

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

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 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 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 las 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.

III. JUSTIFICACION

Actualmente hay en el mundo más de quinientos millones de discapacitados. Por término 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 las 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 tratamiento especializado. Unicamente los afiliados al régimen de Seguridad Social tienen derecho 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 pautas 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.

OBRAERA: 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.

DESINTEGRADA: 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, depresión, 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 están: divorcio, separación, alcoholismo, separación por residencia en el extranjero, de alguno 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 inicio 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 divorciados
- 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 presiones 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 presenten 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 Sobrevivencia, como a las Clases Pasivas Civiles del Estado.

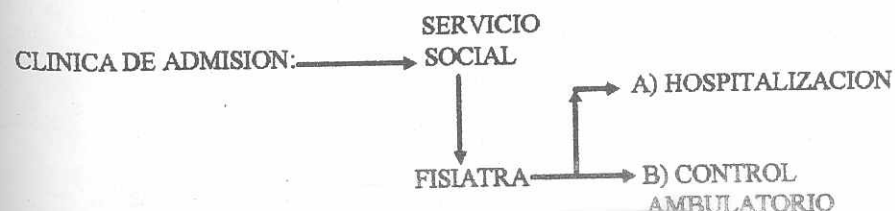
Cuenta con los siguientes servicios de encamamiento:

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 METODOLÓGICO

A. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- 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. DEFINICIÓN 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. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS:

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. DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Para efectos del estudio, se definen las siguientes variables:

Variable	Definición	Operacionalización	Medida	Unidad de Medida
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 papeta 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 cual.	Por medio de la pregunta # 4 del cuestionario se operacionaliza la variable, ya sea interrogando al paciente o bien revisando su papeta, 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.
Dinamismo Familiar	Se refiere a las actitudes, comportamientos, dinámica e interrelación, Psicológicas 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.

Integración familiar	Familia que se caracteriza por: - 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.	Se operacionaliza con las preguntas: - # 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.	Ordinal	- Integrada - No Integrada
Integración hospitalaria	Tiempo que el paciente tiene de estar ingresado en el hospital.	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.	Nominal	Meses, años en números
Integración social	Se refiere a como el paciente reacciona ante un determinado tratamiento instituido o, tanto cualitativa como cuantitativamente.	Se operacionaliza con la pregunta: - # 20 del cuestionario, con los datos de las juntas médicas, que se encuentran en la papeleta de cada paciente.	Ordinal	- Con mejoría. - Sin Cambios. - Con deterioro.
Integración física	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.	Se operacionaliza con la pregunta # 21 con datos de la papeleta, para determinar el grado de discapacidad de cada pte. según las juntas médicas.	Ordinal	- Dependiente. - Parcial Dependiente. - Independiente.

E. PLANIFICACION DE LA INVESTIGACION:

TIEMPO 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 período 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	PUNTEO	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 no 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 toxicomanías. A partir de éstas 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 les 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 período de tiempo del 14 al 20 de Mayo de 1997

#	PREGUNTA	PUNTEO	ALTERNATIVAS
7	Estado Civil	2	Casado, Unido
		1	Soltero, viudo, divorciado/separado
9	Con quién vive	2	Familia, pareja
		1	Solo, huésped, amigos
10	Número de miembros en la familia	2	De 1 a 5 miembros
		1	Más de 6 miembros o si no hay familia
11	Integrantes de la familia	2	Esposa (o) e hijos, o bien padres y/o hermanos
		1	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 punteo 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 punteos mayores de 5 se les cataloga como familia nucleada y a los menores de 4, como ampliada.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

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	FRECUE- CIA	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.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En los últimos años, la problemática de las personas discapacitadas ha tomado paulatinamente 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 ideas 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 débiles, 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. Interesándolos 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 brinde 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 una evolución clínica con 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 calificado como muy bueno y bueno, contrastando con el hecho que una sola familia, presenta evolución clínica deteriorada con un dinamismo familiar regular, representando ésta 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 el hecho de que el aumento del tiempo de estancia del paciente, hace que la atención hacia la 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 su incorporación a la familia olvidándose adaptar a ésta a la vida del discapacitado (13). 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 (21), 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 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 el cuadro, se encontró que no se evidenció ningún paciente con evolución clínica con deterioro, asociado a un dinamismo familiar muy bueno, lo cual puede interpretar que una familia con buenas y equilibradas relaciones internas, así como 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 interpelación 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 a que en su mayoría, las familias son de tipo nucleadas. Esto muestra que de igual forma se distribuyen los pacientes en el tiempo de hospitalización, pareciendo no importar si la 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 la 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 %) presentan una evolución clínica con mejoría. De las 7 familias que se califican como 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 las 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 (1, 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 la 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 7 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 un factor de influencia en la desintegración de la familia, ya que las características que debe presentar una familia integrada incluyen: estructura social estable, satisfacción de necesidades de afecto y pertenencia, interacción comunicación y socialización, así como permanencia en espacio y tiempo con un objetivo común (18, 19), y al estar el paciente tanto 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 éste 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 # 6, 8 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 en su evolución clínica.
2. De los pacientes que presentan mejoría clínica, la mayoría pertenece a una familia con estructura nucleada.
3. Un porcentaje bajo de las familias de los pacientes entrevistados evidenció 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 fuente 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 pareja, rechazo de la familia a partir de su discapacidad, y por último, la insatisfacción en las relaciones sexuales post-discapacidad.
5. No se logró establecer relación de causalidad entre la desintegración familiar, y el 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 parcial 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.

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.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Angel Aldana LR, Los tipos de familia y su incidencia en el rendimiento escolar. Tesis para obtener título de Licenciado en Pedagogía. USAC 1994.
2. 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.
3. 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.
4. 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. Ell-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; Pedrosó 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 Lucía; 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

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"
 Asesora: Dra. Karina Rodriguez
 Revisor: Dr. Oscar Sacahui
 Estudiante: Karina Karla Itty Barreno Barreno

de Boleta: _____
 FECHA: ____/____/____

1. Numero de afiliación: _____
2. Sexo: M
F
3. Edad: _____ a
4. Ocupación: Profesional
No profesional
Ocupación
5. Procedencia: Rural
Urbana
6. Dirección: Rural
Urbana
La misma
7. Estado civil: Soltero
Casado
Unido
Divorciado/separado
Viudo
8. Convivencia marital anterior: SI
NO
9. Con quién vive Solo
Huésped
Pareja
Familia
Amigos
10. # de miembros de la familia

11. Integrantes:

Esposa (o):	Edad:				
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. Diagnóstico: _____

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 suma importancia la realización del presente instructivo; pues será la guía, donde se limitarán las posibles respuestas que se obtengan y será de esta manera mejor tabulada la información.

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 abierta.

Pregunta # 2.

Esta corresponde al sexo del paciente el cual no será preguntado al paciente, sino será obtenido de la papeleta del paciente, o bien el entrevistador observará al paciente y contestará conforme su criterio la pregunta. Colocando una "X" en una de las alternativas que 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 ser 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 recabada en base a los datos que se encuentran en la papeleta de cada paciente o bien al preguntársele al paciente; para el estudio se utilizarán dos alternativas como respuesta, entendiéndose cada una de la siguiente manera:

- Profesional: Persona que como mínimo haya estudiado o culminado sus estudios de diversificado 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 que 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 hasta el 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, en 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 de 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 posibles 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 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 el resto de opciones. Además con ella se evaluará la integración familiar, pues esta implica la 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 marcará 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 lo 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 estaba 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 se procederá a realizar la pregunta # 16, de ser la respuesta negativa no se tendrá por que hacer esta pregunta y se pasará automáticamente a la pregunta #17.

Con esta interrogante se evaluará la integración familiar con respecto a la 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 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 interacción 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 Insatisfactorio se tomará como una no integración familiar y dinamismo regular. 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 forma 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 cada paciente, el cual es dado según criterio de las juntas médicas. Se entenderá como Discapacidad Física a cualquier restricción o carencia de la capacidad de realizar una 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, comportamientos que son dañinos para la buena dinámica familiar por lo que si las opciones elegidas son: A VECES Y FRECUENTEMENTE, se evidenciará una regular dinámica familiar.

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

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