

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**“ INFLUENCIA DEL DINAMISMO Y ESTRUCTURA FAMILIAR
SOBRE LA EVOLUCIÓN CLINICA
DEL PACIENTE DISCAPACITADO “**

ESTUDIO DESCRIPTIVO, TIPO TRANSVERSAL REALIZADO CON 64
PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, EN EL PERIODO
DE ABRIL A JULIO DE 1997. GUATEMALA.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

KARINA KARLA ITTY BARRENO BARRENO

En el acto de investidura de

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, JULIO DE 1997.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



75
V(7625)
34

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El(la) PERITO CONTADOR KARINA KARLA ITTY BARRENO BARRENO

Carnet Universitario No. 89- 12980

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado

INCLUENCIA DEL DINAMISMO Y ESTRUCTURA FAMILIAR SOBRE

LA EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE DISCAPACITADO

trabajo asesorado por:

Doctor: KARINA RODRIGUEZ

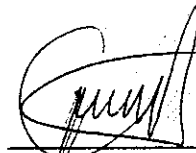
y revisado por:

Doctor: OSCAR ARNULFO SACAQUI PEREZ

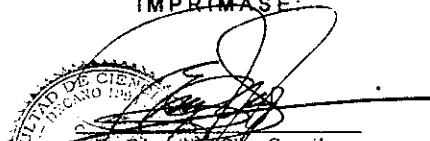
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 14 de julio de 1997.


Dr. Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis


Director Centro de Investigaciones de las Ciencias de Salud

IMPRIMASE:


Dr. Edgar Ángel Oliva González
Decano

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

.....

.....

.....

.....



ULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
TEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 14 de julio de 1997.

Doctor:
Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el PERITO CONTADOR

KARINA KARLA ITTY BARRENO BARRENO

Nombres y apellidos completos

Carnet No.: 89-12980 ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

INFLUENCIA DEL DINAMISMO Y ESTRUCTURA FAMILIAR SOBRE LA
EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE DISCAPACITADO

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenidos, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante

Martha M. Rodríguez
Médico y Cirujano
Col. 9177

F. Asesor
Nombre completo y sello

F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 6006

Dr. OSCAR ARNULFO SACAHUÍ PÉREZ
MÉDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 2359



Vertical line of text or scanning artifact on the left side of the page.



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

APROBACION INFORME FINAL

OF. No. 82-97

Guatemala, 14 de julio de 1997.

PERITO CONTADOR
KARINA KARLA ITTY BARRENO BARRENO
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos.

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado:

INFLUENCIA DEL DINAMISMO Y ESTRUCTURA FAMILIAR SOBRE LA
EVOLUCION CLINICA DEL PACIENTE DISCAPACITADO

ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con los
requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es
autorizado para completar los trámites previos a su graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Antonio Palacios López
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es
responsabilidad única del autor.

APL/jw.

1
2
3
4
5

6
7
8
9
10

INDICE DE CONTENIDOS

Indice de contenidos	2
Título	3
Subtítulo	4
I. Introducción	5
II. Definición y análisis del problema	6
III. Justificación	7
IV. Objetivos	8
V. Revisión bibliográfica	9
VI. Diseño metodológico	16
VII. Presentación de resultados	25
VIII. Análisis y discusión de resultados	28
IX. Conclusiones	33
X. Recomendaciones	34
XI. Resumen	35
XII. Referencias bibliográficas	36
XIII. Anexos	39



TITULO

**" INFLUENCIA DEL DINAMISMO Y ESTRUCTURA
FAMILIAR SOBRE LA EVOLUCION CLINICA
DEL PACIENTE DISCAPACITADO"**



.....

SUBTITULO

**ESTUDIO DESCRIPTIVO, TIPO TRANSVERSAL REALIZADO CON 64
PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE REHABILITACION DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL, EN EL PERIODO
DE ABRIL A JULIO DE 1997.**



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

I. INTRODUCCION

Más de trescientos cincuenta millones de discapacitados viven sin la necesaria asistencia para poder disfrutar de la vida de una forma plena ; en las colectividades de todos los continentes, pero con mucha mayor intensidad en las zonas económica y socialmente atrasadas, en las cuales la pobreza se alía con el infortunio para ahogar la esperanza y atentar contra la vida de niños, adultos y familias enteras (10, 17, 21).

Se estima que, la existencia de la discapacidad imposibilita a un 25 % de los miembros de la sociedad para la plena realización de sus aptitudes (16), tomando en cuenta tanto a los discapacitados, como también a sus familiares y a todos aquellos que les asisten.

Hoy en día la rehabilitación debe tomar muy en cuenta el ambiente social pasado y presente del paciente, pues los servicios por lo general prestan mayor atención a las necesidades individuales que a las de la familia del discapacitado, situación que no suele fortalecer los lazos familiares; pues a menudo se observa que las funciones que correspondería desempeñar a la familia, son tomadas por instituciones que las sustituyen en su rol (9) . Es imprescindible que la persona discapacitada y los miembros de su familia participen activamente en su proceso rehabilitador (12); para lo cual la familia debe de disfrutar del apoyo profesional necesario, para enfrentarse a las dificultades que toda discapacidad conlleva, tanto para ella como para el miembro discapacitado (15, 20).

Por consiguiente, este proceso debe utilizar los conocimientos y capacidades de muchas disciplinas profesionales que se relacionan y complementan entre sí, para ayudar a los discapacitados a emplear al máximo sus capacidades físicas y residuales y permitirles obtener la máxima satisfacción y utilidad en lo que se refiere a sí mismos, a su familia y a la comunidad.

El presente estudio de tipo descriptivo, con corte transversal, tiene como objetivo principal el determinar como influye el dinamismo y estructura familiar en la evolución clínica del discapacitado que se encuentra internado en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Mediante los datos recabados se determinó que si la integración y el dinamismo familiar son satisfactorias, esto influye favorablemente en la evolución clínica, sin embargo respecto a la estructura familiar se pudo observar que no existió una clara influencia entre el número de miembros de una familia y la evolución clínica satisfactoria o no del paciente.

Se encontró que la mayor parte de las familias de los pacientes son integradas y que la familias que no lo son, tienen como posibles causas de desintegración la existencia de una convivencia marital anterior, la imposibilidad del paciente a ser la principal fuente de recursos económicos, el consumo de algún tipo de tóxicos, el hecho de no vivir con ningún miembro de la familia, sentirse rechazado por parte de la propia familia desde el inicio de la discapacidad y la existencia de relaciones sexuales insatisfactorias desde ese momento.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El enfrentamiento a la vida es una situación de carácter compartido, es decir social, por lo cual el individuo se ha ido asociando a otros seres humanos para suplir de mejor manera sus necesidades, sujetándose a normas sociales, culturales, morales y filosóficas, las cuales debe cumplir (2), pero para poder formar parte de una sociedad, debe formar primero parte de una familia, la cual se encuentra vinculada por la combinación de factores biológicos, sociales, económicos y psicológicos(1).

Si se altera alguno de estos factores de vínculo, como es el caso de los pacientes con discapacidad física, se rompe la primordial conexión de la persona con la sociedad y a la vez deriva en el levantamiento de barreras en su formación, trabajo productivo, servicios públicos, diversiones y muchas otras actividades humanas, las cuales se les niegan o se les ofrecen en forma discriminatoria. (9).

Por el contrario, si el discapacitado cuenta con una familia que lo apoye, que lo estimule y que se conserve en la medida de lo posible con una estructura fuerte, que a la vez participe activamente en la planificación, dirección y evaluación de los programas de rehabilitación física, llevará una ventaja para poder enfrentarse lo mejor posible con los problemas de la discapacidad, tanto en su terapia de rehabilitación, como en el hogar y en el seno de la comunidad en la cual se desenvuelve.(12).

No se puede pensar en una rehabilitación médica integral sin tomar en cuenta que es la restauración de los individuos discapacitados desde el punto de vista físico, mental, social y económico, siendo la rehabilitación un proceso creativo, en donde se emplean técnicas especiales para desarrollar la incapacidad residual al último grado de efectividad.

Tampoco se puede hablar de rehabilitación médica integral, sin incluir que, el ser humano como ente social se ve influido por un sin número de factores externos e internos, los cuales van a condicionar la respuesta que el discapacitado tendrá frente a determinada terapia.

En la práctica clínica juega un papel muy importante el hecho de que el respaldo psicológico con el que cuente el paciente, influirá positiva o negativamente en el curso que siga determinado tipo de enfermedad, y especialmente en problemas que mermen el funcionamiento del individuo en sus funciones más básicas. Por tanto se hace indispensable el establecer el grado de influencia de la familia en el estado anímico del paciente con algún grado de discapacidad, ya que actualmente no se ha documentado la forma como las relaciones familiares de este tipo de pacientes, va a influir en el mejor curso clínico de los mismos, con lo cual logre cierto grado de rehabilitación, ya sea parcial o total.

I. JUSTIFICACION

Actualmente hay en el mundo más de quinientos millones de discapacitados. Por promedio medio, una persona de cada diez es discapacitada, por causa de una deficiencia física, psíquica o sensorial (1). De estos más de trescientos cincuenta millones viven sin la necesaria asistencia para poder disfrutar de la vida plenamente, lo cual es más patente en esas zonas que económica y socialmente se encuentran más atrasadas. En nuestro país, existe una gran cantidad de personas discapacitadas, las cuales en la mayor parte de los casos no cuentan con un buen tratamiento ni tienen acceso a los sitios en los cuales se puede brindar un tratamiento especializado. Únicamente los afiliados al régimen de Seguridad Social tienen acceso a los servicios de rehabilitación por accidente y enfermedad, y según los datos publicados, en la Memoria de Labores de 1995, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se registró un 21.79 % de incapacidad secundaria a cualquier tipo de accidentes, siendo de estos un 15.08 % de incapacidad total.

La mayor parte de las personas discapacitadas vienen a presentar sentimientos negativos, tales como depresión, inutilidad para la familia y dependencia, aumentando esto proporcionalmente con la edad del paciente (19). Las relaciones entre el funcionamiento físico, soporte social y familiar y los síntomas depresivos juegan un papel importante para lograr una calidad de vida aceptable en la persona discapacitada a la vez que influyen en el proceso de rehabilitación y adaptación de la persona discapacitada a la familia y la sociedad (18). Es importante el soporte que se le pueda brindar a la persona durante el proceso de rehabilitación por parte de la familia junto al del equipo de salud, ya que los factores y actitudes de los mismos van a entorpecer o favorecer los procesos de recuperación y mantenimiento de la salud, en la medida en que algunos aspectos psicosociales de la comunidad, y la familia especialmente, como el prejuicio, definen los límites del proceso de rehabilitación; estos límites están marcados por el interjuego de la autonomía básica que se da en la problemática del discapacitado, que es: integración versus segregación (11).

Se considera que es importante comprobar la influencia que tiene el hecho de contar con el apoyo de la familia para lograr una mejor motivación por parte del enfermo para lograr solucionar su problema o para lograr una mejor rehabilitación y reinserción a la familia y a la sociedad.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Determinar cómo influye el dinamismo y la estructura familiar en la evolución clínica del paciente discapacitado.

B. ESPECIFICOS:

1. Identificar la desintegración familiar, asociada al problema de discapacidad física, que presenten los pacientes internados en el Hospital de rehabilitación del I. G. S. S.
2. Describir las principales causas de desintegración familiar, asociada al problema de discapacidad física, en las familias de los pacientes internados en el Hospital de Rehabilitación del I. G. S. S.
3. Identificar a los pacientes cuyo curso clínico presentado sea malo o estático, según criterios de juntas médicas.
4. Determinar la relación existente entre los pacientes con mal o estático curso clínico y la existencia o no de desintegración familiar.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

La Familia

Para los requerimientos de la presente investigación, el concepto de familia se reviste de suma importancia pues actualmente se considera familia como el agente socializador de los miembros que dependen principalmente de sus posiciones sociales en la comunidad. Es decir familia es la primera unidad de contacto continuo de la persona y en la que se desarrollan las pautas de socialización.

Partiendo del concepto de familia, se puede decir que básicamente la estructura familiar en Guatemala, está conformada por: padre, madre, hijos, parientes cercanos, los cuales pueden ser por consanguinidad hasta cuarto grado y por afinidad como cuñados, nuera, yerno.

Es importante además conceptualizar lo que es la dinámica familiar, entendiéndose como tal las actitudes, comportamientos e interrelación psicológica de los miembros que integran una familia.

La familia en algunos aspectos debe ser vista como unidad, desde otro punto de vista resulta más útil concebida como estructura de complejas pautas de integración.

Para cada miembro hay diferentes expectativas de conducta y cada uno a través de su posición y participación; tiene un rol único en la socialización. Las participaciones de cada familia incluye muchos tipos de conducta tanto fuera como dentro de la familia.

- FUNCIONES DE LA FAMILIA:

La función principal de la familia es básicamente la satisfacción de los siguientes requerimientos:

- Función vital: alimentación, vivienda, vestuario, salud.
- Espirituales: inculcar amor a Dios, cariño, comprensión, educación.
- Cultural: educación, recreación, capacitación, socialización.
- Eticos: normas morales.

En nuestro medio se enmarcan varios tipos de familia.

+ Según su desarrollo tradicional y moderno, se pueden mencionar:

URBANA: tiene un promedio menor de miembros, menos tasas de fecundidad y mortalidad. Están ubicadas en las cabeceras departamentales y en la ciudad capital.

RURAL: tiene alta proporción de hijos nacidos fuera del matrimonio y de jefes de familia, cuyo estado civil es soltero. Se encuentran en las áreas rurales del país.

INDIGENAS: es patriarcal. La pareja vive en casa de la familia y la mujer pierde su ascendencia de la familia de origen.

+ De acuerdo al tipo de ocupación de la familia, también ésta puede ser:

CAMPESINA: fundamentalmente formada por personas del área rural, trabajan en el campo.

OBRERA: se ubican en las áreas urbanas. Sus miembros dependen del salario percibido como trabajadores de fábricas, artesanos, etc.

PROFESIONALES: los jefes de familia devengan sueldos de acuerdo a su posición. Generalmente están ubicadas en las llamadas clase media y alta.

+ La familia también puede ser clasificada de acuerdo a su integración:

INTEGRADA: para poder delimitar lo que es un hogar integrado, es necesario establecer los elementos que la conforman. Las personas, los padres y la unión que entre ellos establece, matrimonio o unión de hecho de los cuales se va a derivar la familia y sus interacciones.

Dependiendo de la integración que logren los cónyuges al instaurar su unión, así será la dinámica que lleguen a establecer, esta integración va en relación directa con las características biológicas, sociales, psicológicas, que posean cada uno de ellos y la forma en que estén dispuestos a compartir las satisfacciones básicas que buscan al relacionarse, la seguridad, afecto compañía, la satisfacción social, etc.

Cuando todas las necesidades principales están cubiertas y no se presenta ningún problema insuperable, se puede hablar de familia integrada. Entre sus características están las siguientes:

1. Estructura social estable.
2. Permanencia en espacio y tiempo con un objetivo común.
3. Integración y satisfacción de las necesidades de seguridad, afectividad y pertenencia.
4. Interacción en comunicación y socialización.
5. Estatus económico dependiendo de su estatus social.

SINTEGRADA: familia desintegrada se le denomina a la ausencia parcial, temporal o total de uno de los progenitores. Así como a la distorsión o mal funcionamiento de los roles asignados, creando una situación inadecuada, una atmósfera de insatisfacción, angustia, tensión, malestar en general y por tanto poca o mala comunicación entre sus miembros.

Existen muchas causas que pueden dar origen a una familia desintegrada, entre éstas in: divorcio, separación, alcoholismo, separación por residencia en el extranjero, de uno de los progenitores, enfermedad.

Este tipo de hogar, al igual que el integrado, tiene su origen en la relación establecida entre hombre y mujer, independientemente del tipo de unión elegido para el tipo de la organización familiar. La diferencia fundamental está en cuanto a los elementos que forman la familia, pues en lo relativo al hogar desintegrado, falta en forma permanente o parcial uno de los elementos generadores, o sea uno de los cónyuges.

Hay otro tipo de hogar que también es considerado como desintegrado, esto es cuando uno de los cónyuges, ya sea por divorcio, separación o defunción, es sustituido por otro que no es el progenitor verdadero.

En síntesis, el hogar desintegrado se caracteriza por:

1. Falta total o parcial de uno de los dos progenitores.
2. Presencia de un padre sustituto.
3. No se establece interacción entre los elementos de la familia.
4. Permanencia inestable.
5. Inseguridad, agresividad, angustia, conflictos.
6. Relaciones negativas entre los cónyuges.

Los hogares desintegrados en su mayoría provocan problemas psicológicos muy distintos y pueden ser ocasionados por un gran número de situaciones de las que se puedan mencionar las siguientes:

- Hogares de madres solteras
- Hogares de padres divorciadas
- Hogares de padres fallecidos
- Hogares inestables

En la familia, en general el sistema de sus relaciones internas y las que tiene con el exterior se encuentra adecuadamente equilibrado, poseyendo las mismas, capacidades de adaptación que las mantiene relativamente estables frente a las nuevas exigencias y situaciones que deben afrontar.

El nacimiento de un hijo discapacitado descompensa el equilibrio de las relaciones intra y extrafamiliares, la crisis que produce la aparición de la discapacidad acarrea la ruptura de la estabilidad de ese equilibrio, tanto en la dinámica interior, como exterior.

Las relaciones familia-entorno social, están sometidas a considerables tensiones y al nacimiento de un hijo discapacitado o la aparición de la discapacidad en uno de sus miembros, evidentemente llevará esta situación al punto más crítico, lo que a veces da como resultante la expulsión del discapacitado del grupo familiar mediante la interacción e institucionalización del mismo.

La intensidad del impacto de la discapacidad, como la capacidad de superarlo, varía considerablemente de una familia a otra, cuyas consecuencias más notorias van de un extremo al otro, de la sobreprotección al rechazo, con todas las variables y connotaciones que estas actitudes suelen producir.

El nacimiento de un hijo discapacitado es una variable, en este caso, que incide en la situación familiar desde ya, muy compleja y peculiar. La pareja, las relaciones de los padres entre sí y con sus hijos, sus expectativas de realización familiar y de las funciones a desempeñar por cada miembro, sus experiencias de superación de las crisis, etc. surgen a la superficie cuando la familia además de buscar soluciones a muchos problemas que nunca hasta entonces se habían presentado.

Por otra parte, la ignorancia y ambivalencia que se ocultan en la actitud de nuestra sociedad frente a la discapacidad, gravitan sensiblemente, muchas veces en forma negativa, sobre la familia discapacitada imprimiendo y provocando conductas que conllevan a la compulsiva separación del miembro discapacitado.

Las diferentes acciones que tanto las instituciones públicas como privadas, históricamente han implementado para cubrir los requerimientos de la persona discapacitada, para un desarrollo pleno de sus aptitudes e intereses, no han enfocado o lo hacen parcialmente, los aspectos relacionados con sus reales posibilidades de reinserción social.

La educación, rehabilitación, ubicación laboral, etc., por lo general centran su atención en la situación individual de la persona discapacitada, ignorando o no dándole la importancia que tienen las necesidades de su familia y las posibilidades que le brinda su comunidad.

Esta visión focalizada de la problemática del discapacitado aparece favorecida por diversas circunstancias, las que van componiendo, todo un sistema de accionar mutuo, y entre las que aparecen como más significativas:

- a) Las solicitudes de atención ante una institución especializada, generalmente están dirigidas en exclusividad al servicio del discapacitado.

b) La atención requerida y otorgada por los diferentes especialistas en la materia, se circunscribe al ámbito de la institución que brinda el servicio, y a veces no existe ningún contacto entre éste y el grupo familiar del beneficiario.

c) Los contactos con el medio familiar y social, cuando se llevan a cabo, la mayoría de las veces, los realiza un solo profesional (asistente social, psicólogo, maestro, etc.) que no siempre puede llevar y transferir al resto del equipo, todas las vivencias que la compleja dinámica familiar y social implican.

d) La evaluación, diagnóstico y tratamiento se centran casi exclusivamente en la persona discapacitada; la familia y la comunidad aparecen como datos o elementos que complementan el resto y no como gravitantes de caso atendido.

Es decir, que si bien los requerimientos de atención giran en torno de la persona discapacitada, la respuesta de las instituciones es similar, los que demandan y los que brindan los servicios; la solicitud y el recurso prestatario, se confunden e identifican en el enfoque del problema produciendo en consecuencia la pérdida de perspectiva y de trascendencia hacia otro ámbito que no le es común, pero a los que se pretende acceder.

Consecuentemente, este planteamiento implica considerar al discapacitado y sus requerimientos, como prioritarios a los de su grupo familiar, donde la situación conflictiva de los mismos, muchas veces precede al nacimiento de un hijo discapacitado, o a la aparición de la discapacidad en uno de sus miembros.

Esta conceptualización del problema, hace considerar que ya no nos encontramos frente a un niño o adulto discapacitado, sino frente a una familia con uno de los miembros discapacitado, en donde de acuerdo a la patología que acredita la discapacidad, la dinámica intra y extra familiar y su nivel social, económico y cultural, la misma será en mayor o menor medida una familia discapacitada.

La discapacidad desde este punto de vista, no es una desgracia que toca a toda una familia, como algo que desde el exterior vino hacia ella, que no le pertenece, y la estigmatiza, sino es como un acontecimiento o episodio especial dentro de un grupo familiar corriente.

Y es entonces, que el niño y el adulto discapacitado deja de ser nuestro único interés y nuestra atención pasa a extenderse a todo el grupo familiar; y es así que las necesidades de éste, están en relación directa con las de su familia.

En consecuencia, la importancia de este enfoque reside en el hecho de que no permite que las necesidades especiales de una persona discapacitada impida ser la dinámica del conjunto que constituye su entorno, es decir su familia y su comunidad, y la especial significación que para estos tiene la discapacidad.

En una situación de este tipo las necesidades de todos son especiales, en diferente grado, y es entonces que empezamos a analizar la discapacidad desde otra perspectiva más amplia, es decir como un hecho social, que es capaz de alterar todo el equilibrio de fuerzas en el grupo familiar.

Cuando se centra la atención sólo en la persona discapacitada, se tiende generalmente a perder de vista cambios que se producen en el grupo familiar, como por ejemplo, en la pareja de los padres, en su situación económica, en las relaciones sociales de la familia dentro de la comunidad, etc., y en los que la incidencia de la discapacidad, en muchos casos, ha sido un factor determinante.

Generalmente los servicios que se brindan se centran en preparar a la familia para facilitar su adaptación a la discapacidad, o brindarle el asesoramiento técnico para la atención de su hijo discapacitado, pero difícilmente se lleva un proceso sistémico para que logre la readaptación que deben hacer como grupo familiar dentro de la comunidad.

Es así que al incorporar a la familia como una parte y no como un todo integrado con la discapacidad, se trabaja " para el discapacitado y su familia y no para la familia discapacitada ".

Esta actitud frente a la problemática del discapacitado trae como consecuencia que se presentan las siguientes situaciones:

- a) Que los problemas de la familia no llegan a la atención hasta después de transcurrido mucho tiempo.
- b) Los problemas pueden subsistir luego de ser detectados debido a que no se hace la conexión entre la conflictiva familia y el discapacitado, simplemente porque no se los percibe como un todo.
- c) Cuando las instituciones focalizan en el discapacitado el centro de los conflictos y necesidades del grupo familiar, esta a su vez, se ve estimulada a adoptar la misma actitud, tomando como única causal de sus dificultades la discapacidad de uno de sus miembros.

Es evidente que en la estructura y calidad de las relaciones de las familias con un hijo o cualquier otro miembro de las mismas discapacitado, surjan alteraciones importantes, inevitablemente se descubre que los cambios en la dinámica de una relación intrafamiliar afectan también a la dinámica de otras relaciones.

En los últimos años, posiblemente por las dificultades producidas por el desarraigo de la persona discapacitado de su grupo familiar, como por los fracasos obtenidos de su integración social, comenzó a perfilarse la idea que no puede integrarse a una comunidad quien se ha desarrollado segregado de la misma, ya que no siempre puede unirse algo que previamente ha sido separado.

Estos llevan a concebir nuevos sistemas y metodologías para la educación y rehabilitación del discapacitado, las que parten de la premisa que a partir de la aparición de la discapacidad, se deben llevar a cabo todas las acciones que conduzcan a la integración social del mismo, de acuerdo a los requerimientos que presente en las distintas etapas de su vida. Esto implica que necesariamente se agrupen a los mismos, a efecto de sistematizarlos y programarlos, para llevar a cabo la creación de recursos adecuados, que conduzcan a su satisfacción. Pero los recursos que se le brinden al discapacitado y su familia, primordialmente deben permitir asistir sin institucionalizar, proteger sin segregar y promover sin desamparar.

HOSPITAL DE REHABILITACION

Cumpliendo con la reglamentación vigente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el Hospital de Rehabilitación cuenta con personal y equipo especializado en rehabilitación, proporcionando esta atención en los programas de Accidentes y Enfermedad a afiliados, beneficiarios y a pensionados, tanto del Programa de Invalidez, Vejez y Supervivencia, como a las Clases Pasivas Civiles del Estado.

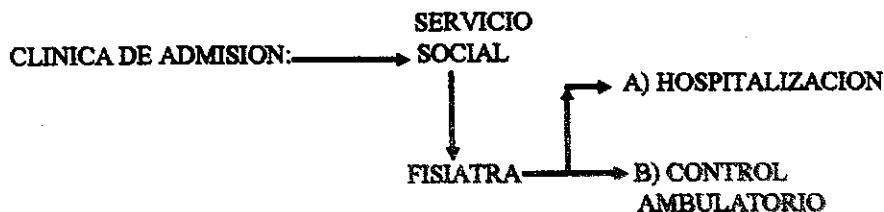
Cuenta con los siguientes servicios de encamamiento:

1. Afecciones y traumatismos medulares.
2. Afecciones y traumatismos craneoencefálicos.
3. Anexo de mujeres.
4. Lesiones de miembros superiores e inferiores.
5. Lesiones diversas y hospedaje.
6. Servicio de traumatología.

Este hospital recibe la siguiente referencia de pacientes:

- Del Programa de Enfermedad común por enfermedades generales.
- Del programa de Prevención de Accidentes por accidentes.

El movimiento intrahospitalario del paciente es el siguiente:



VI. DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE INVESTIGACION

- Según la profundidad con la que se estudiaron las variables es de tipo *DESCRIPTIVA*.
- Según el grado de control de las variables es una investigación *NO EXPERIMENTAL*.
- Según la forma como se recogió la información es de tipo *TRANSVERSAL*.
- Y según el propósito seguido es una investigación de tipo *CONSTRUCTIVA O UTILITARIA*.

B. DEFINICION DEL UNIVERSO

Se considera que el universo en la presente investigación, lo constituyeron todos los pacientes discapacitados que se encuentran en calidad de internos en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en las salas # 6, 8 y anexo, durante el tiempo de recolección de los datos, que fueron 64 pacientes, ya que de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se consideró que eran los únicos que cumplían con los mismos.

C. DEFINICION DE LA UNIDAD DE ANALISIS:

La unidad de análisis o de observación fue el curso clínico del paciente y la relación que guardaba con la estructura y dinamismo de su familia.

D. DEFINICION DE VARIABLES:

Para efectos del estudio, se definen las siguientes variables:

Variable	Definición	Operacionalización	Escala	Categorías
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Se observa al entrevistado y el entrevistador procede a contestar la pregunta #2 del cuestionario o bien la información será obtenida de la papeleta del paciente.	Nominal	- Femenino - Masculino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Por medio del cuestionario, con la pregunta # 3, se responderá el número de años cumplidos en el momento de la entrevista	Nominal	Años cumplidos en números.
Domicilio	Lugar donde una persona habita o se hospeda.	Se interroga al paciente sobre su residencia actual en la pregunta # 6 del cuestionario.	Nominal	- Rural. - Urbana. - La misma.
Ocupación	Trabajo, Empleo u Oficio de cada cuál.	Por medio de la pregunta # 4 del cuestionario se operacionaliza la variable, ya sea interrogando al paciente o bien revisando su papeleta, donde también se encuentra dicha información.	Nominal	- Profesional. - No Profesional. - Ocupación.
Estructura Familiar	Se refiere a como está compuesta la familia, en relación al número de miembros y parentesco.	Se operacionalizará con las preguntas: - # 7 estado civil. - # 9 con quién vive. - # 10 No. de miembros en la familia. - # 11 Quiénes son sus integrantes. Todas del cuestionario.	Ordinal	- Nuclear. - Ampliada.
Dinámica Familiar	Se refiere a las actitudes, comportamientos, dinámica e interrelación, Psicológica de los miembros que integran una familia.	Se operacionalizará con las preguntas: - # 8 Convivencia marital anterior - # 11 Integrantes - ocupación - # 12 A partir del accidente como se siente el paciente dentro de su familia. - # 13 Fuente de recursos económicos de la familia, luego de la discapacidad. - # 14 Cómo se sentía el paciente con su familia, antes de la discapacidad. - # 22 Toxicomanías.	Ordinal	- Regular. - Buena. - Muy Buena.

<p>Integración Familiar</p> <p>Familia que se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estructura Social Estable - Permanencia en espacio y tiempo con un objetivo común. - Integración y satisfacción de necesidades de afectividad y pertenencia. - Interacción: comunicación y socialización. - Status económico - Status Social. 	<p>Se operacionalizara con las preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - # 7 Estado Civil. - # 8 Convivencia marital anterior. - # 13 Fuente de recursos económicos de la familia, luego de la discapacidad. - # 15 Cambio de casa en el último año - # 16 Todo los miembros de la familia se mudaron. - # 17 Relaciones Sexuales post-Discapacidad - # 22 Toxicomanías. 	<p>Ordinal</p>	<p>- Integrada - No Integrada</p>
<p>Tiempo de Hospitalización</p> <p>Tiempo que el paciente tiene de estar ingresado en el hospital.</p>	<p>Por medio de la utilización de la papeleta del paciente se obtendrá el tiempo de hospitalización desde su ingreso, hasta el día de su entrevista. Pregunta # 18.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Meses, años en números</p>
<p>Reacción Clínica</p> <p>Se refiere a como el paciente reacciona ante un determinado tratamiento instituido, tanto cualitativa como cuantitativamente.</p>	<p>Se operacionalizara con la pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - # 20 del cuestionario, con los datos de las juntas médicas, que se encuentran en la papeleta de cada paciente. 	<p>Ordinal</p>	<p>- Con mejoría. - Sin Cambios. - Con deterioro.</p>
<p>Discapacidad Física</p> <p>Es cualquier restricción o carencia de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que lo considerado normal para un ser humano.</p>	<p>Se operacionalizara con la pregunta # 21 con datos de la papeleta, para determinar el grado de discapacidad de cada pte. según las juntas médicas.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>- Dependiente. - Parcial Dependiente. - Independiente.</p>

PLANIFICACION DE LA INVESTIGACION:

TEMPO DE EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

El presente estudio se llevó a cabo en un tiempo de 6 meses, de Febrero a Julio de 1997. Siendo los primeros dos meses para elaboración del protocolo y revisión bibliográfica, los siguientes 2 meses para autorización del mismo y recolección de datos y el tiempo restante para el análisis de los resultados, elaboración y presentación de resultados.

F. CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION:

1. De Inclusión:

- Se tomaron en cuenta todos pacientes internados en el hospital de rehabilitación que presenten cualquier grado de discapacidad, en el periodo de tiempo que duró la investigación.

- Se tomaron en cuenta todos los pacientes que podían tener una adecuada comunicación sin importar la causa de la discapacidad.

2. De Exclusión:

- No se tomaron en cuenta los pacientes que presentaban cualquier alteración del estado de la conciencia en tiempo, espacio y/o persona.

- No se tomaron en cuenta pacientes con cualquier grado de incapacidad para tener una comunicación funcional.

G. ETICA:

Debido al contenido de la investigación se hizo necesario especificar que la forma por medio de la cual sería recabada la información, fue por medio de una entrevista en la cual se obtuvo el consentimiento del paciente para ser interrogado con las preguntas del cuestionario, especificándole además que cada dato sería manejado con la mayor confidencialidad y respeto. Además se hizo del conocimiento de las autoridades del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social el tema del estudio y los objetivos que éste conlleva, a los cuales estuvieron de acuerdo, redactando un dictamen de aprobación.

PLAN PARA LA RECOLECCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION

A. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

La recolección de datos se realizó en 3 fases:

1. Preparación:

Tomando en cuenta que el propio estudiante investigador recabaría los datos para el presente estudio, se considera que dicha fase fue corta y solamente se requirió tener conocimiento de los sitios a consultar para la recolección de los datos. En esta fase se preparó el instrumento a utilizar y se obtuvieron los permisos correspondientes dentro de la institución para realizar el estudio.

2. Recolección de datos:

Se realizó en primer lugar el conteo de cuantos pacientes se encontraban internados en las salas a estudiar, por eso cuando se realizó la entrevista, ya se contaba con la suficiente cantidad de formularios, tantos como el número de pacientes internados. Luego se probó el instrumento y después se pasó en forma definitiva.

3. Tabulación y análisis de datos:

Para la tabulación de los datos recabados se utilizó un sistema computarizado, utilizando el programa EPI INFO6, diseñado específicamente para uso en análisis estadísticos de estudios relacionados con Ciencias de la Salud. Se tabuló cada una de las preguntas, procediéndose para el análisis de los datos a categorizar las variables según los objetivos:

- Estructura familiar
- Dinamismo familiar
- Integración familiar
- Tiempo de hospitalización
- Evolución clínica
- Grado de discapacidad física

Se presentan los resultados en tablas individuales que otorgan un puntaje a cada variable para realizar un análisis de tipo descriptivo, utilizando las frecuencias para dar respuesta a los objetivos de el estudio.

Para evaluar las variables establecidas: dinamismo, estructura e integración familiar, se establecieron criterios de puntaje, por lo que se realizaron las tablas correspondientes (tablas # 1, 2 y 3).

TABLA No. 1

Criterios para valoración de la Variable Integración Familiar de los 64 pacientes, de las salas # 6, 8 y anexo, del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el periodo de tiempo del 14 al 20 de Mayo de 1997

#	PREGUNTA	PUNTEO	ALTERNATIVAS
7	Estado Civil	2	Casado, unido
		1	Soltero, viudo, divorciado/separado
8	Convivencia marital anterior	2	No
		1	Si
13	Fuente de recursos económicos post-discapacidad	2	Paciente
		1	Esposa (o), hijos, padres, suegros, otros.
17	Relaciones sexuales post-discapacidad	2	Satisfactorias
		1	Insatisfactorias

Punteo:

Integrada: 5- 8 puntos

No integrada: 1-4 puntos

Punteo especial:

Integrada: 4-6 puntos

No integrada: 1-3 puntos

En la tabla # 1 "Integración familiar", se establece, el criterio para calificar la variable de integración que tiene la familia del discapacitado entrevistado, tomando en cuenta la operacionalización de dicha variable establecida en el diseño metodológico, éstas preguntas incluyen: estado civil, convivencia marital anterior, fuente de recursos económicos post-discapacidad y relaciones sexuales post-discapacidad.

A cada una de las alternativas se les asignó un valor descendente otorgándosele mayor punteo a las alternativas que representan mejor la integración familiar, tal es el caso de una persona casada, sin convivencia marital anterior, cuya fuente de recursos post-discapacidad es el mismo paciente y que refieren relaciones sexuales post-discapacidad satisfactorias, siendo a éstos otorgados los valores puntuales máximos, mientras que a las alternativas que más se alejaron de éstos, se les otorgó menor punteo. Es importante apuntar que a las personas que no cuentan con una pareja marital no se le aplica la pregunta relacionada con relaciones sexuales, ya que no presentan este, aspecto por lo que el método de punteo es especial.

En la operacionalización de ésta variable, se incluyen los aspectos: mudanza familiar y toxicomanías (preg. 15, 16 y 22), y no son tomadas en cuenta al realizar la tabla, ya que sobre la mudanza familiar, no hay datos que puedan ser representativos. Sobre las toxicomanías, se puede observar que debido al buen control intrahospitalario, no se hace posible que dentro de la institución se lleve a cabo una toxicomanía importante.

TABLA # 2

Criterios para valoración de la Variable Dinamismo Familiar de los 64 pacientes, de las salas # 6, 8 y anexo, del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el período de tiempo del 14 al 20 de Mayo de 1997

#	PREGUNTA	PUNTO	ALTERNATIVAS
8	Convivencia marital anterior	2	No
		1	Si
12	Aceptación familiar post-discapacidad	2	Apoyado
		1	Rechazado
13	Fuente de Recursos económicos post-discapacidad	2	Si es más de un miembro
		1	Sólo un miembro
14	Aceptación familiar antes de discapacidad	2	Bien
		1	Regular, mal
17	Relaciones sexuales post-discapacidad	2	Satisfactorias
		1	Insatisfactorias
22	Toxicomanías	2	Nunca
		1	A veces, frecuentemente

Punteo:

Muy bueno: 10-12 puntos

Bueno: 6-9 puntos

Regular: 1-5 puntos

Punteo especial:

Muy bueno: 8-10 puntos

Bueno: 5-7 puntos

Regular: 1-4 puntos

En la tabla # 2, se muestra como se operacionaliza el dinamismo familiar, de acuerdo a las preguntas sobre convivencia marital anterior, aceptación familiar post-discapacidad y antes de la misma, fuente de recursos económicos post-discapacidad, relaciones sexuales post-discapacidad y toxicomanías; de igual forma se otorgó mayor punteo a las opciones que representan mejor el dinamismo familiar.

Siendo para cada una de las preguntas el máximo posible a las siguientes repuestas de convivencia marital anterior, apoyo familiar post-discapacidad y antes de la misma mayor cantidad de personas que provean los recursos económicos, que tengan relaciones sexuales satisfactorias post-discapacidad y que nunca hayan presentado psicopatías. A partir de estas opciones se va disminuyendo el punteo, dependiendo de la respuesta, para clasificarla en muy bueno, bueno y regular.

Al igual que en la tabla anterior para las personas que no tienen pareja marital, no se toma en cuenta la pregunta sobre relaciones sexuales post-discapacidad, ya que este aspecto no está presente en estos pacientes, por lo cual el punteo para los mismos va a ser más bajo.

TABLA # 3

Criterios para valoración de la Variable Estructura Familiar de los 64 pacientes, de las salas # 6, 8 y anexo, del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el periodo de tiempo del 14 al 20 de Mayo de 1997

	PREGUNTA	PUNTEO	ALTERNATIVAS
7	Estado Civil	2 1	Casado, Unido Soltero, viudo, divorciado/separado
9	Con quién vive	2 1	Familia, pareja Solo, huésped, amigos
10	Número de miembros en la familia	2 1	De 1 a 5 miembros Más de 6 miembros o si no hay familia
11	Integrantes de la familia	2 1	Esposa (o) e hijos, o bien padres y/o hermanos Compuesta por otros miembros de familia, o bien sin familia.

Punteo:

Nucleada: 5-8 puntos

Ampliada: 1-4 puntos

En la tabla # 3, "Estructura Familiar", se usan las preguntas relacionadas con estado civil, con quien vive, número de miembros en la familia y sus integrantes, de la misma manera se otorga un puntaje a cada una de las opciones de respuesta, y de forma descendente se otorga un valor, iniciando con la más representativa de buena estructura familiar, siendo éstas opciones para cada una de las respuestas respectivamente: casado o unido, vive con familia o pareja, familia de 1 a 5 miembros y si la familia está conformada adecuadamente según Angel (1). A los puntajes mayores de 5 se les cataloga como familia nucleada y a los menores de 4, como ampliada.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

ESTADO DE CUENTAS DE INGRESOS Y EGRESOS DEL EJERCICIO DE 2011
Cuenta General



CUADRO # 1

Relación entre el Dinamismo Familiar y la evolución clínica, tiempo de Hospitalización y grado de discapacidad de los pacientes encamados en las salas # 6, 8 y anexo del Hospital de Rehabilitación del I.G.S.S., en el periodo del 14 al 20 de Mayo de 1997.

DINAMISMO FAMILIAR	EVOL. CLINICA			TIEMPO DE HOSPITALIZACION					GRADO DE DISCAPACIDAD		
	CON MEJ.	SIN CAMB.	CON DET.	1-3 M	4-6 M	7-9 M	10-12 M	+ DE 1 a	INDEPEN-DIENTE	PARCIAL-DEPEND.	DEPEN-DIENTE
MUY BUENO	32	6	0	18	13	4	1	2	2	29	7
BUENO	18	3	4	4	12	5	0	4	1	15	9
REGULAR	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
TOTALES	50	9	5	22	25	9	1	7	3	45	16

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 2

Relación entre la Estructura Familiar y la evolución clínica, tiempo de Hospitalización y grado de discapacidad de los pacientes encamados en las salas # 6, 8 y anexo del Hospital de Rehabilitación del I.G.S.S., en el periodo del 14 al 20 de Mayo de 1997.

ESTRUC. FAMILIAR	EVOL. CLINICA			TIEMPO DE HOSPITALIZACION					GRADO DE DISCAPACIDAD		
	CON MEJ.	SIN CAMB.	CON DET.	1-3 M	4-6 M	7-9 M	10-12 M	+ DE 1 a	INDEPEN-DIENTE	PARCIAL-DEPEND.	DEPEN-DIENTE
NUCLEADA	48	7	5	22	23	9	1	5	3	42	15
AMPLIADA	2	2	0	0	2	0	0	2	0	3	1
TOTALES	50	9	5	22	25	9	1	7	3	45	16

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 3

Relación entre la Integración Familiar y la evolución clínica, tiempo de Hospitalización y grado de discapacidad de los pacientes encamados en las salas # 6, 8 y anexo del Hospital de Rehabilitación del I.G.S.S., en el periodo del 14 al 20 de Mayo de 1997.

INTEGRA. FAMILIAR	EVOL. CLINICA			TIEMPO DE HOSPITALIZACION					GRADO DE DISCAPACIDAD		
	CON MEJ.	SIN CAMB.	CON DET.	1-3 M	4-6 M	7-9 M	10-12 M	+ DE 1 a	INDEPEN-DIENTE	PARCIAL-DEPEND.	DEPEN-DIENTE
INTEGRADA	46	7	4	20	23	9	1	4	3	40	15
NO INTEG.	4	2	1	2	2	0	0	3	0	5	1
TOTALES	50	9	5	22	25	9	1	7	3	45	16

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO # 4

Posibles causas de Desintegración Familiar, en las 7 familias que se presentaron con desintegración, de los pacientes encamados en las salas 6, 8 y anexo del Hospital de Rehabilitación del I.G.S.S. del 14 al 20 de Mayo de 1997.

#	CAUSA DE DESINTEGRACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE SOBRE 7 FAM. NO INTEGRADAS
1	Convivencia marital anterior	5	71.42
2	Fuente económica post- discapacidad ajena	5	71.42
3	Toxicomanías	4	57.14
4	No vive con familia y/o pareja	3	42.85
5	Aceptación familiar post-discapacidad	3	42.85
6	Rel. sexuales post-discapacidad insatisfactorias	2	28.57
7	Mudanza familiar en el último año	0	0
	TOTAL	7	

Fuente:Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En los últimos años, la problemática de las personas discapacitadas ha tomado atinadamente un lugar más importante, tanto a nivel institucional como privado, pues existen factores que influyen en esta toma de conciencia tales como: la evolución de las sociedades democráticas, el incremento del número de personas discapacitadas en consonancia con el aumento de los progresos técnicos, el aumento de la capacidad reivindicativa de los grupos afectados, la concientización social sobre el derecho a una mejor calidad de vida, el reconocimiento del deber de solidaridad, de la colectividad para con sus miembros más vulnerables, a quienes debe procurárseles los medios para llevar una vida normal (23). Todo esto plantea un reto a la sociedad; particularmente la de los países en desarrollo, como lo es Guatemala.

Debido a la evolución que ha alcanzado el problema de la discapacidad, se hace imprescindible asegurar que toda persona discapacitada y toda familia que tenga un miembro discapacitado, disfrute los servicios de la rehabilitación, con el apoyo y la ayuda que puedan ser necesarias para reducir los efectos de su minusvalidez y hacerles posible disfrutar plenamente la vida y ejercer un papel constructivo en la sociedad.

La persona discapacitada y los miembros de su familia deberían participar activamente en la planificación, dirección y evaluación del programa de rehabilitación. Orientándolos acerca de su papel dinámico en este proceso, brindándoles el apoyo necesario para enfrentarse adecuadamente con los problemas de la discapacidad, en el hogar y en el seno de la comunidad. Por esto se hace necesario realizar todo tipo de estudio que aporte una perspectiva objetiva acerca del problema.

Por esto, se realiza el presente trabajo de tipo descriptivo transversal, realizado con la información recabada de los 64 pacientes encamados de las salas # 6, 8 y anexo del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el periodo de tiempo del 14 al 20 de Mayo de 1997, con el objeto de determinar la relación existente entre el dinamismo, la estructura y la integración familiar sobre la evolución clínica del paciente discapacitado, recabándose la información por medio de la boleta de recolección de datos, la cual fue llenada con los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

El Cuadro # 1 presenta: la evolución clínica, el tiempo de hospitalización y el grado de discapacidad, de acuerdo al dinamismo familiar. Se observa, que el 50% de las familias investigadas, presentan un muy buen dinamismo familiar, asociado a una evolución clínica en mejoría. La mayor parte del resto de los pacientes se encuentra en el rango de los pacientes con mejoría y sin cambios y que a la vez presentan un dinamismo familiar clasificado como muy bueno y bueno, contrastando con el hecho que una sola familia, presenta evolución clínica deteriorada con un dinamismo familiar regular, representando esta un 1.5% del total de casos, lo que indica que en la población estudiada pareciera jugar un papel importante la interrelación familiar para lograr un buen avance en el paciente.

Es importante resaltar que el único paciente que presenta un dinamismo familiar regular, se asocia a una evolución clínica con deterioro, un tiempo de hospitalización mayor de un año, y un grado de discapacidad parcial dependiente, esto puede representar hecho de que el aumento del tiempo de estancia del paciente, hace que la atención hacia familia del mismo disminuya, con lo que se pueden obviar los cambios que puedan estar ocurriendo en la misma, ya que se centra la ayuda únicamente hacia el discapacitado y incorporación a la familia olvidándose adaptar a ésta a la vida del discapacitado (1). Además se puede observar que el grado de discapacidad aparentemente no juega un papel importante en la evolución clínica, pues el paciente es parcialmente dependiente, es decir que sólo necesita cierta ayuda para realizar sus actividades básicas y cotidianas (2), pudiendo en la mayor parte del tiempo valerse por sí mismo.

Otro hallazgo importante de este cuadro, es el hecho que cuatro familias (6.25 % del total) presentan un buen dinamismo familiar en relación a una evolución clínica con deterioro, los pacientes en su totalidad presentan un tiempo de hospitalización mayor de un año, y el grado de discapacidad de los mismos es dependiente, lo que puede representar que quizás por haber permanecido largo tiempo hospitalizados y además ser totalmente dependientes, su familia muestra cierto alejamiento, ya que "la ignorancia y la ambivalencia de la sociedad, repercuten negativamente sobre la familia discapacitada provocando conductas que conllevan a la compulsiva separación del miembro discapacitado (6)". Lo que va a determinar un pobre deseo de los pacientes hacia su propia recuperación, por falta de motivación, aunado a esto a que los pacientes también presentan patologías con pronósticos malos, tales como las lesiones medulares que provocan una recuperación lenta y dependencia casi total.

En el mismo cuadro, se encontró que no se evidenció ningún paciente con evolución clínica con deterioro, asociado a un dinamismo familiar muy bueno, lo que puede interpretarse que una familia con buenas y equilibradas relaciones internas, así con buena capacidad de adaptación hacia la discapacidad, proyecta seguridad estabilidad y afecto al miembro discapacitado, reflejándose en una evolución clínica satisfactoria del mismo, situación claramente descrita en la literatura actual (3, 7, 11, 18, 22).

Respecto al tiempo de hospitalización resalta que 18 pacientes (28.13% del total) tienen un periodo entre 1 y 3 meses, seguido por 13 pacientes (20.31%) cuya hospitalización osciló entre los 4 a los 6 meses, asociados todos a un dinamismo familiar muy bueno y bueno, en contraste con solo dos casos que representa el 3.13 % del total de la población con un periodo mayor de un año, y un dinamismo familiar muy bueno, situación que puede ser interpretada como el hecho de que el haber institucionalizado al discapacitado para tratar de lograr su máxima restauración física, conlleva cierto periodo de tiempo en el cual ocurren cambios en la familia, como la propia interacción entre los miembros pues la discapacidad desequilibra las relaciones intra y extrafamiliares (2), por lo que entre mayor sea el tiempo que el miembro sea extraído de su medio familiar, existe mayor posibilidad de afectar el normal dinamismo del mismo.

Con respecto al grado de discapacidad se observa que de los 64 pacientes, la mayor parte (70.31%) presentan una discapacidad parcial dependiente, y de esos más de la mitad (64.44%), presentan un dinamismo muy bueno y un 33.33 % un dinamismo bueno, lo que indica que la mayoría de los pacientes entrevistados internados en el hospital de rehabilitación, son discapacitados con buen dinamismo familiar, lo que provoca que en la presente población se refleje el hecho de que "a menor grado de dependencia de un miembro de la familia, la interrelación de ésta se conserva de mejor manera (5)", motivando al paciente a seguir adelante con su proceso rehabilitador.

Otro dato importante es haber establecido que 7 casos (10.94 % del total) presentan un grado de discapacidad dependiente, asociado a dinamismo familiar muy bueno, lo que puede sugerir que el apoyo que se le da a la familia por todo el equipo multidisciplinario que tiene a su cargo al paciente ha permitido el surgimiento de una buena interrelación familiar, pues como se menciona en la Carta de Rehabilitación Mundial: "Un objetivo primordial de la realización de los servicios de rehabilitación debe contemplar la conservación de la unión familiar, a pesar del diagnóstico pronóstico y dependencia del paciente(14)".

Sólo se encontraron 3 pacientes que presentan un grado de discapacidad independiente, de los cuales 2 (3.13 % del total), se asocia a un dinamismo familiar muy bueno y un tiempo de hospitalización de entre 4 a 6 meses, el otro caso también con dinamismo familiar bueno representa el 1.56 % del total y presenta un tiempo de hospitalización de entre 1 a 3 meses. Estos son los que en la muestra aparentemente se encuentran con las condiciones más favorables para su rehabilitación.

Al analizar la evolución clínica, el tiempo de hospitalización y el grado de discapacidad con la estructura familiar descritos en el Cuadro # 2, uno de los principales hallazgos, es que 50 pacientes (93.75 % del total), tienen familias nucleadas y de éstas, 48 (80%), presentan una evolución clínica con mejoría, contrastando grandemente con las dos únicas familias (3.13 % del total), que presentan una mejoría clínica pero son de categoría ampliada. Es notorio el hecho que, de los entrevistados, un 7.81 % presenta deterioro en su evolución clínica, estando todos categorizados como familias nucleadas. Además no existen datos de familias ampliadas con deterioro en su cuadro clínico.

Los que presentan una evolución clínica sin cambios son 9 pacientes (14.06 % del total), y de éstos 9, 7 pacientes (77.7 %) presentan familias nucleadas y 2 (22.3 %) son pacientes con familias ampliadas. Siendo esto una diferencia representativa en porcentaje, pero constituyendo únicamente una diferencia de 5 pacientes, significando que no existe mucha relación entre: el número de miembros de una familia y la evolución clínica del paciente.

En cuanto al tiempo de hospitalización, se puede observar que 54 pacientes (84.3 del total) presentan un tiempo de hospitalización menor de 9 meses y pertenecen al grupo de familias nucleadas. Es importante el hecho que se pueden encontrar en las familias ampliadas datos de tiempo de hospitalización de 4 a 6 meses, al igual que mayor de 1 año, no siendo tan grandes los porcentajes (3.13 % en ambos respectivamente) debido en parte que en su mayoría, las familias son de tipo nucleadas. Esto muestra que de igual forma distribuyen los pacientes en el tiempo de hospitalización, pareciendo no importar si familia es nucleada o ampliada.

Al observar el mismo cuadro # 2, en lo referente al grado de discapacidad se puede ver de igual forma que existe una mayoría de familias nucleadas, pero se hace notoria diferencia que los pacientes con discapacidad parcial constituyen un 65.63 % del total de todos los entrevistados.

En el cuadro # 3 sobre Integración Familiar en relación a la evolución clínica tiempo de hospitalización y grado de discapacidad, se puede observar que 57 pacientes (89.1 % del total) cuentan con una familia integrada y que de éstos, 46 pacientes (80.7 % del total) presentan una evolución clínica con mejoría. De las 7 familias que se califican como familias no integradas, se puede observar que 4 (57.1 %), de éstas, se presentan de igual forma con mejoría en su evolución clínica, y solamente 1 familia se presenta con deterioro.

Este gran contraste entre la evolución clínica entre una y otra categoría resulta congruente con el hecho que en el cuadro # 1 se puede observar que existe una buena dinámica en la mayoría de las familias de los pacientes entrevistados, ya que dependiendo de la integración que logren los cónyuges al instaurar su unión, así será la dinámica que se llegue a establecer en la familia, y esta integración va en relación directa con características biológicas, sociales, psicológicas de cada uno de ellos y de todas las formas de relación, comportamiento y apoyo que en determinado momento se puedan presentar (4, 13). Se evidenció que el paciente que presentó, en el cuadro # 1 un dinamismo regular así como una evolución clínica en deterioro, cuenta también con una familia no integrada.

Respecto al tiempo de hospitalización en el cuadro # 3, se puede observar que mayor parte de las familias integradas les corresponde un tiempo menor de 6 meses de hospitalización siendo un 67.1 % del total de todos los pacientes entrevistados. De los pacientes con familias no integradas, 4 presentan un tiempo de hospitalización no mayor de 6 meses y 3 de estas familias no integradas, presentan un tiempo de hospitalización mayor de 1 año.

El prolongado tiempo de hospitalización que presentan estas familias, puede ser factor de influencia en la desintegración de la familia, ya que las características que definen a una familia integrada incluyen: estructura social estable, satisfacción de necesidades de afecto y pertenencia, interacción comunicativa y socialización, así como permanencia en espacio y tiempo con un objetivo común (18, 19), y al estar el paciente tan tiempo hospitalizado no se pueden cumplir con éstas características.

Al observar el grado de discapacidad que presentan los pacientes en relación a su integración familiar, se evidencia que la mayor parte de los ellos, provenientes de familias integradas y no integradas son parcial dependientes y dependientes, ya que 44 pacientes (68.75 %) con familia integrada son parcial dependientes y 17 pacientes (26.57 %). Al igual que en lo que se refiere a la relación entre evolución clínica e integración familiar, el grado de discapacidad muestra también congruencia con el cuadro # 1, en donde el dinamismo familiar predominante fue muy bueno y bueno y en este cuadro se puede observar que la mayor parte de los pacientes con familia integrada son parcial dependientes.

Se puede distinguir que todos los pacientes con grado de discapacidad independiente pertenecen a familias integradas lo que podría reflejar que el proceso de rehabilitación puede resultar en la completa independencia y el buen funcionamiento del enfermo con la adecuada interacción clínica y familiar, o bien puede resultar en sólo una restauración parcial (4).

El cuadro # 4, se refiere a las posibles causas que pueden influir en las familias de los pacientes entrevistados para su integración o no, se toman en cuenta factores como: convivencia marital anterior, fuente económica post-discapacidad, relaciones sexuales post-discapacidad, convivencia marital anterior, toxicomanías, mudanza de la familia en el último año, convivencia y aceptación familiar post-discapacidad. En base al Cuadro # 3 se encuentra que hay un total de 7 familias no integradas y de éstas no todas presentan en su totalidad las causas posibles de desintegración.

Entre las causas que presentan mayor frecuencia, está la convivencia marital anterior con respuesta afirmativa y la que se refiere a la fuente económica familiar post-discapacidad muestra dependencia de otra persona que no es el propio paciente. Luego éstas son seguidas por el factor de toxicomanías con respuesta afirmativa de algún tipo de tóxicos. Le sigue el factor de convivencia al cual se responde vivir con otras personas que no tienen ningún tipo de parentesco o que viven solos; con la misma cantidad de familias se encuentran los pacientes que al factor de aceptación familiar post-discapacidad respondieron sentirse rechazados. El factor de satisfacción en las relaciones sexuales post-discapacidad que fue respondido como insatisfactorias es causa posible de no integración en dos familias de las siete no integradas. Mientras tanto ninguna de este tipo de familias refirió mudanza de casa en el último año asociada a que alguno de sus miembros no se haya mudado, pues si bien existen casos de cambio de casa (4 familias), en éstos se mudó toda la familia sin excepción de algún miembro.

IX. CONCLUSIONES

1. En las familias estudiadas de los pacientes discapacitados encamados en las salas # y anexo del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se presenta una clara relación entre un buen dinamismo familiar y la mejoría e evolución clínica.
2. De los pacientes que presentan mejoría clínica, la mayoría pertenece a una familia estructura nucleada.
3. Un porcentaje bajo de las familias de los pacientes entrevistados evidencia desintegración familiar.
4. Las probables causas de desintegración familiar encontradas en los sujetos a estudio en orden descendente fueron: haber tenido una convivencia marital anterior, no ser la figura principal de recursos económicos familiares, presentar algún tipo de toxicomanía a partir del inicio de su discapacidad, no vivir dentro del ambiente familiar y/o de la presencia de rechazo de la familia a partir de su discapacidad, y por último, la insatisfacción en relaciones sexuales post-discapacidad.
5. No se logró establecer relación de causalidad entre la desintegración familiar, deterioro o estancamiento de la evolución clínica de los sujetos estudiados.
6. Existen datos que orientan a relacionar un muy buen dinamismo familiar, una estructura familiar nucleada y una familia integrada a un tiempo menor de hospitalización.
7. El grado de discapacidad más común en los pacientes entrevistados fue el grado dependiente y no pareciera guardar ningún tipo de relación con la estructura, dinamismo e integración familiares.

X. RECOMENDACIONES

1. Que el equipo interdisciplinario que tiene a su cargo a los pacientes discapacitados, los tomen en cuenta siempre desde un punto de vista integral, es decir, no sólo como un cuadro patológico, sino como una persona que cuenta con distintas necesidades que deben de ser satisfechas, tales como: afectividad, pertenencia, comunicación y socialización, ya que éstas a su vez van a influir en una mejor evolución clínica.
2. Que institucionalmente se elabore un mecanismo por el cual en todos los servicios, se brinde soporte psicológico, no solamente al paciente, como actualmente se hace, sino que también a la familia, de una forma continua .
3. Mantener una supervisión constante en relación al rendimiento de cada uno de los miembros del equipo multidisciplinario que tratan al paciente, a manera de optimizar y agilizar la rehabilitación del paciente.
4. Que el equipo multidisciplinario mantenga el mayor contacto con la familia de los pacientes discapacitados, no importando que el tiempo de hospitalización sea muy prolongado.
5. Que el equipo multidisciplinario brinde el mayor apoyo a los pacientes cuyo grado de discapacidad sea de total dependencia, creando también un equipo especial que les brinde seguimiento luego de su egreso.
6. Investigar por medio del equipo multidisciplinario, a las 7 familias que evidenciaron desintegración familiar, sobre las causas de la misma, para poder brindarles el apoyo necesario.
7. Crear un programa rehabilitativo de primer nivel basado en la rehabilitación del paciente en la comunidad, para mantenimiento de éste por su familia, al egresar.
8. Realizar más estudios sobre los diferentes factores que influyen en la evolución clínica de los pacientes discapacitados.
9. Que por medio del pênsum de la Facultad de Ciencias Médicas, se enfatice de una forma más profunda acerca de la problemática a la que se enfrentan los pacientes discapacitados de una forma integral.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD EL SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

XI. RESUMEN

Uno de los valores de nuestra sociedad es que todos los miembros deben ser capaces de llevar una vida satisfactoria, entendiéndose que el bienestar de la sociedad se refiere al bienestar de los individuos que la componen (23). Una vida satisfactoria se alcanza cuando las necesidades básicas están cubiertas y cuando el individuo tiene la oportunidad de autorrealizarse de modo constructivo (17).

La enfermedad e incapacidad interfieren con la satisfacción de las necesidades y de la autorrealización y por ello dificultan de algún modo la consecución de una vida individual y familiar satisfactoria. Siendo la rehabilitación el medio de ayuda al individuo discapacitado y su familia al utilizar al máximo sus capacidades de satisfacción saludables a sus necesidades y autorrealizaciones (3, 11, 21).

Radizando el éxito de la rehabilitación en el tratamiento integral donde se incluya el tratamiento físico así como el estudio psicosocial del individuo y su familia para llegar a una evolución satisfactoria de ambas (2).

Mediante la presente investigación de tipo descriptivo, no experimental de corte transversal, la cual fue realizada en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con 64 pacientes internados que fueron los que cumplieron con los factores de inclusión y exclusión, de las salas # 6, 8 y anexo, se determinó la influencia del dinamismo y estructura familiar sobre la evolución clínica del paciente discapacitado.

Encontrándose que tanto la integración como el dinamismo familiar satisfactorio evidenció una influencia favorable respecto a una evolución clínica con mejoría, sin embargo el hecho de que el dinamismo e integración familiares fueran malos, no parece ejercer mayor influencia en el deterioro o estancamiento de la evolución clínica de los pacientes estudiados.

También se pudo constatar que en lo referente a la estructura familiar, ésta no parece jugar un papel de importancia para mejorar, estancar o deteriorar la evolución clínica del paciente.

I. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

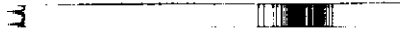
- Angel Aldana LR, Los tipos de familia y su incidencia en el rendimiento escolar.
Tesis para obtener título de Licenciado en Pedagogía. USAC 1994.
- Anónimo. Declaración de la Conferencia Mundial sobre las acciones y estrategias para la educación, prevención e integración.
Declaración Sundberg. / Statement of the World Conference on the action and strategies for education, prevention and integration.
Sundberg's statement. Bol. Inst. Interam. Niño; 55(217):117-9, 1995.
1. Anónimo. El Instituto Interamericano del Niño en el Año Internacional de los Impedidos "Participación e igualdad plenas". / The Instituto Interamericano del Niño in the International Year of the Handicapped.
"Complete participation and equality". Bol. Inst. Interam. Niño; 55(217):93- 105, 1994.
2. Anónimo. Rehabilitación del niño invalido(Reunión Clínica). / Rehabilitation of handicapped children. (Clinical conference).
Bol. méd. Hosp. Infant. Méx; 38(6):967-77, 1995.
5. Anónimo. Simposio mundial de expertos sobre cooperación técnica entre países en desarrollo y asistencia técnica en materia de prevención de incapacidades y rehabilitación de impedidos. / World-wide symposium of experts on technical cooperation among developing countries and technical assistance in prevention and rehabilitation of handicapped. Bol. Inst. Interam. Niño; 55(217):111-5, 1994.
6. Avila BE, Psicodinamismos de la familia en niños con problemas de aprendizaje.
Tesis para obtener título de Licenciado en Psicología.
USAC, 1993.
7. Bravo Brash, J. El minusvalido y las barreras que se oponen a su integración social. / The handicapped and the barriers that obstruct its social integration.
Rev. méd. IMSS; 20(2):203-6, 1992.
8. Canales. FH, Pineda, EL, Metodología de la investigación.
Organización Panamericana de la Salud., PALTEX # 9. 1989. ops
9. Chapp, M. Aspectos socioculturales de la discapacidad. / Sociocultural aspects of discapacity. Acta psiquiatr. psicol. Am. Lat; 28(4):328-34, 1992.

10. Comejo, Eric; Gómez Carpio, Manuel. Aspectos médicos sociales de las invalideces por diversas patologías en pacientes afiliados a las AFP / medico-social aspects of disability due to different pathologies in patients affiliated to the Association of Pensions Funds. Rev. méd. Chile; 114(12):1188-94, Dec. 1996. Tab.
11. Eli-K. Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. Soc-Sci-Med. 1996 Jan; 42(2): 173-83
12. Hand-JE; Reid-PM. Older adults with lifelong intellectual handicap in New Zealand: prevalence, disabilities and implications for regional health authorities. N-Z-Med-J. 1996 Apr 12; 109(1019): 118-21. ISSN: 0028-8446
13. King-RB. Quality of life after stroke. Stroke. 1996 Sep; 27(9): 1467-72.
14. Lundgren-Lindquist-B; Nordholm-LA. The impact of community-based rehabilitation as perceived by disabled people in a village in Botswana. Disabil-Rehabil. 1996 Jul; 18(7): 329-34. ISSN: 0963-8288
15. Newsom-JT; Schulz-R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. Psychol-Aging. 1996 Mar; 11(1): 34-44. ISSN: 0882-7974
16. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas: salud del adulto y del anciano / Health conditions in the Americas: health of adults and the elderly. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 1991. 30 p. tab.
17. Pérez de Zorzoli, Beatriz. Servicios de apoyo a la familia de los discapacitados / Support services to the family of handicapped jul.-dic. 1996. p.35-40 (Bol. Inst. Interam. Niño, 60, 226). Presentado en: Congreso Interamericano sobre Deficiencia Mental, 3, Buenos Aires, 17-21 ago. 1996.
18. Rodgers-C; Levin-L; Robeson-M; Kunkel-EJ. Pain and disability in families of chronic noncancer pain patients. Psychosomatics. 1996 Sep-Oct; 37(5): 476-80
19. Rodríguez López, Tomás; Rodríguez Roque, María B; Díaz Pérez, María; Pedroso Chamizo, Fidelia; Ríos Pino, Teresa. Algunos aspectos epidemiológicos y socioeconómicos en una muestra de impedidos y minusválidos del área de salud "Pedro Borrás" / Some epidemiological and socioeconomic aspects in a sample of disabled and handicapped patients within the "Pedro Borrás" health area. Rev. Hosp. Psiquiatr. La Habana; 28(1):105-15, ene.-mar. 1992.

20. Rodríguez, René.: Presentación de un equipo estimulador para la rehabilitación de inválidos / Presentation of a stimulating equipment for the rehabilitation of invalids. Rev. cuba. ortop. traumatol; 2(2/3):27-32, mayo-dic. 1993. ilus.
21. Roggi, María del Carmen; Pisani, Cesárea; Landi, Irene; Riva, María Lucia; Calello, Isabel. Información y diagnóstico en un sistema de protección de menores / Information and diagnosis in a system of the youngsters protection. Bol. Inst. Interam. Niño; 59(224):49-55, jul.-dic 1995.Tab.
22. Sisiruca Quintero, Honorio. Rehabilitación médica integral / Medical and integral rehabilitation. s.n; dic. 1990. 260 p. ilus, tab.
23. Turner-HA. Determinants of perceived family support and conflict: life-course variations among the physically disabled. Int-J-Aging-Hum-Dev. 1996; 42(1): 21-41. ISSN: 0091-4150



XIII. ANEXOS





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
 TEMA: "INFLUENCIA DE LA DINAMICA Y ESTRUCTURA FAMILIAR
 EN LA EVOLUCION CLINICA DEL DISCAPACITADO"
 Investigadora: Dra. Karina Rodriguez
 Asesor: Dr. Oscar Sacahui
 Mediante: Karina Karla Ity Barreno Barreno

de Boleta: _____
 FECHA: ___/___/___

Número de afiliación:	_____	2.	Sexo:	M F
Edad:	_____ a	4.	Ocupación:	Profesional No profesional Ocupación
Procedencia:	Rural Urbana	6.	Dirección:	Rural Urbana La misma
Estado civil:	Soltero Casado Unido Divorciado/separado Viudo	8.	Convivencia marital anterior:	SI NO
Con quién vive	Solo Huésped Pareja Familia Amigos	10.	# de miembros de la familia	_____
Integrantes:				
Esposa (o):	Edad:		Edad:	Ocupación:
No. de hijos:	Sexo:	# masc.:	Edad:	Ocupación:
		# fem.:	Edad:	Ocupación:
OTROS				
Padre:	Edad:	Ocupación:		
Madre:	Edad:	Ocupación:		
Abuela:	Edad:	Ocupación:		
Abuelo:	Edad:	Ocupación:		
Suegra:	Edad:	Ocupación:		
Suegro:	Edad:	Ocupación:		
Tíos:	Edad:	Ocupación:		
Sobrinos:	Edad:	Ocupación:		
Yerno (s):	Edad:	Ocupación:		
Nuera (s):	Edad:	Ocupación:		
Nietos:	Edad:	Ocupación:		
Amigos:	Edad:	Ocupación:		
Especificar:	_____			

12. A partir de su discapacidad, cómo se siente usted dentro de su familia?

Apoyado

Rechazado

13. Después de su discapacidad, quién proporciona los recursos económicos a su familia?

Esposa (o):

Hijos:

Padres:

Suegros:

Otros:

14. Antes de su discapacidad cómo se sentía usted con su familia

Bien:

Regular:

Mal:

15. Su familia se ha cambiado de casa en el último año?

SI

NO

16. Al haberse dado dicho cambio, todos los miembros de su familia se mudaron?

SI

NO

17. Las relaciones sexuales con su pareja después de su discapacidad, son

Satisfactorias

Insatisfactorias

18. Tiempo de Hospitalización: _____

19. Diagnostico: _____

20. Evolución clínica:

Sin cambios

Con mejoría

Con deterioro

21.

Grado de discapacidad:

Dependiente

Parcial dependiente

Independiente

22. Toxicomanías:

Ingiere Licor:

Nunca

A veces

Frecuentemente

Fuma:

Nunca

A veces

Frecuentemente

Usa drogas:

Nunca

A veces

Frecuentemente

INSTRUCTIVO DEL CUESTIONARIO

A pesar de que únicamente el investigador recabará los datos del cuestionario, es de importancia la realización del presente instructivo; pues será la guía, donde se irán las posibles respuestas que se obtengan y será de esta manera mejor tabulada la nación.

pregunta # 1.

Corresponde al número de afiliación del paciente entrevistado, el cual se obtendrá de la papeleta del paciente y se colocará en el espacio correspondiente, esta pregunta es de tipo cerrada.

pregunta # 2.

Esta corresponde al sexo del paciente el cual no será preguntado al paciente, sino obtenido de la papeleta del paciente, o bien el entrevistador observará al paciente y estará conforme su criterio la pregunta. Colocando una "X" en una de las alternativas se dan: Masculino o Femenino. El tipo de pregunta es dicotómica cerrada.

pregunta # 3.

En esta se debe establecer la edad del paciente en años cumplidos en el momento de entrevistado aún faltando menos de una semana para cumplir un año más de vida. La pregunta se le hará al paciente directamente. Esta pregunta es de tipo abierta.

pregunta # 4.

Con esta pregunta se establecerá la ocupación del paciente; dicha información podrá ser obtenida en base a los datos que se encuentran en la papeleta de cada paciente o bien al preguntarse al paciente; para el estudio se utilizarán dos alternativas como respuesta, definiéndose cada una de la siguiente manera:

Profesional: Persona que como mínimo haya estudiado o culminado sus estudios de nivel superior o aquella persona que estudia o tenga un título universitario y que además trabaje como tal.

no Profesional: Será considerado todo aquel paciente que no tenga ningún estudio o bien haya concluido o no sus estudios primarios o bien los secundarios.

Se procederá entonces a colocar una "X" en una de las dos posibles respuestas en el espacio en blanco. El tipo de pregunta es dicotómica cerrada.

Luego se procederá a contestar en el espacio en blanco la ocupación del paciente al momento del inicio de la discapacidad. esta es una pregunta abierta.

Pregunta # 5.

La procedencia del paciente, se obtendrá de la papeleta del entrevistado. Entendiéndose como procedencia: al lugar geográfico de origen o nacimiento de la persona, las alternativas de respuesta son dos:

- Rural: Se interpretará como el área geográfica fuera del departamento de Guatemala esta alternativa se deberá escribir el nombre del departamento.
- Urbana: Se interpretará como el área del departamento de Guatemala con sus municipios y zonas. Se deberá colocar en esta alternativa el número de la zona o bien el nombre del municipio. Esta pregunta es dicotómica abierta.

Pregunta # 6.

Domicilio actual. Esta pregunta se le hará directamente al paciente, entendiéndose como domicilio actual al lugar donde vive el paciente: solo, con familia o en calidad de huésped desde su discapacidad. Existen tres respuestas considerándose los conceptos rural y urbana igual a la pregunta anterior en donde se deberá escribir en cada espacio el nombre del departamento, municipio o número de zona. La última alternativa: "la misma" es la misma dirección de donde procede el paciente. Esta pregunta es de tipo abierta.

Pregunta # 7.

Estado civil. Esta pregunta será hecha al entrevistado, encontrándose 5 por cada alternativa de respuesta. Considerándose los siguientes conceptos:

- Soltero: quien nunca ha estado casado legalmente y no tiene pareja de convivencia.
- Casado: quien está en unión legal con su pareja.
- Unido: quien convive con su pareja sin estar legalmente unidos.
- Divorciado o separado: entendiéndose el primero como la separación jurídica de la pareja y separado como la separación de su pareja de unión de hecho.
- Viudo: Persona a la que se le ha muerto su esposo (a) y no ha vuelto a casarse.

En esta pregunta se procederá a colocar una "X" en la alternativa elegida. Esta pregunta es de tipo cerrada.

En esta pregunta se evaluará la estructura familiar considerándose que la persona que está casada o unida tiene un mejor puntaje que la persona que se ubica en las otras opciones. Además con ella se evaluará la integración familiar, pues esta implica una estructura social estable por lo que se considerará que la persona que es casada o unida cumple con los lineamientos para ser clasificada como familia integrada, mientras que las otras opciones no.

Pregunta # 8.

Convivencia marital anterior. Esta será preguntada al entrevistado. consiste en establecer si el paciente tuvo alguna unión de tipo legal o de hecho antes de estar con su pareja actual. La pregunta presenta dos alternativas: Si y No, por lo que el entrevistador procederá a colocar una "X" en la alternativa elegida. Esta es de tipo dicotómica cerrada.

Con esta pregunta se evaluará dinamismo familiar por lo que se dará puntaje favorable si la alternativa elegida es no. De la misma forma se calificará la pregunta respecto a la integración familiar.

Pregunta # 9.

Con quien vive. Esta pregunta se refiere a con quien o quienes vive en su casa, especificándolo en las alternativas que se le dan, eligiendo sólo una, la cual será marcada con una "X" en el espacio en blanco. Esta pregunta es de tipo cerrada.

Con ella se evaluará la estructura familiar dándole mayor puntaje a las siguientes alternativas: Familia y pareja, siendo el resto de las alternativas consideradas con menor puntaje. Esta pregunta será contestada al entrevistar al paciente.

Pregunta # 10.

Número de miembros de la familia. Esta se refiere a cuantas son las personas que viven en su casa. Esta se le preguntará directamente al entrevistado y se colocará en la línea la cantidad de miembros.

Con esta pregunta se evaluará la estructura familiar, pues si la cantidad de miembros es menor de cinco se obtendrá un mejor puntaje, que una familia con más miembros. La pregunta es de tipo abierta.

Pregunta # 11

En esta pregunta se deberá especificar quienes son las personas que viven con él en su casa, por lo que se pone una lista de personas de las cuales hay que anotar su edad, ocupación, sexo así como cantidad de miembros.

Esta pregunta es de suma importancia para evaluar la estructura familiar, pues se clasificará en familia nuclear aquella que solo este integrada por: Paciente, Esposa (o) é Hijos, y familia ampliada cuando se trate de otros miembros con quienes esté unido por consanguinidad o afinidad. Además con esta pregunta se evalúa la dinámica familiar pues con ella se especifican los roles de cada uno de los miembros de la familia. Esta pregunta es de tipo abierta y se obtendrá por medio de la entrevista.

Pregunta # 12

A partir de su accidente como se siente dentro de su familia. Dicha pregunta será hecha al entrevistado. Dandosele dos alternativas: Apoyado o Rechazado, por lo que marcara con una "X" la alternativa elegida.

Con esta alternativa se evaluará el dinamismo familiar pues si la respuesta elegida es: Apoyado se establecerá que la interrelación Psicológica de los miembros de la Familia es favorable por lo que el puntaje será que el Dinamismo Familiar es muy bueno. Siendo contrario con la otra alternativa. La pregunta es de tipo Dicotómica Cerrada.

Pregunta # 13

Quién proporciona los recursos económicos a su familia Post-Discapacidad. La información se obtendrá durante la entrevista. Se ofrecen 6 alternativas pudiendo en algunos casos ser elegidas varias alternativas.

Esta pregunta evaluará la estructura familiar pues entre más miembros de la familia trabajen será mejor la integración y satisfacción de necesidades económicas.

Respecto al dinamismo familiar se evaluará la actitud de la familia; frente a las necesidades de pertenencia y solidaridad por lo que esta será calificada de la misma forma que la integración familiar. Esta pregunta es de tipo abierta.

Pregunta # 14

Relación con su familia antes de la Discapacidad. La información se obtendrá durante la entrevista. Se utilizarán 3 alternativas:

Bien, Regular, Mal; de las cuales se deberá elegir una marcando con una "X" la alternativa elegida.

Esta pregunta evaluará el dinamismo familiar en forma cualitativa pues si la respuesta elegida es BIEN significaría que la dinámica familiar era favorable desde antes de la Discapacidad; por el contrario si la respuesta es REGULAR la dinámica familiar está en peligro; y si la respuesta es MAL ya existía una deficiente dinámica familiar. Se trata de una pregunta cerrada.

Pregunta # 15

Cambio de casa en el último año. Se obtendrá la información durante la entrevista. Las alternativas de respuesta son 2:

Si y No, marcando con una "X" la alternativa elegida. Si la respuesta elegida es SI procederá a realizar la pregunta # 16, de ser la respuesta negativa no se tendrá por hacer esta pregunta y se pasará automáticamente a la pregunta #17.

Con esta interrogante se evaluará la integración familiar con respecto a permanencia en espacio y tiempo, pues si la respuesta es afirmativa se tomará como una característica de riesgo de la integración familiar por el contrario si la respuesta es negativa la integración familiar puede no estar en peligro.

La pregunta es Dicotómica Cerrada.

pregunta # 16

Todos los miembros de la familia se mudaron. Esta pregunta es complementaria de la anterior, las alternativas de respuesta son: Si, No, por lo que se marcará con una "X" la alternativa elegida.

Se evaluará con esta pregunta la integración familiar, pues si la respuesta es negativa se tomará como no integración familiar, pues ya no existe una permanencia en el espacio y tiempo ni una estructura social estable. Pero si la respuesta es afirmativa, se tomará como la integración familiar puede no estar en peligro. La pregunta es Dicotómica Cerrada.

pregunta # 17

Relaciones Sexuales Post-Discapacidad. Esta será obtenida durante la entrevista, las alternativas de respuestas son: Satisfactorias - Insatisfactorias.

Con esta pregunta se evaluará la integración y dinamismo familiar en relación a la integración en comunicación y Socialización e Integración y satisfacción de necesidades, por lo que se considerará que si la respuesta elegida es satisfactoria se tomará como que existe integración familiar y un muy buen dinamismo en este aspecto. Por lo contrario si la respuesta es Insatisfactoria se tomará como una no integración familiar y dinamismo familiar. Esta pregunta es Dicotómica Cerrada.

pregunta # 18

Tiempo de Hospitalización. Esta información se recabará por medio de la papeleta del paciente, entendiéndose como tiempo de hospitalización el período de tiempo transcurrido desde el origen de la Discapacidad hasta el día de la entrevista. Se colocará en el espacio en blanco la cantidad en número ya sea de días, meses y años. Esta pregunta es de tipo Abierta.

pregunta No. 19

Diagnóstico. Esta información se recabará por medio de la papeleta del paciente, entendiéndose por Diagnóstico la patología que afecta al paciente y por la cuál está hospitalizado en esta ocasión. Se colocará en el espacio en blanco el nombre de la patología. Dicha pregunta es de tipo Abierta.

pregunta # 20

Evolución Clínica. Esta información se tomará de la papeleta del paciente en donde está dada según el criterio de las Juntas Médicas. Se considera evolución clínica, a la misma como el paciente reacciona ante un determinado tratamiento instituido, tanto cualitativa como cuantitativamente; las alternativas de respuestas son 3:

Con Mejoría: paciente que ha respondido satisfactoriamente al tratamiento.

Sin Cambios: paciente cuya evolución clínica es estática.

Con Deterioro: paciente cuya evolución clínica va hacia una franca desmejoría.

Por lo que se procederá a colocar una "X" en la alternativa que corresponda.
Pregunta de tipo Cerrada.

Pregunta # 21

Grado de Discapacidad. Esta información se encontrará en la papeleta de paciente, el cuál es dado según criterio de las juntas médicas. Se entenderá Discapacidad Física a cualquier restricción o carencia de la capacidad de realizar actividad en la misma forma o grado que lo que se considera normal para un ser humano. Las alternativas a esta pregunta son 3; las cuales serán interpretados de la siguiente manera:

- Dependiente: paciente que necesita se le ayude en todas sus actividades básicas.
- Parcial Dependiente: paciente que solo necesita que se le ayude en determinadas actividades básicas.
- Independiente: paciente que en sus necesidades básicas no necesita ser ayudado.

Se procederá luego a colocar una "X" en la alternativa que corresponda.
Esta pregunta es de tipo Cerrada.

Pregunta # 22

Toxicomanías. Estas se definirán como sustancias dañinas al organismo que provocan adicción. Las Toxicomanías que para fines de Estudio serán tomadas en cuenta son: El beber Licor, Fumar y el uso de Drogas en cualquiera de sus denominaciones. Esta pregunta tiene tres alternativas pudiéndose escoger en cualquier caso más de una alternativa.

En esta pregunta se evalúa el dinamismo familiar, esto se refiere a actitudes y comportamientos que son dañinos para la buena dinámica familiar por lo que las opciones elegidas son: A VECES Y FRECUENTEMENTE, se evidenciará una mala dinámica familiar.

Además se evaluará la integración familiar desde el punto de vista de la integración y socialización considerándose que si las opciones elegidas son: A VECES Y FRECUENTEMENTE de cualquiera de las toxicomanías pondrán en riesgo la integración familiar.

Esta pregunta es de tipo Cerrado, y será obtenida en el momento de la Entrevista.