

FCM

Universidad Nacional de Cuyo
Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura
Sede: FCM



TESIS

“Influencia de las relaciones familiares en pacientes con disminución motora a la hora de brindar tratamiento de rehabilitación”

Autoras: Fajardo, Sonia Beatriz

Enriquez, Mabel Nancy

Camacho Danisa Georgina

Mendoza, diciembre del 2016

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACIÓN

Tribunal Examinador

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2.....

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

RESÚMEN

Tema: "Influencia de las relaciones familiares en pacientes con disminución motora a la hora de brindar tratamiento de rehabilitación"

Autores: Fajardo Sonia Beatriz, Camacho Danisa Georgina, Enríquez Mabel Nancy.

Lugar: Clínica de Rehabilitación San Andrés, Mendoza 2016.

Introducción: El presente trabajo de investigación hace referencia a la influencia de las relaciones familiares en pacientes con disminución motora a la hora de brindar tratamiento de rehabilitación.

Se plantea a partir del incremento de pacientes con disminución motora internados en la clínica San Andrés y el desconocimiento en sí, sobre la influencia que ocasiona el familiar en el paciente.

Objetivo: Conocer los efectos que producen las relaciones familiares en pacientes internados con deficiencia motriz en la clínica San Andrés, durante el primer semestre del 2016

Método: Es un estudio descriptivo, no experimental, exploratorio, cuantitativo y transversal. Para la muestra se ha tomado 30 familiares directos (padre- madre- hijo- abuelo- madre) de un total de 60 pacientes internados en los servicios de la clínica San Andrés de Mendoza.

Se utilizó un modelo de encuesta con preguntas cerradas.

Resultados: Las buenas relaciones y visitas frecuentes por parte de los familiares hacia el paciente internado, favorece de manera positiva su evolución, en el proceso de rehabilitación. En cuanto al sexo el 60% corresponde al sexo masculino, mientras que un 40% al femenino.

Los pacientes que ingresan a la clínica son debido a un TEC, ACV y accidentes viales, con un porcentaje del 17% cada uno y con un promedio de edad de (51- 60) años.

Conclusiones: Cada vez son más los pacientes con disminución motriz, que se deben a distintas situaciones de la vida; no obstante las buenas relaciones familiares ayudan y favorecen los procesos de rehabilitación en pacientes con disminución motora, la base es que los familiares se mostraron conformes con los resultados obtenidos del paciente, estos mantuvieron un vínculo cercano durante el tiempo de internación y les brindaron contención con respecto a sus miedos e inquietudes sobre el tratamiento.

Recomendaciones: Poner énfasis en el tratamiento del paciente valorando la familia del internado, fortalecer las relaciones familiares y Diseñar talleres enfocados en el familiar del paciente internado.

Palabras Clave: Familia. Discapacidad, Deficiencia, Minusvalía, Etapas del Proceso de Rehabilitación.

AGRADECIMIENTOS

Los agradecimientos van dirigido a quienes nos apoyaron y ayudaron en la realización de nuestra investigación, a nuestros docentes y al personal de enfermería de la clínica San Andrés y en especial manera a nuestras familias y amigos que nos brindaron su apoyo en la realización del proyecto.

Sonia Fajardo

Quiero agradecer principalmente a Dios, y familia, quienes siempre me apoyaron, brindando de su apoyo incondicional y tiempo. A los docentes y tutores quienes con paciencia nos acompañaron en cada paso de nuestro proyecto, marcando cada detalle haciéndonos sentir capaces siempre, gracias por su confianza. También a la facultad de ciencias médicas, como institución brindando espacio físico y todos los recursos didácticos siempre actualizados.

Danisa Camacho

En primer lugar agradezco a Dios por darme salud y cuidarme durante la realización de esta investigación, a mis compañeras de estudio y de trabajo por su comprensión y apoyo. A mis docentes por guiarme en esta etapa de crecimiento profesional y en muy especial manera a mi querida familia por brindarme su apoyo incondicional durante todo este tiempo.

Mabel Enriquez

PRÓLOGO

Las personas con disminución motora atraviesan un largo proceso de adaptación desde el momento en que empiezan a convivir con esta realidad, comenzando por una negación, depresión, y al último adaptación.

Para lograr un avance en el tratamiento de estas personas y su evolución depende del equipo de salud (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, entre otros). No obstante el grado de participación y apoyo familiar, pueden llegar a fortalecer y ser el motivo por el cual la persona con disminución motora quiera esforzarse para continuar con el tratamiento, y sobrellevar la rehabilitación.

ÍNDICE GENERAL

Caratula:.....	I
Advertencia:.....	II
Acta de aprobación:.....	III
Resumen.....	IV-V
Agradecimiento.....	VI
Prólogo.....	VII

CAPITULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

Introducción:.....	8-9
Descripción del problema:.....	10
Formulación del problema:.....	11
Justificación.....	12
Objetivos generales y específicos:.....	13

MARCO TEORICO

Apartado A:.....	14-35
Apartado B:.....	36-40

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de investigación:.....	41
Universo y muestra:.....	42
Variable e hipótesis:.....	43
Técnicas de recolección de datos:.....	44

CAPITULO III: RESULTADOS Y ANALISIS DE DATOS

Codificación de datos:.....	45-65
Análisis, procesamiento y presentación de datos.....	66-68

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSION.....	69-70
PROPUESTAS.....	71
BIBLIOGRAFIA.....	72
ANEXO.....	73-76

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico N° 1: edad del paciente internado.....	50
Tabla y Gráfico N° 2: sexo del paciente internado.....	51
Tabla y Gráfico N° 3: motivos de internación del paciente internado.....	52
Tabla y Gráfico N° 4: rol que ocupa el paciente internado en la familia.....	53
Tabla y Gráfico N° 5: frecuencia de visitas	54
Tabla y Gráfico N° 6: como es su relación familiar con el paciente.....	55
Tabla y Gráfico N° 7: calificación de las sesiones terapistas.....	56
Tabla y Gráfico N° 8: calificación de los cuidados brindados al paciente	57
Tabla y Gráfico N° 9: calificación de los resultados de rehabilitación.....	58
Tabla y Gráfico N° 10: calificación de la atención personal de salud.....	59
Tabla y Gráfico N° 11: grado de contención recibida por parte de la institución	60
Tabla y Gráfico N° 12: frecuencias que el paciente manifiesta miedos e inquietudes.....	61
Tabla y Gráfico N° 13: vinculo paciente familia.....	62
Tabla y Gráfico N° 14: aporte de recursos para el paciente por la familia.....	63
Tabla y Gráfico N° 15: calificación de la infraestructura de la institución.....	64
Tabla y Gráfico N° 16: ¿accedería a llevar a cabo el proceso de rehabilitación en su hogar si contara con los recursos necesarios?.....	65

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación hace referencia a la influencia de las relaciones familiares de pacientes hospitalizados durante el tratamiento de rehabilitación motriz, en la clínica San Andrés.

La familia es un sistema social, el funcionamiento de cada uno de los miembros del sistema repercuten, ya sea modificando o manteniendo el comportamiento de los mismos, es en donde se desarrolla gran parte de la vida de la mayoría de las personas; cuando en el seno de una familia se produce un acontecimiento ligado a la disminución motriz, de un familiar, no cabe duda de que afecta a cada uno de sus miembros, y es la familia la que más va a influir sobre el individuo afectado.

No siempre la discapacidad motriz, llega al hogar inesperadamente, a veces las familias con integrantes enfermos tienen conocimiento del deterioro de salud de su familiar. Cualquiera sea el caso, se tomará el vínculo filial actual y composición familiar, comunicación entre sus miembros, y expectativas. Conocer todo este tipo de características aportan pautas a tener en cuenta con cada familia durante la rehabilitación del miembro internado en la Clínica San Andrés, ubicado en Emilio Civit 642 de ciudad de Mendoza, Argentina. Lugar donde como autoras hemos decidido realizar esta investigación.

Esta investigación fue realizada con pacientes con deficiencia motriz leve, moderada, y severa. Los cuales pertenecen a la ya mencionada clínica de rehabilitación, institución encargada de rehabilitar y proporcionar tratamiento integral a los pacientes adultos. Además cuenta con pacientes ambulatorios en diferentes etapas del tratamiento de rehabilitación. No obstante la investigación solo se enfocara en pacientes internados. De los cuáles se tomó una muestra de 30 casos, que corresponden al 50% de la población total.

Con los datos obtenidos se pretende conocer el tipo de relación familiar, y la importancia del mismo sobre la rehabilitación del paciente según perspectiva del familiar. Siendo una investigación propia y local, beneficiando

principalmente al paciente, a la familia, al equipo de salud y a la institución misma, como así también siendo un punto de apoyo para investigaciones futuras.

CAPÍTULO I: PLANTEO DEL PROBLEMA

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el siguiente proyecto se investigará la relación existente: paciente - familia durante su tratamiento de rehabilitación.

Se observaron familias, que acompañan al paciente en la evolución del mismo, brindando una participación activa con el equipo de salud, apoyando constantemente con buena comunicación, logrando armonía y seguridad en el paciente. También hay familias donde sus visitas son moderadas al igual que la participación durante la rehabilitación, la comunicación es deficiente, provocando efectos negativos sobre el paciente. Y por último están aquellos pacientes que no reciben visitas o son visitas poco frecuentes, el apoyo es mínimo y la comunicación es frágil.

Éstas personas cursan un periodo de rehabilitación que puede durar meses, incluso años, dependiendo de su diagnóstico y otros factores de riesgo como la edad, sexo, nutrición y estado emocional.

El interés es investigar si las buenas relaciones familiares pueden ayudar a que el paciente continúe con el proceso de rehabilitación, o si por el contrario las empeora. Ya que por año un 30 % de los pacientes, abandonan el tratamiento de rehabilitación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué grado las relaciones familiares influyen en el avance o retroceso del tratamiento de rehabilitación, que llevan a cabo los pacientes con disminución motora del Instituto San Andrés, en el primer semestre del año 2016?

JUSTIFICACIÓN

Es importante realizar esta investigación porque a través de la misma, conoceremos los vínculos familiares de pacientes internados en periodo de tratamiento de rehabilitación motriz, y cómo éstas influyen directamente.

Se busca identificar los tipos de relaciones familiares, las falencias y aportes que estos proporcionan para avanzar o empeorar el tratamiento de los pacientes con disminución motora, ya que se estima que por año un 30 % de los pacientes, abandonan o retroceden en el tratamiento de rehabilitación. Tratándose en la mayoría de los casos de adultos mayores.

Se considera importante los vínculos afectivos del paciente para el acompañamiento en el tratamiento de rehabilitación y su pronta reinserción social.

Además, en la actualidad se observa un incremento de más del 50% de pacientes internados con disminución motora, debido a accidentes viales, politraumatismos, ACV (Accidente Cerebrovascular).

OBJETIVO GENERAL

Conocer el grado de influencia de las relaciones familiares en la disminución o avance en el tratamiento de rehabilitación en pacientes internados con deficiencia motriz en la clínica San Andrés.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la estructura del ciclo vital familiar
- Conocer el grado de participación de la familia durante el proceso de rehabilitación.
- Identificar el rol del paciente en la familia
- Conocer las fortalezas y debilidades de cada familia, durante el proceso de rehabilitación del paciente.

FAMILIA

Tradicionalmente se ha entendido a la familia como grupo de personas unidas por lazos legales o de consanguinidad que comparten el mismo techo. En los últimos tiempos ha sufrido cambios que han complejizado su definición, dejando obsoleta esta definición, por lo que resulta más acertado el uso de algunos parámetros para analizarla.

- “Cada familia es única
- Es una unidad de interacciones
- Es un sistema dinámico que atraviesa permanentemente situaciones de cambio en su desarrollo y crecimiento, impactando de alguna manera en sus miembros" ¹

Las familias sanas dedican tiempo a conversar suelen tener reuniones familiares donde cada miembro de la misma puede expresar con total libertad lo que le sucede, se consideran abiertamente las necesidades de cada uno. Se habla con transparencia, sin intentar ocultar algo porque se sobreentiende que todos están para ayudarse mutuamente. El ser humano es un ser social, físico, mental y espiritual que necesita interactuar para poder desarrollarse y así alcanzar el máximo de su capacidad. “La filiación constituye la parte sólida del pedestal de nuestra identidad”². De todos los tipos de relaciones, la que tiene más impacto en la vida es la familia.

Cuando suceden crisis repentinas como accidentes, enfermedades, muerte etc. se produce un cambio en el curso relacional de la familia.

Cada vez que ingresa un paciente para internación, se le realiza solo la valoración física y mental del paciente, este paciente era parte de un núcleo

¹ NOGUES, Familia, Discapacidad y Derechos Humanos” Enroles(2006),Familia, Estallido, Puente y Diversidad. Una mirada transdisciplinaria de derechos humanos. Espacio Editorial. Buenos Aires Pág.129.

² Cirulinik,la maravilla del dolor, Pág. 41

familiar antes del accidente, ocupaba un rol y una función en el sistema familiar.

“Por otro lado se ha considerado en la teoría y la investigación del estrés que las personas tienen reacciones frente a las situaciones tensionantes mediados por dos factores fundamentales: el afrontamiento del estrés por el individuo, donde incide la personalidad y la historia pasada de la persona y por otro lado, el apoyo social que se posea para afrontar dicha situación estresante. La familia es el componente social fundamental que ayuda para que el estrés tenga más o menos impacto en la vida de las personas”³

Así como el paciente, también las familias tienen que afrontar la realidad, muchos de los internados en la clínica son derivados de los hospitales, públicos, privados y otros provienen de la casa. A veces se da por hecho que precisamente esos cambios de una institución a otra, puede generar mucha ansiedad preocupación, incertidumbre y miedo, a que pueda haber nuevas complicaciones.

Tipos de familia

De la configuración que cada grupo genera, pueden surgir una gran variedad de tipos que podemos encontrar de forma cotidiana.

La familia nuclear o elemental: es la unidad base de toda sociedad, la familia básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

La familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de

³ Miguel Ángel Núñez, Estrés, Como vivir con Equilibrio y Control,(2006), Bs. As Pág.119.

personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, sobrinos, primos y demás, por ejemplo la familia de triple generación incluye a los padres a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos

La familia mono parental: es aquella que se constituye por uno de sus padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes, ya sea por separación de los padres o por el fallecimiento de uno de los cónyuges.

La familia de madre soltera: en la cual desde un inicio la mujer asume sola la crianza de sus hijos. Generalmente es la mujer quien la mayoría de las veces asume su rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones (no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta).

La familia de padres separados: en la que los padres se encuentran divorciados. Se niegan a vivir juntos, pero por el bien de sus hijos continúan cumpliendo su rol de paternidad.

Familias compuestas por personas del mismo sexo, dos personas solteras con la necesidad de criar un hijo.

Familia adoptiva: es aquella que recibe a un niño por el proceso de adopción

Familias reconstituidas: compuestas por un progenitor con hijos que se une con una persona soltera sin hijos. De esta proviene la figura de los padrastros o madrastras

Familia sin vínculos: un grupo de personas sin lazos consanguíneos que comparten una vivienda y sus gastos como estrategia de supervivencia.

Familia ensamblada: dos adultos separados, divorciados o viudos se unen llegando cada uno con sus propios hijos (los tuyos, los míos y los nuestros)

Tipos de familias que más predominan en la institución

Familias mono parentales: pacientes que poseen un hogar compuesto por padres e hijos. Donde los internados son los hijos, en su mayoría jóvenes con

diagnósticos de TEC (traumatismo encéfalo craneal), causados por accidentes viales. Los padres ofrecen todo su apoyo y participación en la rehabilitación.

El otro grupo de familia existente en la clínica es la extensa o consanguínea. El familiar internado en su mayoría son abuelos, con diagnóstico de ACV (ataque cerebro vascular) y poli neuropatías del paciente crítico, el mayor apoyo lo reciben del cónyuge y en menor grado de los hijos.

Cada grupo familiar debe verse como un sistema de relaciones en proceso, como una unidad de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso, de enfermedad y de salud. El relato de sus integrantes nos indicará si el concepto señala al núcleo primario de origen o también incluye a parientes que viven separados de ese núcleo, amigos, compañeros de estudio, de trabajo, etc.

Vínculos Intrafamiliares

“La vida familiar incluye diferentes vínculos, nos manejamos de modo distinto con nuestros padres, hijos, hermanos, cónyuges, etc. Cada vínculo familiar supone ciertas prescripciones, modalidades de intercambio diferenciales. En la trama vincular familiar cada integrante tendrá que construir su interioridad, hacer la búsqueda de su propio sentido de vida y convertirse en un ser singular. Estos logros requieren de esta trama familiar que ofrece el reconocimiento del otro, una necesidad humana inagotable. El crecimiento personal de cada integrante de la familia solo es posible en una trama vincular flexible donde sea posible la contención emocional, el respeto a lo ajeno, la tolerancia a la complejidad creciente, el estímulo a la discusión democrática, etc.”⁴

⁴ García, s(2009)Documento de Cátedra “Trama vincular en conflicto, crisis familiares: relaciones familiares, acontecimientos que cambian la vida. Un enfoque evolutivo” Facultad de ciencias Políticas y sociales. Universidad Nacional de Cuyo. Pág.1-2.

De estas prescripciones asociadas al lugar que ocupa cada miembro en la trama familiar se desprenden los roles, que son conductas esperadas y estereotipadas, que pueden ser modificadas en cada caso. Observando estos roles se pueden conocer diversos estilos de vida familiar.

Ciclos de la vida familiar

La familia es un fenómeno social dinámico, un sistema de relaciones en proceso, desde su inicio va atravesando por distintos momentos o ciclos.

Etapa	Principios claves del Proceso
Abandono del hogar: adultos jóvenes Solteros	aceptación de la propia responsabilidad emocional y financiera.
La unión de familia a través Del matrimonio: la nueva pareja	compromiso con el nuevo sistema
Familia con hijos pequeños	aceptación de los nuevos miembros
Familia con adolescentes	aumento de la flexibilidad en las fronteras Familiares para incluir la independencia De los hijos y la fragilidad de los abuelos
Ayudar al despegue de los hijos y Seguir adelante	aceptar el cambio en los roles generacionales
Familia de edad avanzada	enfrentamiento del deterioro psicofísico Propio y del cónyuge

Fuente: ROLLAND,J.(2000) Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica Gedisa editorial. Barcelona.Pág.145

MODOS DE FAMILIA (Según Jhons Rollan. J.)

Familia rígida: es la dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo autoritarios. Por ejemplo la señora x, una mujer de unos 60 años internada por un ACV, era una persona muy seria y con un carácter muy difícil, como madre fue muy dura con los hijos, era autoritaria y poco cariñosa cuenta la hija, quien se fue de la casa a muy temprana edad, la señora no recibía visitas frecuentes de los familiares q vivían con ella.

Familia sobre protectora: Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones. Por ejemplo el señor y la señora x son un matrimonio con 6 hijos varones, todos mayores de edad, llevan 30 años de casados, ambos padres vienen de una familia humilde, la señora no conoció a sus padres, para ella su única familia son sus hijos. Uno de los hijos menores sufre un accidente vial lo cual le provoca un traumatismo encéfalo craneal, (TEC) y fractura en miembro inferior derecho, después de haber estado dos meses en la clínica de rehabilitación y con muy buenos resultados de avances en sus terapias, después de esto los enfermeros como los terapeutas empiezan a notar un estancamiento en su proceso de independencia, disminuye el esfuerzo y la motivación de rehabilitación en el paciente, no obstante se le comunica a los padres lo sucedido para que ayuden al paciente pero ellos siendo sensibles a la situación del hijo deciden apoyarlo y no ayudar en la rehabilitación.

La familia centrada en los hijos:

Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera

el único tema de conversación. En pocas palabras "viven para y por sus hijos". Esta es la realidad de una de las paciente de la clínica, una jovencita de 16 años, internada hace cuatro meses con diagnóstico de lesión medular, con padres en proceso de separación que después de lo sucedido se centraron únicamente en la rehabilitación de la hija.

Familia permisiva: En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres.

En este caso vamos a tomar el ejemplo de una paciente de 60 años, que ingresa por ACV y amputación de ambos miembros inferiores, diabética donde los familiares ingresaban con comida (particularmente dulces) para darle a la, paciente, solicitados por ella misma.

Familia inestable: La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar, por falta de metas comunes, los hijos por su inestabilidad crecen inseguros, desconfiados y temerosos, no muestran seguridad emocional y no hay unidad familiar. En la rehabilitación a estos pacientes les cuesta aceptar el diagnóstico dado que no poseen las herramientas necesarias para enfrentar de la mejor manera dicha situación, no están conformes con las terapias y con la atención, el paciente es desanimado y enfoca su preocupación en otros problemas.

Familia estable: La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos, los hijos crecen estables y seguros, aquellas familias .que han sido formadas en un ambiente donde se muestra la unidad seguridad en la toma de decisiones y donde cada uno cumple su rol, se acepta el diagnóstico y sus posibles consecuencias pero no se dan por vencidas y enfrentan la realidad están conforme con la atención

y el progreso del paciente, colaboran y están pendiente de todo. El paciente concurre a las terapias tranquilas, seguras y confiadas.

Como ya hemos visto hay diversos tipos de familia en la clínica San Andrés y por ello son múltiples las formas en que cada uno de sus miembros se relaciona y vive la situación de recuperación del paciente. Es distinta en cada familia, de acuerdo a como se haya formado y cómo lo enfrentan, será la clave que determine si es la adecuada para ayudar en la rehabilitación, o si tiene que hacer cambios en su modo de ser o actuar durante el periodo de internación.

Las crisis familiares

“En los periodos de transición de una etapa del ciclo a otra hay una indefensión de las funciones porque los miembros de la familia están asumiendo un nuevo rol. El querer conciliar ambos funcionamientos produce en ocasiones fluctuaciones inestabilidades y transformaciones que se expresan en ciertos niveles de la desorganización de la familia, esto es lo que se denomina como crisis evolutiva.”⁵

En estas crisis evolutivas se cambian las viejas pautas de interacción por otras nuevas que posibilitan a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles poniendo en manifiesto un desarrollo de mayor individualización y de una estructura familiar cada vez más compleja lo que da a lugar al crecimiento y desarrollo de la familia.

⁵ Garcia,s(2009)Documento de Cátedra “trama vincular en conflicto, crisis familiares: relaciones familiares, acontecimientos que cambian la vida. Un enfoque evolutivo ”Facultad de ciencias Políticas y sociales. Universidad nacional de cuyo. Problemática de la niñez adolescencia y ancianidad, Pág. 8-10

Ahora bien, si en el esfuerzo de reorganización familiar la propia estructura familiar, por su falta de flexibilidad no lo permite aparecen entonces las disfunciones familiares, estas crisis son denominadas normativas o transitorias.

Sin embargo la dinámica familiar como todo proceso en desarrollo no es lineal y ascendente. Este proceso se ve afectado en muchas ocasiones por situaciones, que introducen cambios en su estructura y funcionamiento debido a la existencia de hechos que actúan como fuentes generaciones de estrés como el caso del , padecimiento de una enfermedad crónica, discapacidad o el fallecimiento de un miembro de la familia, lo cual tienen una expresión particular en cada familia dependiendo de su historia, su propia dinámica, de la significación que le asigne al evento o situación y de los recursos con que cuenta para hacerle frente. En este caso las tareas que debe desarrollar la familia son tareas de enfrentamiento que se derivan de las llamadas crisis no transitorias o para normativas.

Los recursos de la familia

“La cohesión: se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando la familia puede contar con esta facilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar

La flexibilidad: ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de la adaptabilidad que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios de adaptarse al medio social, es decir la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación.

La permeabilidad: se refiere a la capacidad de la familia de abrirse a otras instituciones de la sociedad permitiendo la relación prudente de sus miembros

con otros subsistemas. La apertura del sistema facilita el apoyo social de otras familias, de los amigos y compañeros más cercanos.

Apoyo social: es un recurso que se puede referir al propio sistema cuando es la familia la que actúa como sistema de apoyo brindando ayuda a todos sus miembros o cuando la recibe de otras personas grupos o instituciones”⁶

Poder analizar a las familias desde su propio relato, descubriendo con ellos las claves para enfrentar la crisis que los aqueja, es el recurso más eficiente con que se cuenta en la intervención social. Dependerá de la mirada atenta e informada del profesional saber valorar estas narraciones familiares.

Paciente- Familia

“Se considera que la hospitalización es un hecho que se da de manera repentina llevando a la familia del paciente poco tiempo para lograr adaptarse a ello en un primer momento. Con el tiempo la continuidad del apoyo o el acompañamiento de la familia al paciente puede verse alterado por diversas causas.

Debido a esta situación el binomio paciente–familia, se sienten desorganizadas, invadidos por una situación que no es prevista, emergiendo diferentes tipos de necesidades. Cuando se conocen estas necesidades y se pueden abordar el paciente tiene mayor probabilidad de tener una estadía menos traumática durante la hospitalización, logrando así mejoras en su rehabilitación”⁷.

⁶ Rolland,J.(2000)Familia , Enfermedad y discapacidad. Una propuesta de la terapia sistémica. Gedisa, editorial. Barcelona. Pag.142.

⁷ Del Valle [HTTP:// es.scribd.com/ doc/5365753/Tipos-DE-familia](http://es.scribd.com/doc/5365753/Tipos-DE-familia), consultado el 07/04/15.

Dependiendo del familiar internado observamos dos comportamientos familiares:

1. Cuando el internado es un hijo joven: en este caso la familia está muy pendiente del de él, tanto los padres como la familia los hermanos, el ciclo vital de estas familias son las más vulnerables ya que nadie espera que un hijo este internado con riesgo de quedar incapacitado a esa edad tan joven, esto es lo que llamamos crisis paranormativa, el apoyo que recibe durante la internación es muy buena, los padres están al tanto de todas las decisiones que se tomen ,y participan en las charlas y reuniones organizadas por la institución ,tratan de conseguir todos los elementos pedidos por los terapeutas que ayudan en la recuperación, como fajas collarín, almohadones anti escara, férulas, silla de ruedas vendas ,medicamentos, etc. Se observa la concurrencia las citas con los terapeutas durante las sesiones, con el fin de lograr estímulos al paciente. Hay familias que esperan avances a corto plazos y como no los ven se desesperan provocando situaciones de conflictos, quejas y disconformidad con todos. Hay familias que tienen reacciones muy buenas y positivas con el personal de enfermería y que están agradecidos con la atención recibida, transmiten seguridad y tranquilidad al familiar, internado.
2. Cuando el paciente internado es un abuelo: generalmente son internados por un ACV, Poli neuropatía del paciente crítico y caídas. El apoyo familiar no es tan fuerte como en otros casos, hay hijos y nietos que están muy presente durante toda la rehabilitación, se logra ver el afecto que tienen hacia ellos. Aun así es más frecuente ver al cónyuge al lado y muy pendientes a pesar de tener sus propias limitaciones de la edad.

Enfermería y Familia

Se considera que la hospitalización es un hecho que se da de manera repentina llevando a la familia del paciente poco tiempo para lograr adaptarse a ello en

un primer momento. Con el tiempo la continuidad del apoyo o el acompañamiento de la familia al paciente puede verse alterado por diversas causas, cuando se conocen estas necesidades, se tiene mayor probabilidad de tener una estadía menos traumática durante la hospitalización.

El personal de enfermería es el que pasa mayor tiempo con el paciente, al asistirlo, brindándole cuidados y controles necesarios, ha cerca de su evolución a lo largo de su tratamiento hospitalario, por lo cual, deben esforzarse en desarrollar una forma de comunicación clara, eficaz y cálida que transmita seguridad en la atención que se está brindando, para ello el personal de enfermería debe tener un nivel de competencia adecuada que le permita realizar valoración y diagnóstico al paciente en proceso de rehabilitación.

Tipos de atención de salud

Existen tres niveles de atención de salud según la O.M.S.(Organización Mundial de la Salud)

Prevención Primaria: Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes”⁸

Prevención Secundaria: Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” comprende el diagnóstico oportuno, tratamiento oportuno, y controles periódicos.

Prevención terciaria: Comprende la atención de quienes han perdido su estado de salud y requieren tratamiento curativo, asimismo contempla la instancia de rehabilitación desde el punto de vista Biológico, Psicológico, Nutricional, y kinésico.

⁸ OMS, 1998, Colimón, 1978

La rehabilitación es la que se abordará en esta investigación, allí el paciente comienza a recuperar y fortalecer las funciones perdidas o deterioradas, a través del equipo de salud, que comprende: enfermeros, kinesiólogos terapeutas, psicólogos, nutricionistas, entre otros; ya que el principal objetivo que se tiene es lograr la reinserción laboral, social, y personal del paciente, esto de cierta manera va a ser influenciado de acuerdo al apoyo brindado por el equipo interdisciplinario y el de la familia; a veces se producen desacuerdos entre los profesionales de la salud y la familia, lo cuales son motivos de estrés absorbidos por los pacientes.

Analizaremos algunos conceptos, para entender y comprender aún más a cerca del proceso de rehabilitación.

Concepto actual de discapacidad

Existen diversas concepciones en torno al término discapacidad, una de ellas abarca la discapacidad de distintas dimensiones, las cuales incluyen antiguos conceptos

- “Disminución de función y deficiencia de estructura (antes deficiencia) que corresponde al nivel corporal cuando los signos de la discapacidad son exteriorizados.
- Limitaciones en las actividades (antes discapacidades) que corresponden al nivel personal, o sea las limitaciones en las actividades de la vida diaria de la persona.
- Restricciones a la participación (antes minusvalía) que corresponde al nivel social o la respuesta de la sociedad a la experiencia del individuo”⁹

El fondo nacional de discapacidad (FONADI) (2004) basándose en las nuevas concepciones, promulgada por la OMS (Organización Mundial de la Salud), define discapacidad como “un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en las actividades y

⁹ J.Sue Cook,RN,EdD,Karen Lee Fontaine, RN, Msn, fundamentos esenciales de la enfermería en salud mental, segunda edición ,interamericana. McGraw-Hill, España Madrid, 1991.Pag.180

restricciones en la participación, indicando aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales”¹⁰. Esta definición apunta a integrar aspectos relacionados en torno a la discapacidad, considerando los efectos producidos por la interacción entre la deficiencia (física, psíquica, sensorial) y el entorno social que rodea a la persona en situación de discapacidad.

Según lo anterior discapacidad es una estrecha relación entre enfermedad y entorno social de la persona, de ahí la importancia de la familia ya que esta es la base social de todos los seres humanos y más aún de una persona en situación de discapacidad que depende en mayor medida de un entorno que le provea de un entorno seguro donde recuperarse.

Para poder ayudar durante el proceso de recuperación de un paciente debemos conocer cuáles son las estrategias usadas por los profesionales de salud.

Discapacidad motora

“El término de discapacidad motriz suele emplearse como una denominación global que reúne trastornos muy diversos, entre los que se encuentran aquellos relacionados con alguna alteración motriz, debida a un mal funcionamiento del sistema óseo articular, muscular y/ o nervios y que en cierta forma supone limitaciones a la hora de enfrentar ciertas actividades de la vida cotidiana”¹¹

El proceso de rehabilitación del paciente

Rehabilitación: es un proceso de duración limitada y con un objetivo encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida.

¹⁰ Carol Mattson Porth, RN, MSN, PhD, fisiopatología, Salud-enfermedad: un enfoque conceptual, séptima edición, Editorial medica Panamericana. Pág. 235.

¹¹ Organización mundial de la salud, 2011, Pag112

La Unidad de Rehabilitación Motora rehabilita a personas que han visto su movilidad física y su funcionalidad reducida a causa del daño cerebral adquirido o una enfermedad neurodegenerativa

El proceso de rehabilitación se plantea sobre la base de una realidad con dos modelos complementarios: médico y psicosocial. La rehabilitación médica tiende a reducir deficiencias y restaurar un funcionamiento óptimo de la persona. La rehabilitación psicosocial persigue que la persona viva tan plenamente como sea posible, se concentra en reducir la desventaja social para un grado concreto de discapacidad, son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. La rehabilitación no es una tarea ligada a una profesión, se requiere una colaboración interdisciplinaria: en el ámbito médico intervienen kinesioterapeutas ergo terapeutas, terapeutas, enfermeros trabajadores sociales, etc. En el ámbito psicosocial intervienen educadores pedagogos maestros educadores psicólogos, asistentes sociales, animadores, etc.

El enfoque principal de la rehabilitación será mejorar:

- la resistencia
- el equilibrio
- la movilidad
- el poder mantenerse en pie
- el habla

La clínica cuenta con personal, material Y aparatos especializados en el tratamiento de la rehabilitación como:

Lokomat Pro Adultos: favorece la rehabilitación y entrenamiento de las funciones necesarias para poder andar. Su sistema de arneses permite reducir el peso en pacientes con poca capacidad para mantenerse en pie.

Estimulación Eléctrica Transcraneal: es una de las formas más sencillas de estimular el cerebro de forma no invasiva

Plataforma: sirve para valorar los diferentes parámetros de la marcha, el equilibrio y la transferencia de peso en sus diferentes fases, lo que permite orientar el tratamiento de una manera objetiva y eficaz.

Armeo: es una maquina utilizada por el terapeuta, la función es generar una estimulación y así lograr alguna coordinación de los miembros superiores

Los pacientes de la clínica San Andrés, poseen distintos tipos de deficiencia motriz y discapacidad, causados por distintos factores, son individuos en riesgo de perder autonomía propia y poder de decisión debido a sus limitaciones, afectando así a su seguridad personal, autoestima y autorrealización. Sumando a esto el deterioro de los vínculos familiares en algunos casos.

Estrategias de intervención

“Prevención: adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria).

Equiparación de oportunidades: proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad es el medio físico y cultural, vivienda y transporte se hace accesible para todos.”¹²

Esto nos muestra que realizando una buena prevención estaremos ayudando a prevenir nuevas enfermedades y complicaciones en el paciente. Cada enfermo posee un día de trabajo distinto a los demás donde también están escritos los objetivos, se sabe que cualquier complicación clínica puede retrasar el progreso obtenido hasta el momento. Según como hayan sido los

¹² Organización mundial de la salud, 2011, Pag85

resultados de la rehabilitación y cuáles fueron los logros obtenidos, nos darán las pautas para determinar cuál es el grado de discapacidad que posee el paciente. Esto servirá para realizar las renovaciones de las nuevas planificaciones de los objetivos.

Valorando de este modo la capacidad alcanzada, del paciente antes del alta de internación, lo cual no significa que no va a seguir con la rehabilitación sino que lo hará de manera ambulatoria. La ayuda que obtenga de la sociedad y de la comunidad en sí hará que él pueda vivir como un ciudadano común.

Últimamente la clínica ha estado recibiendo un incremento de pacientes con: Accidente Cerebrovascular (ACV), Traumatismo encéfalo craneal, (TEC), y lesionados medulares entre otros.

Por lo cual a continuación se detallaran las enfermedades más predominantes en la clínica.

Accidente cerebrovascular (acv)

Un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral". Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente. Existen dos causantes del ACV:

1. "-Accidente cerebro vascular isquémico: ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangre. Esto puede suceder de dos maneras:
2. Un accidente cerebro vascular hemorrágico: ocurre cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe. Esto provoca que la sangre se escape hacia el cerebro. Algunas personas tienen defectos en los vasos sanguíneos del cerebro que hacen que esto sea más probable. Los accidentes cerebro vasculares hemorrágicos también pueden ocurrir cuando alguien está tomando anticoagulantes. La presión

arterial muy alta puede hacer que los vasos sanguíneos se revienten, ocasionando un accidente cerebro vascular hemorrágico.”¹³

Síntomas

Los síntomas de un accidente cerebro vascular dependen de qué parte del cerebro esté dañada, los síntomas se presentan de manera súbita y sin aviso. Si el accidente cerebro vascular es causado por sangrado en el cerebro, se puede presentar un dolor de cabeza. Los pacientes con ACV mayormente presentan una hemiplejia en el lado izquierdo, dificultad para hablar y comer, en algunos casos presentan trastornos de conciencia, dependiendo del grado de ACV y el tipo causante, es decir si fue isquémico o hemorrágico.

Lesión medular

“ Ha sido descrita como una de las calamidades más devastadoras de la vida humana se trata de una enfermedad de baja incidencia pero de alto costo que impone tremendos cambios en el estilo de vida de la persona, Bruker (1983) describe la lesión medular como una compresión laceración o sección de la médula que produce una pérdida de la función neurológica por debajo de la lesión el daño puede implicar ausencia del control motor voluntario de los músculos esqueléticos, pérdida de sensibilidad y pérdida de función anatómica. En cuanto a la tipología según el nivel de lesión y de afectación pueden ser: cuadriplejia (lesión a nivel cervical con afectación en las cuatro extremidades) y paraplejia (lesión a nivel inferior, afectando en las extremidades inferiores).”¹⁴

¹³ organización mundial de la salud (1980) clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías recuperado el 9 de mayo del 2015 de [http:// usuarios discapnet.es/a Jiménez/ documentos](http://usuarios.discapnet.es/aJiménez/documentos),Pag. 80.

¹⁴ organización mundial de la salud (1980) clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías recuperado el 9 de mayo del 2015 de [http:// usuarios discapnet.es/a Jiménez/ documentos](http:// usuarios discapnet.es/aJiménez/documentos),Pag. 78.

Poli neuropatía del paciente crítico

Son aquellos pacientes que han estado internados mucho tiempo en terapias intensivas y los músculos perdieron su tonificación, el estar mucho tiempo en estado en reposo produce complicaciones como la debilidad.

Causas

“Neuropatía quiere decir enfermedad o daño a los nervios. Cuando ocurre por fuera del cerebro o la médula espinal, se denomina neuropatía periférica. Mono neuropatía quiere decir que un nervio está comprometido, mientras que poli neuropatía significa que muchos nervios en diferentes partes del cuerpo están comprometidos. La neuropatía puede afectar los nervios que suministran la sensibilidad (neuropatía sensorial) o causan el movimiento (neuropatía motora). También puede afectar a ambos, en cuyo caso se denomina neuropatía sensitiva motora.

La poli neuropatía sensitivo motora es un proceso en todo el cuerpo (sistémico) que daña las neuronas, las fibras nerviosas (axones) y las cubiertas de los nervios. El daño a la cubierta de la neurona provoca el retardo en la conducción de las señales nerviosas.”¹⁵

La seguridad es importante para las personas con neuropatía. La falta de control de los músculos y la disminución en la sensibilidad pueden incrementar el riesgo de caídas u otras lesiones.

Traumatismo encéfalo craneal (TEC)

“Se define al Traumatismo Craneoencefálico (TEC) como cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica. En el trauma craneal hay repercusión neurológica con

¹⁵) Rolland,J.(2000)Familia , Enfermedad y discapacidad. Una propuesta de la terapia sistémica. Gedisa, editorial. Barcelona. Pag.72

disminución de la conciencia, síntomas focales neurológicos y amnesia postraumática. La lesión cerebral más frecuente es por traumatismo craneoencefálico, producido por accidentes de tráfico, laborales, caídas o agresiones. Hablamos de lesión cerebral cuando hay un problema importante que afecta a la cabeza: a la caja craneal y al cerebro.

Las causas más frecuentes son:

- Accidentes de tráfico:
- Caídas.
- Lesiones deportivas.”¹⁶

Clasificación de las discapacidades físicas:

- A) “Localización u órgano afectado: - por enfermedad común
- Del aparato locomotor
- B) Temporalidad de la etiología: - de origen hereditario, congénito o peri natal
- Adquiridas en la infancia
 - Adquiridas con posterioridad”¹⁷

Adaptación a las discapacidades adquiridas.

No todos los pacientes logran adaptarse a la rehabilitación, y mucho menos a la idea de saber que pueden quedar incapacitados para toda la vida, cada uno lo toma de distinta manera. Hay quienes expresan su impotencia o enojo

¹⁶

consultado el 5 de junio de 2016 <http://www.monografias.com/trabajos96/traumatismoencefalocraneano/traumatismoencefalocraneano.shtml#definicioa#ixzz4GMStdeyJ>

¹⁷) sarto ,m(2001) familia y discapacidad recuperado el 30 de octubre del 2014 de [http\(www\) usal.es/inicio/actividades/ actas Uruguay 3001/s pdf](http://www.usal.es/inicio/actividades/actas_Uruguay_3001/s.pdf). Pag. 127

maltratando a su cuidador, en este caso a los enfermeros. Para eso es necesario conocer más sobre el proceso de adaptación.

Según el autor Krueger (1984) las fases de reacción a la discapacidad son cinco:

“-shock

-Negación

-Reacción depresiva

-Reacción contra independencia

-Adaptación o ajuste”¹⁸

Una propuesta interesante con relación a la adaptación de la discapacidad es la de John Rolland, el cual hace una analogía entre enfermedad crónica y discapacidad y propone que la adaptación de la familia estará determinada por las fases temporales de esta enfermedad. “cada fase de una enfermedad tiene sus demandas psicosociales y fase de desarrollo específicas que le exigen a la familia fortaleza, actitudes o cambios muy diferentes”¹⁹

Existen tres fases principales en una enfermedad crónica:

Fases de crisis: es el primer enfrentamiento de la familia con la enfermedad, con el diagnóstico donde debe adaptarse y enfrentar el problema que conlleva la enfermedad. Este periodo inicial está lleno de incertidumbre y angustia, todas las experiencias parecen más intensas.

¹⁸ Rolland,J.(2000) Familia , Enfermedad y discapacidad. Una propuesta de la terapia sistémica .Gedisa, editorial. Barcelona. Pag.115

¹⁹ organización mundial de la salud (1980) clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías recuperado el 9 de mayo del2015 de [http:// usuarios discapnet.es/a Jiménez/ documentos](http://usuarios.discapnet.es/aJiménez/documentos),Pag40

Fase crónica: esta etapa es el lapso que transcurre entre el diagnóstico inicial y el periodo de adaptación y la fase terminal, se convive cotidianamente con la enfermedad. “el paciente y la familia han abordado en lo psicológico y en lo organizativo, han ideado un modo de vida viable”.²⁰

Fase terminal: inevitablemente la muerte se hace presente muchas veces y domina la vida familiar. “esta fase se distingue por la predominancia de cuestiones relativas a la separación, la muerte, el dolor, la elaboración del duelo y la reanudación de la vida normal familiar después de la pérdida.”²¹

²⁰ organización mundial de la salud (1980) clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías recuperado el 9 de mayo del 2015 de [http:// usuarios discapnet.es/a Jiménez/ documentos](http://usuarios.discapnet.es/a/Jiménez/documentos),Pag. 94

²¹ Rolland,J.(2000)Familia , Enfermedad y discapacidad. Una propuesta de la terapia sistémica. Gedisa, editorial. Barcelona. Pag.21-26.

Responsabilidad de enfermería

La responsabilidad de la enfermería consiste en: actuar en colaboración y cooperación con el equipo de salud (médicos, psicólogos, fisiatras, traumatólogos) y la familia para favorecer el proceso de rehabilitación del paciente, preparando planes de trabajo continuo para evaluar y promover una buena calidad de atención de salud

Rol de Enfermería

El consejo Internacional de Enfermeras ha señalado: cuatro áreas importantes: promoción de la salud, prevención de enfermedades, establecer la salud y aliviar el sufrimiento. Los profesionales de enfermería asumen una serie de roles cuando prestan servicios a los pacientes, individuos, familias y comunidades, al fomentar la salud y prevenir enfermedades satisfacen las necesidades del individuo, en la asistencia del enfermo aportan a la recuperación más completa de sus capacidades y proporcionan comodidad y apoyo en caso de enfermedades incurables. Una de las funciones principales de enfermería es la valoración de la salud que revela la información acerca del estado de salud del paciente y de las necesidades de cuidados.

Es preciso establecer vínculos entre el paciente y la familia y poder disipar todas aquellas dudas que pueda presentar contribuyendo así al bienestar bio-psíquico-social del paciente internado

El proceder Enfermero

El trabajo de enfermería está orientado a realizar una evaluación constante de las actividades que se van desarrollando y aquellas que surgen mientras se encuentran desempeñándose en el servicio.

El proceso de educación no está solo sujeto al paciente, este debe ser extensible hacia los familiares y entorno más próximo del mismo. De esta manera enfermería comienza a ganar un espacio que le permitirá lograr

preparar al paciente en su proceso de rehabilitación, a tener en cuenta factores predisponentes y los lineamientos a seguir para mantener el estado de salud.

Capacitación al paciente en relación a, aseo personal diario, alimentación y que la atención del personal profesional y no profesional debe ser realizada siempre con previo lavado clínico de manos.

Reseña histórica de la clínica San Andrés

La clínica San Andrés inaugurada el 27 de octubre de 1993 ubicada en un principio en el corazón de la quinta sección de la ciudad de Mendoza, en el tercer piso del hospital ferroviario.

Actualmente se encuentra ubicada en Emilio Civit 642, cuenta con sesenta camas disponibles para internación y está especializada en tratamientos de rehabilitación, que ha desarrollado bajo parámetros, y programas para pacientes que demandan tanto tratamientos de alta complejidad, como intermedios y/o ambulatorios.

Niveles de atención brindados en la institución

Las necesidades asistenciales varían en función de la gravedad de la lesión:

- Centro de Rehabilitación de Alta Complejidad (Paciente crítico)

Se trata de personas que ingresan desde una Unidad de Cuidados Intensivos y que se encuentran estables desde el punto de vista hemodinámico, respiratorio y sin complicaciones neuroquirúrgicas urgentes.

- Rehabilitación en Agudo (Paciente Agudo)

Está especialmente diseñada para personas que se hallan estables desde el punto de vista clínico y neurológico, con moderada o baja probabilidad de desarrollar complicaciones derivadas de la lesión original o sus secuelas.

- Rehabilitación en Subagudo (Paciente Sub-Agudos)

Contempla el tratamiento de personas que no requieren internación, pero sí de un Intensivo Plan de Rehabilitación

- Tratamientos Ambulatorios (Pacientes crónicos)

Se practica en pacientes con estabilidad neurológica y funcional que puedan beneficiarse del tratamiento especializado, en todos sus componentes o bien en algunos en los que la deficiencia es más incapacitante.

La duración de los tratamientos no está estandarizada, dependerá de cada caso en particular.

La clínica san Andrés está conformada por sectores físicos selectivos:

- Clínica planta baja : pacientes estables
- Clínica planta alta : cuidados intermedios
- Clínica paso: pacientes estables
- Clínica vip: terapia intermedia
- UCE : unidad de cuidados especiales
-

A continuación describiremos la clínica planta alta: que está conformada por: 1 unidad de servicio de enfermería que cuenta con 15 camas, distribuidas en cuatro habitaciones (2 habitaciones para hombres y 2 para mujeres), no posee estar de enfermería, cuenta con un personal de 20 personas de los cuales 1 es licenciado (jefe de sector), 4 son enfermeros profesionales y el resto (15) son asistentes de los cuales 8 son estudiantes de enfermería, y 2 son auxiliares en enfermería. La dotación diaria del personal es de 15 personas y la dotación total es de 20 personas. Distribuidos en tres turnos: TM (8), TT (6), TN (6)

El servicio de planta baja: es clínico donde se encuentran los pacientes que tienen un mejor estado motriz es decir pueden comunicarse y están conscientes, también posee 20 enfermeros de los cuales 5 son profesionales, cuenta con 15 camas y no posee estar de enfermería.

El servicio de paso de los andes: es clínico y está conformado por 20 enfermeros de los cuales 6 son profesionales y el resto estudiantes de enfermería. En este sector están aquellos pacientes que han progresado en la rehabilitación, realizan las cosas por sí mismas con mínima ayuda o bajo supervisión del enfermero. Son aquellos que están con un alta próxima .este sector si posee un estar de enfermería.

El sector UCE: cuenta con 10 enfermeros profesionales y 5 auxiliares posee 6 camas, reciben a los pacientes críticos o de mayor complejidad por más que estos pacientes están muy limitados físicamente, el equipo de salud pone todo el empeño y hace lo posible para rehabilitar. No posee estar de enfermería.

El sector vip: es una terapia intermedia, cuenta con 5 enfermeros profesionales y 6 asistentes en total, posee 6 camas y reciben a los pacientes críticos y de mediana complejidad. No posee estar de enfermería.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo descriptivo, ya que se basa en la descripción de hechos complejos donde la interpretación de los fenómenos son realizadas a partir de las perspectivas de las mismas personas implicadas, ósea, los familiares directos (madre – padre –abuelo), de los pacientes internados en el instituto San Andrés.

-No experimental, pues la variable no es manipulada intencionalmente, los fenómenos se registran conforme va ocurriendo normalmente, por eso también son de tipo exploratorio porque este tema ha sido poco estudiado y los que se asemejan son de otros países y muchas veces no concuerdan con la realidad local.

Transversal, ya que las variables que se analizaron se establecieron en un determinado momento en el tiempo (1° semestre del presente año),

Finalmente de tipo cuantitativo, ya que la recolección de datos se realizó a través de encuestas, que se pudo medir mediante porcentajes y estadísticas.

DELIMITACIÓN DEL CAMPO A ESTUDIAR

UNIVERSO

El universo se compone por 60 familias de los 60 pacientes internados, que se encuentran en La Clínica San Andrés ubicado en Emilio Civit 742 y corresponden al 100% del universo, durante el primer semestre del año 2016

MUESTRA

Los participantes de esta investigación son 30 (treinta) familiares directos de 30 pacientes internados, en la Fundación San Andrés, para la muestra se tomó el cincuenta por ciento de la población total.

VARIABLES EN ESTUDIO

- Variable independiente: Relaciones familiares
- Variable dependiente: Rehabilitación de pacientes con disminución motora

HIPÓTESIS

Las relaciones familiares son importantes en el proceso de rehabilitación, para favorecer su buena evolución en pacientes con disminución motora

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizara una ENCUESTA como técnica para recolectar información veraz y completa relativa a las características del universo.

Instrumentos: se utiliza un cuestionario que comprende una serie de preguntas respecto a las variables en estudio, en donde responde por escrito la persona interrogada. Este instrumento contiene 13 preguntas cerradas donde el objetivo es obtener información sobre: características de la familia, relaciones familiares, opinión sobre la evolución del paciente durante el tratamiento de la rehabilitación, grado de satisfacción acerca del tratamiento recibido por parte del equipo de salud grado de satisfacción con respecto al equipo de salud e infraestructura.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Reunida la información, se procede a su organización, codificación y tabulación. Los datos se presentaron a través de tablas y gráficos.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

CODIFICACIÓN DE DATOS

TABLA N° 1

Edad del paciente internado

- a) 30-40 años
- b) 41-50 años
- c) 51-60 años
- d) 61-70 años
- e) 71-80 años

TABLA N° 2

Sexo del paciente internado

- a) Masculino
- b) Femenino

TABLA N° 3

Motivos de internación:

- a) Accidentes de trabajo
- b) Accidentes viales
- c) ACV (Accidente Cerebro Vascular)
- d) Espina bífida
- e) Miopatía muscular
- f) Lesión medular
- g) Amputación
- h) TEC (Traumatismo Encéfalo Craneal)

TABLA N° 4

Rol que ocupa el paciente internado en la familia

- a) Padre
- b) Madre

- c) Abuelo/a
- d) Hijo/a
- e) Hermano/a
- f) Nieto/a

TABLA N°5

Frecuencia de visitas al paciente internado por parte del familiar

- a) Todos los días
- b) Tres veces por semana
- c) Una vez a la semana
- d) Una vez al mes
- e) Nunca

TABLA N°6

Relación del paciente internado-familiar

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular
- e) Mala

TABLA N° 7

Calificación del familiar de las sesiones de rehabilitación realizadas por los terapistas

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular

e) Mala

TABLA N°8

Calificación del familiar de los cuidados que se brindan al paciente internado

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular
- e) Mala

TABLA N° 9

Calificación del familiar de los resultados de rehabilitación del paciente internado

- a) Excelente
- b) Muy bueno
- c) Bueno
- d) Regular
- e) Malo

TABLA N° 10

Calificación de la atención del personal de salud

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular
- e) Mala

TABLA N°11

Grado de contención al paciente internado según la valoración del familiar acerca de la institución.

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muy poco
- d) Nunca

TABLA N° 12

Frecuencia de veces que el paciente le manifiesta al familiar sus miedos e inquietudes con respecto al tratamiento de rehabilitación

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muy poco
- d) Poco
- e) Nunca

TABLA N° 13

¿Cree que el mantener un vínculo cercano al paciente lo ayude a su recuperación?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muy poco
- d) Nunca

TABLA N° 14

Aporte de la familia con los recursos necesarios para la atención del paciente
(medicamentos, elementos de higiene, ropa)

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) A veces
- d) Poco
- e) Nunca

TABLA N° 15

Calificación de la infraestructura de la institución

- a) Excelente
- b) Muy buena
- c) Buena
- d) Regular
- e) Mala

TABLA N° 16

Accedería a internar al paciente en el hogar para continuar con el proceso de
rehabilitación si contara con los recursos necesarios

- a) Si
- b) No
- c) No sé

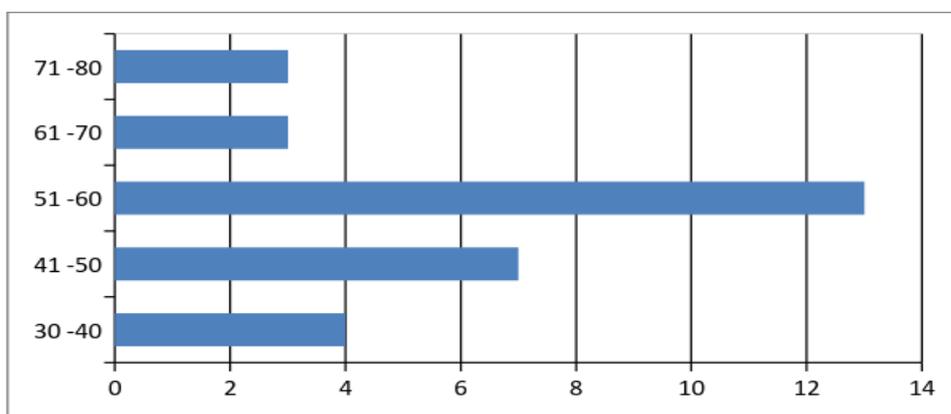
TABLA N°1: Edad del paciente internado en proceso de rehabilitación.

Clínica San Andrés, Mendoza 2016

EDAD	FA	FR	F%
30 -40	4	0,13	13
41 -50	7	0,23	23
51 -60	13	0,43	43
61 -70	3	0,1	10
71 -80	3	0,1	10
Total	30	0,99	99

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS

En este gráfico podemos observar que existe un porcentaje de internados con un 43,3 % que tienen un rango de edad de 51 – 60 años, que corresponde a adultos mayores, siguiéndole con un 23% el rango de edad de 41-50 años.

Demuestra de este modo que más de la mitad de los pacientes internados son “adultos mayores”, que se encuentran en el proceso de rehabilitación.

Y que por distintos motivos, no pueden desempeñarse en el ámbito laboral.

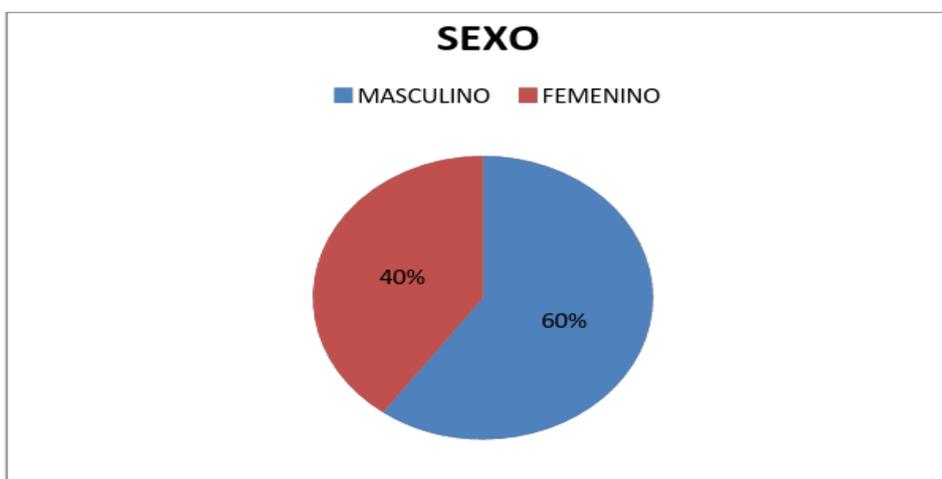
TABLA N° 2: sexo del paciente internado, en proceso de rehabilitación, en la clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

SEXO	FA	FR	F%
masculino	18	0,6	60
femenino	12	0,4	40
TOTAL	30	1	100

FUENTE:

Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS:

En este gráfico podemos observar que el mayor porcentaje lo obtiene el sexo masculino con un 60%, sin embargo, la diferencia con el sexo femenino es mínima, alcanzando el 40% de las pacientes internadas.

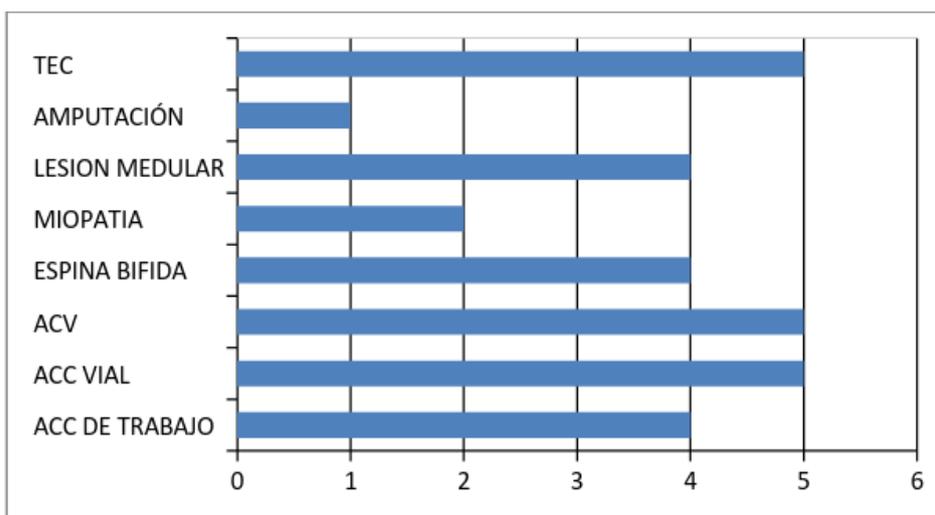
No existe una gran brecha entre ambos sexos internados en proceso de rehabilitación.

TABLA N° 3: Motivos de internación del paciente internado en la clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

Motivos de internación	FA	FR	F%
Accidentes de trabajo	4	0,13	13
Accidentes viales	5	0,17	17
Accidente Cerebro Vascular	5	0,17	17
Espina Bífida	4	0,13	13
Miopatía muscular	2	0,06	6
Lesión medular	4	0,13	13
Amputación	1	0,03	3
Traumatismo Encéfalo Craneal	5	0,17	17
TOTAL	30	0,99	99

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS:

Los motivos de internación de los pacientes internados son muy variados, entre los que predominan con un 17% son: Accidentes cerebro vasculares (ACV), Accidentes viales y Traumatismo Encéfalo Craneal, los últimos mencionados mantienen íntima relación, siendo el grupo de edad de mayor incidencia.

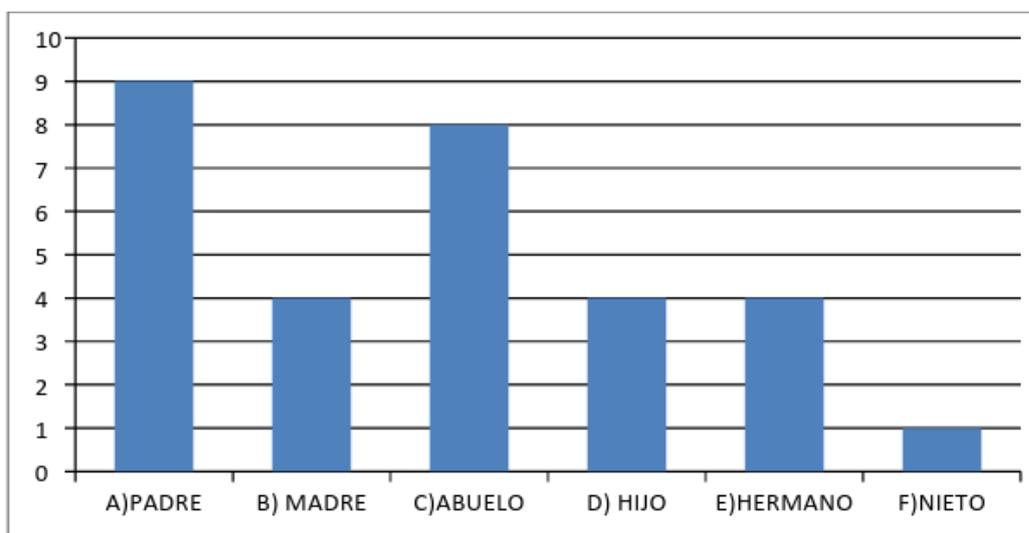
Le siguen en la lista con un 13% cada uno: Lesión Medular, espina bífida, y accidentes de trabajo, que lideran el 2do puesto por motivos de internación.

TABLA N°4: Rol que ocupa el paciente internado en el núcleo familiar, en la clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

	FA	FR	F%
a)Padre	9	0,3	30
b) Madre	4	0,13	13
c)Abuelo	8	0,27	27
d) Hijo/a	4	0,13	13
e)Hermano/a	4	0,13	13
f)Nieto	1	0,03	3
	30	0,99	99

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS:

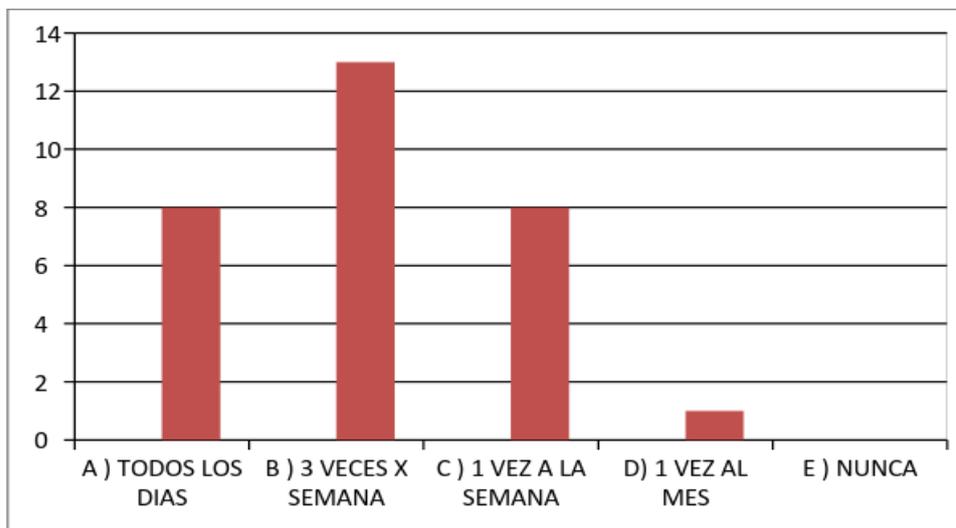
Un 30%, son padres de familia que no pueden desempeñar su rol, ya que se encuentran en etapa de rehabilitación. Le sigue con una estrecha diferencia, el rol: Abuelo, con un 27%, que son los pacientes que más tardan en recuperarse. Debido a la edad y estado nutricional que va decayendo con el tiempo.

TABLA N° 5: Frecuencia de visitas familiares que tiene el paciente, internado en la clínica San Andrés, Mendoza 2016

FRECUENCIA DE VISITAS	FA	FR	F%
A) TODOS LOS DÍAS	8	0,27	27
B) 3 VECES X SEMANA	13	0,43	43
C) 1 VEZ A LA SEMANA	8	0,27	27
D) 1 VEZ AL MES	1	0,03	3
E) NUNCA	0	0	0
	30	1	100

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 5



ANÁLISIS:

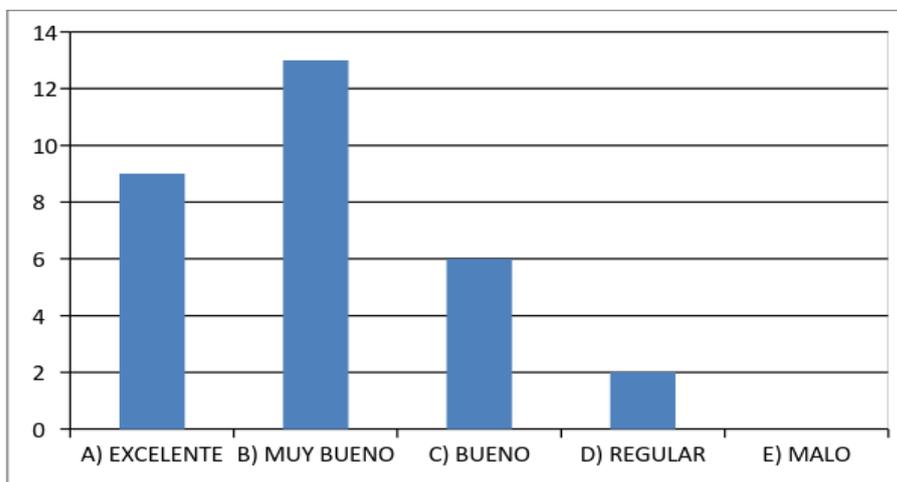
El gráfico representa que los pacientes son visitados, al menos 3 veces por semana con un (43%), estos familiares se encuentran pendientes del proceso y resultado que va obteniendo en cuanto a su tratamiento de rehabilitación. Un (27%) afirma ir a diario a visitar al paciente, debido a la corta distancia física con la institución, (27%) afirmó haber ido de visita al menos una vez por semana, para mantenerse informado sobre el estado de salud y posterior evolución, durante los días de internación del paciente.

TABLA N° 6: Relación existente paciente- familia, durante el periodo del primer semestre del 2016

	FA	FR	F%
A) EXCELENTE	9	0,3	30
B) MUY BUENO	13	0,43	43
C) BUENO	6	0,2	20
D) REGULAR	2	0,07	7
E) MALO	0	0	0
TOTAL	30	1	100

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 6



ANÁLISIS:

El gráfico demuestra que el 43% de los encuestados calificó su relación familia-paciente como muy buena, y otro 30% como excelente.

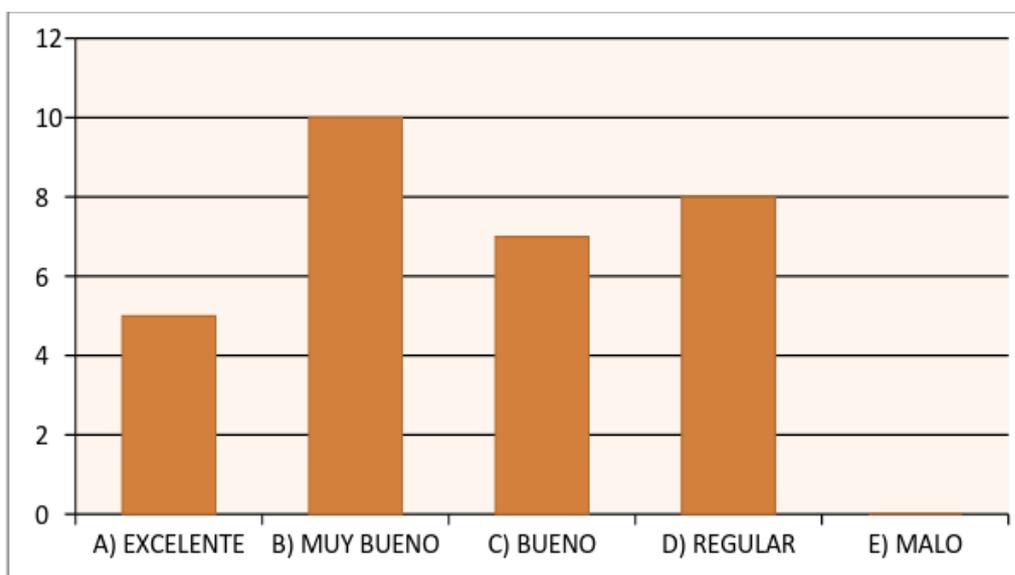
Hace referencia que los pacientes en proceso de rehabilitación, han llevado una relación más que fluida, y plena con sus familiares, los cuales los apoyan incondicionalmente, en su proceso de rehabilitación.

TABLA N°7: calificación del familiar, de las sesiones de rehabilitación organizadas por los terapeutas durante el primer semestre del año 2016

	FA	FR	F%
A) EXCELENTE	5	0,17	17
B) MUY BUENO	10	0,33	33
C) BUENO	7	0,23	23
D) REGULAR	8	0,27	27
E) MALO	0	0	0
TOTAL	30	1	100

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS:

El gráfico resalta que existen dos grandes grupos opuestos, entre los familiares que declararon las sesiones de rehabilitación como muy buenas (33%), contra los que les pareció regular, con un (27%); esto significa que existe una gran discrepancia entre lo que están conformes y los que están descontentos o poco conformes con las sesiones de rehabilitación, que se organizan en dicha institución.

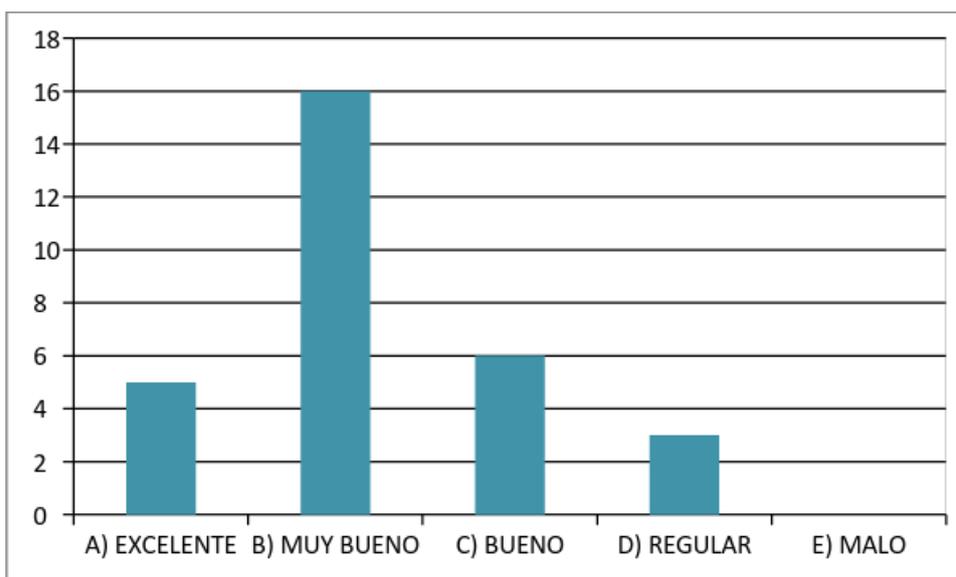
TABLA N°8: Calificación del familiar que le da, a los cuidados que se le brindan al paciente internado durante el primer semestre del año 2016.

	FA	FR	F%
A) EXCELENTE	5	0,17	17
B) MUY BUENO	16	0,53	53
C) BUENO	6	0,2	20
D) REGULAR	3	0,1	10
E) MALO	0	0	0
TOTAL	30	1	100

FUENTE:

Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS:

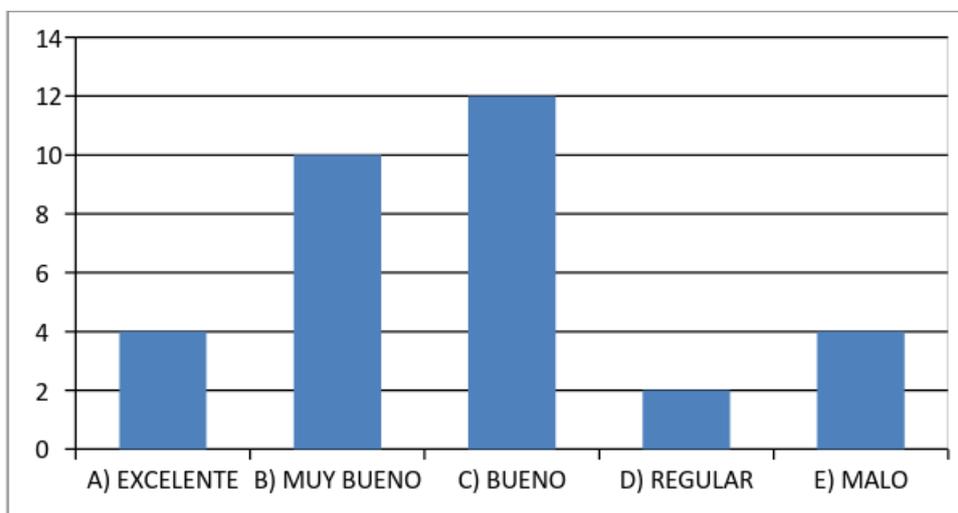
El gráfico representa que la mayoría de los encuestados (53%) están o se muestran contentos con los cuidados recibidos hacia el familiar internado, en relación a los cuidados que se le proporcionan a los mismos.

TABLA N°9: Calificación que le da el familiar a los resultados del proceso de rehabilitación del internado. Durante el primer semestre del año 2016.

	FA	FR	F%
A) EXCELENTE	4	0,13	13
B) MUY BUENO	10	0,33	33
C) BUENO	12	0,4	40
D) REGULAR	1	0,03	3
E) MALO	3	0,1	10
Total	30	0,99	99

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS

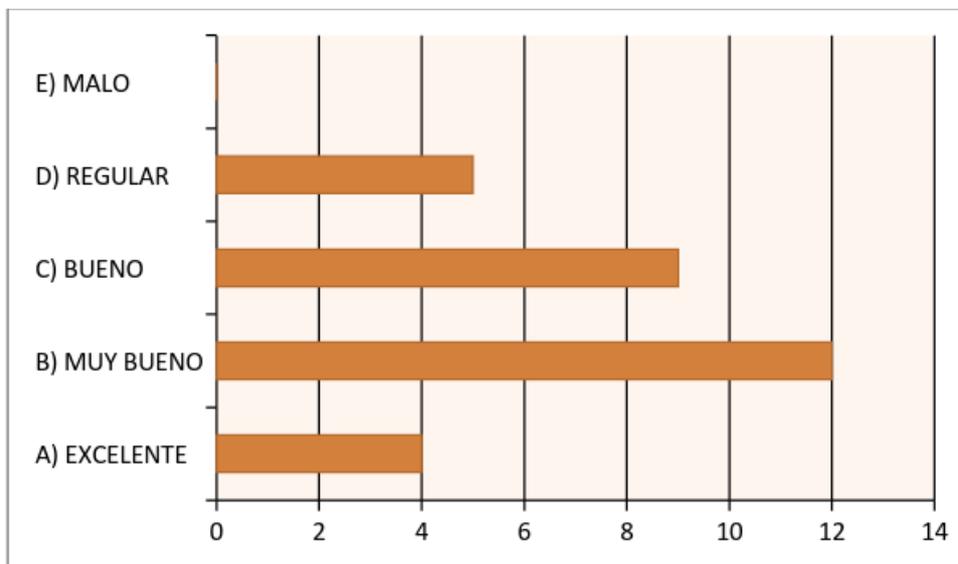
Este gráfico representa que los encuestados se encuentran conformes con los resultados obtenidos de los pacientes internados ya que un 40% lo calificó como bueno; un 33% como muy bueno, y solo el 10% de los encuestados, calificó a los resultados como “malo”. Esto genera buenas expectativas en cuanto al proceso de rehabilitación en la Clínica misma, y de los que se encuentran a cargo de la institución.

TABLA N°10: Calificación que se le otorga a la atención del personal de salud por parte del familiar del paciente internado

	FA	FR	F%
A)EXCELENTE	4	0,13	13
B)MUY BUENO	12	0,4	40
C) BUENO	9	0,3	30
D) REGULAR	5	0,16	20
E) MALO	0	0	0
TOTAL	30	0,99	99

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 10



ANÁLISIS:

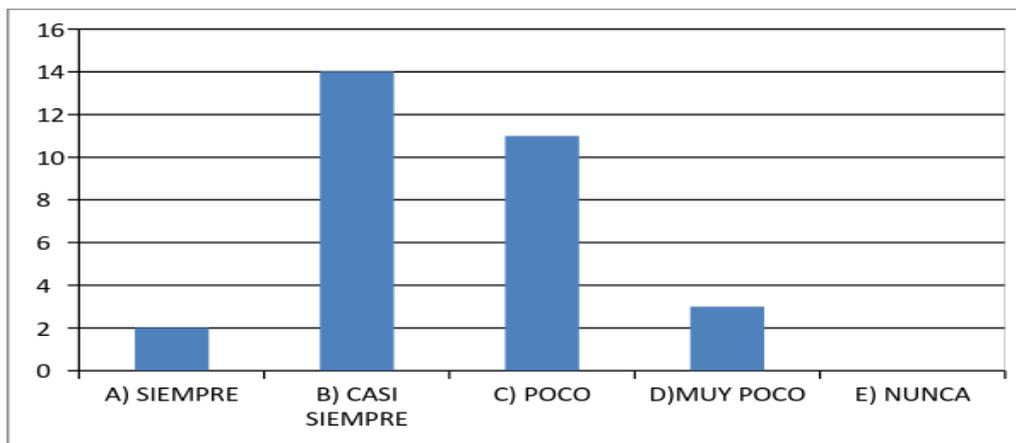
El cuadro hace referencia al tipo de atención recibida por parte de todos los miembros del personal de salud que incluye enfermeros, médicos, fisiatras, psicólogos, entre otros, Más del 50% de los encuestados están conformes con la atención recibida

TABLA N°11: Grado de contención (emocional, psicológica) al paciente internado, según la valoración de la familia.

	FA	FR	F%
A) Siempre	2	0,06	6
B) Casi siempre	14	0,47	47
C) Poco	11	0,37	37
D)Muy Poco	3	0,1	10
E) Nunca	0	0	0
TOTAL	30	0	100

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N°11



ANÁLISIS

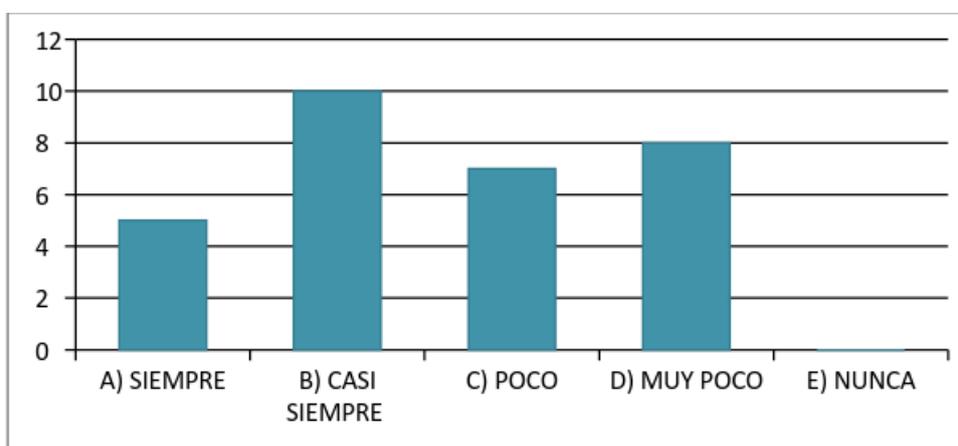
El gráfico hace referencia al grado de contención recibida del paciente por parte del personal de salud y de la institución, percibida según el grupo familiar quien visita al paciente. En este caso existen dos grandes brechas: con un (47%) se muestran contentos, han notado y revelado tener una muy buena contención, por parte de la institución; mientras que un (37%) se muestra descontento con la contención recibida por parte de la institución. Finalizando con un 10%, los cuales se encuentran muy poco conformes a la atención recibida por parte de la institución y sus integrantes

TABLANº 12: Frecuencia del paciente por transmitir miedos e inquietudes al familiar, durante el primer semestre del año 2016.

	FA	FR	F%
A) SIEMPRE	5	0,17	17
B) CASI SIEMPRE	10	0,33	33
C) POCO	7	0,23	23
D) MUY POCO	8	0,27	27
E) NUNCA	0	0	0
TOTAL	30	1	100

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 12



ANÁLISIS

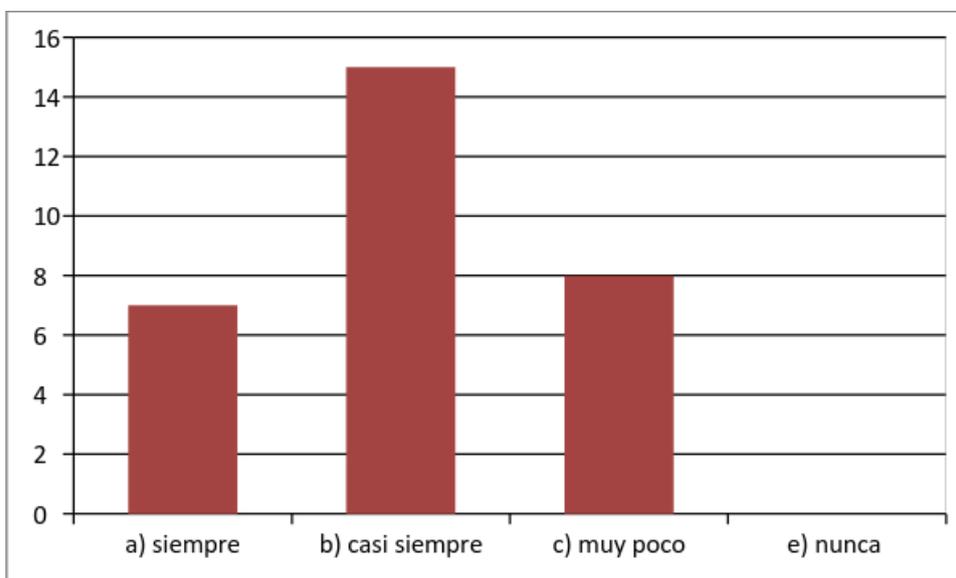
En este gráfico se representa que más del 33 % indicó que “casi siempre” sus familiares internados les transmitieron, sus miedos e inquietudes con respecto al proceso de rehabilitación. Un 27% admitió haber percibido muy poco las preocupaciones de los internados. Seguido de un 23% que admitió que en pocas veces se les transmitieron preocupaciones del familiar internado. Esto nos indica que en algún momento los pacientes logran transmitir sus preocupaciones, pensamientos, dudas al familiar que los visita.

TABLA N°13: Creencia del familiar de mantener un vínculo cercano al paciente internado, para ayudarlo de alguna forma a su recuperación y rehabilitación motriz durante el primer semestre del año 2016.

	FA	FR	F%
a) siempre	7	0,23	23
b) casi siempre	15	0,5	50
c) muy poco	8	0,26	26
e) nunca	0	0	0
TOTAL	30	0,99	99

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 13



ANÁLISIS.

El gráfico representa que, la mitad de los familiares encuestados cree que si establece un vínculo con el paciente internado “casi siempre” (un 50%) podrán ayudar a mejorar el proceso de rehabilitación.

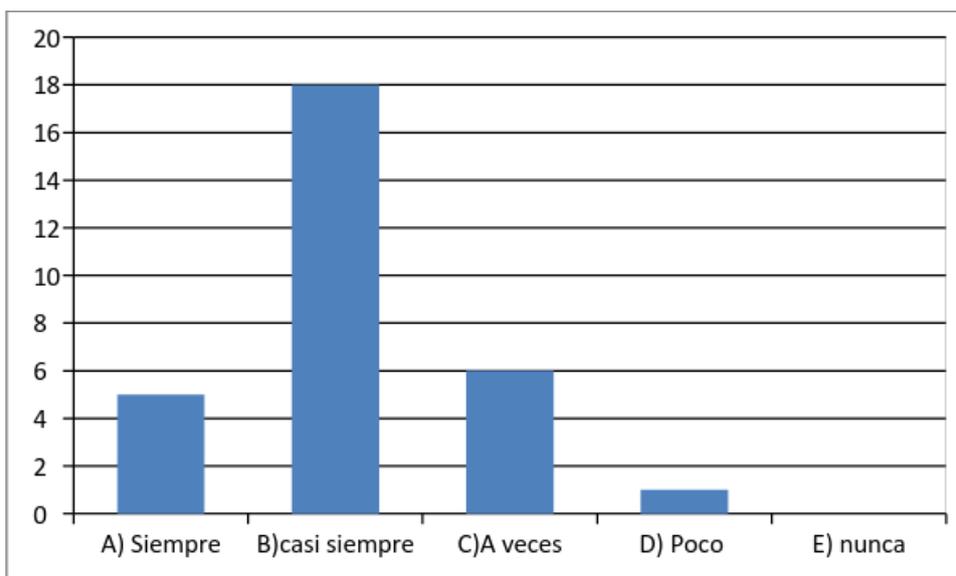
La mayoría de los encuestados se mostró optimista en el proceso de recuperación del paciente internado, y su posterior reinserción social.

TABLA Nº 14: Aportes de medicamentos, elementos de higiene y ropa del familiar hacia el paciente; solicitados por la institución en el primer semestre del año 2016.

	FA	FR	F%
A) Siempre	5	0,17	17
B)casi siempre	18	0,6	60
C)A veces	6	0,2	20
D) Poco	1	0,03	3
E) nunca	0	1	100

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO Nº 14



ANÁLISIS:

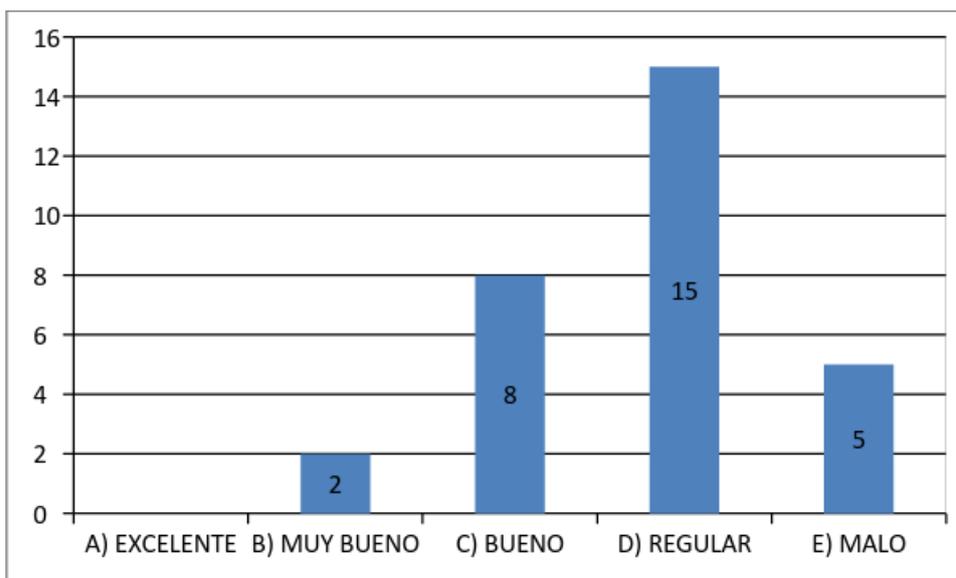
El gráfico representa que un 60% de los familiares afirmó contar casi siempre con los elementos solicitados por la institución, los cuales incluyen ropa adecuada para internación, elementos de higiene. Y medicación exclusiva para el uso del paciente, ya que la institución no cuenta con una farmacia. No obstante la institución cuenta con medicación de emergencia en caso de alguna urgencia que podría pasarle al paciente.

TABLA N°15: Calificación de la infraestructura de la institución que se le realizó durante el primer semestre del año 2016

	FA	FR	F%
A) Excelente	0	0	0
B) muy bueno	2	0,07	7
C) Bueno	8	0,26	26
D) regular	15	0,5	50
E) Malo	5	0,17	17
TOTAL	30	1	100

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 15



ANALISIS:

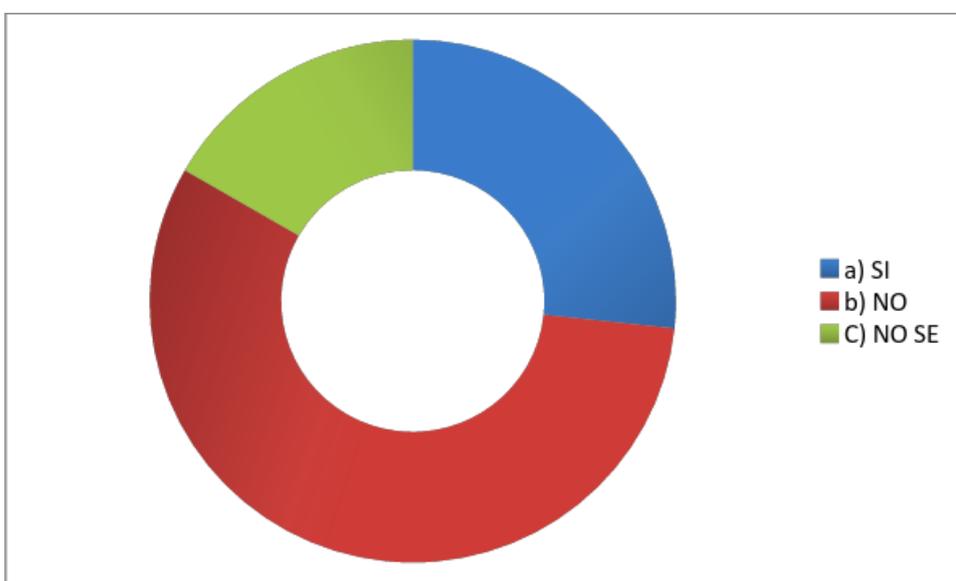
La gráfica hace referencia principalmente al estado en que se encuentra la Clínica San Andrés en donde el cincuenta por ciento cree que la infraestructura es regular y poco adecuada para ser un centro de rehabilitación.

TABLA N° 16: si el familiar accede, al tratamiento de rehabilitación del paciente internado, en su hogar, en caso de contar con el espacio adecuado y los recursos necesarios.

	FA	FR	F%
a) SI	8	0,26	26
b) NO	17	0,57	57
C) NO SE	5	0,16	16
Total	30	0,99	99

FUENTE: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a familiares directos del paciente internado en la Clínica San Andrés durante el primer semestre del año 2016

GRÁFICO N° 16



ANÁLISIS.

El gráfico representa que más de la mitad de los encuestados prefieren que el proceso de rehabilitación se realice en la clínica san Andrés. Ya que se encuentran conformes de los resultados obtenidos.

Y además se encuentran inseguros en caso de continuar el proceso de rehabilitación en el hogar.

ANÁLISIS DE DATOS

Con la presente investigación realizada, se logró realizar los análisis correspondientes de las variables planteadas y obtener datos en relación a la situación referida: al paciente internado en proceso de rehabilitación y a las relaciones familiares que posee.

Se realizó el análisis en tablas y gráficos en base a 30 familiares directos encuestados, de pacientes que se encuentran internados en proceso de rehabilitación, en el Instituto San Andrés durante el primer semestre del 2016.

Se logró analizar, por un lado, características personales de los pacientes, respecto al sexo, en donde los porcentajes se muestran similares ya que el sexo masculino se representó por el 60%, y el femenino con un 40%.

En cuanto a la edad nos encontramos con franjas etarias que fluctúan, de las cuáles predomina el rango de edad de 51-60 años con un 43%, le sigue con un 23% el rango 41-50 años, terminando con un 13% 30-40 años y por último las edades de entre 61-70 y 71-80 años ambos representados con un 10%

De acuerdo a lo observado y encuestado, se puede decir que entre los distintos motivos de internación a la fundación San Andrés, se deben principalmente a (ACV: accidente Cerebro Vascular, TEC: Traumatismo Encéfalo Craneal y Accidentes viales) cada uno con un 17% predominando sobre los demás; siguiéndole con un 13% (accidentes de trabajo, espina bífida y lesión medular).

El principal rol de los pacientes internados que ocupaban en la familia eran: el de “padres de familia” liderando con un 30 % y siguiéndolo, el rol: abuelo con el 27% y el de rol madre, hermano e hijo con un 13% cada uno. Las frecuencias de visitas que se estableció en la mayoría de los encuestados representó en su mayor proporción con un 43% (3 veces por semanas), cifra alentadora, tanto para los pacientes internados como para establecer un vínculo afectivo; seguidas con un 27% con las visitas de (todos los días) y otro 27% que refería ir por lo menos (una vez al mes).

Con respecto a la relación entre el paciente y su familia, un 43% de los encuestados, la calificó como “muy buena”, seguida de un 30% como una relación “excelente”, no se manifestó ningún vínculo con mala relación.

Si nos enfocamos en los datos volcados, en cuanto a la transmisión de miedos e inquietudes del paciente al familiar, un 33%, afirmó haber escuchado, aconsejado y motivado al paciente internado para que progrese y no abandone su proceso de rehabilitación. No obstante un 27% consideró “muy poco” las frecuencias del paciente por transmitir sus emociones. Seguido de un 23% que lo calificó como “poco” y finalmente con un 17% de los encuestados que afirmó que “siempre” estuvieron presentes en el momento que el paciente le transmitió sus miedos y preocupaciones con respecto al tratamiento de rehabilitación e inquietudes personales.

En cuanto a los resultados obtenidos por el proceso de rehabilitación, calificado solamente por la familia, más del 70% de los mismos calificaron estar conformes con los resultados obtenidos, el 40% lo calificó como bueno y el 33% como muy bueno, mientras que solo el 10% se encontraron disconformes con los resultados del proceso de rehabilitación y lo calificaron como “malo”.

Con respecto al grado de satisfacción por parte de los familiares hacia la institución:

En relación a las sesiones de rehabilitación organizadas por los terapeuta: la calificación que le dio el familiar fue de un 33% como “muy buena”, en contraste con un 27% que la calificó como “regular”. Un 23% como “bueno” y un 17% como “excelente”.

En relación a los cuidados que se le brindó al paciente: un 53% lo estimó “muy bueno” a los cuidados que se le brindaron, un 20% lo estimo como “bueno”, un 17% como “excelente” y un 10% como “regular”

En relación a la atención del personal de salud: un 40% valoró como “muy buena” la atención recibida, seguida con un 30% considerada como “buena”, un 16% la considero “regular” y el 13% la considero “excelente”.

En relación con la infraestructura un 50% la considero como “regular” (señalaron la falta de ascensores, el deterioro de las paredes, y pintura). Seguida de un 26% como “buena”, un 17% como “mala” y un 7% como “muy bueno” el estado edilicio.

Para finalizar el proceso de rehabilitación del paciente depende de la familia, el grupo de salud, espacio físico, y programas que garanticen la pronta reinserción del individuo a la sociedad en el mejor estado óptimo de salud, con la mejor independencia motriz que sea posible

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSION

La clínica san Andrés es un centro de referencia especializado en rehabilitación neuromotriz, en Mendoza. La mayoría de los pacientes internados que están en proceso de rehabilitación se deben a: ACV (Accidentes Cerebro vasculares), TEC (Traumatismos encéfalo Craneal) y Accidentes viales.

Los pacientes internados, corresponden un 60% al sexo masculino, con un rango de edad de 51-60 años, adultos mayores, que han tenido una buena evolución en el tratamiento de rehabilitación según percepción del familiar.

El 70% de los encuestados que corresponde a 21 personas afirmó ir (siempre y tres veces por semana a visitar a su familiar), de los cuales 15 personas consideraron como (excelente y muy bueno) los resultados obtenidos de los pacientes en rehabilitación motriz, que corresponden al 50% del total de los encuestados, quienes también afirmaron que la capacidad de transmitir contención, apoyo emocional y la buena relación con el paciente internado, hacía más efectivo el tratamiento del mismo.

El 73% de los encuestados refirió que mantener un vínculo cercano a la paciente ayuda (siempre y casi siempre) a mejorar el proceso de rehabilitación, y el 50% de los encuestados refirió que el paciente le transmitió (siempre y casi siempre) sus miedos e inquietudes sobre el tratamiento

Para concluir las buenas relaciones familiares ayudan y favorecen los procesos de rehabilitación en pacientes con disminución motora, la base, es que los familiares se mostraron conformes con los resultados obtenidos del paciente, estos mantuvieron un vínculo cercano durante el tiempo de internación y les brindaron contención con respecto a sus miedos e inquietudes con respecto a su tratamiento. No obstante este proyecto permitió analizar el estado socio afectivo del paciente, un dato no menor para el equipo de salud, quienes deben

tener en cuenta los factores de riesgo claves para detectar y evitar inconvenientes que lleven al paciente a renunciar al tratamiento.

PROPUESTAS

Al finalizar la investigación hemos alcanzado una visión integral del proceso de rehabilitación, lo que nos muestra la realidad en la que deben desenvolverse los pacientes y el personal de salud.

Consideramos importante:

- Diseñar talleres enfocados en el familiar del paciente internado
- Incentivar al personal de enfermería en cuanto a la participación y colaboración para mejorar las relaciones familiares
- Concientizar al personal de enfermería sobre la importancia del proceso de rehabilitación enfermero-paciente-familia.
- Implementar en el servicio de rehabilitación, un espacio que sea destinado para la expresión de los diferentes criterios por parte de la familia del paciente y el personal de salud, que permita la puesta en marcha de nuevas propuestas y mejoras que contribuyan a la mejora de la atención del paciente y un mejor progreso en su etapa de rehabilitación-reinserción en la sociedad

Al Instituto San Andrés:

Se recomienda mejorar la infraestructura de la institución ya que en las encuestas se calificó como regular debido a espacios pequeños, y a la falta de reparación del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, Verdugo, Miguel. (2003). *perspectivas psicopatológicas y rehabilitadoras*. Madrid: siglo 21.
2. Rolland, John. (2009) *Familia, enfermedad y discapacidad, una propuesta desde la terapia sistémica*. Madrid: Gedisa.
3. White. Michel. (2009) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Madrid. Gedisa.
4. Carrillo, María José, (2010).*Relación familiar frente al postgrado*.
5. Revista Nursing de enfermería, *Cuidador familiar del paciente dependiente*, Año 2006
6. Acedo, Francisco, (2006) *Los cuidadores de familiares enfermos*.
7. Rickety E. Maltin,ski, Francisco R.Pubert,(2009)*Rehabilitación, recuperación funcional de Llisiado*,Cuarta edición.
- 8.Watzlawick, beansy, Jackson.(1997)*Teoría de la comunicación humana*, Barcelona Heder.
- 9.Cook,Josué, Lee Fontaine, karen.(1991).*Fundamentos esenciales de la enfermería en salud mental*,España,Madrid:Segunda edición, interamericana-McGraw-Hill.

ANEXO

Encuesta

Estimado familiar, solicitamos de su colaboración para la recolección de datos relevantes para la formulación de proyecto de tesina, la cual será presentada en la universidad nacional de cuyo.

Sexo del paciente ____

Edad del paciente ____

Motivo de internación -----

1- Indique el rol que ocupa el internado, en el núcleo familiar.

- A) padre
- B) madre
- C) abuelo/a
- D) hijo/a
- E) hermano/a
- F) nieto/a

2- ¿con qué frecuencia visita a su familiar internado?

- A) todos los días
- B) 3 veces x semana
- C) 1 vez a la semana
- D) 1 vez al mes
- E) Nunca
- F)

3- ¿cómo considera su relación con el paciente internado?

- A) excelente
- B) muy buena
- C) buena

- D) regular
- E) mala

4- ¿cómo calificaría las sesiones de rehabilitación organizada por los terapistas?

- A) excelente
- B) muy bueno
- C) bueno
- D) regular
- E) malo

5- ¿cómo calificaría los cuidados que se brindan al paciente en la institución?

- A) excelente
- B) muy bueno
- C) bueno
- D) regular
- E) malo

6- ¿cómo calificaría los resultados de los tratamientos de rehabilitación de su familiar?

- A) excelente
- B) muy bueno
- C) bueno
- D) regular
- E) malo

7- califique la atención del personal de salud

- A) excelente
- B) muy bueno
- C) bueno
- D) regular
- E) malo

8- ¿cree que el paciente está contenido emocionalmente por la institución?

- A) siempre
- B) casi siempre
- C) poco
- D) muy poco
- E) nunca

9- ¿con qué frecuencia el internado le manifiesta miedo e inquietudes?

- A) siempre
- B) casi siempre
- C) poco
- D) muy poco
- E) nunca

10- ¿cree que el mantener un vínculo cercano al familiar internado, lo ayude de alguna forma a su recuperación motriz?

- A) siempre
- B) casi siempre
- C) poco
- D) muy poco
- E) nunca

11-cuenta con los recursos necesarios para proveer a su familiar internado con elementos y medicación solicitados

- A) siempre
- B) casi siempre
- C) a veces
- D) poco
- E) nunca

12-¿cómo calificaría la infraestructura de la institución?

- A) excelente
- B) muy bueno
- C) bueno
- D) regular
- E) malo

13-¿accedería a que el tratamiento de rehabilitación, del internado sea realizado en el hogar, en caso de contar con el espacio físico adecuado?

- A) si
- B) no
- C) no se

iiiiii MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN...!!!!!!!!!!!!

RELACIONES DE LOS FAMILIARES EN PACIENTES CON DISMINUCION MOTORA EN PROCESO DE REHABILITACION EN LA CLINICA SAN ANDRES

N°	E	S	M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	44	F	E	D	C	C	C	C	C	B	C	D	C	B	D	B
2	56	M	C	C	C	C	B	D	D	D	A	D	C	B	E	C
3	60	M	C	E	B	B	D	B	C	D	C	B	B	B	E	B
4	56	M	B	A	B	A	B	B	A	A	B	D	B	A	E	B
5	73	F	B	C	A	A	A	A	A	C	B	C	B	A	D	B
6	36	M	E	D	A	A	B	B	A	B	B	A	A	B	C	C
7	60	F	B	E	B	B	A	B	A	B	C	B	B	B	D	B
8	55	M	B	A	A	A	A	B	A	B	B	B	A	B	D	B
9	49	M	C	A	B	B	B	B	B	C	D	C	B	B	C	B
10	63	F	G	B	B	B	C	B	B	C	B	D	C	B	D	B
11	42	F	A	E	B	A	B	B	A	D	D	C	C	B	D	A
12	72	M	G	A	C	B	A	C	B	A	B	C	B	C	B	B
13	62	M	A	A	D	A	C	D	B	A	B	C	C	A	C	C
14	45	M	B	A	B	D	B	B	B	B	B	A	B	B	D	A
15	47	M	C	A	A	B	B	B	C	C	C	B	B	B	C	A
16	53	F	A	B	B	A	B	B	C	B	B	B	A	B	C	C
17	59	M	D	C	A	A	B	A	D	B	B	D	A	A	D	B
18	78	M	F	C	C	B	C	B	B	D	C	A	B	C	D	B
19	49	F	H	B	B	B	B	B	B	C	B	B	A	C	D	A
20	35	M	D	D	A	A	B	A	A	A	B	D	B	A	B	A
21	60	M	F	C	C	C	B	C	C	B	C	B	C	D	C	B
22	63	F	G	C	A	B	B	A	C	C	C	B	B	B	D	B
23	60	F	D	C	B	C	C	C	B	C	A	D	B	B	E	C
24	56	F	F	C	B	C	C	B	C	C	D	B	C	B	D	B
25	45	M	G	A	C	B	B	B	C	D	C	B	B	C	D	B
26	52	M	F	A	C	C	B	B	C	B	B	C	A	C	C	B
27	33	M	G	F	A	B	B	A	A	B	B	C	B	B	D	A
28	54	F	C	E	C	C	C	C	C	B	C	D	C	C	C	B
29	56	F	D	B	B	B	A	C	B	B	C	A	A	B	E	A
30	30	M	A	D	B	B	C	D	B	C	C	A	B	B	D	A

REFERENCIAS

N°: Número de encuestas

E: Edad de los pacientes internados

S: Sexo de los pacientes internados: M) Masculino, F) Femenino

M: Motivos de internación: A) Accidentes de trabajo, B) Accidentes viales, C) ACV, D) Espina bífida, E) miopatía , F) Lesión medular, G)Amputación, H)TEC

1: Rol que ocupa el paciente: A) Padre, B) Madre, C) Abuelo, D) Hijo/a, E) Hermano/a F) Nieto/a

2: Frecuencias de visitas al paciente internado: A) Todos los días, B) Tres veces por semana, C) Una vez a la semana D) Una vez al mes, E) Nunca

3: Relación del paciente internado-familiar: A) Excelente, B) Muy buena, C) Buena, D) Regular, E) Mala

4: Calificación del familiar de las sesiones de rehabilitación realizadas por los terapeutas: A)Excelente, B)Muy buena, C)Buena, D)Regular, E)Mala

5: Calificación del familiar de los cuidados que se brindan al paciente internado: A)Excelente, B)Muy buena, C)Buena, D)Regular, E)Mala

6 Calificación del familiar de los resultados de rehabilitación del paciente internado: A)Excelente, B)Muy bueno, C)Bueno, D)Regular, E)Malo

7: Calificación de la atención del personal de salud : A)Excelente, B)Muy buena, C)Buena, D)Regular , E)Mala

8: Grado de contención al paciente internado según valoración del familiar a cerca de la institución. A)Siempre, B)Casi siempre, C)Muy poco, D)Nunca

9: Frecuencias que el paciente manifiesta sus miedos, inquietudes por el tratamiento de rehabilitación: A)Siempre, B)Casi siempre, C)Muy poco , D)Poco

10: ¿Cree que en mantener un vínculo cercano al paciente lo ayude a su mejor recuperación? A)Siempre, B)Casi siempre, C)Muy poco, D)Nunca

11: Aporte de la familia con los recursos para el paciente (medicamentos, elementos de higiene, ropa): A) Siempre, B)Casi siempre , C)A veces, D)Poco, E)Nunca

12: Calificación de la infraestructura de la institución: A)Excelente, B)Muy buena, C)Buena, D)Regular, E)Mala

13: Accedería a internar al paciente en el hogar si contara con los recursos necesarios?: A) Si, B) No, C)No sé