ellos se da inmediatamente terminada la etapa de hospitalización, ya que, el incorporarse a una sociedad que no está preparada para convivir con personas que presentan algún tipo de limitación, significó un reto para todos los participantes.

Estos, en sus relatos manifestaron que ha sido difícil convivir con un entorno poco educado, para la convivencia con personas en situación de discapacidad, manifestando hacia ellos un trato diferenciado en diversos ámbitos, marcado en muchos momentos por la lástima, un ejemplo de ello, se visualiza en los siguientes comentarios: *“La gente cree que, por estar en una silla, ya no puede hacer nada”*, *“Un día sentí que mi mamá como que se avergonzaba de mí y un día la escuché diciendo que ella me tenía lástima”*.

Para todos los participantes, la accesibilidad ha sido un tema importante en sus vidas, luego de la lesión, ya que, no se cuenta con la infraestructura necesaria para el traslado en silla de ruedas o el acceso a ciertos lugares, aun cuando existen leyes al respecto.

Finalmente, uno de los aspectos más significativos para todos los participantes ha sido la falta de oportunidades para conseguir un empleo, aun cuando se encuentren capacitados para realizarlo, del total de participantes uno conservó su antiguo trabajo, otro fue pensionado y

el resto optó por establecer un negocio propio, debido a lo poco factible que les resultó encontrar un empleo adecuado.

Categoría 3: Ejercicio como Estrategia de afrontamiento

En la siguiente tabla se puede observar el rol que ha desempeñado el ejercicio como una estrategia de afrontamiento para la reconstrucción de la cotidianidad en los diferentes participantes. En él se valoran dos aspectos determinantes, la significancia del ejercicio en la movilidad y la trascendencia del ejercicio a nivel psicológico, dirigidos a la posibilidad de reorganización interna y externa.

Tabla 7

Extractos de los relatos de vida acerca del papel del ejercicio como estrategia de afrontamiento

Participante	Significado a nivel físico (movilidad)	Significado a nivel psicológico
Participante 1	“...a contrarrestar un poco la pérdida de movilidad”.	“La práctica de un deporte o una disciplina que tenga alguna exigencia física incide directamente en la parte psicológica del individuo”. “Corriendo, quedé en segundo lugar, entonces a partir de ahí eso marcó mi nueva etapa como persona o eso más bien me llevó a encontrar a persona que había en mí, a sacar esa persona y buscar una identidad y encontrarme”.
Participante 2	“Es que como uno es deportista y muscularmente tiene lo suyo y la gente en el carro sólo ve de la cintura para arriba y ven el físico de uno, entonces dicen: “Este mae qué está haciendo aquí”.	“El deporte le ayuda a uno a salir de estas depresiones”. “El deporte hace que uno se olvide de que es discapacitado, de que está en una silla de ruedas”.

**Aquí=espacio para personas en
condición de discapacidad**

- Participante 3 “De hecho yo tuve la lesión y no me podía ni sentar, yo para poder sentarme tenía que usar un corset... ya cuando empecé a trabajar la parte física y con el baloncesto se fueron tonificando ciertos músculos”.
- “El baloncesto es todo, porque es un medio donde usted, puede ser usted mismo, se le olvidan todos los problemas, como todos uno tiene problemas familiares, pero cuando usted juega baloncesto, todo se le olvida, usted nada más tiene que ir a echar la bola, y prepararse físicamente, ya termina el entrenamiento y usted vuelve en sí”.
- “Cuando yo me siento desmotivado o enojado, yo agarro la bola y me voy. Me voy para un aro y empiezo a tirar y a tirar, para mí es que el baloncesto es todo, lo único que podría y está en las prioridades es eso, mi familia el trabajo y el baloncesto, el baloncesto no me da de comer pero ahí el baloncesto está dentro de las prioridades”.
- Participante 4 “Si no hubiera sido por el ejercicio, no me hubiera recuperado así, ahora me baño solo, cocino, puedo lavar”.
- “La práctica del ejercicio ha significado mi razón de seguir viviendo”.
- “Lo que más me costó enfrentar es el desconocimiento de las personas, a nivel cultural, lo del pobrecito, pero yo en el gimnasio entreno más fuerte que mucha gente”.
- Participante 5 “Sin ejercicio no voy a tener la misma fuerza para hacer lo que yo hago cotidianamente”.
- “Empecé a practicar la natación, pensado en que iba a ir a jugar con mi hijo, porque yo era el que siempre lo jugaba”.
- “A los seis meses del accidente entré al equipo de básquet, ya después entré al gimnasio, hasta que empezaron los problemillas más fuertes”.

“El equipo y el ejercicio me ayudaron, el ejercicio en lo físico para poder salir solo, porque en principio me cansaba los brazos y quería que me empujaran, pero con el ejercicio agarré fortaleza y experiencia”.	“El ejercicio le ayuda a uno a mantener la mente ocupada, para no pensar tanto, le da ánimo estar con los compañeros”. “Con la natación la primera sensación que tuve es que podía estar parado otra vez”.
---	---

Como se observa en la columna de la izquierda, el realizar ejercicio físico de manera constante, ya sea a través de un grupo o bien de forma individual, posibilitó un mayor control y movilidad del tren superior de los sujetos participantes, lo cual permitió una serie de acciones que anteriormente no podían realizar. En la tabla anterior, los participantes refieren adquirir mayor capacidad para realizar labores cotidianas como vestirse, preparar comida y lavar su ropa, a partir de un mayor acondicionamiento físico.

Asimismo, plantearon que el ir adquiriendo una mejor condición física influyó en su autoimagen, ya que consideran que son percibidos y tratados por la sociedad de una manera más igualitaria.

Del mismo modo, la significancia del ejercicio como estrategia de afrontamiento, también se ve referida a otros aspectos de orden psicológico y social, en primera instancia en uno de los participantes, se aprecia de forma concreta, como la práctica del ejercicio físico, permite a nivel de lo imaginario, tener la percepción de que la lesión no existe, por cuanto él manifiesta: *“En la natación la primera sensación que tuve es que podía estar parado otra vez”*.

Ahora bien, de forma implícita en el discurso de tres de los sujetos, se manifiesta que la práctica del ejercicio, da la percepción de no poseer ninguna limitación a nivel de

movimiento, lo que se puede visualizar en las siguientes expresiones: *“Corriendo, quedé en segundo lugar, entonces a partir de ahí eso marcó mi nueva etapa como persona...”*, *“El deporte hace que uno se olvide de que es discapacitado, de que está en una silla de ruedas”*, *“...usted nada más tiene que ir a echar la bola, y prepararse físicamente, ya termina el entrenamiento y usted vuelve en sí”*.

Como se puede observar en la columna derecha, cuatro de los participantes hacen referencia a que la práctica del ejercicio es un medio de afrontar el estrés cotidiano y los estados depresivos, así como, un mediatizador de la forma en que se es percibido por la sociedad, ya que, posibilita valorar la dimensión de sus propias capacidades.

Uno de los sujetos participantes hace referencia a la práctica del ejercicio como una manera de mantener formas de vinculación familiar, que habían sido significativas antes de la lesión.

La percepción del ejercicio, como la plataforma que posibilitó la creación de un nuevo proyecto de vida y una identidad positiva posterior a la lesión medular, es un aspecto que de manera implícita está presente en los relatos de todos los que realizan ejercicio, sin embargo, solo uno de los participantes lo expresó de forma explícita.

En el 80% de los relatos de vida, la práctica del ejercicio fue la que permitió un afrontamiento positivo de la lesión, por lo tanto se le reconoce como lo que posibilitó iniciar una valoración positiva del cuerpo, afrontar la depresión y retomar viejas amistades, en aras de crear nuevas alternativas de realización personal.

En el párrafo anterior se hace referencia al 80% de los participantes, ya que, tres sujetos de los que, actualmente, no hacen ejercicio físico, manifestaron haberlo hecho en algún momento posterior a la lesión, por un breve período de tiempo. Además en uno de los casos, significó su primer reingreso a la sociedad, después de aproximadamente dos años de aislamiento.

Finalmente, se pudo visualizar a través de los relatos de vida, una sensación de mayor acompañamiento y comprensión, en aquellos sujetos que practican el ejercicio físico acompañados por otras personas que comparten su lesión, a diferencia de los que lo realizan de forma individual.

Categoría 4: Otras estrategias de afrontamiento

Si bien el objetivo del presente estudio se centró en analizar el papel del ejercicio físico como estrategia de afrontamiento, era inevitable visualizar otras estrategias que les sirvieron a los participantes para afrontar la vivencia de la lesión medular. Incluso, el conocimiento de estas estrategias permitió tener una visión más tangible del rol que tuvo el ejercicio físico, como parte de la reconstrucción de la cotidianidad.

Por lo tanto, para efectos de esta investigación se indagaron las formas de afrontamiento desde dos posturas: 1. A partir de la percepción que los participantes tienen en la actualidad sobre cómo afrontaron la lesión medular durante los primeros seis meses posteriores a la lesión, lo cual se realizó a través de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), en la adaptación de Cano, Rodríguez y García (2007); y 2. A través de los relatos de vida, en los cuales, los sujetos mencionaron las formas de afrontamiento que han tenido hasta la actualidad.

Esto permitió visualizar aquellas estrategias que favorecieron u obstaculizaron el proceso de adaptación; sin embargo, para efectos de una mejor organización de la información, en la tabla 8 se ubican, en la segunda columna, las tres formas de afrontamiento más utilizadas durante los primeros seis meses de la lesión, identificadas a partir de los resultados brindados por el Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Mientras que en la tercera columna se ubican las estrategias de afrontamiento que se incorporaron después de los 6 meses y hasta la actualidad, con la finalidad de evidenciar las nuevas estrategias que a través del tiempo fueron incorporando en su proceso de adaptación.

Tabla 8

Estrategias de afrontamiento utilizadas durante los 6 meses posteriores a la lesión y las empleadas después de este tiempo

Participante	Formas de afrontamiento durante los 6 meses posteriores	Formas de afrontamiento después de los 6 meses
Participante 1	Expresión emocional Reconstrucción cognitiva Retirada social	Pensamiento desiderativo Resolución de problemas
Participante 2	Pensamiento desiderativo Resolución de problemas Expresión emocional	Reconstrucción cognitiva Espiritualidad*
Participante 3	Resolución de problemas Apoyo social Reconstrucción cognitiva	Pensamiento desiderativo Espiritualidad*
Participante 4	Resolución de problemas Pensamiento desiderativo Retirada social	Reconstrucción cognitiva Espiritualidad*
Participante 5	Resolución de problemas Reconstrucción cognitiva Pensamiento desiderativo	Apoyo social Espiritualidad*
Participante 6	Resolución de problemas Reconstrucción cognitiva	Autocrítica Pensamiento desiderativo

Participante 7	Expresión emocional Resolución de problemas Reconstrucción cognitiva	Pensamiento desiderativo Apoyo Social
Participante 8	Evitación del problema Pensamiento desiderativo Resolución de problemas Reconstrucción cognitiva	Retirada social Apoyo social
Participante 9	Resolución de problemas Reconstrucción cognitiva	Apoyo social Espiritualidad*
Participante 10	Expresión emocional Resolución de problemas Pensamiento desiderativo Reconstrucción cognitiva	Apoyo Social Espiritualidad*

Como se observa en la tabla anterior, el 90% de los participantes indica haber utilizado, durante los primeros seis meses de la lesión, la resolución de problemas, como estrategia de afrontamiento, lo cual evidencia que emplearon desde el principio estrategias cognitivas y conductuales positivas, para modificar la situación en la cual se encontraban, tales como: informarse acerca de las implicaciones de la lesión medular, realizar diversas consultas médicas, idear y ejecutar arreglos en sus hogares y entornos próximos, aprender a manejar la silla de ruedas y a realizar sus labores de higiene y alimentación, aun cuando el proceso de asimilación de su nueva condición fuese muy incipiente y la mayoría de los participantes estuviesen hospitalizados, ya que el periodo de hospitalización fue en promedio de un año.

Esto está sumamente en relación con la otra estrategia utilizada por la mayoría de los participantes, ya que el 80% planteó haber realizado una reconstrucción cognitiva en el transcurso de estos seis meses, lo que indica que durante el proceso de adaptación, modificar el significado de la situación vivida resultó fundamental. Estas dos formas de afrontamiento se constituyen en los dos indicadores principales para un afrontamiento adaptativo centrado

en el problema, evidencia que ante un evento traumático de esta magnitud la mayoría de los participantes asumió una actitud de superación.

Cabe destacar que, ambas estrategias se conservan en el total de los sujetos, hasta la actualidad. Esto permite destacar el hecho de que los tres sujetos que no emplearon una u otra de estas estrategias, durante los seis primeros meses, lo realizaron posteriormente. Además, resulta significativo que estos tres participantes forman parte del grupo de sujetos que sí realizaba la práctica del ejercicio físico.

El pensamiento desiderativo fue utilizado por cinco de los sujetos, durante los primeros seis meses posteriores a la lesión, sin embargo, posteriormente esta estrategia fue incorporada por dos de los sujetos que realizaban ejercicio físico y por otros dos del grupo de los que no llevaban a cabo esta práctica.

Asimismo, se pudo visualizar que, la estrategia de expresión emocional fue utilizada, de acuerdo con los datos brindados por el inventario, solamente por cuatro de las personas entrevistadas, sin embargo, el 60% de los participantes expresó en sus relatos de vida realizar esfuerzos constantes por no manifestar sus emociones.

Por otra parte, en la columna de la derecha de la tabla 8, se visualiza que el apoyo social es la estrategia que se adquirió, mayormente, a través del proceso de reconstrucción de la cotidianidad. Dicha herramienta está referida a la búsqueda de apoyo emocional en otras personas.

Aunque la espiritualidad, entendida como el atribuir a un poder superior lo sucedido o los aspectos favorecedores del proceso de adaptación, no estaba contemplada en las

estrategias de afrontamiento que se están utilizando para el presente trabajo, algunos autores la contemplan como tal y fue referida por seis de los informantes.

Categoría 5: Reconstrucción de la cotidianidad en lesionados medulares

En la siguiente tabla se observan las principales conductas adjudicadas por los participantes a la reconstrucción de su cotidianidad, lo que se pretende con él es ofrecer un listado de aquellos actos realizados por los participantes, en función de volver a integrarse a la vida diaria desde una participación activa, lo cual facilitó pasar de una etapa caracterizada por la desorganización y el verse como una persona enferma, a empezar a asumirse como un sujeto con capacidades para responsabilizarse de sí mismo e independizarse de sus cuidadores.

Tabla 9

Conductas adjudicadas a la reconstrucción de la cotidianidad

Conductas adjudicadas por los participantes a la reconstrucción de su cotidianidad	
Participantes que realizan ejercicio físico	Participantes que No realizan ejercicio físico
Realizar estudios	Realizar estudios
Cambiar y aprender un oficio / Crear un negocio propio	Cambiar y aprender un oficio / Crear un negocio propio
Volver a compartir espacios con la familia	Volver a compartir espacios con la familia
Retomar la vida social parcial o totalmente	Retomar la vida social parcial o totalmente
Desplazarse solos	Desplazarse solos
Realizar las labores domésticas: lavar, aplanchar, cocinar, limpiar	Realizar las labores domésticas: lavar, aplanchar, cocinar, limpiar
Realizar labores de aseo personal y arreglo personal	Realizar labores de aseo personal y arreglo personal

Manejar el carro	Manejar el carro
Volver al trabajo que se tenía	
Volver al gimnasio o a practicar un deporte (Basquetbol o Natación)	
Tener pareja	

Como se puede apreciar en la tabla 9, existen una serie de conductas realizadas por ambos grupos de participantes en el proceso de reconstrucción de la cotidianidad, lo cual indica que la cotidianidad está formada en primera instancia por lo más cercano al individuo como: la relación con el cuerpo, la convivencia familiar, la labor de trabajo, las actividades de higiene personal, el traslado hacia los lugares que se frecuentan, entre otros aspectos.

Ahora bien, existen diferencias significativas en el contenido de estos actos, por ejemplo, los participantes que no realizan ejercicio y que han creado un negocio propio, lo tienen y desarrollan en sus propias casas, mientras que las labores realizadas en negocios propios o como asalariados de los participantes que realizan ejercicio, el 80% lo hace fuera de su casa.

En la realización de estudios también se puede observar que el 80% de los participantes que realizan ejercicio físico, lo hicieron en lugares fuera de su hogar, mientras que para el caso de los sujetos que no llevaban a cabo ejercicio físico solamente el 60% realizaron esta actividad fuera de sus hogares.

Lo mismo sucede en relación con el aspecto de tener una pareja, ya que cuatro de los cinco sujetos que realizan ejercicio físico mantienen una pareja estable en la actualidad, sin embargo de aquellos que no lo llevan a cabo, solamente uno la posee.

Por otra parte, hay conductas que fueron determinantes y que son subrayadas como fundamentales por los participantes que hacen ejercicio físico, a diferencia de quienes no lo

realizan, como volver al gimnasio o practicar un deporte y retomar un trabajo anterior; por lo cual, hay una valoración importante de la práctica del ejercicio físico como potenciador de otras conductas, tal y como se expresa en la siguiente frase de uno de los participantes: *“la inserción de uno al deporte después de haber tenido un accidente, ha sido muy importante porque le ha ayudado a uno salir adelante con muchas cosas que al principio uno creía que no podía hacerlas, como tener novia, trabajar y desarrollarse en el deporte”* (Participante 2).

Por otra parte, en la siguiente tabla, se muestran los principales procesos de pensamiento que estuvieron presentes en cada uno de los participantes del estudio, claramente diferenciados en el grupo de aquellos que realizan ejercicio físico y los que no.

Tabla 10

Cogniciones adjudicadas a la reconstrucción de su cotidianidad

Cogniciones adjudicadas por los participantes a la reconstrucción de su cotidianidad	
Participantes que realizan ejercicio físico	Participantes que No realizan ejercicio físico
-Entender que la sociedad desconoce el potencial de las personas con limitaciones físicas	-Pensar todo lo que pasó y saber que pudo salir adelante
-Darse cuenta de que la silla de ruedas no determinaba lo que se quería ser	-Entender que esto era algo que me tenía que pasar
-Replantearse que era tener carácter	-Analizar que había otras personas como yo, que hasta se reían de su condición
-Entender que podía alcanzar lo que quería	-Entender que Dios me había dado un respiro más.
-Comprender que el hacer ejercicio y estar fuerte le permitiría volver a jugar con sus hijos y familia.	-Comprender que soy capaz de enfrentar esto

Es precisamente a través del lenguaje como expresión del pensamiento con lo cual, se descifra la postura que una persona tiene en relación con sí misma y a su entorno. En la mayoría de las frases dadas por los sujetos, quienes llevan a cabo ejercicio físico, se observa que existe una valoración de sí más allá de su condición de lesionado medular y un empoderamiento en relación con su deseo y a la realización del mismo. Mientras, que en las personas que no realizan ejercicio físico, los aspectos cognitivos, que les permitieron enfrentar su condición y reestructurar su cotidianidad, están basados en la sobrevivencia física y emocional de la lesión.

Para finalizar, en la tabla 11 se aprecia el significado que los participantes le otorgan al haber vivenciado una lesión medular y reincorporarse, como una persona activa y productiva, en su entorno. En él se muestra la inspiración y/o enseñanza que cada uno de ellos siente que este proceso les dejó.

Tabla 11

Significados adjudicados a la reconstrucción de su cotidianidad

Significados adjudicados por los participantes a la reconstrucción de su cotidianidad	
Participantes que realizan ejercicio físico	Participantes que No realizan ejercicio físico
-Demostrar que el estar solo y lesionado, no le iba a impedir seguir adelante	-Entender que otros sufrían por él y que tenía una responsabilidad con la familia
-Alcanzar vidas con el testimonio	-Demostrar que no ha cambiado nada
-Sentir que las cosas no habían cambiado a pesar de su condición	-Haber sacado adelante su familia a pesar de la condición de lesionado medular
-El ser visto por otras personas como un ejemplo, con admiración	-Demostrar que nada hay imposible para Dios
-Volver a tener un lugar en la vida de su familia	-Tenía que enfrentar algo que yo no provoqué

En la tabla anterior, se puede visualizar como el 100% de los participantes tiene una valoración positiva de sí mismos, después de haber vivenciado una lesión medular y, superado una gran cantidad de obstáculos, hasta poder reinsertarse en la sociedad como una persona independiente y productiva.

Existe una diferencia en relación con la proyección social de la vivencia como lesionado medular y la superación de la misma, entre las personas que realizan ejercicio físico y los que no, ya que los primeros se han referido constantemente y han llevado a la práctica la transmisión de un mensaje esperanzador, la promoción del ejercicio físico, como una estrategia relevante para mejorar la salud física y emocional y la convivencia social, con otras personas que presentan una condición de discapacidad.

Además, es factible observar y comprender que en el caso de los sujetos, quienes realizan ejercicio físico, el 100% manifiesta tener una militancia activa en la lucha por los derechos de las personas con discapacidad, mientras que en el otro grupo solo uno de ellos realiza esta labor, a partir de su emisora radial.

Capítulo V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la función que desempeña la práctica del ejercicio físico como estrategia de afrontamiento, en relación con la reconstrucción de la cotidianidad, en personas que han vivenciado una lesión medular traumática de tipo parapléjica. A continuación, se desarrolla la discusión de resultados a partir de cada una de las categorías de análisis construidas con el fin de dar respuesta a la pregunta problema, a través de los objetivos específicos.

Los sujetos con los cuales se trabajó en la investigación son diez hombres quienes vivenciaron una lesión medular traumática de tipo parapléjica, hace al menos dos años, cinco de estos participantes realizaban ejercicio físico, en los últimos seis meses antes de ser contactados para la investigación, y los otros cinco, no realizaban ningún tipo de ejercicio físico.

Un aspecto significativo en la caracterización de la población corresponde a la edad en que se produce la lesión, se puede visualizar que para este momento dos de los diez participantes se encontraban en la adolescencia y uno en la preadolescencia (específicamente con edades de 11, 14 y 17 años), mientras que los otros siete sujetos se ubicaban en la etapa de la adultez joven.

Al visualizar los datos anteriores, resulta necesario mencionar que en la etapa de la adolescencia se está conformando una identidad y elaborando un proyecto de vida personal, el cual se desarrollará posteriormente en la adultez joven, por ende, aunque son pocos los

casos que se presentan en esta edad, es significativo comprender que una lesión medular en dicho periodo tendrá importantes implicaciones en la conformación de la identidad y en la reestructuración del proyecto de vida. Esto se puede visualizar en el discurso de uno de los sujetos que tuvo la lesión a los 14 años, quien narra lo siguiente:

"Yo tenía metas... yo era buenísimo jugando basquetbol, yo con catorce años casi tocaba el aro... ya me iban a llamar para la Sub-14 de la Selección de Costa Rica, tenía talento. Yo quería llegar a ser jugador de la NBA, quería ser un doctor cirujano... Qué difícil fue, mi mundo se me terminó... duré un mes en estado de depresión" (Participante 2).

Tal como lo indican Uclés *et al.* (2007), la lesión medular se produce mayormente en hombres, siendo la relación de una mujer por cada cuatro hombres; y además se presenta, principalmente, en hombres jóvenes (entre los 19 y 30 años), hecho que se puede evidenciar y corroborar en el caso de los participantes de esta investigación, ya que la mayoría de ellos se encuentran dentro de ese rango etario.

Pagazaurtundua *et al.* (2010), plantean que este hecho constituye un aspecto importante en el análisis de la problemática, ya que, la vivencia de la lesión medular va a estar mediada por aspectos de orden psicosocial, ante lo cual al encontrarse estos hombres en la adultez joven, se ubican en una etapa en la cual, las personas tienen como tarea independizarse económica y emocionalmente de su familia de origen, constituir una nueva familia y ejecutar el proyecto de vida planteado durante la adolescencia.

Por lo tanto, a través de los datos obtenidos en este estudio, se puede confirmar que la mayor parte de los sujetos debieron replantearse su proyecto de vida, cambiar de oficio, adoptar nuevos estilos de vida y reaprender muchas de las labores diarias. Aun cuando el

contexto de la lesión, el apoyo familiar, el nivel socioeconómico y las posibilidades de accesibilidad van a desempeñar un rol importante en el encuentro con una nueva cotidianidad, en la cual se incluye una nueva forma de relacionarse con su cuerpo, un nuevo trabajo, acostumbrarse a ser visto de una forma diferente, entre otros aspectos, todos los sujetos tuvieron un encuentro con ellos mismos, en el cual decidieron asumir su condición, plantearse un proyecto de vida (nuevo o reestructurado) y llevarlo a cabo.

Por otra parte, al contemplar los aspectos recolectados en la tabla 3 y los relatos de los individuos, es factible mencionar que todos, los participantes presentan una lesión parapléjica traumática y son dependientes de una silla de ruedas para desplazarse, esto a pesar de que la lesión sea completa o incompleta. A partir de lo anterior, se evidencia como estos sujetos comparten la vivencia de una lesión que les impide moverse, pero cada uno lo asume de manera distinta.

Categoría 1: Significado del Ejercicio Físico a través de la vida

Al analizar esta primera categoría, es necesario hacer la aclaración de que, los sujetos no tenían claridad conceptual ante las diferencias entre actividad física, ejercicio físico y actividad deportiva, evaluándose estos tres conceptos como sinónimos. De acuerdo con sus relatos, seis de los participantes mencionaron pertenecer, en su infancia y/o adolescencia, a equipos de básquet, fútbol, academias de deportes o gimnasio, pudiéndose entonces identificar en su actividad las características propias del ejercicio físico, el cual tiene, de acuerdo con la OMS (2017), las particularidades de ser estructurado, repetitivo y posee como objetivo el mejoramiento o mantenimiento de uno o más componentes del estado físico.

Indudablemente, hasta hace poco, a nivel social, los hombres estaban convocados a un mayor contacto con el ejercicio físico, en virtud de que, desde niños, sobre todo en la etapa escolar, se les instaba a participar de juegos de fútbol o básquet, siendo quizá esta una de las formas más comunes de socializar, dentro del género masculino. Lo anterior, se refleja en los relatos de los participantes, quienes en su mayoría mencionan que tuvieron contacto con la actividad o ejercicio físico durante la niñez o etapas posteriores.

Por lo tanto, resulta determinante analizar que el ejercicio físico ha desempeñado un rol significativo en las vidas de estas personas, por cuanto no solo se le valora como un entretenimiento, sino que esta actividad ha formado parte de sus estilos de vida, de su personalidad y de su cotidiano vivir.

Dentro de esta categoría, se encontró como aspecto significativo, a saber: que cuatro de los sujetos participantes expresaron haber realizado ejercicio físico antes de la lesión medular, mas no lo ejecutaron posterior a este evento; por lo cual, entre las razones que los sujetos mencionan ante esta situación, plantean el temor o inseguridad a un golpe o caída, lo cual se refleja en las siguientes expresiones: *“Intenté jugar básquet, pero me da miedo”* o *“Me da miedo que me vaya a caer, porque no es tan fácil”*. Hecho que puede estar en relación con la dificultad de asumir su nueva corporalidad.

Relativo a este aspecto Moreno (2011) menciona que “cualquier intento para comprender sus experiencias, debe empezar por la comprensión del cuerpo como es vivido, es decir, como una entidad social y biológica, pues la realidad biológica del cuerpo impacta los procesos y prácticas sociales y ambientales” (p.30). Por tal motivo, pareciera ser que el nexo, que estas personas establecen con su cuerpo es una relación de temor, basada en la fragilidad con que

es percibida ahora su cuerpo y lo que significaría vivir una nueva lesión, aspectos que se manifiestan en la no realización del ejercicio físico.

Si bien, el 90% de los participantes tuvieron experiencias importantes, duraderas y significativas en relación con la práctica del ejercicio físico, algunos lo perciben como un entretenimiento, otros como una ayuda colateral y otros como una práctica que incide directamente en el bienestar físico y psicológico. Este otro factor por el cual, el ejercicio físico siguió formando parte de la vida de cinco de los sujetos entrevistados, mientras que para los otros cinco no fue así.

De acuerdo con Sicilia *et al.* (2014), la significatividad y el papel que adquiere el ejercicio físico en la vida de un individuo puede entenderse desde dos procesos: la “internalización del valor asociado a la conducta, de tal forma que el ejercicio se realiza por la importancia y beneficios de salud, o una mayor internalización, donde la actividad física llega a ser asumida como parte del estilo de vida”(p.84).

De conformidad con lo anterior, es posible inferir que, además de los aspectos analizados, la significancia del ejercicio físico a través de la vida, para las personas participantes, puede estar mediada por otras razones propias de su estructura de personalidad o por razones inconscientes. Por lo tanto, debe entenderse que este aspecto (la significancia), no puede ser visto o analizado desde un solo elemento, ya que va a depender de la subjetividad y realidad de cada individuo.

Categoría 2: Cambios en la vivencia cotidiana

Como ampliamente lo ha documentado la literatura existente, la lesión medular parapléjica, produce una serie de alteraciones físicas, tales como la pérdida, total o parcial, de las funciones motoras y/o sensitivas, por debajo de la lesión, es decir a nivel de tronco, piernas y órganos pélvicos; así como dificultades en el control de esfínteres vesical, anal y en la función eréctil.

Castro-Lemus (2016, citando Firenze, Costa y Pérez-Riobello) plantea que “el cuerpo no es un objeto cualquiera del mundo, es un medio de comunicación entre nosotros y el mundo. Además, concibe dos dimensiones del cuerpo: como estructura experiencial vivida (...) y como ámbito de los mecanismos cognitivos” (p.4). Se podría comprender desde esta lectura, que la lesión medular parapléjica hace que la percepción de la accesibilidad e interacción con el mundo, tal como se ha conocido hasta ese momento, se pierda o desdibuje.

Este hecho conlleva a un duelo por la pérdida de un cuerpo capaz de desenvolverse en su entorno en condiciones “normalizadas”, ya que el cuerpo como tal, no es solo un organismo, es un sujeto que se vivencia a sí mismo dentro de una serie de ámbitos, tal como lo expresa Castro-Lemus (2016) “el cuerpo se constituye como centro de gravedad donde se produce la gran síntesis de todas las fuerzas interpretativas de lo real, en una cultura dada. Se ve el cuerpo como la auténtica cultura social” (p.4).

De este modo, no se podría entender la lesión medular parapléjica, como simplemente la cesación de ciertas funciones corporales, sino como un cambio en la dinámica que vive un individuo consigo mismo y con el mundo que lo rodea. Por ende, como se ha visualizado en los resultados, la vivencia de la lesión medular trae consigo una serie de cambios en la

corporalidad de quienes la vivencian, como lo expresan varios de los participantes, aún las cosas más rutinarias se ven modificadas y a su vez transformaron la relación con su cuerpo, ejemplos de ello se visualizan a continuación:

*“Después de ser un deportista, tuve que aprender de cero a ponerme una camisa”
(Participante 4).*

“Antes yo nada más me levantaba y me ponía las sandalias, ahora tengo que sentarme en la cama, jalar la silla, acomodarla, ponerme los zapatos, bajar los pies, pasarme a la silla, coger el paño, meterme al baño” (Participante 6).

*"Mudarme era una cosa difícil... yo nunca pensé que después de una lesión, tuviera que aprender como un chiquito, ya no era lo mismo ponerme un pantalón, ponerme las medias, no era lo mismo bañarme, no era lo mismo hacer las cosas diarias"
(Participante 8).*

Una vez terminada la fase hospitalaria, la mayoría de los participantes expresaron sentir temor de regresar a sus hogares, dejar un ambiente donde todos estaban en su misma condición, para enfrentarse a ser ellos los únicos en su entorno inmediato con una lesión medular, lo cual se evidencia en la siguiente expresión:

"La primera vez que salí del CENARE me daba vergüenza que me vieran en la silla de ruedas, cuando pasé por la Pozuelo (fábrica de galletas) había una compañera del colegio allí y no pude decirle adiós, me sentí tan mal que me puse a llorar" (Participante 7).

Asimismo, de acuerdo con lo mencionado por los participantes, el entorno inmediato cobra una dimensión diferente, su casa y espacios tan personales, como su cuarto, debieron

ser modificados, para poder movilizarse sin el apoyo de sus piernas, en una silla de ruedas. Los participantes refirieron que su casa, la cual había sido el entorno más cercano, se convierte a partir de este momento en un lugar solo familiar a la mirada, pero no a la experiencia, ya que algo tan cotidiano como prepararse un café se convierte en un reto, ya que resulta necesario adaptar todos los espacios y mobiliario a su nueva condición, tal y como se expresa en las narraciones de los participantes:

"Luego ya fue el proceso de adaptar la casa, porque la casa no estaba adaptada a la silla de ruedas, adaptar el baño, adaptar ciertas cositas. Yo comienzo a adaptarme... ese proceso duró como dos años (Participante 2)".

Por tal motivo, este evento no solo conlleva a un encuentro con una casa diferente, sino que además los sujetos participantes mencionan que, paralelamente a las modificaciones estructurales que se dan en sus viviendas, también se reorganizan nuevas formas de relación con quienes conviven, encontrándose en algunos casos sentimientos de culpa, al tener que someter a los demás a estos cambios y adaptaciones, además de necesitar de la ayuda de su familiar para realizar ciertas labores, sobre todo en los primeros meses posteriores a la lesión.

Estas modificaciones en la cotidianidad también se hacen tangibles en su relación con el entorno, indudablemente, los espacios colectivos en el país, como calles, aceras, centros públicos, etc., están diseñados para quienes pueden movilizarse sin ningún impedimento, por lo tanto, aunque existe y está en vigencia, la ley 7600 y diversos acuerdos estipulan la accesibilidad de las personas en condición de discapacidad, los participantes mencionan que el movilizarse fuera de su vivienda de forma independiente, se tornó en todo un reto, ya que, amerita e implica contar con las posibilidades de acceso en un transporte público adecuado,

transitar con la silla de ruedas por aceras que se encuentran en mal estado o por poseer un carro adaptado y aprender a manejarlo, esto último es una posibilidad que poseen siete de los participantes y es un aspecto significativo y determinante para ellos, en la interacción independiente con el entorno.

Al contemplar esta temática, los participantes reconocieron que aún existen muchas barreras en el entorno, las cuales dificultan su libre e independiente traslado y acceso al exterior. A este respecto, el Ministerio de Salud de Costa Rica y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004) plantean que para las personas con una discapacidad, la facultad de trasladarse "se encuentra restringida porque la concepción del entorno en general y de la infraestructura y el transporte en particular, responde a las necesidades de mayorías visibles y no para minorías sistemáticamente excluidas del proceso de formulación de las políticas públicas"(p. 65).

Como se evidencia en los planteamientos anteriores, el mundo tangible del lesionado medular sufre una serie de modificaciones a partir de la lesión, lo cual posteriormente devendrá en una vivencia diferente de la cotidianidad y de lo que se quiere para sí y para los demás; como se verá a continuación.

Los participantes expresaron cómo en el momento en que se produce la lesión, ellos construían y llevaban a cabo un proyecto de vida, lleno de sueños, metas y aspiraciones, que debieron modificar ante la llegada de la lesión. A partir de esto, plantean dos razones principales por las cuales debieron realizar dichos cambios, una de ellas gira en torno a la lesión misma, por cuanto representa una nueva vivencia y realidad; mientras que el otro aspecto se basa en las condiciones de accesibilidad que la sociedad brinda, lo cual se ve

claramente reflejado en uno de los participantes, cuya vida giraba en torno al trabajo agrario y ganadero, y debe de trasladarse a la ciudad porque el contexto rural no le ofrece posibles alternativas para continuar realizando estas labores.

A través de estos aspectos, se puede observar como la imagen de sí mismos varió, ya que la forma en que se proyectaban al futuro se vio interrumpida, siendo recurrente la expresión, entre los participantes, de haber sentido en ese momento una pérdida de identidad, sin saber quiénes eran y hacia donde apuntaba ahora su porvenir; dándose aquí un proceso de duelo ante la pérdida del cuerpo sano, los participantes expresaron haber tenido cambios negativos en su autoconcepto, fluctuaciones constantes de ánimo, estados depresivos, aislamiento e ideas suicidas.

La noticia de las consecuencias de la lesión medular inició un proceso de duelo. Como apuntan Ortego *et al.* (2011), el duelo se caracteriza por cuatro fases básicas, la primera de ellas sería la desorganización o shock, etapa en la cual se encuentra esa pérdida de identidad que manifiestan las personas participantes, así como la negación de esta nueva condición y un estado de desorganización general, como se evidencia a continuación:

"Entonces sufrí un cambio muy drástico en la proyección de mi vida, no sabía quién era yo, estaba en una silla de ruedas, con problemas seriecísimos con mi discapacidad... las limitaciones que trae el tener una discapacidad, desde todo punto de vista, social, económico, es un terremoto personal que le sucede a uno" (Participante 1).

"Cuando el doctor me dijo que no podía caminar, empecé con una depresión muy fuerte, no quería hacer nada.... no me importaba absolutamente nada... yo tenía una novia... cuando el doctor me dijo que iba a estar en una silla de ruedas para siempre le dije a

ella que se fuera, que yo no quería nada con ella, que no me volviera a llamar, que no me buscara, yo no quería que me viera así, porque yo pensaba que ya no podía cumplirle como hombre" (Participante 8).

La segunda etapa del duelo, de acuerdo con estos autores, una vez asimilada la verdad, es la desesperanza, la cual está caracterizada por estados de depresión y sentimientos de ira. Como se puede ver a continuación, prácticamente todos los participantes vivieron cambios fuertes en sus estados de ánimo: *"ahí fue cuando yo entré en una depresión, que yo me quería suicidar", "tuve que aprender a controlar mi carácter, me enojaba mucho por no tener el control", "yo estaba enojado hasta con Dios... me intenté suicidar tres veces", y, "en un momento dado estuve tan triste que me intenté suicidar".*

La siguiente fase está caracterizada por la culpabilidad y autocrítica, aspecto que estuvo poco referido en los relatos de los participantes, ya que, únicamente uno de ellos comentó ser el responsable de su lesión medular, por cuanto consideraba que él no debió haber asistido al lugar en que se dio el accidente; mientras que el resto de los participantes mencionan que ellos no se sienten culpables de lo que sucedió.

Sin embargo, se pueden visualizar, ciertos aspectos que llaman al análisis, como lo es la significancia del uso de la silla de ruedas, ya que, el inicio de su uso parece estar teñido de vergüenza y autorreproches por no poder caminar.

En los relatos de vida se observó, que solo uno de los participantes expresó, que en un inicio y quizá por su joven edad, para él utilizar la silla de ruedas era como parte de un juego, ya que sus compañeros de escuela la incorporaron como parte de estos, mas, conforme él fue

avanzando en edad, la silla empezó a tener un significado diferente, como el que le adjudicaron, desde momentos iniciales, los demás sujetos participantes.

Este significado que tuvo en algún momento la silla de ruedas giraba en torno a la percepción que los demás iban a tener de ellos, lo cual se evidencia en las siguientes expresiones:

"No quise ir a la fiesta para que no me vieran en la silla, me daba vergüenza, como iba a contar que ya no podía caminar más" (Participante 10).

"Que difícil fue vencer la barrera de la silla de ruedas, con qué cara me iban a ver... ahora no le iba a gustar a las mujeres" (Participante 4).

"Me escondía para que no me vieran en la silla, me daba miedo lo que iban a pensar o como me iban a ver, no quería que me tuvieran lástima" (Participante 6).

Todos estos relatos confluyen con los planteamientos que realizan De Souza, Antonietto, Garanhani y Shizuko (2010) al exponer que:

“el sentimiento de vergüenza y de inferioridad aparece por la imposibilidad de no más andar después de la lesión, y estas alteraciones corporales culminan con la percepción de ser satirizado por la población por exhibir su imagen actual, confirmando la presencia de estigma delante de su deficiencia” (p.5).

La última fase del proceso de duelo responde a la reorganización de la vida ante la vivencia de la pérdida, lo que implica además la aceptación de la misma. Este proceso significó para todos los sujetos participantes un replanteamiento de sus vidas.

A partir de todos los cambios ya mencionados y vividos durante todo este proceso de duelo, surgen en los participantes preguntas importantes como: ¿siempre voy a seguir dependiendo de alguien más?, ¿será que de verdad puedo hacer lo que quiero?, ¿será que de verdad me veo como un bicho raro?, ¿si otros han podido llevar esto, porque no lo podría yo?, entre otras.

Sin embargo, estas preguntas y sus posibles respuestas, las herramientas psicosociales con las que ellos contaban en ese momento, las diversas formas de afrontamiento y los procesos por los cuales pasaba cada uno de los participantes, hicieron que lograran llegar a esta última etapa del proceso de duelo, la cual significó el inicio de la reconstrucción de la cotidianidad, tal y como lo expresan los participantes.

Todo lo anterior, estuvo contextualizado en los diversos cambios sociales, a los cuales se vieron enfrentadas estas personas, ya que, este contexto impactó de manera directa las modificaciones que vivenciaron. Uno de los aspectos que se retoman en este ámbito es la accesibilidad, la cual se debe ver a partir de dos aristas:

- La accesibilidad física, la cual le permite a una persona desplazarse o moverse dentro de su entorno social, y que se ve reflejada en este trabajo, en el caso donde prácticamente todos los participantes vivenciaron dificultades en esta área.
- La otra, hace referencia a un aspecto ideológico, dentro del cual existe una construcción social de lo que es una persona con una discapacidad y hace que sea precisamente, la conceptualización misma la que impida que ésta tenga las mismas oportunidades que los demás.

En lo expresado por De Oliviera (2014), se refleja lo expuesto en los párrafos anteriores, ya que esta autora plantea que, la accesibilidad va a marcar la condición de dependencia, desde determinantes internos y externos, los primeros caracterizados por las condiciones de salud y por el tipo de enfermedad de la persona y los externos son representados como barreras y facilitadores en los ambientes.

Asimismo, los participantes expresaron que su posibilidad de encontrar un trabajo, después de la lesión, disminuyó, así como sus oportunidades de estudio. Estos dos aspectos se pueden constatar en el discurso de los sujetos: *"muchos no pudimos estudiar por las complicaciones de la bendita lesión"*, *"aquel entorno ya no era para mí, allá nada más había trabajo con tractores, ganadería y limpieza de pastizales"*, *"como voy a volver al trabajo, si no hay condiciones para mí"*, y, *"yo intenté, en el 92 por ahí o antes... intenté estudiar en la Universidad Nacional y eran guindos y escaleras"*.

Debido a esta dificultad en el acceso al empleo, la mayoría de los participantes, ocho en total, comentan que con el fin de obtener un ingreso económico y subsistir, optaron por la creación y puesta en marcha de un negocio propio, como lo fueron: fiestas y caramelos, servicios de informática y redes, venta de lotería y creación de una emisora de radio. Aspecto que, nuevamente, remite y evidencia la dificultad que continúan enfrentando las personas que presentan una condición de discapacidad, con respecto al acceso al empleo.

García *et al.* (2004) plantean que es necesario comprender lo compleja que es la vivencia de una lesión medular, por cuanto después de esta la vida diaria, de los participantes, así como "sus expectativas de futuro se rompen dramáticamente. Hay una alteración de la vida familiar, de las relaciones sociales, de las actividades de ocio, de las costumbres, y por

supuesto de la ocupación o actividad laboral desempeñada hasta el momento" (p.15). Todo lo anterior, evidencia el cúmulo de situaciones a las que se enfrentan estos sujetos que vivenciaron una lesión medular y que implican en su cotidianidad muchos cambios y transformaciones.

Categoría 3: Ejercicio como Estrategia de afrontamiento

El ejercicio como estrategia de afrontamiento se puede observar desde varios aspectos, el primero de ellos radica en los beneficios físicos del ejercicio. Como lo plantea Sandrow-Feinberg (2015), el ejercicio físico, después de experimentar una lesión medular tiene un impacto significativo en la preservación de la masa muscular, en la restauración de las funciones motoras y sensoriales, y, en la reducción de la inflamación en el sitio de la lesión y del dolor; igualmente aumenta la plasticidad sináptica y la concentración de factores neurotróficos (proteínas que favorecen la supervivencia de las neuronas en los tejidos de la espina dorsal). Además, previene la aparición de enfermedades cardiovasculares, siendo una de las terapias no invasivas con mejores resultados en este tipo de pacientes.

Lo anterior, es referido en las narraciones de las personas participantes, por cuanto ellos traducen los beneficios de esta actividad en mayores posibilidades de realizar labores cotidianas, como vestirse, preparar comida, lavar la ropa y trasladarse.

Por lo tanto, es muy importante para el lesionado medular tener el mayor control posible de su cuerpo y, como se visualizó en el relato de los participantes, el dominio del tronco, así como el fortalecimiento de brazos, es fundamental para poder movilizarse, tanto dentro como fuera de su casa, así como para alcanzar y movilizar objetos; aspectos que se aprecian en las siguientes expresiones:

“Si no hubiera sido por el ejercicio, no me hubiera recuperado así, ahora me baño solo, cocino, puedo lavar” (Participante 4).

"Los movimientos que le da a uno el deporte, que son tan bruscos, después andar con la silla en la calle es cualquier cosa" (Participante 5).

Se han señalado diversos beneficios directos del ejercicio físico en la salud de las personas lesionadas medulares, por ejemplo, Rosety-Rodríguez *et al.* (2015) plantean el efecto beneficioso del ejercicio físico en las enfermedades cardiovasculares de personas con lesión medular, por lo tanto, tras un programa de entrenamiento se demostró que, el ejercicio mejoró la disfunción endotelial en varones adultos con lesión medular, asimismo su capacidad aeróbica y su composición corporal. Esto complementa las razones que dan los participantes acerca de la importancia de realizar ejercicio físico, por cuanto les ayuda a tener un buen estado de salud, tal y como se lee a continuación:

"Es decir, si uno no practica ejercicio sería uno como un vaso de cristal en una silla... Además, no hemos entrado o no hemos profundizado en cosas como función del intestino, la vejiga, la circulación de la sangre, que al momento de hacer deporte nuestros órganos se activan diferente, la circulación de la sangre, el ritmo cardíaco, que no es lo mismo que si no hiciéramos deporte, nuestros cuerpos serían más sedentarios" (Participante 2).

Este fragmento del discurso fue expresado por uno de los participantes en el grupo focal, con lo cual, se pudo contemplar que los mismos son conscientes y vuelven a retomar lo favorable que ha sido y es para sus vidas realizar ejercicio físico. Estas reflexiones son producto de sus vivencias, más que de su conocimiento del tema.

Otro aspecto fundamental del ejercicio físico, es que todo el bienestar físico que experimentan los participantes, se refleja en la autoimagen y, por lo tanto, facilita la asimilación de su nuevo cuerpo, que empieza, a partir de la experiencia del ejercicio, a ser concebido de una manera más positiva, ya que, después de la lesión, el cuerpo era percibido mayormente, como discapacitado, sin embargo, al ir sintiendo todos los beneficios físicos del ejercicio, los participantes inician también una reconstrucción de su imagen corporal y, por ende, se asumen de forma diferente, dentro de su condición de personas lesionadas medulares.

Aunado a lo anterior, Dramisino (2007) plantea que, el ejercicio físico posee grandes beneficios para el individuo que presenta una lesión medular, mas, subraya que "desde el punto de vista psicológico, es evidente que fortalece la autoestima, particularmente a través de la autosuperación, la vinculación con el otro, el control de la impulsividad e incluso el mejoramiento de las funciones cognitivas" (p. 23). Hecho que se pudo corroborar en el discurso de los participantes: *"Corriendo [en la silla de ruedas], quedé en segundo lugar, entonces a partir de ahí eso marcó mi nueva etapa como persona o eso más bien me llevó a encontrar a persona que había en mí, a sacar esa persona y buscar una identidad y encontrarme"* (Participante 1).

Ahora bien, la práctica del ejercicio físico en los participantes como estrategia de afrontamiento ante la lesión medular, brinda un espacio en el cual, la percepción de ser una persona con limitaciones físicas, en relación con los demás, se diluye y posibilita que se recupere a nivel imaginario sus capacidades perdidas, siendo este uno de los aspectos más relevantes, ya que, acerca a la persona con lesión medular a las condiciones físicas que poseía antes de la lesión, lo cual le permite tener una imagen corporal más positiva, esto se observa

en el discurso de uno de los participantes: *“En la natación la primera sensación que tuve es que podía estar parado otra vez” (Participante 5).*

Como lo ha expuesto Guerreiro, Sáenz-López, Pais y Tierra (2015), la actividad física en las personas lesionadas medulares posibilita el disminuir las barreras y es un factor de inclusión en la participación social y el bienestar de estas personas.

Otro aspecto a tomar en cuenta en relación con el ejercicio como forma de afrontamiento, es el hecho de que este, posee en los participantes dos formas de ser vivenciado, una de ellas son los entrenamientos en los gimnasios o las rutinas programadas por sus instructores, dichas prácticas les permiten una comunicación íntima con su cuerpo, en la cual pueden percibir los beneficios y limitaciones del mismo.

La otra forma de vivenciar el ejercicio es a través de la actividad grupal, en la participación de los entrenamientos del equipo de básquetbol o con los grupos de atletismo. Esta experiencia grupal jugó un papel muy valioso en la reconstrucción de su cotidianidad, ya que se conformó en un espacio donde se construyeron, conjuntamente, las estrategias de adaptación y las posibilidades de desarrollo.

Asimismo, de acuerdo con lo que plantean los sujetos participantes el conocer a otras personas en su misma condición de salud posibilitó entender mejor su lesión y todos los cambios que estaban vivenciando; lo cual abrió paso a las posibilidades de retomar su proyecto de vida, hecho que se puede ver reflejado en el discurso, tanto de las entrevistas como del grupo focal: *"El equipo me dio como ese apoyo que necesitaba, esa experiencia y esa tranquilidad" (Participante 5); y, "el grupo me ayudó a sentirme incluido en la sociedad,*

no sentir que por una discapacidad tuve que alejarme de la sociedad, sino que uno siente que es parte de ella" (Participante 3).

Como se ha expuesto en otros momentos, la lesión medular, en este caso parapléjica, transforma la realidad de las personas lesionadas, estableciendo cambios importantes en las relaciones con los demás. En este trabajo, por ejemplo, se encontró que el único participante que es padre de niños(as) escolares, refirió como motivo de tristeza el no poder volver a jugar con ellos, tal y como lo había hecho siempre. De esta manera, como lo indica González (2014) existe una relación directa entre la depresión y los bajos grados de interacción social (donde se incluyen familia y amigos).

Otros de los participantes (entre ellos los que practicaban ejercicio) también hicieron referencia a estados depresivos y ansiosos, por razones de orden laboral, problemas familiares o de accesibilidad, aspectos que también se relacionaron significativamente con la depresión, en la investigación de González.

Sin embargo, de acuerdo con lo que plantean los participantes, el ejercicio físico se convirtió en un catalizador de estas emociones y mejoró sus relaciones interpersonales, no solamente debido a que les permitió un mejor estado de ánimo, sino además que a través de la práctica del ejercicio han encontrado nuevas formas de interacción social, como, por ejemplo: asistir a clases de natación con la familia o pareja.

Estos aspectos los retoma Dramisino (2007) al exponer que, para las personas que vivencian una lesión medular, el deporte y el ejercicio físico también se convierten en "una herramienta sumamente eficaz para apaciguar ansiedades perturbadoras, para repeler aislamientos impenetrables y para transformar una vida tediosa en una existencia apasionada"

(p.23). Lo cual, se evidencia en lo referido por los sujetos participantes, tanto en el transcurso de las entrevistas como en el grupo focal:

"Di el baloncesto es todo, porque es un medio donde usted puede ser usted mismo, se le olvidan todos los problemas, como todos uno tiene problemas familiares, pero cuando usted juega baloncesto, todo se le olvida" (Participante 3).

Por otra parte, también es factible mencionar que esta vivencia del ejercicio físico como un factor determinante en la adaptación, fue reconocido por el 80% de los participantes, por cuanto mencionaron que la práctica del ejercicio les permitió un afrontamiento positivo de la lesión y posibilitó iniciar una valoración positiva del cuerpo, afrontar la depresión y retomar viejas amistades, en aras de crear nuevas alternativas de realización personal. Esto a pesar de que tres de los participantes que se contabilizan, posteriormente dejaron de realizar la actividad y forman parte del grupo de sujetos que no practican ejercicio.

Para esta investigación, el ejercicio físico fue fundamental, por lo tanto fue visto y analizado, por los participantes, como la plataforma para luchar y conseguir sus metas en el proceso de reconstrucción de su cotidianidad, tal y como lo expresaron los sujetos en el grupo focal:

"Después de que me accidenté, el deporte fue una gran catapulta para poder sobrepasar muchos obstáculos que uno creía en el momento que no los podía vencer" (Participante 2).

"Ya después me di cuenta de que podía volver a practicar deporte, entonces nuevamente volví a nacer y a seguir luchando, sabiendo que podía alcanzar lo que uno se propusiera" (Participante 3).

"El ejercicio ha sido muy determinante para seguir la vida" (Participante 5).

Este aspecto también fue encontrado en los relatos de vida, de forma implícita y explícita, lo cual permite entender que el ejercicio físico desempeñó un rol determinante en el afrontamiento de la lesión medular y de la posterior reconstrucción de la cotidianidad.

Categoría 4: Otras estrategias de afrontamiento

Para la realización de la presente investigación, ha sido importante identificar las otras estrategias que utilizaron los participantes para afrontar la vivencia de la lesión medular. Esta caracterización también permitió tener una visión más realista y englobadora de la función que desempeñó el ejercicio físico como parte de la reconstrucción de la cotidianidad.

Con esta finalidad, se identificaron dos momentos: 1. Los primeros seis meses posteriores a la lesión, para lo cual se aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y se retomó lo expuesto por los participantes en los relatos de vida; y 2. El tiempo transcurrido después de estos primeros seis meses hasta la actualidad, recopilados a través de los relatos de vida. Esta división e instrumentos posibilitaron tener una visión más integral de la forma en que estas personas enfrentaron su lesión medular.

Uno de los aspectos interesantes encontrado en el Test de Estrategias de Afrontamiento, fue que el 90% de todos los participantes utilizaron la Resolución de Problemas como herramienta, durante los primeros seis meses. Este dato cobra especial significancia, ya que,

como se vio en los cambios vividos por los participantes, las primeras etapas están caracterizadas por un periodo de shock o desorganización, sin embargo, a pesar de esta condición todos los participantes narraron haber estado, en todo momento, tratando de encontrar aspectos que les permitieran resolver y enfrentar la situación que se encontraban viviendo.

Aún en la etapa de hospitalización, los participantes se avocaron a informarse sobre su lesión, idear las adaptaciones que debían implementar en sus hogares (haciendo croquis, pensando en el financiamiento para ello) y reaprender muchas de las capacidades y labores cotidianas como: limpieza o aseo, alimentación y traslado propio. Lo anterior, en relación con la otra estrategia utilizada por la mayoría de los participantes, la cual consiste en la reconstrucción cognitiva, con lo cual, los sujetos se centraron en buscar un nuevo significado de la situación vivida, esto fortalecido por las intervenciones del personal médico, amigos y familiares, quienes ayudaron a encontrarle un sentido diferente a la circunstancia vivida.

De acuerdo con Cano *et al.* (2007), estas dos estrategias mencionadas anteriormente, pertenecen al grupo de estrategias, que se caracteriza por un adecuado manejo de la situación estresante, que indica, esfuerzos activos y adaptativos para compensar dicha circunstancia, lo cual, pareciera contradictorio, ya que también se acompañó con las estrategias menos adaptativas que también dijeron los participantes estar presentes durante los primeros seis meses posteriores a la lesión, tales como el aislamiento, el enojo, la negación, así como los fuertes estados depresivos, acompañados de ideas suicidas.

Una posible razón, por la cual los participantes refieren la utilización de este tipo de estrategias positivas en una etapa tan incipiente, podría deberse a que el impacto que produce

la lesión es tan fuerte, que activa, aun en medio de una situación de desesperación, los mecanismos adaptativos de sobrevivencia, o bien, que visto el proceso en retrospectiva se priorice, en el recuerdo y discurso, aquellas estrategias que posibilitaron la adaptación.

En relación con lo expuesto en el párrafo anterior, Rueda y Aguado (2003) agregan a las posibilidades del porqué de este fenómeno que, la función de regulación emocional está caracterizada por modificar el malestar y manejar los estados emocionales que evoca el acontecimiento estresante, en este caso la lesión medular, lo cual se puede lograr recurriendo a la reevaluación cognitiva del suceso y avocándose a atender los aspectos positivos que permiten soluciones. De esta forma, la estrategia de centrarse en el problema ayuda en el manejo de las emociones.

Cabe destacar que, en el proceso posterior a los primeros seis meses, la totalidad de los sujetos mencionan continuar aplicando estas dos estrategias (la resolución de problemas y la reconstrucción cognitiva), por tal motivo, se comprende que aquellos que no las habían utilizado las incorporaron durante el proceso.

Otras de las estrategias mayormente utilizadas, durante los primeros seis meses después de la lesión y hasta la actualidad, corresponde al Pensamiento Desiderativo, el cual según Cano *et al.* (2007) pertenece al grupo de estrategias que indican “un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras” (p.32).

Un aspecto relevante en relación con la expresión emocional como estrategia de afrontamiento, es que la misma fue referida por muy pocos participantes, sin embargo, en el relato de los mismos la mayoría refiere haber hecho y continuar haciendo grandes esfuerzos

por no expresar sus emociones, lo cual relacionan con el deseo de no hacer daño a las personas que los rodean.

El hecho anterior, también puede analizarse desde la dimensión de género, por cuanto un tema como lo es la expresión de emociones se ve atravesado por la construcción de masculinidad que han vivido estos hombres y que viene determinada por una sociedad, en la cual, durante mucho tiempo, se les ha vedado, a los hombres, la capacidad de expresar sus sentimientos y emociones.

A su vez, resulta importante indicar que el Apoyo Social, es la estrategia de afrontamiento mayormente empleada durante el proceso de adaptación, lo cual hace referencia a que en la medida en que la reconstrucción de la cotidianidad avanzaba y la lesión dejaba de ser tan amenazante, existía una mayor posibilidad y apertura de solicitar o aceptar ayuda de otras personas.

Por otra parte, aun cuando Cano *et al.* no contemplan la espiritualidad como una forma de afrontamiento, dentro del presente estudio fue mencionado reiteradamente por los participantes, por lo cual se consideró relevante incluirla como estrategia de afrontamiento, ya que la misma constituye, para otros autores y para los sujetos participantes, una importante manera de afrontar la situación que vivieron. Aspecto que se evidencia en las siguientes expresiones:

"Los compañeros del equipo lo primero que me dijeron fue vamos a celebrar su cumpleaños, vamos a Jacó, ¿se anima?" (Participante 5).

"Uno de mis mejores amigos es el que me lleva a su casa y estoy ahí tres años, y a partir de ahí... yo me radico aquí en el área metropolitana" (Participante 1).

"Entonces decidí, el otro domingo como a las tres de la tarde, lo llamo (Se refiere a un amigo que le ha pedido salir varias veces) y le digo: "¿Qué, vamos a ir hoy al parque?" (Participante 2)".

De acuerdo con Mendoca (2009) una de las vías de adaptación que han utilizado, las personas con lesiones en la médula espinal, especialmente en esos momentos en que se encuentran organizando sus recursos y asimilando su nueva condición, corresponde a la espiritualidad, aspecto que corresponde a la capacidad de las personas para reorganizar su existencia y encontrarle un nuevo sentido a la vida.

Por ende, a partir de toda la información brindada en los relatos de vida, es factible constatar estos planteamientos de Mendoca, por cuanto la espiritualidad se convirtió, para seis de los participantes, en una herramienta determinante en su proceso de adaptación, tal y como se evidencia en lo que profieren los informantes:

"Ahora tengo una vida más tranquila, tengo paz, tranquilidad, por supuesto que quisiera caminar, pero también agradezco la voluntad de Dios" (Participante 4).

"Si no me maté en el accidente, fue para ver crecer a mi hijo, empecé a buscar bastante de Dios, empecé a leer la palabra, entonces cada vez que me esforzaba, me esforzaba más, entonces yo me decía yo tengo que volver a jugar con mi hijo" (Participante 5).

“Igual sigo manteniendo a Dios en primer lugar y sobre todas las cosas. Para mucha gente tal vez es medio raro, pero yo soy de los que le pido a Dios pruebas en todo”
(Participante 9).

Finalmente, es importante acotar, el hecho de que, la estructura de personalidad también va a desempeñar un rol relevante en la escogencia y utilización de las estrategias de afrontamiento.

Categoría 5: Reconstrucción de la cotidianidad en lesionados medulares

La adaptación a la vivencia de una lesión medular, inicia desde el momento en que la misma se presenta y todas las diversas etapas que enfrenta y desempeña la persona lesionada son parte de este ajuste, sin embargo, hay un lapso en que la adaptación se convierte en un proceso de reconstrucción, con el cual, la persona se asume ante la situación que ha vivido, como responsable de lo que va a pasar con su vida de allí en adelante; es decir, sus sueños, anhelos y deseos son revalorados y su realidad se reorganiza con base en las condiciones que presenta.

En seis de las personas participantes, se aprecia un momento, a partir del cual, se inicia la reconstrucción de la cotidianidad, en los otros cuatro participantes esto fue un proceso caracterizado por cambios paulatinos, que fueron modificando su hacer diario y adaptándolo a sus nuevas condiciones de vida. Las siguientes expresiones de los participantes, permiten apreciar ese punto de corte, que dará inicio a la reconstrucción de la cotidianidad:

“Fue un cambio radical, pero fue radical hasta cierto momento, porque después de cierta fecha como que algo me invadió y dije: Ya no más, de aquí en adelante voy a ser el mismo de antes” (Participante 6).

“Y entonces me dije a mí mismo: Ok, estamos en silla de ruedas, vea qué grado de madurez en ese momento y yo sé que el Espíritu Santo transformó mi mente y maximizó mi intelecto en ese momento, porque me dije a mí mismo: no podemos caminar, vamos a demostrarle al mundo la diferencia entre una persona en silla de ruedas y lo que usted va a hacer; con lo que tenemos, con eso vamos a trabajar” (Participante 2).

“Yo me dije: Yo tengo que volver a jugar con mi hijo, si Dios me dejó fue para ver crecer a mis niños. Empecé a ir a las terapias, empecé a practicar la natación” (Participante 5).

Mientras que las expresiones siguientes permiten visualizar el inicio de la reconstrucción como un proceso:

“Yo era un chiquillo, nada más volví a la Escuela Joaquín Lizano en silla de ruedas y los compañeros me jalaban para todo lado, mi mamá nunca me sobreprotegió, yo salía a jugar con mis amigos, yo pensé que era por un tiempo eso de la silla de ruedas, la vida siguió y allí me fui dando cuenta de que había pasado” (Participante 3).

“Si se me dieron las cosas, al principio incluso todo me lo tenían que hacer, pero luego con el dinero de la indemnización me compré la casa, el carro y empecé a hacer negocios con propiedades, con los intereses me empecé a pagar terapias y allí seguí” (Participante 7).

“Entonces lo que fue el estudio tuve que dejarlo hasta que consiguiera un lugar accesible, aparte de que también me estaba comenzando a adaptar a un nuevo estilo de vida; sin embargo, me encontré con el mundo de la computación, una parte muy bonita, y me comencé a meter en lo que eran páginas web y como tenía un buen inglés, se me dio la oportunidad de participar en un proceso para licitar para Credomatic, para traducir unos folletos de las máquinas que hacían la correspondencia y fue muy bonito, porque en ese momento hice la primera página” (Participante 9).

Como lo expresa Rueda y Aguado (2003), el proceso de adaptación a la lesión medular, incluye diversos aspectos, ya que, es individual, es decir, no existe una forma estandarizada de afrontar la lesión, siendo a la vez multidimensional, pues en este proceso se involucran todas las dimensiones de la vida de la persona que la vivencia: la física, la psicológica y la social, además se da de forma interactiva, por lo tanto, se produce en continua interacción con el ambiente y no en forma aislada, constituyéndose en un proceso dinámico en el cual, no se llega a un estado final, sino que evoluciona durante todo el resto de la vida.

Por lo tanto, como se constata en los párrafos anteriores, el inicio de la reconstrucción de la cotidianidad está influenciado por diversos aspectos propios de la dinámica de cada uno de los individuos, constituyéndose para todos ellos en un momento determinante de su vida.

Las personas participantes mencionaron haber llevado a cabo una serie de conductas, que se pueden valorar como parte de la reconstrucción de su cotidianidad, tal como se visualiza en las siguientes expresiones: *“Entonces yo me radiqué ahí donde ella, pero ya para eso yo ya había concluido satisfactoriamente el curso; inicié con el INA lo que es una etapa básica*

de electrónica básica y lo que es audio y video” (Participante 1) o bien “De nuevo volví a manejar un carro, aguantando el miedo que me daba” (Participante 10).

De esta misma forma, todos los participantes relataron que, entre la serie de conductas, que les permitieron empezar a construir una nueva vida, estaban las siguientes: realizar estudios y aprender un nuevo oficio o retomar el que habían realizado antes. Por tal motivo, resulta importante destacar que ocho de los diez participantes, optaron por crear un negocio propio, debido a la falta de oportunidades en este nivel.

Como lo apuntan Robles, Saborit, Valiño, Machado y Milán (2014), las posibilidades de emplearse en las personas con lesión medular se reducen, incluso la formación técnica o académica en un área, no es un factor de peso para asignarle un puesto a esta población.

Se destaca en los resultados obtenidos en este trabajo, que existen diferencias respecto de lo laboral entre las personas que realizan ejercicio físico y aquellas que no lo hacen, ya que, quienes no realizan ejercicio físico han creado su propio negocio, pero el mismo está en sus casas, por lo que no tienen que desplazarse a ningún sitio para ir a trabajar, mientras que el 80% de los participantes que realizan ejercicio físico trabajan en negocios propios o como asalariados fuera de sus casas.

Lo mencionado en el párrafo anterior también se evidenció respecto de otra de las conductas tendientes en la reconstrucción de la cotidianidad como es, la realización de estudios formales o capacitaciones, relativo a esto destaca que fue mayor el número de personas, que realizan ejercicio físico, que se desplazó o actualmente se desplaza a institutos, universidades u otros centros de estudios, mientras que en el grupo de participantes que no realizan ejercicio, prevaleció el realizar estudios a distancia.

Sin embargo, todos los participantes realizan de manera independiente actividades fuera de su casa, aunque no con la misma frecuencia, ya sea en servicios de transporte público, su auto o en su silla de ruedas, para realizar diversos trámites personales, trabajar, ir a citas médicas o bien asistir a actividades sociales, este es uno de los principales logros en la reconstrucción de la cotidianidad después de la lesión vivida, y los participantes le otorgan a este acto un sentido simbólico del primer paso a la apertura social y al asumir ser vistos por otros.

"Y empecé a salir. Salí un día, por cierto, nunca se me olvida, a Cartago, esa fue la primera vez que salí a Cartago en silla de ruedas" (Participante 8).

"La primera vez que salí de la casa ya en silla de ruedas fue para ver la final del Mundial de Francia 98, nunca se me olvida" (Participante 6).

Cabe destacar que, siete de los diez participantes poseen un vehículo propio y hacen uso de él, uno no lo ha adquirido y los otros dos aun cuando lo poseen, no se desplazan en su vehículo por razones personales, entre ellas el temor a un nuevo accidente, siendo relevante que quienes poseen el auto, pero no se movilizan en él, son parte del grupo de participantes que no realizan ejercicio.

El carro es un aspecto muy importante en la vida de los participantes, ya que al ir sentados se produce una sensación de igualdad con las demás personas conductoras, por cuanto se invisibiliza la lesión, tal como se observa a continuación:

"Me da risa cuando entro a un parqueo y voy a estacionar el auto en mi espacio y el guarda se me queda viendo y me dice: -Caballero, disculpe, es que esta zona es para personas con discapacidad. -Sí, yo voy a parquear acá. -Es que usted podría

parquear en otro lado, este es un espacio restringido. –No, pero es que yo soy una persona con discapacidad. –Qué buena broma, pero de verdad, parquéese en otro lado" (Participante 2).

También dentro las conductas fundamentales, que formaron parte de la reconstrucción de la cotidianidad, están las relacionadas con el aseo y arreglo personal, el 100% de los participantes manifestó que el logro de poder bañarse solos y ponerse su ropa, así como, de realizar las labores domésticas de lavar, planchar y cocinar, actividades en relación con el mantenimiento de su casa fue un aspecto fundamental para sentirse de nuevo una persona activa.

Todas estas actividades están ligadas a dos aspectos fundamentales como lo son: hacerse cargo del cuerpo y del entorno inmediato en el cual esta vivencia su cotidianidad, como lo indica Moreno (2011, citando a Dewis), las personas que han vivenciado una lesión medular tienen una lucha por la normalidad que se muestra en tres áreas principales: la apariencia física y funcionalidad, independencia física y emocional y las destrezas sociales y relaciones interpersonales.

Por lo tanto, resulta importante destacar que para la mayoría de los participantes fue relevante retomar su vida social, tanto en relación con la familia, la pareja, así como, con los amigos, siendo este un aspecto que no solo dependió de ellos, sino también de la actitud de las personas con quienes se relacionaban, ya que, el estereotipo de una persona en una silla de ruedas marcó, en algunos casos, el alejamiento de las personas cercanas, inclusive de la familia.

También habría que añadir que los participantes expusieron que en ciertos momentos de este proceso ellos se comportaron de manera hostil con las personas cercanas, o bien, tuvieron periodos de aislamiento, después de los cuales fue difícil retomar estas relaciones. De acuerdo con De Souza *et al.* (2010), el retorno a la realidad después de una lesión medular expone sentimientos relacionados con la fragilidad y el choque emocional, ya que el porvenir se visualiza solo a partir de las funciones perdidas, lo que lleva a reacciones de negación y aislamiento, frente a estas pérdidas y al impacto de la utilización de la silla de ruedas.

Sin embargo, los mismos participantes reconocen que este encuentro con antiguas amistades y la creación de nuevas, marcó el comienzo de una nueva forma de relacionarse con los demás. Un ejemplo de ello son las siguientes expresiones:

"No quería que me tuvieran lástima, en eso tal vez me escudé un poco, hasta que me fui soltando y retomé mi vida social normalmente. De a poco, tampoco fue así de golpe, pero ya me animaba a salir,irme con un grupo de amigos y amigas a parrandear, a pasarla bien, a la playa o así" (Participante 6).

"Ella entró y yo fui muy grosero con ella, le dije que se fuera, que no quería nada con ella, que no me volviera a llamar, que no me buscara. Pero fue por la misma situación, yo no quería que ella me viera así, yo veía según yo que como hombre no iba a funcionar, creyendo que ser hombre era sólo tener una erección, todas esas cosas, es lo primero quizás que se le viene a uno a la mente. Y terminamos, ella salió llorando, mi mamá y mi tío me contaron que estaba mal. Pasó el tiempo, como a los seis meses volvimos y al tiempo nos casamos" (Participante 8).

Un dato significativo visualizado en torno a la temática de las relaciones sociales corresponde al hecho de que cuatro de los participantes que realizan ejercicio tienen una relación de pareja estable, mientras que para el grupo de los sujetos que no llevan a cabo esta actividad, solamente uno de ellos posee una relación de pareja de convivencia.

Finalmente, un aspecto relevante dentro de las conductas de reconstrucción de la cotidianidad, es el papel del ejercicio físico dentro del proceso, ya que para los cinco participantes que continúan realizando ejercicio y para uno de los que ya no lo lleva a cabo, pero en algún momento lo había hecho, el realizar ejercicio físico constituyó un cambio en el significado de su cuerpo y de la posibilidad de desplazamiento, hecho que también posibilitó una visión más integral de su relación con el medio.

Esto último enlaza con los aspectos cognitivos adjudicados a la reconstrucción de la cotidianidad, ya que, se evidencia una diferencia importante en relación con la forma en que los participantes que hacen ejercicio se posicionan en su nueva cotidianidad, destacándose en sus relatos la trascendencia que da a su ser, con lo cual es claramente asumido un compromiso con la sociedad, un considerarse una persona capaz de ayudar a otros, a través de su experiencia, y un conocimiento de la posibilidad de alcanzar sus metas, “más allá” de su condición de lesionado medular.

Esto se puede observar en las siguientes frases, expresadas por los participantes en los relatos de vida y en el grupo focal:

"Yo cuando doy charlas, porque yo doy charlas, cuando llego y tengo al frente un gran público, doscientas, trescientas personas, veinticinco niños, yo hago hincapié en ese

momento y le digo esto: “Duré una semana para ponerme una media. ¿Ustedes determinan hoy en día lo que significa poder ponerse una media?” (Participante 2).

"La admiración, el ejemplo que damos, porque uno sirve de motivación para muchas personas. Usted practica lo que a usted le gusta y usted está trabajando por usted, pero con eso usted ayuda a muchas personas. Hay muchas personas que se motivan al verlo a uno luchar, tal vez para uno no es nada, pero para ellos significa muchas cosas. Desde el punto de vista que usted lo quiera ver, el deporte en una persona con discapacidad, y en general, no importa la condición, es sumamente importante, vea lo que logra." (Participante 3).

Mientras que en los participantes que no realizan ejercicio físico, se evidencia una predominancia del pensamiento, centrada en la sobrevivencia física y emocional de la lesión, así como la satisfacción de haber podido enfrentar lo sucedido.

Lo anterior, se aprecia en las siguientes frases de los participantes, dadas en los relatos de vida:

“Pensar en todo lo que pasé y saber que pude salir adelante, que salgo adelante. Eso me hace sentir feliz y orgulloso. Y obviamente contar con mi madre, con mi familia, con mi hija” (Participante 6).

"Estoy contento porque sobreviví y he logrado volver a ser lo que yo era, si veo para atrás digo, ya paso, ahora ya todo está bien y para adelante" (Participante 10).

En relación con el significado que los participantes le dan a la lesión, después de varios años del evento, habiendo reconstruido su vida y dándole a su cotidianidad un nuevo sentido,

se encuentra que el 100% de ellos realiza una valoración positiva de sí mismo, entendiendo que reinsertarse en la sociedad, como una persona independiente y productiva, después de haber superado una gran cantidad de circunstancias adversas es un logro personal que todos reconocen.

Capítulo VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Esta investigación se llevó a cabo gracias a la participación de diez hombres quienes vivenciaron una lesión medular traumática de tipo parapléjico, los cuales se encontraban al momento de la lesión en la etapa de la adolescencia y adultez joven, lo que concuerda con los datos otorgados por la literatura en relación con las etapas del ciclo vital en que mayormente se produce la lesión medular.

Todos los participantes hicieron referencia a través de sus relatos de vida y el grupo focal, de cómo la lesión medular posee consecuencias importantísimas para quien la vivencia, su familia y la sociedad en general. La adaptación a la nueva condición de vida implica en la mayoría de los casos, una renuncia al proyecto de vida que estas personas tenían y la necesidad de construir uno nuevo, siendo que toda su realidad tal como la conocían hasta ese momento cambia.

Por lo tanto, esta es también una experiencia desestructurante a nivel psicológico, ya que implica realizar un proceso de duelo por el cuerpo sano perdido y la reestructuración con el entorno en todas las dimensiones de esa nueva corporalidad.

A continuación, se concluye con base en las categorías de análisis planteadas para esta investigación, las cuales son el canal a través del cual se desarrollaron los objetivos

planteados para la misma y dan respuesta a la pregunta original que fue el punto de partida del presente trabajo.

El primer objetivo específico y categoría de análisis de este trabajo, se centraba en conocer el rol que había tenido el ejercicio físico a través de la vida de los participantes, tanto antes como después de la lesión medular, lo cual se convirtió en un aspecto valioso dentro del contexto total de la investigación, ya que, permitió conocer la significancia del ejercicio físico desde etapas tempranas en la vida de los participantes y qué factores influenciaron en que posterior a la lesión se siguiera o no practicando.

En primera instancia se visualizó que, las personas participantes de esta investigación no poseían claridad conceptual ante la diferencia entre actividad física, ejercicio físico o actividad deportiva, asumiendo todas estas definiciones como sinónimos. Sin embargo, se pudo visualizar que la significancia del ejercicio físico en sus vidas está arraigada a su constitución misma como sujetos, ya que, dentro de los patrones socialmente asignados a los hombres en nuestra cultura, están los juegos caracterizados por una importante carga de actividad física.

Por consiguiente, se puede afirmar que, el ejercicio físico jugó un papel significativo durante la niñez y adolescencia de la mayoría de los participantes y formó parte de sus estilos de vida y de la construcción de su personalidad a nivel social. Mientras que, la no realización de ejercicio físico después de la lesión estuvo asociada a sentimientos de inseguridad o temor a un golpe o caída, apreciándose en esta conducta evitativa, que el cuerpo posterior a la lesión se asume como frágil y propenso a ser nuevamente lesionado.

En las personas que siguieron practicando ejercicio físico posterior a la lesión medular, se pudo contemplar, que el mismo constituye una actividad internalizada que traspasa el aspecto cognitivo de entender que el realizar ejercicio físico es beneficioso para la salud, por cuanto estos hombres le han otorgado un valor agregado a la práctica del ejercicio físico, es decir, lo identifican como algo que les permite asumir su nuevo cuerpo de forma positiva.

La categoría de cambios en la vivencia de la cotidianidad se enfocó en la identificación de las modificaciones producidas a partir de la lesión, mediante los relatos de vida de los participantes, los cuales permitieron obtener una imagen clara de estos cambios en lo físico, lo psicológico y lo social. Por tanto, así como se evidenció en la literatura consultada y en los relatos de vida de los participantes, la lesión medular es un acontecimiento que desestructura la cotidianidad, prácticamente, en todas las áreas de vida. La interacción con el mundo, tal y como se había conocido hasta ese momento cambia.

A partir de la vivencia de una lesión medular, se inicia un duelo por el cuerpo sano, que era capaz de desenvolverse en condiciones “normalizadas”, por lo que no se puede entender la lesión medular parapléjica como simplemente la cesación de ciertas funciones corporales, sino como un cambio en la dinámica que vive una persona consigo misma y con el mundo que la rodea.

Un aspecto trascendental en los cambios vividos por estas personas a partir de la lesión, fue el tener que modificar el proyecto de vida que habían hecho para sí, en el cual estaban incluidos sueños, anhelos y metas. Asimismo, los participantes expresaron haber vivenciado importantes cambios psicológicos, con los cuales la sensación de pérdida de identidad, los

estados depresivos, las ideas suicidas, los ataques de ira y el aislamiento social, fueron parte del proceso que estaban viviendo.

El egresar del ambiente hospitalario, marcó para todos los participantes el inicio del enfrentarse a lo social, experimentando sentimientos de miedo al rechazo, vergüenza de su condición, sobre todo marcada por el uso de la silla de ruedas y un ambiente no apto para su movilización.

Por otra parte, la categoría del ejercicio físico como estrategia de afrontamiento tiene una relevancia especial en el trabajo, ya que, el mismo estuvo dirigido y centrado en valorar el papel que tiene el ejercicio físico, ante la vivencia de una lesión medular de tipo parapléjico, siendo las principales conclusiones al respecto las siguientes:

- Todos los participantes que han tenido contacto con el ejercicio físico después de la lesión le otorgan al mismo una valoración positiva y lo consideran una estrategia de afrontamiento fundamental en la reconstrucción de la cotidianidad.
- El ejercicio físico es percibido por las personas lesionadas medulares que participaron del trabajo, como el posibilitador de un mejor control del cuerpo, así como un factor que ayudó en la reactivación de funciones; lo cual se revierte en un mejor manejo del entorno, ya que, poseen mayor fuerza y flexibilidad, para movilizarse y realizar diversas labores que antes de su realización.
- La práctica del ejercicio físico ha brindado a los participantes un espacio en el cual, la percepción de las limitaciones que poseen se ven diluidas y ha posibilitado que se recupere a “nivel imaginario sus capacidades perdidas”, lo cual permite una mejor asimilación de su nuevo cuerpo.

- Otro aspecto importante del ejercicio físico como estrategia de afrontamiento encontrado en el trabajo fue que posibilita un espacio de ejercicio físico individual, que le permite al individuo percibir de manera directa los beneficios que le brinda a su salud y las limitaciones de su cuerpo. Pero, además en los espacios grupales de ejercicio como los equipos de básquet o atletismo, se facilita la construcción conjunta de estrategias de adaptación y de posibilidades de desarrollo personal, hecho que abrió la posibilidad de retomar su proyecto de vida y crear nuevas alternativas de realización personal.
- También se observó entre los participantes el reconocimiento del ejercicio físico como un catalizador de emociones que les permite mejorar su estado de ánimo, así como afrontar la depresión y los estados de ansiedad.
- Todo lo anterior permite contemplar que, el ejercicio físico tuvo un papel determinante en el afrontamiento de la lesión medular y la posterior reconstrucción de la cotidianidad, lo cual permite la revaloración positiva de la corporalidad y la forma en que esta interactúa con el ambiente y le representa en el conjunto social.

La categoría de otras estrategias de afrontamiento estuvo dividida en dos partes que son complementarias, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes durante los primeros seis meses posteriores a la lesión, a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y los relatos de vida, los participantes rememoraron cuales fueron las estrategias utilizadas por ellos en el afrontamiento de la lesión medular; mientras que la otra parte se refiere a las estrategias de afrontamiento que los participantes tuvieron después de los seis primeros meses de la vivencia de la lesión medular.

Por lo tanto, a partir de los resultados obtenidos se puede concluir que aun cuando los participantes en un 90% narraron a través de sus relatos de vida, que los primeros seis meses estuvieron caracterizados por conductas de negación, ira, aislamiento y por fuertes estados depresivos, en la mayoría de los casos con ideación y/o intento de suicidio, también se visualizó que, existió la aplicación de otras estrategias como la resolución de problemas y la reconstrucción cognitiva.

Por consiguiente, ambas estrategias, la resolución de problemas y la reconstrucción cognitiva, continuaron siendo utilizadas por los participantes hasta la actualidad. En relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes, posterior a los seis meses de vivenciada la lesión se concluye que:

- La expresión emocional fue la estrategia menos utilizada por los participantes. Aspecto que puede estar relacionado con los roles de género asignados a los hombres, entre los que se encuentra la supresión de las expresiones emocionales.
- En compensación con lo anterior, el apoyo social fue la estrategia de afrontamiento mayormente adquirida con el pasar del tiempo, la cual, tiende a permitir ser ayudado por los demás y a la vez solicitar la ayuda necesaria para la realización de ciertas acciones.
- Una estrategia de afrontamiento que es poco abarcada por la literatura, pero que, sin embargo, tuvo un papel relevante en el proceso de adaptación de seis de los participantes fue la espiritualidad, la cual posibilitó que estas personas reorganizaran su existencia y le encontraran un nuevo sentido a su vida.

Finalmente, respecto de la categoría de reconstrucción de la cotidianidad se concluye que, la adaptación a la vivencia de una lesión medular inicia desde el momento en que la misma se presenta y todas las etapas vividas, son parte de ella, sin embargo, hay un momento de esa adaptación en el cual se inicia la reconstrucción de la cotidianidad, que ha quedado fracturada a partir del evento y que se enuncia como el retomar un proyecto de vida para sí, asumir su nueva corporalidad y volver a soñar, tener metas y anhelos.

Por lo tanto, se puede afirmar que la reconstrucción de la cotidianidad es un proceso dinámico e inacabable, que responde a la estructura de personalidad de cada quien, a sus experiencias, contexto de vida, a las herramientas psicosociales con las que cada individuo cuenta, en fin, es un proceso ligado a la intimidad de su ser y a la forma en que cada uno contextualiza su existencia.

El inicio de este proceso se vivenció en los participantes de dos maneras

- En un momento de toma de conciencia a partir del cual inicia el proceso de reconstrucción de la cotidianidad, por lo general caracterizado por un encuentro importante consigo mismo, que marca un antes y un después en el proceso de adaptación.
- Desde un proceso paulatino, en el cual se produce un encuentro con aspectos significativos que empiezan a modificar su entorno y le permiten empezar a replantearse una nueva vivencia.

La reconstrucción de la cotidianidad implicó llevar a cabo una serie de conductas tendientes a dar un nuevo giro a su vida, como por ejemplo:

- El realizar estudios o capacitaciones tendientes a la inserción laboral.
- Aprender un nuevo oficio o retomar el que realizaba antes, con las adaptaciones correspondientes e iniciar de nuevo su vida laboral.
- Salir solos fuera de la casa: todos los participantes manifiestan que este acontecimiento marcó el principio del asumir socialmente su condición y lo refieren como el principal logro de independencia.
- El manejar automóvil es una de las conductas referidas por la mayoría los participantes como más significativas en relación con la reconstrucción de la cotidianidad, ya que, aproxima a las personas lesionadas medulares parapléjicas a sus condiciones anteriores no solo de movilidad, sino también en cómo son percibidas por los demás., pues al ir sentados en sus carros no se percibe la diferencia entre ellos y los demás conductores.
- Asumir la responsabilidad de asear y vestir su cuerpo, así como todas las labores que se deben realizar en torno al cuidado personal, es considerado por el 100% de los participantes, el acto más significativo en su reconstrucción de la cotidianidad y se constituyó en un importante indicador del asumir su nueva corporalidad y de la resignificación simbólica de su cuerpo.
- Retomar sus relaciones sociales es uno de los aspectos fundamentales encontrados en este trabajo en relación con la reconstrucción de la cotidianidad. Así como el encontrar nuevas formas de relacionarse con la familia en espacios recreativos y asumir relaciones de pareja.
- Dentro de las conductas de reconstrucción de la cotidianidad para los cinco participantes que realizan ejercicio físico en la actualidad y para uno de los que

no lo realiza en la actualidad, pero lo realizó en otro momento posterior a la lesión medular, el ejercicio físico fue en sí mismo una conducta tendiente y facilitadora de la reconstrucción de la cotidianidad, atribuyéndosele el constituir un cambio en el significado de su cuerpo y en la posibilidad de un mejor desplazamiento, así como lo que posibilitó una visión más integral de su relación en y con el mundo.

En este trabajo, también se identificaron aspectos cognitivos adjudicados a la reconstrucción de la cotidianidad, encontrándose diferencias entre los participantes que realizan ejercicio físico y los que no lo hacen.

- La mayoría de los participantes que realizan ejercicio se posicionan en su nueva condición desde la posibilidad de transcendencia que da a su ser este acontecimiento, con el cual asumen un compromiso con la sociedad y sobre todo con quienes han vivenciado situaciones similares a las de ellos.
- En la mayoría de los participantes que no realizan ejercicio, se presenta un pensamiento centrado en la valoración de haber sobrevivido a una lesión medular, tanto física como emocionalmente y poder actualmente transmitir a los demás ese logro con la satisfacción de haber podido enfrentar lo sucedido.

Un último aspecto dentro de esta categoría es en relación con el significado que los participantes dieron a la vivencia de una lesión medular, después de varios años de haber ocurrido el evento, habiendo creado una nueva forma de vida para sí y para sus familias y dándole a su cotidianidad un nuevo sentido, así que se puede concluir que el 100% de los participantes realiza una valoración positiva de sí mismos, destacando que poder vivir en una

sociedad como la nuestra, siendo económicamente independientes y siendo ciudadanos responsables constructores de un mejor mundo para todos es una verdadera hazaña.

Recomendaciones

Como parte de este trabajo resulta importante hacer las siguientes recomendaciones dirigidas a toda la colectividad, de esta manera, gobierno, instituciones y población civil debe responsabilizarse por los principales retos en el ámbito de la salud, ya que, no solo afectan personas, también familias y comunidades.

- 1- Es importante implementar de forma más fuerte campañas de prevención de accidentes de tránsito, así como regular y hacer cumplir la legislación al respecto, ya que, una de las principales causas a nivel nacional de lesiones medulares son precisamente los accidentes de tránsito.
- 2- El abordaje de las personas que vivencian una lesión medular a nivel hospitalario debe responder a programas de intervención integrales y previamente estructurados, donde la intervención psicológica tanto con el paciente como con su familia sea parte de los mismos, así como la capacitación en aspectos psicológicos al personal médico, posibilitando formas adecuadas de asumir la condiciones que implica la lesión medular.
- 3- Es fundamental legislar y crear espacios y oportunidades laborales para las personas que vivencian una lesión medular, así como, la accesibilidad correspondiente en todos los lugares de estudio.
- 4- Es imposible presumir de una sociedad que apuesta por la integración cuando su infraestructura está pensada solo para aquellos y aquellas que cuentan con todas sus capacidades físicas y mentales, por tal motivo, se torna fundamental tomar acciones

al respecto, es decir, es notorio que las aceras, edificios públicos, centros de recreación y centros educativos y de salud, no cuentan en su totalidad con las condiciones necesarias para que puedan ser usados en condiciones de igualdad por las personas en condición de discapacidad.

- 5- Quienes han vivenciado una lesión medular no cuentan con las condiciones necesarias para la realización de ejercicio físico, siendo este un aspecto medular del presente trabajo es necesario hacer cumplir los programas y proyectos que ya existen al respecto y crear otros de forma que la práctica del ejercicio físico sea una realidad y no se constituya en una verdadera lucha, tan solo llegar a un lugar adecuado y tener que esperar largos ratos para poder hacer uso de una instalación deportiva.
- 6- Otro aspecto fundamental en el que hay que legislar y hacer cumplir la legislación que ya existe en relación con la situación de transporte que vivencian las personas en condición de discapacidad, para las cuales el transporte público se convierte en ocasiones en un aspecto azaroso.
- 7- Finalmente lo más importante es crear espacios y programas con los cuales la ciudadanía modifique su forma de ver a las personas que han vivenciado un acontecimiento como una lesión medular u otros, ya que, aquí empezaría el primer gran paso en la construcción de una sociedad, con la cual todos tendrían oportunidades de vivenciar una cotidianidad de manera igualitaria.

REFERENCIAS

- Alcobendas, M. (2010). Conceptos generales sobre el síndrome de lesión medular. En A, Esclarín de Ruz. *Lesión Medular. Enfoque Multidisciplinario* (pp. 3-10). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Alcobendas, M. (2011). *Efectividad del entrenamiento de la marcha mediante el sistema Lokomat en pacientes agudos con lesión medular incompleta*. (Memoria para optar al grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/12530/1/T32713.pdf>
- Alvira, R. (2008). Ética De La Cotidianidad. *Thémata Revista De Filosofía*, (40), 1-7. Recuperado de <http://institucional.us.es/revistas/themata/40/Alvira.pdf>
- Andrés, L. (s.f.). Aguda Lesión de la Médula Espinal (*Ilustración*). Recuperado de <http://www.fisioterapianeurologica.es/patologias/lesion-medular/>
- Arroyo, M. (2015). *Calidad de vida en personas con lesión medular* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense. Madrid.
- Atlas de Histología Vegetal (2008). Esquema de las regiones de la médula espinal de humanos (*Ilustración*). Recuperado de https://mmegias.webs.uvigo.es/2-organos-a/guiada_o_a_01medula.php
- Botero, P. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicología*, 3(2), 1-19. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815156.pdf>

- Brenes, Y. (2016). Lesiones medulares agudas. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII* (620), 645-652. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art42.pdf>
- Buss, M.; López, M.; Rutz, A.; Coelho, S.; Oliveira, I.; y Mikla, M. (2013). Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *IndexEnferm*, 22 (1-2), 75-78. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100016
- Cano, F., Rodríguez, L., y García, J. (2007). Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Especialidades Psiquiátricas*, 35(1), 29-39. Recuperado de [https://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(esp\).pdf](https://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(esp).pdf)
- Caspersen, C., Powell, K, y Christenso, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Publichealthreports*. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov
- Castaño, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 245-257. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56017095004.pdf>
- Castro-Lemus, N. (2016). Re-conceptualización del Constructo de imagen Corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*,

arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/download/2158/2895

Chacón, N. *et al.* (2009). Abordaje de la sexualidad en el proceso de rehabilitación de personas con lesión medular. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 16(4), 1-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812769001>

De Oliveria, F., García,B., Dornelles, S., Azevedo,S., De Oliveira, M.,Silva,K (2014).Barreras y facilitadores arquitectónicos: un desafío para la independencia funcional. *RevIndex de Enfermeria*, 23(3), 124-128. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200002

De Souza, V., Antonietto, M., Garanhani, M. y Shizuko, D. (2010). Representaciones sociales de la silla de ruedas para la persona con lesión de la médula espinal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(4), 755-762. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400014>

Dramisino, H. (2007). Resiliencia y Deporte. *Sinopsis APSA Revista*. Recuperado de <http://www.apsa.org.ar/docs/sinopsis43.pdf>

Fornier, Á. (2011). *Tetraplejia traumática tras fractura vertebral cervical: Estudio comparativo de tratamiento conservador y quirúrgico*.(Memoria para optar al grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/12573/1/T32718.pdf>

García, A. *et al.* (2004). Empleo tras una lesión medular y factores predictores. *Patología del Aparato Locomotor*, 2(4), 243-251. Recuperado de <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/salud/revista-locomotor/vol02-n4-art3-empleo-lesion.PDF>

González, M. (2014). *Depresión y otras variables psicológicas en el proceso de adaptación a la lesión medular*. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO27084/GonzalezNoriega.pdf>

Guerreiro, J., Saénz-López, P., Pais, S. y Tierra, J. (2015). Actividad física, calidad de vida y dolor de hombre en lesión medular. *Revista de Educación, Motricidad e Investigación* (5), 31-37. Recuperado de <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/e-motivon/article/view/2738/2520>

Guevara, J. (2015). *El fomento de la actividad física y deportiva en el plano regional y comunal. Análisis en torno al derecho comparado y propuesta de bases para un nuevo modelo de fomento*. (Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile). Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/132637/El-fomento-de-la-actividad-f%C3%ADsica-y-deportiva-en-el-plano-regional-y-comunal.pdf?sequence=1>

Henaol-Lema, C. y Pérez-Parra, J. (2010) Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan*, 10(2), 157-172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74116245006>

Hernández, R., Fernández, C. y Batista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (5 ed.). Perú: Mc Graw.Hill.

Hernández, R., Hernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw Hill.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

León, O., y Montero, I. (2006). *Metodologías Científicas en Psicología*. España:UOC.

Martínez, E. (2006). Estándares internacionales para la clasificación neurológica de la lesión medular. *American Spinal Injury Association*. Recuperado en <http://www.medicosdeelsalvador.com/uploads/articulos/4/22824-asia.pdf>

Martínez, N. (2012). Reseña Metodológica sobre los grupos focales. *Revista Diálogo*, (9). Recuperado de <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/2063/1/4.%20Resena%20metodologica%20sobre%20los%20grupos%20focales.pdf>

Medina, M., Layne, B., Galeano, M. y Lozada, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Revista Tendencia y Retos*, (12), 177-189. Recuperado de <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/view/1867>

Mendoca, P. (2009). Encontrar un nuevo sentido da vida um estudo explicativo da adaptacao após lesao medular (Encontrar un nuevo sentido a la vida: Un estudio explicativo de la adaptación después de una lesión medular). *Revista Escola de*

Enfermagem, 43(3), 573-580. Recuperado de
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a11v43n3.pdf>

Meneses, M. y Cano, A. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La historia de vida. *Nure Investigación*, (37), s.p.
Recuperado de
www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/424/415/

Meza, E. *et al.* (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (1), 28-31. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>

Ministerio de Salud de Costa Rica y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2004). La discapacidad en Costa Rica: situación actual y perspectivas. Serie *Análisis de Situación de Salud*, (14). Recuperado de
<http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/discapacidad.pdf>.

Moreno, M. (2011). *Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: Una teoría de enfermería*. (Tesis para optar por el grado de Doctorado en Enfermería, Universidad de Colombia). Recuperado de
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4121/1/539226.2011.pdf>

Onwuegbuzie, A., Dickinson, W., Leech, N. y Zoran, A. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. *Paradigmas*, 3 (1), 127-157. Recuperado de
<http://publicaciones.unitec.edu.co/ojs/index.php/PAR/article/view/20/16>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). *Lesiones medulares*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Actividad Física*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>

Ortego, M., López, S., Álvarez, M., y Aparicio, M. (2011). El Duelo. Tema 11. *Ciencias Psicosociales II*, 1-14. Recuperado de https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1575/course/section/2034/Tema_11b.pdf

Pagazaurtundua, J., Monasterio, A. y Monasterio, L. (2010). Aproximación psicológica en la rehabilitación del lesionado medular. *Revista Rehabilitación y Fisioterapia, Psicología II, 1*, 1-17. Recuperado de <http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2013/01/aproximacion-psicologica-en-la-rehabilitacion-del-lesionado-medular.pdf>

Purves, A. *et al.* (2001). *Introducción a la Neurociencia*. España: Editorial Médica Panamericana.

Rincón, E., Sánchez, M. y Ramos, R. (2007). *Terapia Ocupacional Intervención en Distintas Patologías*. España: Editorial Formación Alcalá.

Robles, J., Saborit, Y., Valiño, M., Machado, L. y Milán V. (2014). Factores clínicos y psicosociales de la rehabilitación en la lesión medular traumática. Revisión Bibliográfica. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 18 (4), 1-17. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2014/mul144m.pdf>

- Rodríguez, J. (2010). Desde el principio. ¿Qué es ‘Actividad Física y Deportiva’?.
Revista Digital 15(146), s.p. Recuperado de
<http://www.efdeportes.com/efd146/que-es-actividad-fisica-y-deportiva.htm>
- Rosenblüth, A. (2001). *Reflexiones sobre la Cotidianeidad y la Ciudad*. Recuperado de
<http://www.scielo.cl/pdf/arq/n48/art04.pdf>
- Rosety-Rodríguez, M. *et al.* (2013). Reducción de marcadores de disfunción endotelial mediante ejercicio en adultos sedentarios con lesión medular crónica. *Medicina Clínica*, 144 (2), 59-61. Recuperado de
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313007860>
- Rueda, M. y Aguado, A. (2003). Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación de la Lesión Medular. Observatorio de la Discapacidad. Recuperado de
http://www.aspaym.org/pdf/publicaciones/afrontamiento_lm.pdf
- Rueda, M., Aguado, A-L., y Alcedo, A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): Una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 109-124. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n2/v17n2a02.pdf>
- Sandrow-Feinberg, H., y Houle, J. (2015). Exercise after spinal cord injury as an Agent for Neuroprotection, Regeneration and Rehabilitation. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25866284>
- Sicilia, Á. *et al.* (2014). Motivos de los ciudadanos para realizar ejercicio físico: Un estudio desde la teoría de la autodeterminación. *Revista Latinoamericana de*

Psicología, 46(2), 83-91. Recuperado de
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053414700111>

Uclés, V., Valverde, P. y Mata, L. (2007). *Diagnóstico epidemiológico de los Pacientes Ingresados al Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE) Hospital Dr. Humberto Araya Rojas con Diagnóstico de Lesión Medular del 01 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2007*. Recuperado de
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/neuroeje/v25n1/art6.pdf>

Uscatescu, J. (2011). *Investigación sobre la cotidianidad como comienzo de la filosofía*. Recuperado de
http://www.uned.es/dpto_fim/InvFen/InvFen03/pdf/13_USCATESCU.pdf

Vargas, S. y Gómez, G. (2012). *Afrontamiento Psicosocial del Lesionado Medular ante las posibilidades de vinculación a la vida cotidiana*. (Tesis de Licenciatura Universidad de San Carlos de Guatemala). Recuperado de
http://www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2385.pdf

Zucchi, D. (2001). Deporte y discapacidad. *Revista Digital del Instituto Latinoamericano de Actividad Física Terapéutica*, 7(43), s.p. Recuperado de
<http://www.efdeportes.com/efd43/discap.htm>

ANEXOS

Anexo 1: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006).

Anexo 1	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)																																																																																		
<p>De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:</p> <p style="text-align: center;">0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente</p> <p>Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.</p> <p style="text-align: center;">Inventario de Estrategias de Afrontamiento</p>																																																																																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 85%; padding: 2px;">1. Luché para resolver el problema</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2. Me culpé a mí mismo</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5. Encontré a alguien que escuchó mi problema</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">8. Pasé algún tiempo solo</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">11. Expresé mis emociones, lo que sentía</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">13. Hablé con una persona de confianza</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">15. Traté de olvidar por completo el asunto</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">16. Evité estar con gente</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">17. Hice frente al problema</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">18. Me criticqué por lo ocurrido</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">21. Dejé que mis amigos me echaran una mano</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">24. Oculté lo que pensaba y sentía</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">27. Dejé desahogar mis emociones</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">29. Pasé algún tiempo con mis amigos</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">31. Me comporté como si nada hubiera pasado</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">32. No dejé que nadie supiera como me sentía</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">38. Me fijé en el lado bueno de las cosas</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">39. Evité pensar o hacer nada</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">40. Traté de ocultar mis sentimientos</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Me consideré capaz de afrontar la situación</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">0 1 2 3 4</td> </tr> </table>	1. Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4	2. Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4	3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4	4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4	5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4	6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4	7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4	8. Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4	9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4	10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4	11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4	12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4	13. Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4	14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4	15. Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4	16. Evité estar con gente	0 1 2 3 4	17. Hice frente al problema	0 1 2 3 4	18. Me criticqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4	19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0 1 2 3 4	20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4	21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4	22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4	23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4	24. Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4	25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4	26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4	27. Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4	28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4	29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4	30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4	31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4	32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4	33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4	34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4	35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4	36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4	37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4	38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4	39. Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4	40. Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4
1. Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4																																																																																		
2. Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4																																																																																		
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4																																																																																		
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4																																																																																		
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4																																																																																		
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4																																																																																		
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4																																																																																		
8. Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4																																																																																		
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4																																																																																		
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4																																																																																		
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4																																																																																		
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4																																																																																		
13. Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4																																																																																		
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4																																																																																		
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4																																																																																		
16. Evité estar con gente	0 1 2 3 4																																																																																		
17. Hice frente al problema	0 1 2 3 4																																																																																		
18. Me criticqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4																																																																																		
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0 1 2 3 4																																																																																		
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4																																																																																		
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4																																																																																		
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4																																																																																		
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4																																																																																		
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4																																																																																		
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4																																																																																		
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4																																																																																		
27. Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4																																																																																		
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4																																																																																		
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4																																																																																		
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4																																																																																		
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4																																																																																		
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4																																																																																		
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4																																																																																		
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4																																																																																		
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4																																																																																		
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4																																																																																		
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4																																																																																		
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4																																																																																		
39. Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4																																																																																		
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4																																																																																		
Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4																																																																																		
FIN DE LA PRUEBA																																																																																			