

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS



Informe Final de Tesis de Graduación:

**“CARACTERIZACIÓN FAMILIAR DE PACIENTES CON
DISCAPACIDAD MOTORA EN REHABILITACIÓN DEL
HOSPITAL DE SONSONATE ISSS DE DICIEMBRE 2014-ENERO
2015”**

Presentado por:

Dra. Ana Gloria Esquivel de Arévalo

Dra. María Isabel Ramos de Guadrón

Para optar al Título de:

Especialista en Medicina familiar

Asesor de Tesis:

Dra. Claudia Ehlerman Escalante

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, AGOSTO 2015

INDICE

RESUMEN	3
I. INTRODUCCION	4
II. OBJETIVOS.....	14
III. MATERIALES Y MÉTODOS	15
IV. RESULTADOS.....	18
V. DISCUSIÓN	25
VI. CONCLUSIÓN.....	27
VII. RECOMENDACIONES	28
VIII.REFERENCIAS.....	30
ANEXOS.....	33

Resumen

La Organización Mundial de la Salud estima que el porcentaje de personas con discapacidad motora varía en un rango de 7,5% al 10%. Es importante realizar un enfoque sistémico familiar en estos pacientes y proporcionar una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales existentes, para ello se puede utilizar el Genograma, y así desarrollar a futuro planes educativos y terapia de familias a quienes lo ameriten.

Objetivo: Caracterizar a través del genograma el grupo familiar de pacientes con discapacidad motora en rehabilitación del Hospital Regional del ISSS Sonsonate para facilitar el enfoque sistémico familiar en la atención del paciente.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes con discapacidad motora de Diciembre de 2014 a Enero de 2015; que se encontraban en rehabilitación en el área de fisioterapia del Hospital de Sonsonate ISSS .La muestra fue de 50 pacientes que asistieron a su terapia con al menos un miembro de la familia.

Resultados: De la población estudiada el 52% correspondió al sexo femenino, la discapacidad con mayor frecuencia encontrada fue secundaria a traumas y enfermedades degenerativas crónicas, el 38% de los pacientes estudiados fueron mayores de 50 años. En cuanto a escolaridad 76% de los pacientes habían completado un nivel básico en adelante, y de estos 18% fueron universitarios, de la población total el 70% estaban casados y 64% tenía un trabajo formal. La estructura nuclear se encontró en 34% de las familias, 46% en etapa de contracción. El 72% de los pacientes presentaron un riesgo moderado en la Escala de Holmes y Rahe.

I. INTRODUCCION

Epidemiología de la Discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el porcentaje de personas con discapacidad en los países, varía en un rango de 7,5% al 10% .Hasta el año 2006, de acuerdo a datos entregados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), existen 656 millones de personas con discapacidad en el mundo, es decir, el 10% de la población mundial viven con alguna discapacidad física, cognitiva o sensorial. Según una encuesta para el año 2003 en EL Salvador la tasa de prevalencia de la discapacidad es de 1.5. ¹

En el año 2010 se realizó un estudio cualitativo en Santiago de Chile con pacientes con discapacidad motora severa del programa Multidéficit del instituto de rehabilitación infantil TELETON , la muestra seleccionada se constituyó por ocho casos, en donde se entrevistó y utilizo como instrumento el genograma para aplicarlo a los cuidadores partiendo de los relatos de ellos es que se conocieron los aspectos de su dinámica familiar y de cómo la llegada de la discapacidad a la familia repercutió en esta. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, a modo general se observó que en la mayor parte de los casos estudiados, la dinámica familiar se vio afectada provocando un gran impacto en distintos niveles del sistema familiar, tanto relacional, económico, como emocional y afectivo. ²

En la Universidad de Salamanca se realizó un estudio sobre las familias con hijos menores de seis años con alguna discapacidad, este brinda un informe detallado del cual concluye que la mayoría vive en el medio urbano. Un 11% vive en zonas rurales. La mayoría de familias son compuestas por cuatro miembros. Se aprecian más problemas en las familias con menores con discapacidad que viven en las zonas rurales como consecuencia también de una menor cobertura de los servicios tanto sanitarios como

sociales; y cerca de un 30% de ellas tienen algunas dificultades económicas para cubrir las necesidades de todos sus miembros.³

Discapacidad La discapacidad es la disminución o supresión temporal o permanente de alguna de las capacidades sensoriales, motrices o intelectuales y que puede manifestarse en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse sin apoyo, ver u oír, comunicarse con otros, o integrarse a las actividades de educación o trabajo en la familia con la comunidad, que limitan el ejercicio de derechos, la participación social y el disfrute de una buena calidad de vida, o impiden la participación activa de las personas en las actividades de la vida familiar y social, sin que ello implique necesariamente incapacidad o inhabilidad para insertarse socialmente.³

Existen diferentes clases de discapacidades entre ellas la **permanente**, es la discapacidad que permanece ya sea por causas congénita o adquirida. La discapacidad **temporal** es la que está presente por un tiempo determinado y es adquirida debido a causas de accidente y/o enfermedad, intervención médica etc. A pesar que se estima que está presente en un tiempo determinado puede convertirse en permanente. La **intermitente**, es la discapacidad que se interrumpe o cesa y prosigue o se repite.³

Discapacidad física o motora: Es una alteración en las funciones neuromusculares esqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso y relacionado con el movimiento, que limitan al individuo principalmente en la ejecución y participación en actividades de movilidad. Existen diferentes tipos de discapacidades motoras: parkinson, esclerosis, esclerosis múltiple, paraplejias, tetraplejía, hemiplejia, poliomielitis, displasia, distrofia muscular, osteoartritis entre otros.³

Familia. Minuchin (1982) considera que la familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos que la circundan los cuales modifican su dinámica interna. Así mismo este autor resalta que la estructura familiar es “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los

miembros de una familia” y que las relaciones e interacciones de los integrantes están condicionadas a determinadas reglas de comportamiento.⁴

La familia es el principal apoyo para las personas que padecen cualquier tipo de discapacidad motora y es este rol el que hace necesario que los familiares estén bien informados. Distintos estudios han mostrado que las actitudes de los familiares inciden notablemente en la evolución de las discapacidades.⁵

Genograma es un instrumento que facilita el enfoque sistémico familiar en la atención al paciente y proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales. También ayuda a establecer relaciones con los pacientes y a empatizar con ellos. El Genograma se ha definido como la representación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo, siendo una herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas familiares.⁶

La construcción del Genograma se basa en la utilización de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones. Es necesario que estén representadas al menos tres generaciones.⁶

Se recomienda utilizar los símbolos y procedimientos propuestos por McGoldrick y Gerson (1987) a los que de la revisión (2005) ha añadido otros que permitan objetivar aspectos relacionados con los acontecimientos vitales estresantes y los recursos familiares entre otros. De la Revilla (2004) recomienda seguir un orden para realizar el genograma, cuyas líneas principales se describen a continuación.⁶

1. Relación del problema con la familia: Antes de iniciar el interrogatorio para construir el genograma hay que centrarse en el problema que motivó el estudio de la familia, se centra en conocer el impacto que produce en la familia, las soluciones que han ofrecido y la ayuda que se ha recibido.⁶

2. Familia de procreación y hogar: Hay que preguntar el nombre, la edad, sexo, el nivel educativo, la situación laboral y las enfermedades de cada persona que vive en el hogar. Se interroga también sobre nacimientos, casamientos, defunciones, salidas o entradas de familiares al hogar. ⁶

3. Familias de origen: Se preguntará sobre la edad, matrimonios, divorcios, fallecimientos, actividad laboral, jubilación y problemas de salud de padres y hermanos. ⁶

4. Acontecimientos vitales estresantes y red social: Hay que preguntar sobre acontecimientos graves, a veces dolorosos, que obligaran a tratar al paciente con mucho tacto. También investigaremos a quien recurre la familia cuando necesita ayuda. ⁶

5. Entorno: Una vez construida la estructura del árbol familiar, hay que conocer sus relaciones con el ambiente inmediato: amigos, vecinos, relaciones laborales y escolares. ⁶

6. Relaciones: Se preguntará como son las relaciones entre los miembros de la familia de procreación y luego las de estos con las correspondientes familias de origen. ⁶

INTERPRETACIÓN DEL GENOGRAMA:

Áreas de interpretación del Genograma:

1. Tipología estructural familiar
2. Subsistema fraternal
3. Ciclo vital familiar
4. Repetición de patrones familiares durante generaciones
5. Acontecimientos vitales estresantes
6. Red y apoyo social

7. Patrones relacionales familiares: diadas y triángulos.

La lectura del genograma debe ser ordenada y metódica iniciándose, por ejemplo, con el estudio de la tipología estructural, pasando por el ciclo vital familiar, hasta llegar a las pautas relacionales.⁶

Estructura Familiar. Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera cómo interactúan los miembros de una familia.⁷

Clasificación Estructural de la Familia (según el Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud, llevado a cabo en México 2005)⁸.

Según el parentesco de familias las podemos agrupar en:

- a) Nuclear: Hombre y mujer sin hijos
- b) Nuclear simple: padre y madre con 1 a 3 hijos
- c) Nuclear numerosa: padre y madre con 4 hijos o más.
- d) Reconstruida (binuclear): padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
- e) monoparental: padre o madre con hijos.
- f) Monoparental extendida: padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.
- g) Monoparental extendida compuesta: padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.
- h) Extensa: padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
- i) Extensa compuesta: padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
- j) No parental: familias con vínculos de parentesco (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etc.)⁸

Enfermedades Crónicas Preexistentes. Las enfermedades crónicas son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vida inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones.⁹

Diabetes Mellitus: Comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia .en Estados Unidos, la DM es la primera causa de nefropatía en etapa terminal, de amputaciones no traumática de extremidades inferiores y de ceguera en adultos. Existen diferentes tipos de Diabetes Mellitus: tipo 1, tipo 2, gravídica, otros tipos específicos.⁹

Hipertensión Arterial: Los pacientes con hipertensión mueren prematuramente, siendo las causas más frecuentes la afección cardíaca, y también el ictus e insuficiencia renal, especialmente cuando existe una retinopatía importante.¹⁰

La Hipertensión arterial es la presencia de elevación de la presión arterial a niveles que incrementa el riesgo del paciente de daño a órganos diana en varios lechos vasculares.¹⁰

Hipotiroidismo: Se debe a diferentes anomalías que conducen a una síntesis insuficiente de hormona tiroidea. Existen diferentes tipos: el hipotiroidismo congénito e hipotiroidismo auto inmunitario .El hipotiroidismo auto inmunitario puede acompañarse de bocio (tiroiditis de Hashimoto o tiroiditis bociosa) o, en fases más tardías de la enfermedad a tejido tiroideo residual mínimo (tiroiditis atrófica). Debido a que el proceso auto inmunitario reduce gradualmente la función tiroidea, existe una fase de compensación durante la cual los niveles de hormonas tiroideas se mantienen mediante una elevación de la TSH.¹²

Hipertiroidismo: Es el resultado del exceso de función tiroidea T4 libre o de triyodotironina (T3) libre, o ambas y niveles plasmáticos anormalmente elevados de dichas hormonas. Las principales causas de la tirotoxicosis son el hipertiroidismo causado por la enfermedad de graves, el bocio multinodular Tóxico y los adenomas tóxicos .Enfermedad de graves representa de 60% a 80% de las tirotoxicosis, aunque la

prevalencia varia en las distintas poblaciones, dependiendo principalmente de la ingestión de yodo (la ingestión elevada se relaciona con un aumento de la prevalencia de la enfermedad de graves).¹²

Artritis Reumatoide (AR): Es una enfermedad crónica y multidiseminada de causa desconocida. Aunque existe una amplia gama de manifestaciones diseminadas en esta enfermedad, la alteración característica de la AR es una sinovitis inflamatoria persistente que por lo común afecta a las articulaciones periféricas con una distribución simétrica. El signo esencial de la enfermedad es la capacidad de la inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores. Algunos de los síntomas son: fatiga, anorexia, debilidad generalizada y síntomas musculoesqueléticos vagos, hasta que se hace evidente la sinovitis.¹³

Factores de Riesgo Metabólico.

Tabaquismo: fumador activo sin importar número de cigarros. El tabaquismo es la principal causa mundial de enfermedades y muertes evitables.¹⁴

Alcoholismo: Padecimiento que genera una fuerte necesidad de ingerir alcohol, de forma que existe una dependencia física y psicológica del mismo.¹⁵

Sedentarismo: Carencia de actividad física en la vida cotidiana de una persona.¹⁶

Obesidad: Enfermedad crónica de origen multifactorial caracterizada por acumulación excesiva de tejido adiposo en el cuerpo. Aunque no es una medida directa de adiposidad, el método más utilizado para calibrar la obesidad es el índice de masa corporal que es igual al peso/talla² (expresado en kg/m²).¹⁷

- IMC entre 18,5 y 24,9 peso saludable.
- IMC entre 25 y 29,9 sobrepeso.

- IMC entre 30 y 34,9 obesidad de grado 1.
- IMC entre 35 y 39,9 obesidad de grado 2.
- IMC igual o superior a 40 obesidad mórbida.¹⁷

Ciclo Vital Familiar. Cambios en la composición que exige cierta reorganización del sistema. Clasificación del ciclo vital según la Organización Mundial de la Salud.¹⁸

I. **Formación de la Pareja:** Esta etapa inicia con el matrimonio y finaliza con el nacimiento del primer hijo.

II. **Fase de Extensión:** Sus eventos vitales son: nacimiento del primer hijo e independización del último. Esta es la etapa más larga del ciclo y comprende una gran variedad de cambios en la familia influidos por el crecimiento y desarrollo de los hijos.

III. **Fase de Contracción:** Sus eventos son: independización del último hijo y muerte del primer cónyuge. La función más importante de esta etapa es el cese de la tutela directa hacia los hijos y un regreso a la comunicación directa de los esposos, sin mediación de los hijos. La fase de contracción también llamada “nido vacío” se pueden presentar diversos conflictos como: transgresiones en roles y límites respecto a hijos adultos y nietos, actitud inadecuada frente al envejecimiento, regresión a etapas anteriores o aislamiento familiar o social entre otros.

VI. **Fase de Disolución:** Sus eventos son: muerte del primer cónyuge y muerte del segundo cónyuge.¹⁸

Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE). Puede referirse a la causa del estrés (ambiental, psíquico o social). Clasificación:⁶

- a) Internos: inician en algún miembro de la familia (enfermedad)
- b) Externos: relacionados con personas ajenas a la familia. (Accidente de un amigo)
- c) Normalizados: predecibles, aparecen en relación con las etapas del CVF (Matrimonio, nacimientos)
- d) No normalizados: acontecimientos inesperados (herencia, divorcio)
- e) Ambiguos: no se conocen los hechos que rodean el acontecimiento (Predecir un terremoto sin fijar fecha)
- f) No ambiguos: se conocen sus circunstancias, que ocurre, cuando, donde y a quien. (Huracán, del que se especifica día, hora, intensidad, etc.).
- g) Voluntarios: deseados y buscados. (Maternidad, cambio de trabajo; depende si es aceptado por toda la familia)
- h) No voluntarios: no buscados (Muerte repentina).
- i) Crónicos: Diabetes Mellitus, drogodependencia, discriminación racial.
- J) Agudos: fractura, cirugía, perder un trabajo.
- k) Acumulados o aislados.⁶

Para identificar los AVE se hará uso de la escala de Holmes y Rahe (validada en 1967 Con una muestra de 394 sujetos que completaron un test escrito, con eventos empíricos derivados de la experiencia clínica)¹⁹

Es un cuestionario auto administrado constituido por 43 ítems que se aplican a los acontecimientos en el pasado año de la vida de un individuo y la puntuación final le dará una estimación aproximada de cómo el estrés afecta la salud. A cada uno de los

episodios le corresponde un valor denominado unidad de cambio vital (UCV). Interpretando la puntuación si es mayor de 300 UCV: en riesgo alto de enfermedad; puntuación entre 150 a 299 UCV: riesgo de enfermedad moderado y puntuación menor de 150: sólo tiene un mínimo riesgo de enfermedad.⁶

A la fecha no se encontró documentación que describa cuales con las características familiares de los pacientes con discapacidad motora en el área de fisioterapia del ISSS Sonsonate.

La principal utilidad de esta investigación radica en que se obtendrán datos específicos de la población derechohabiente a través del genograma y Escala de Holmes y Rahe, facilitando el enfoque sistémico familiar en la atención al paciente y proporcionara una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales, Lo cual contribuirá a su recuperación, además de establecer relaciones con los pacientes y a empatizar con ellos.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las características familiares de los pacientes en rehabilitación posterior a una discapacidad motora en usuarios del hospital regional de Sonsonate del ISSS de Diciembre de 2014 a Enero 2015?

II. Objetivos

General

Caracterizar a través del genograma el grupo familiar de pacientes con discapacidad motora en rehabilitación del Hospital Regional del ISSS Sonsonate para facilitar el enfoque sistémico familiar en la atención al paciente.

Específicos

1. Conocer características demográficas de los pacientes en rehabilitación.
2. Clasificar el tipo de estructura familiar según el parentesco y ciclo vital de las familias del paciente en rehabilitación.
3. Describir los diferentes tipos de relaciones entre el sistema familiar.
4. Identificar factores de riesgos metabólicos y enfermedades dentro del sistema familiar.
5. Identificar acontecimientos vitales estresantes familiares a través de la escala de Holmes y Rahe.

III. Materiales y Métodos

Tipo de Diseño:

El tipo de estudio desarrollado fue de tipo descriptivo transversal

Población en Estudio

Población Diana: Pacientes con discapacidad motora.

Población de estudio: Pacientes que se encontraban en rehabilitación en área de Fisiatría del hospital Regional del ISSS Sonsonate, con diagnóstico discapacidad motora temporal o permanente y que asistían a rehabilitación con al menos un miembro de la familia, en el periodo comprendido de Diciembre de 2014 a Enero de 2015.

Muestra: Pacientes con diagnóstico de discapacidad motora en fisioterapia del ISSS Sonsonate que asistían a rehabilitación con al menos un miembro de la familia, con el propósito de que aportara más datos de relevancia que el paciente pudiera pasar por alto. Durante el periodo de Diciembre 2014 a Enero 2015 tiempo que se llevó a cabo la recolección de datos del presente estudio, en el área de Fisiatría del ISSS Sonsonate acudieron un total de 159 pacientes con discapacidad motora a rehabilitación, de ellos los pacientes que llegaron acompañados por un familiar fueron 50.(dato proporcionado por Lic. De Campos (Jefe de área de fisioterapia).

La muestra del estudio vario con respecto a la presentada en el protocolo, debido a que el periodo de recolección de datos se llevó a cabo posterior a la fecha establecida en el calendario previsto.

La información obtenida a través de los instrumentos el Genograma y escala de Holmes y Rahe, se descargó en la cuadrícula de Microsoft Excel, según las variables a evaluar y se analizó la información y los resultados según los objetivos del estudio.

Selección de Pacientes

Criterios de Inclusión:

- Pacientes atendidos en el ISSS Sonsonate con diagnóstico de discapacidad motora.
- Que se encuentren en rehabilitación en área de Fisioterapia.
- Que esté de acuerdo en participar en el estudio
- Que el paciente asista por lo menos con un miembro de la familia.

Criterios de Exclusión

Pacientes que presenten afasia motora o sensorial.

Ventajas del estudio:

- Ningún paciente se negó a participar.

Método de Recogida de Datos:

El escenario del estudio fue el área de fisioterapia del ISSS Sonsonate.

1. Primero se identificaron los pacientes atendidos en área Fisiatría según los listados de pacientes citados con diagnóstico de discapacidad motora que asistían acompañados con algún miembro de la familia.
2. Se abordó a cada uno de estos pacientes el día de su cita y se les informo acerca del objetivo del estudio y se les solicito su consentimiento informado.
3. Se realizó una entrevista utilizando el genograma para determinar la caracterización de las familias, recopilando información de los pacientes y sus acompañantes respectivos.
4. Se entregó el cuestionario auto administrado a los pacientes denominado Escala de Holmes y Rahe. En donde ellos encerraron en un círculo el acontecimiento vital estresante por el que estaban pasando desde el último año hasta la actualidad.

Limitantes del estudio.

- La entrevista se realizó mientras los pacientes esperaban ser atendidos y algunos durante la fisioterapia, lo cual pudo influir en sus respuestas.
- Durante la entrevista a una paciente se evidencia con tendencia al llanto, el esposo recalco la problemática que esta tenía con los hijos.se realizo una intervención por parte del médico y luego se continuo con la entrevista.
- Algunos pacientes no acudían a sus citas establecidas; sin embargo se logró la recolección de datos en próximas visitas.

Ética.

El protocolo fue sometido a evaluación , aprobado por el Comité de Ética de Investigación Científica del Instituto Salvadoreño del Seguro Social Posteriormente se procedió a la recolección de datos de los pacientes en rehabilitación del ISSS Sonsonate, previa autorización del consentimiento informado, se les explico a ellos los objetivos del estudio y que los datos son de total confidencialidad y no tendrían repercusiones negativas para ellos y sus familias, además que podían retirarse del estudio en el momento que lo deseen. Los resultados obtenidos estarían a disposición de los pacientes en el momento que se requirieran.

IV. Resultados

Según la base de datos de pacientes del área de Fisioterapia del Hospital ISSS Sonsonate, los pacientes en rehabilitación por discapacidad motora corresponden a 159, los pacientes incluidos en el estudio corresponden a 31.44% del total con un valor absoluto de 50 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión.

Tabla 1. Características Socio-Demográficas de los pacientes con discapacidad motora en rehabilitación en el ISSS Sonsonate.

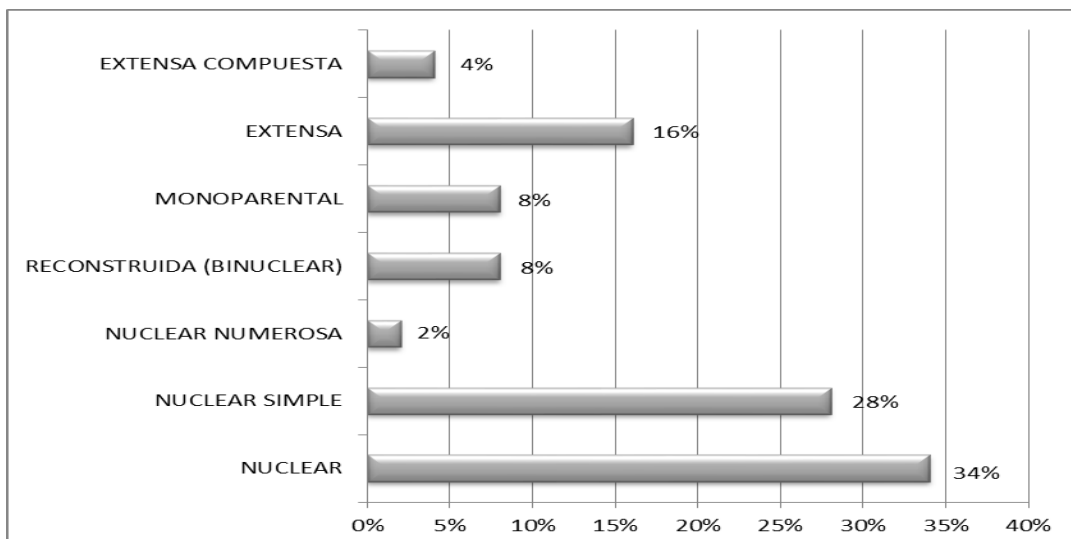
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
10 A 20	0	0%
21 A 30	6	12%
31 A 40	14	28%
41 A 50	11	22%
MAYOR DE 50	19	38%
SEXO		
HOMBRES	24	48%
MUJERES	26	52%
ESTADO CIVIL		
SOLTERO	1	2%
CASADO	35	70%
ACOMPAÑADO	9	18%
VIUDO	1	2%
DIVORCIADO	4	8%
ESCOLARIDAD		
NINGUNO	1	2%
PRIMARIA	5	10%
SECUNDARIA	6	12%
BÁSICA	17	34%
BACHILLER	12	24%
UNIVERSITARIO	9	18%
PROFESIÓN		
NO TRABAJA	14	28%
TRABAJO FORMAL	32	64%
TRABAJO INFORMAL	4	8%

Tabla 2. Tipo de Discapacidad motoras de los pacientes en rehabilitación en el ISSS Sonsonate.

Discapacidad	Frecuencia	%
Patología de columna	9	18%
Fracturas MS y MI	9	18%
Neuropatías Mixtas	9	18%
Osteoartrosis/Artritis	8	16%
Luxaciones y traumas articulares	6	12%
Prótesis rodilla	5	10%
Lumbagos	3	6%
Secuelas ACV	1	2%
Total	50	100%

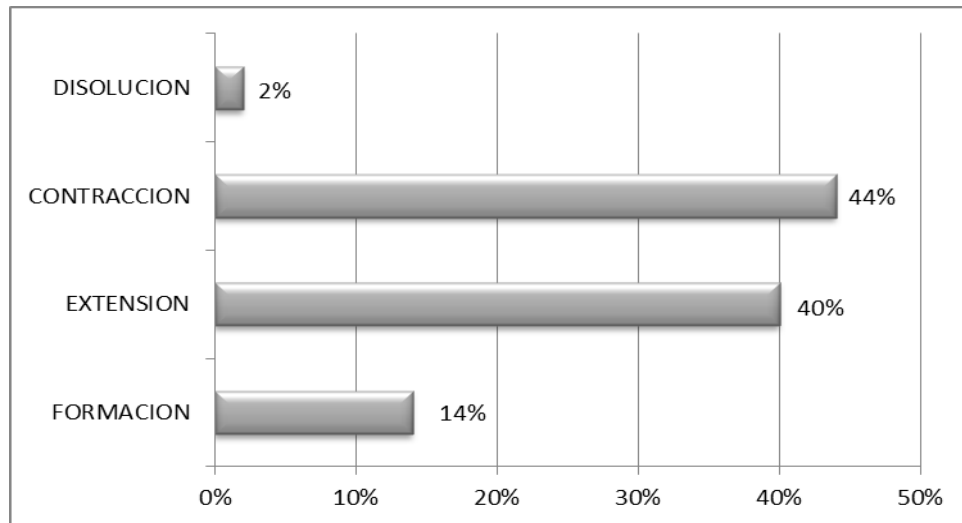
El tipo de discapacidad con mayor frecuencia en los pacientes fue secundaria a traumas y enfermedades degenerativas crónicas.

Gráfica 1. Estructura familiar según Parentesco de los pacientes con discapacidad motora en rehabilitación.



La familia nuclear es las más frecuentes con un 34%.

Gráfica 2. Clasificación según Ciclo Vital Familiar de los pacientes con discapacidad motora en rehabilitación.



Se encontró mayor incidencia en la fase de contracción con 44%.

Gráfico 3. Descripción entre estructura y ciclo vital familiar de los pacientes con discapacidad motora en rehabilitación.

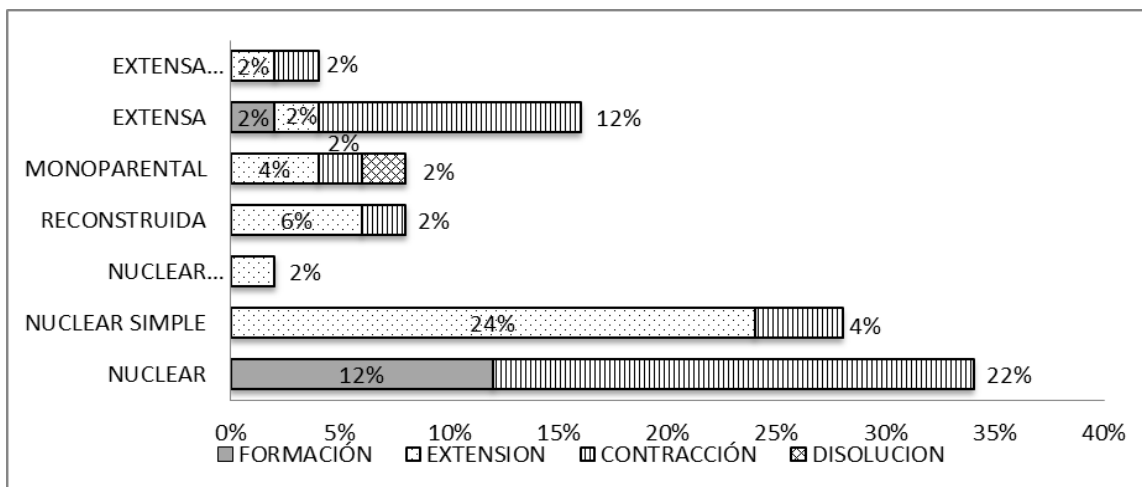
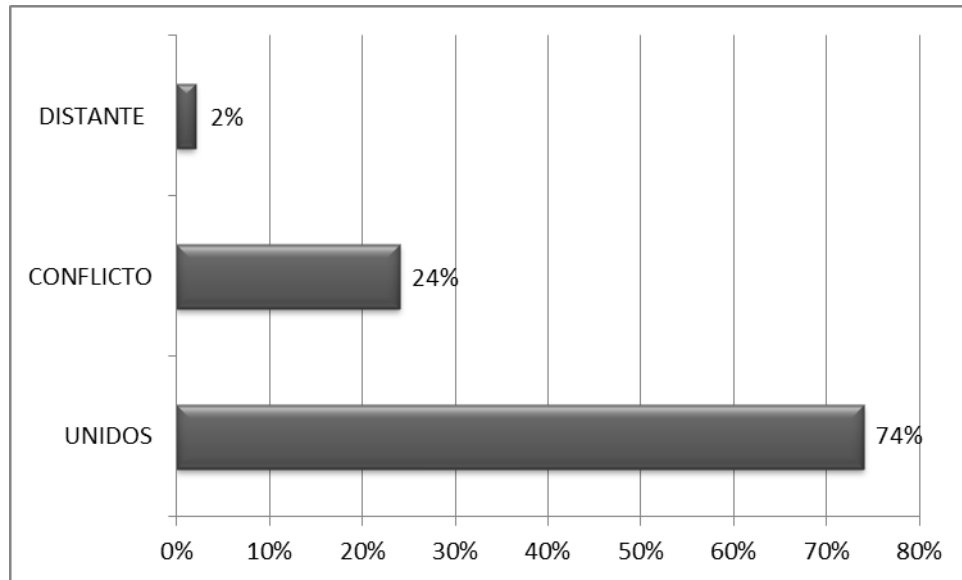
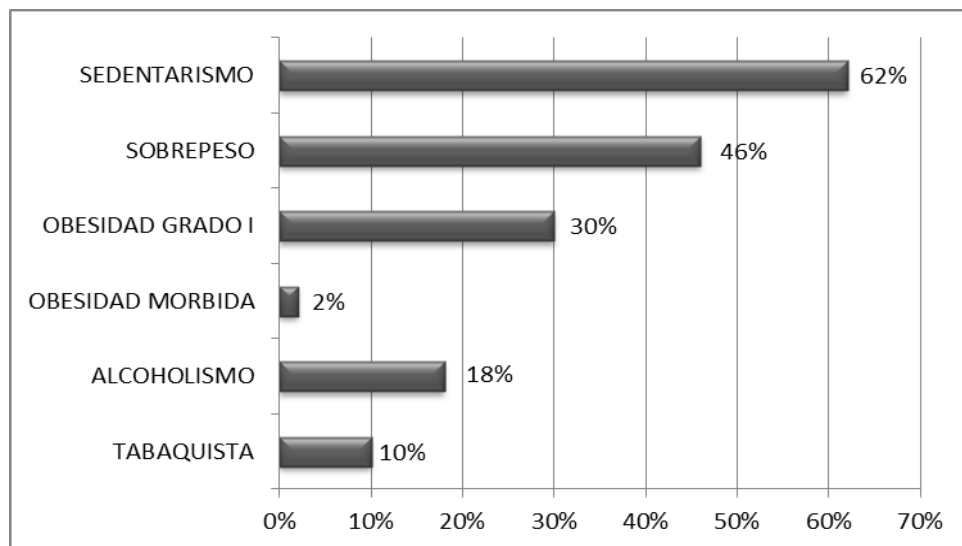


Gráfico 4. Tipo de Relaciones Familiares de los pacientes con discapacidad motora en rehabilitación.



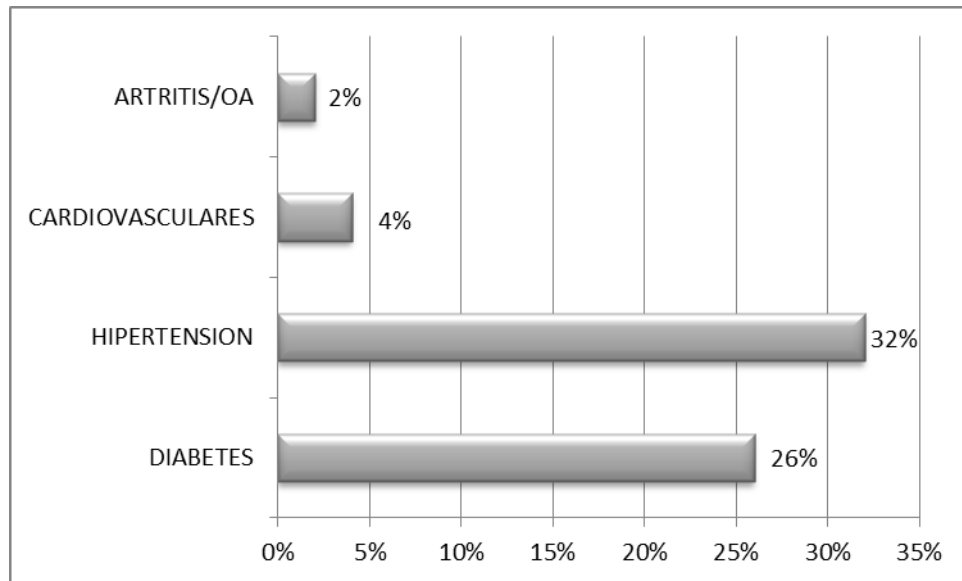
Se identificó que el tipo de relación familiar predominante fue la relación Unida en el 74%,

Gráfico 5. Factores de Riesgo metabólicos de los pacientes con discapacidad motora en rehabilitación.



Los factores de riesgo con mayor incidencia fueron el sedentarismo y el sobrepeso 62% y 46% respectivamente.

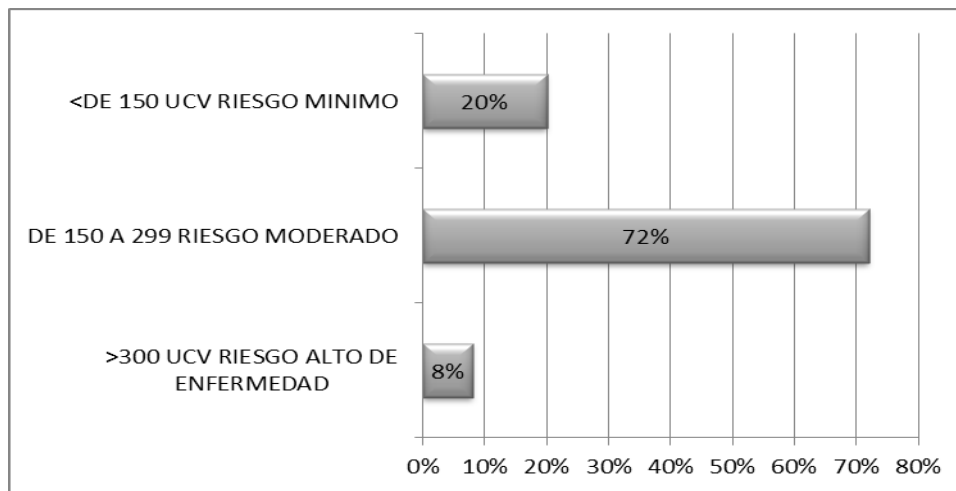
Gráfica 6. Enfermedades Crónicas de los pacientes con discapacidad motora en rehabilitación.



Respecto a las enfermedades crónicas identificadas se encontró que en el 44% de los pacientes presentaron enfermedades crónicas, con mayor incidencia la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Se investigó también la presencia de enfermedades crónicas en familiares, se encontró que de los pacientes estudiados el 78% tenían familiares con patologías crónicas, y de igual forma que los pacientes las más frecuentes fueron la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. (Otras enfermedades identificadas fueron: artrosis, artritis, canceres, isquemia cardíaca e insuficiencia renal).

Gráfica 7. Clasificación de riesgo de enfermar según puntaje en Escala de Holmes y Rahe



Según las unidades de cambio vital se encontró con riesgo Moderado el 72%.

Tabla 3. Eventos estresantes más frecuentemente indicados por los pacientes con discapacidad motora en rehabilitación.

EVENTOS ESTRESANTES	FRECUENCIA	%
LESIONES PERSONALES O ENFERMEDADES	48	96
CAMBIO DE LA SALUD DE FAMILIAR	26	52
CAMBIO DE SITUACIÓN ECONOMICA	19	38
CAMBIO EN HABITO DE DORMIR	19	38
CAMBIO EN RECREACIÓN	16	32

El evento estresante de mayor relevancia fue lesiones personales o enfermedad.

Gráfica 8. Descripción de Ciclo vital y Escala de Holmes y Rahe

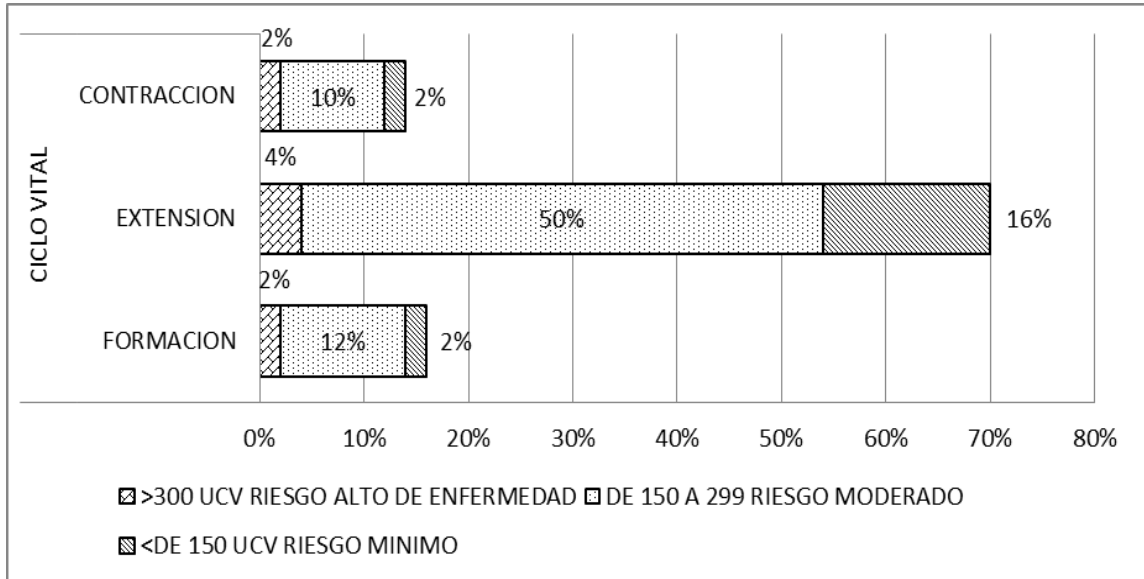
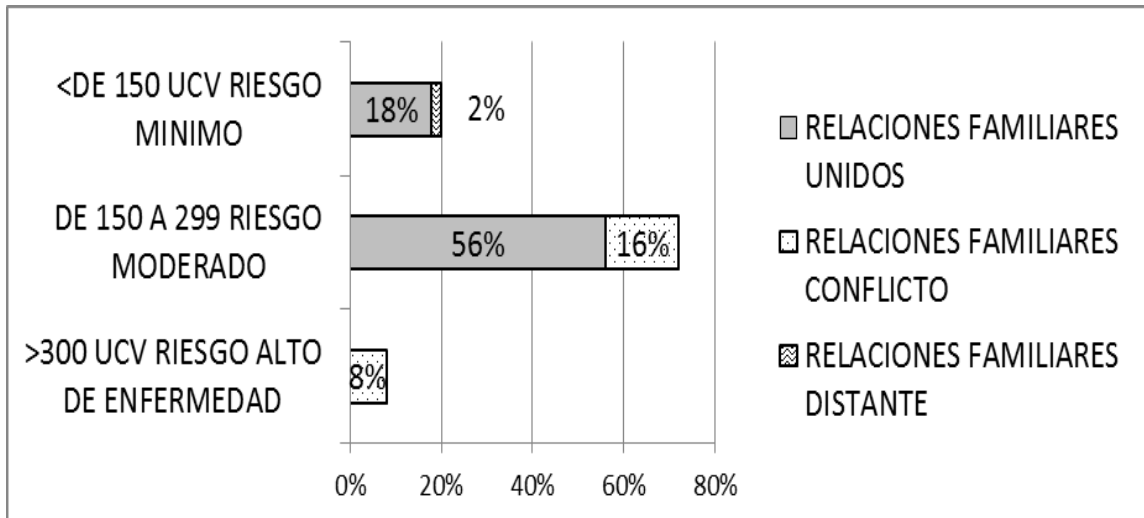


Gráfico 9. Relaciones Familiares y Escala de Holmes y Rahe.



V. Discusión

Las características sociodemográficas de los pacientes en rehabilitación del hospital Regional de Sonsonate, se puede resumir, el 52% correspondió al sexo femenino, el 62% se encontró en el rango de edad de 21 a 50 años y el 38% son mayores de 50 años, en cuanto a escolaridad 76% habían completado un nivel básico en adelante, y de estos 18% fueron universitarios, de la población total el 70% estaban casados y 64% tenía un trabajo formal.

Los tipos de discapacidades identificadas en el estudio fueron las patologías de columna, fracturas de miembros superiores e inferiores, neuropatías mixta (18%) respectivamente y osteoartrosis (16%).

Se estableció la relación entre la estructura familiar según parentesco y ciclo vital respecto al parentesco la familia nuclear y nuclear simple fueron las predominantes con 34% y 28% respectivamente. Según el ciclo vital se encontró la fase de contracción en el 44% de las familias. En la fase de contracción también llamada “nido vacío” es importante conocer que se pueden presentar diversos conflictos como: transgresiones en roles y límites respecto a hijos adultos y nietos, actitud inadecuada frente al envejecimiento, regresión a etapas anteriores o aislamiento familiar o social entre otros. En el estudio realizado en Salamanca, el cual concluye que la mayoría de las familias son compuestas por cuatro miembros, se aprecian más problemas en las familias con menores con discapacidades que viven en zonas rurales, como consecuencia de una menor cobertura de los servicios sanitarios; en comparación a nuestro estudio se evidencia que hay discordancia en cuanto a la cantidad de miembros que componen la familia ya que en su mayoría fueron (nuclear y nuclear simple); además los pacientes ya sea cotizantes o beneficiarios tienen su fisioterapia programada sin que estos incurran en costos adicionales y en casos especiales que se les dificulte llegar a su fisioterapia por situaciones económicas o de transporte el ISSS presta dicho servicio.

Según las relaciones familiares se encontraron 37 familias (74%) con relaciones unidas y 12 familias (24%) tienen relaciones conflictivas.

La etapa de contracción también llamada “nido vacío” se puede presentar diversos conflictos entre ellos el cese de la tutela directa de los hijos y otros relacionados a enfrentar la vejez. En el estudio realizado en Santiago de Chile en el año 2010 con pacientes con discapacidad motora severa del programa multideficit del Instituto de Rehabilitación Infantil TELETON, se encontró que en la mayor parte de los casos estudiados, la dinámica familiar se vio afectada provocando un gran impacto en distintos niveles del sistema familiar, tanto relacional, económico, emocional y afectivo; sin embargo, en nuestro estudio se evidencia que a pesar de la discapacidad del paciente los integrantes de la familia en su mayoría mantiene relaciones unidas (74%) y laboralmente activos (62%).

Se indagó acerca de los factores de riesgo de metabólicos en los pacientes, siendo los de mayor incidencia el sedentarismo y el sobre peso que corresponde al 62% y 46% respectivamente, que tiene relación con las enfermedades crónicas prevalentes identificadas que son la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial en el 44% de pacientes, el 78% tenían familiares con patologías crónicas. En dichos casos los factores de riesgo más frecuentes tienen relación con el tipo de discapacidad que estos presentan, aunque el sedentarismo y el sobrepeso pueden ser modificados posterior a su rehabilitación, y así contribuir a mejorar el control de su enfermedad crónica.

Según escala de Holmes y Rahe los pacientes con riesgo moderado y alto fueron el 80% de la población total.

El evento vital estresante de mayor incidencia según lo indicado por los pacientes es el denominado “Lesión personal o enfermedad” en el 96%, seguido de “cambio de la salud de un familiar” 52%, que evidencia la preocupación por el estado de salud propio y la de su núcleo familiar.

VI. Conclusión

1. Según las características socio demográficas predominó el sexo femenino, la edad promedio de la población en estudio fue de 48.5 años, casados en su mayoría, con algún grado de escolaridad y laboralmente activos.
2. El tipo de estructura familiar más frecuente fue la familia nuclear, con ciclo vital en etapa de contracción.
3. Las relaciones familiares principalmente unidas y en menor porcentajes conflictivas.
4. Los factores de riesgo descritos fueron el sedentarismo y sobrepeso; las enfermedades crónicas más frecuentes tanto en pacientes como en sus familiares fueron Diabetes mellitus e Hipertensión arterial.
5. Los acontecimientos vitales estresantes (AVE) denotan riesgo moderado de enfermar. Los AVE más frecuentes fueron en orden descendente: lesiones personales o enfermedad, cambio de la salud de un miembro de la familia, cambio en la situación económica, cambio de hábito de dormir, cambio en la recreación.

VII. Recomendaciones

1. Implementar la utilización del Genograma y dar continuidad a los pacientes que asistan a su fisioterapia con el objetivo de elaborar una evaluación integral por el Médico de Familia para identificar factores de riesgo que puedan influir negativamente en la salud y el proceso de rehabilitación así como conocer su red de apoyo e implementar planes de manejo y seguimiento a los problemas tanto de salud como emocional encontrados en estos pacientes.

2. Realizar visitas domiciliarias por los Médicos de Familia a los pacientes con discapacidad motora que están en rehabilitación y laboralmente inactivos;, con el objetivo de detectar riesgos dentro del contexto en que estos se desenvuelven y factores que contribuyen a generar problemas psicosomáticos y depresión para planificar y ejecutar su abordaje terapéutico.

3. Hacer uso del Genograma para identificar pacientes con relaciones conflictivas e iniciar una intervención a la familia dirigida por los médicos familiares, con el propósito de que cada miembro aprenda a reconocer sus debilidades y fortalezas, además de proporcionarles las herramientas necesarias a través de técnicas directivas para mejorar dichas relaciones conflictivas.

4. Proporcionar educación a través del Médico de Familia a los pacientes con discapacidad motora que se encuentran en rehabilitación en el área de Fisiatría del ISSS sobre los principales problemas de salud: Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, haciendo énfasis en las principales causas prevenibles: obesidad y sedentarismo para crear conciencia y cambio en los estilos de vida y de esa forma contribuir a mantener un

mejor control metabólico y/o prevenir dichas enfermedades, y que el paciente pueda compartir la información con sus familiares.

5. Establecer un consultorio de Medicina Familiar que permita integrar estrategias para afrontar los factores estresantes, ejecutando actividades de promoción, prevención y detección de casos que ameriten seguimiento y referencia pertinente.

VIII. Referencias.

1. Resumen Mundial Sobre Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011.
2. Pamela A. González, Denise N. Leppe. Dinámica Familiar de pacientes con discapacidad motora severa del programa Multideficit del Instituto de Rehabilitación Infantil TELETON Santiago. Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile, Agosto 2010.
3. María S. Martín. Familia y Discapacidad. III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad 1998-2014.
4. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características “Revista Virtual Universidad Católica del Norte” N.35 (Febrero Mayo de 2012) Colombia.
5. Salvador Minuchin. Familias y terapia familiar. 2ª Ed. 1979. Barcelona. pp. 78-1388)
6. A. Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. Volumen I. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
7. Luis Cibanal (2000) Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar
8. Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de Medicina Familiar. 2005, vol. 7, núm. 1, PP15-19, disponible en:

<http://es.scribd.com/doc/56649655/Elementos-Esenciales-de-la-Medicina-Familiar>
9. Antman EM, Selwyn AP, Loscalzo J. Diabetes Mellitus. In: Alvin C. Powers Editor. Harrison Principios de Medicina Interna. 18 ed, Mexico DF, McGraw Hill; 2012. P 2367 – 2369

10. Antman EM, Selwyn AP, Loscalzo J. Cardiopatía isquémica. Vasculopatía Hipertensiva In: Naomi D. L. Fisher, Gordon H. Williams Editores. Harrison Principios de Medicina Interna. 18 ed, Mexico DF, McGraw Hill; 2012. P 1617 - 1618
11. Corey F, Nevile F.M., Parvin F. P. Shivak S. Hipertension Arterial. Manual Washington de Terapéutica Médica. 33 ed. Washington Universiti; 2012. P
12. Antman EM, Selwyn AP, Loscalzo J. Trastorno de la Glandula Tiroides In: J. Larry Jameson, Anthony P. Vweetman Editores. Harrison Principios de Medicina Interna. 18 ed., México DF, McGraw Hill; 2012. P 2320 – 2340
13. Antman EM, Selwyn AP, Loscalzo J. Artritis Reumatoide In: Peter E. Lipsky Editores. Harrison Principios de Medicina Interna. 18 ed, Mexico DF, McGraw Hill; 2012. P 2166 – 2178.
14. Miguel B, Miguel Á HM, Miguel T. Francisco El tabaquismo como problema de salud pública In: JAG. ERGON Editores. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo, 2a Edición, Madrid, Marzo; 2003. P 48.
15. Fred F. Ferri, alcoholismo, diagnóstico y tratamiento en medicina interna ,1 edición de la obra original en inglés ferris clinical advisor página 22.
16. Dr. Tomas R. Hacia una definición de sedentarismo. Rev Chil Cardiol. 2009, Noviembre de 2009; 28: 409-413. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v28n4/art14.pdf>
17. Antman EM, Selwyn AP, Jeffrey S. Flier, Eleftheria Maratos_Flier Editores. Harrison Principios de Medicina Interna. 18 ed, Mexico DF, McGraw Hill; 2012. P 473-486.
18. Isabel Louro Bernal. Familia en el Ejercicio de la Medicina General Integral. Medicina General Integral. Volumen I Salud y Medicina capítulo 43. Revista Cubana.

19. Thomas H., Richard R. The Social Readjustment Rating Scale; Journal of Psychosomatic Research 1967; Vol 11, pp. 213 to 218, disponible en: <http://www.africanafrican.com/folder11/world%20history4/harlem%20renaissance/Holmes%20and%20Rahe%201967.pdf>

20. Real Academia Española. Diccionario Usual.

21. M.Mc Goldrick y R.Gerson (1987) Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona.Ed.Gedisa

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA (ANEXO 1)

Título del protocolo:

Caracterización familiar de pacientes con discapacidad motora en rehabilitación del hospital de Sonsonate ISSS de Enero – Junio de 2014.

Investigadores: Dra. : María Isabel Ramos de Guadrón

Dra. : Ana Gloria Esquivel de Arévalo

Sede donde se realizará el estudio: área de fisiatría del ISSS Sonsonate.

Nombre del paciente:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. . La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y además se le asegura no correrá ningún riesgo al participar en el estudio. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, se le realizara una serie de preguntas con respecto a su familia y a las relaciones familiares y además se le pasará un cuestionario auto administrado constituido por 43 ítems que se aplican a los acontecimientos en el pasado año de la vida de un individuo y la puntuación final le dará una estimación aproximada de cómo el estrés afecta la salud se le pedirá que firme esta forma de consentimiento .De ante mano se le agradece su participación.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

ACEPTACION A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

Por medio de la presente hago constar que se me brindo la información correcta sobre el estudio al cual acepto participar de forma voluntaria.

Nombre y firma Y del paciente.

Dra. María Isabel Ramos de Guadrón

Dra. Ana Gloria Esquivel de Arévalo

Si desea realizar alguna consulta o corroborar lo antes expuesto puede comunicarse con el jefe de docencia del ISSS Sonsonate Dra. Claudia Ehlerman al telf.:28902700



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



(ANEXO 2)

Datos Generales: Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ escolaridad: _____

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con un círculo la casilla de unidades de cambio de vida que le corresponda a su respuesta, según el acontecimiento que ha presentado en el último año transcurrido.

ESCALA DE HOMES Y RAHE

El acontecimiento de vida	Unidades de cambio de vida
La muerte de un cónyuge	100
Divorcio	73
Separación matrimonial	65
Encarcelamiento	63
La muerte de un familiar cercano	63
Lesiones personales o enfermedad	53
Matrimonio	50
Despido del trabajo	47
Paro	47
Reconciliación matrimonial	45
Jubilación	45

El acontecimiento de vida	Unidades de cambio de vida
Cambio de salud de un miembro de la familia	44
Drogadicción y/o alcoholismo	44
Embarazo	40
Dificultades o problemas sexuales	39
Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39
Reajuste de negocio	39
Cambio de situación económica	38
Muerte de un amigo íntimo	37
Cambio en el tipo de trabajo	36
Mala relación con el cónyuge	35
Juicio por crédito o hipoteca	30
Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
Hijo o hija que deja el hogar	29
Problemas legales	29
Logro personal notable	28
La esposa comienza a trabajar o deja el trabajo	26
Comienzo o fin de escolaridad	26
Cambio en las condiciones de vida	25
Revisión de los hábitos personales	24
Problemas con el jefe	23
Cambio de turno o condiciones de trabajo	20
Cambio de residencia	20
Cambio en las escuelas	20
Cambio en la recreación	19
Cambio en actividades de la iglesia	19

El acontecimiento de vida	Unidades de cambio de vida
Cambio en las actividades sociales	18
Cambio de hábito de dormir	17
Cambio en el número de reuniones familiares	16
Cambio en los hábitos alimentarios	15
Vacaciones	13
Navidad	12
Violación menor de la ley	11

SIMBOLOGIA UTILIZADA PARA REGISTRAR LOS DATOS

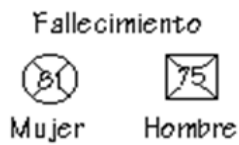
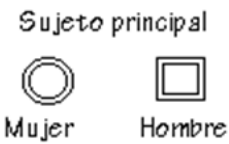
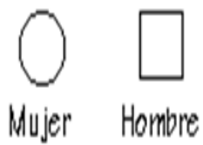
GENOGRAMA (ANEXO 3)

Construcción del genograma:

La edad se registrara dentro del símbolo de hombre o mujer

La profesión, enfermedades crónicas y tipo de discapacidad se registran al lado derecho del sujeto.

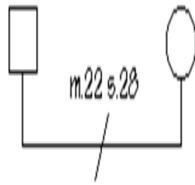
Los factores vitales estresantes se colocaran en la parte inferior izquierda del genograma, indicado por un número y asterisco.



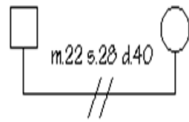
Matrimonio



Separación



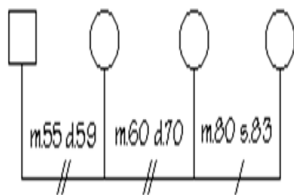
Divorcio



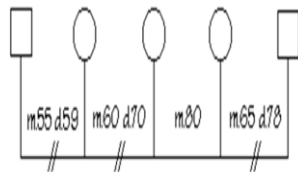
Unión libre



Matrimonio múltiple



Matrimonio complejo



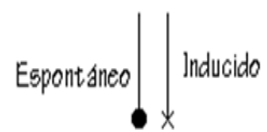
Embarazo



Muerte al nacer

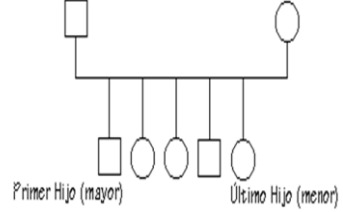


Aborto

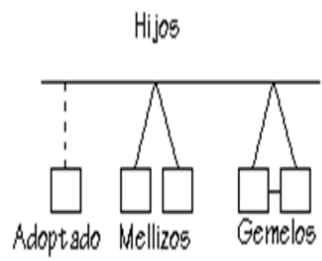


Papá

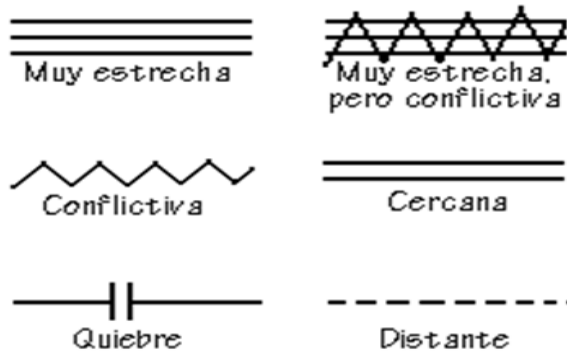
Mamá



Otros tipos de hijos



Relaciones interpersonales



Relaciones habitacionales

