



1726
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO

LA REPERCUSION DE LOS DIVERSOS
ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL
NUCLEO FAMILIAR Y SU RELACION CON
EL MEDICO FAMILIAR

TESIS:

QUE PARA OBTENER EL RECONOCIMIENTO DE:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MA. ANTONIETA VERONICA ACOSTA
SANCHEZ**

México, D. F.,



1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

- I. INTRODUCCION
- II. JUSTIFICACION
- III. MARCO DE REFERENCIA
 - a) ANTECEDENTES GENERALES
 - b) CONCEPTOS
- IV. HIPOTESIS
- V. OBJETIVOS
- VI. MATERIAL
- VII. METODOLOGIA
- VIII. CALENDARIZACION
- IX. FICHA ENCUESTA
- X. COLONIAS DE LA UMF=33.
- XI. RESULTADOS Y ANALISIS.
- XII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.
- XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

I N T R O D U C C I O N

La evolución de la medicina a través de los años, se ha caracterizado por la conservación de la salud del individuo mediante la investigación especializada del organismo humano sobre todo a partir de la Segunda Guerra Mundial, el progreso científico y tecnológico en el campo médico se exacerbó, la gran cantidad de conocimientos llevó al médico a limitar su acción a campos específicos, para estar suficientemente capacitado y otorgar una mejor atención a sus pacientes, pero él junto con el desarrollo tecnológico y científico fue alejándose del sentido humano de su profesión y aquél que se identificaba con el individuo y su familia se vio en peligro de desaparecer.

Es por eso que la Medicina Familiar se da, como una nueva corriente que intenta eliminar la actual deshumanización médica y responder a las insatisfacciones sociales en la atención médica y así tratar de reconquistar el lugar de la medicina contemporánea.

La lucha a la que se enfrenta la Medicina Familiar es difícil, apenas empieza, pero a pesar de que su esfuerzo es grande se logrará dependiendo del entusiasmo de aquellos que la forman.

JUSTIFICACION

En los últimos años, nuestro país al igual que todos en el mundo, ha sufrido una gran explosión demográfica, con gran aumento en todos los servicios y con poca capacidad para resolver la gran problemática que hoy día confrontamos.

Por lo anterior el Instituto Mexicano del Seguro Social ha tenido que modificar sus sistemas de atención de la prestación médica, técnica y administrativa, mediante cambios bruscos de subsistemas, para poder ir a la par de las apremiantes necesidades de las que carecen, los diversos núcleos de población, llámese familiar, llámese laboral.

Es bien sabido que la modernización de las ciudades trae emparejado la creación de nuevas industrias y dentro de las mismas las altas especialidades laborales con nuevos procesos de manufacturas, adquisición de nueva maquinaria, que en nuestro caso, casi siempre resulta de adquisición extranjera, por ello en múltiples ocasiones nos enfrentamos a pacientes, con toda la gama de la patología laboral actual, así como el daño que por repercusión, se genera a nivel del núcleo familiar, máxime que en bastantes ocasiones ésta situación puede traer como consecuencia, la defunción del trabajador con su consabida repercusión a su núcleo familiar, es por ello que consideramos necesario e indispensable el presente estudio y así poder lograr, cambiar y actualizar la mentalidad del médico familiar, esto en base a que tanto el-

trabajador asegurado como su familia en el más de los casos- dependerá de las decisiones que tome el médico familiar, éste último a su vez deberá tener la consciencia actual aceptar el cambio y deberá saber utilizar a los distintos especialistas con que para tales objetivos cuenta el I.M.S.S., - así como sus recursos humanos y financieros.

ANTECEDENTES GENERALES.

El Instituto Mexicano del Seguro Social se fundó en el año de 1943 cuando era presidente de la República Mexicana - el General Manuel Avila Camacho y desde su inicio se contemplaron tres tipos de seguro como protección para cada trabajador, los cuales hasta la actualidad son, el Seguro de Enfermedad General y Maternidad, el Seguro de Invalidez, Vejez Cesantía en edad avanzada y Muerte, finalmente el Seguro de Riesgos Profesionales que incluyen, accidentes de trabajo, - accidentes en trayecto y enfermedades profesionales.

Como ya se expuso con anterioridad, la población trabajadora, para poder disfrutar del pago del subsidio así como la prestación médica, tuvo necesidad de cubrir una cuota, -- sin embargo, también al patrón se le estableció otra, y finalmente el gobierno aceptó el restante, integrándose de ésta manera la comisión tripartita y de los tres seguros mencionados, el primero y el segundo se cubrieron mediante las cuotas tripartitas y por partes iguales, finalmente, como medida de protección al trabajador en su salario, el tercer seguro fué financiado al cien por ciento y en forma unipartita por el patrón.

Si partimos del principio que la cobertura del pago del seguro de riesgos profesionales corra ad-integrum por el patrón, esto contribuyo a que al asegurado con protección - del seguro de riesgos profesionales se le cubriere la incapa:

cidad al cien por ciento y a partir del primer día, con derecho a: tratamiento médico, hospitalización y en su caso el otorgamiento de aparatos de prótesis u ortopedia, así como su rehabilitación y también con derecho a pensión en los casos de miembros afectados y minusvalía para su función laboral.

En su inicio la institución tuvo muchos tropiezos, bastantes carencias y se vio en la necesidad de alquilar desde causas hasta instrumental. El recibimiento de tal prestación a la población trabajadora, no fué muy bien recibida tanto por el patrón como por el trabajador ya que entre otros, esto les representó una fuga de dinero, que por el momento no se justificaba, sin embargo el decreto ya se había establecido y nunca se dió marcha atrás, afortunadamente para nuestro país, que por aquel entonces cursaba con grandes carencias de instituciones médicas de manera accesible al pueblo mexicano.

Por otro lado, predominaba la carencia de curaciones mágicas, empíricas y herbolarios entre otros, por lo que tampoco había control sobre padecimiento alguno y las muertes así como las epidemias se encontraban a la orden del día.

Fundamentando éste planteamiento, posterior a la etapa de la resistencia al cambio, la institución fué evolucionando hasta la actualidad, sin embargo, la misma ha sufrido varios cambios que han afectado considerablemente la dinámica-

del manejo y control de los riesgos profesionales, al principio los accidentes de trabajo se centralizaban en las oficinas de Reforma y en estas sin la presencia del paciente, se calificaban las formas RP-M-1 por parte del departamento de riesgos profesionales siendo las acciones del médico familiar al respecto nulas, o escasas, persistiendo ésta situación hasta el día del 1º de marzo de 1970, en que el mencionado depto. fué descentralizado y por ende se turno un médico especialista de Medicina del Trabajo para cada una de las clínicas, con objeto de calificar el riesgo, autorizar el pago del subsidio y llevar el control de la subsecuencia mediante el empleo de la forma RPM-15, es importante hacer notar que para estas épocas, el contacto real y la mancuerna que debió haber hecho el médico de medicina del trabajo con el médico familiar se encontraba completamente rota.

Viene una segunda etapa, se modifica el sistema y se establece la atención del paciente en tres niveles, el primero que comprende medicina familiar, el segundo hospitales generales de zona y el tercero y último atención altamente especializada, en hospitales de grandes concentraciones, por lo que desde entonces los accidentes de trabajo se manejan en segundo nivel, lo cual ha provocado en la actualidad un verdadero divorcio entre el médico familiar y el médico de medicina del trabajo, ya que mientras uno se encuentra en una U.M.F., el otro en un H.G.Z.; muchas veces distantes el uno del otro, ocasionando con esto falta de comunicación para el correcto manejo del asegurado accidentado.

CONCEPTOS

Se considera Accidente de Trabajo según lo señalado el Art. 49 de la Ley del Seguro Social como "toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la -- muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo - del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que se presentare"

"También se considera el que se produzca al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del - trabajo, o de este a aquél"

Los riesgos de trabajo pueden producir según lo norma - el art. 62 de esta Ley:

- I.- Incapacidad temporal.
- II.- Incapacidad permanente parcial.
- III.- Incapacidad permanente total.
- IV.- Muerte.

En el proceso de rehabilitación del paciente, existen 4 etapas por las que atraviesa la familia y de acuerdo a estas se podrán hacer un reajuste a la misma de acuerdo a la etapa en que se encuentran.

- 1.- Etapa Aguda. Es cuando la familia reacciona con -- alarma y es difícil responder positivamente como lo haría en otras circunstancias.
- 2.- Etapa reconstructiva. Es en la que el paciente reci

be la atención médica para su estudio y readaptación física, emocional, etc. En esta etapa el paciente se dá cuenta de que la recuperación es limitada, lenta y que amerita mucho tiempo de tratamiento.

- 3.- Etapa de Meseta. Es cuando el tratamiento médico se estabiliza y las técnicas aplicadas para la rehabilitación requieren determinado tiempo para su realización. Esta etapa se caracteriza por la falta de interés, tanto del paciente como de su familia.
- 4.- Etapa Deteriorativa. Se considera la fase final en la que el paciente pierde todo interés por su problema y la familia se torna indiferente y obstaculiza la rehabilitación.

LA FAMILIA

DEFINICION.

La palabra familia proviene de la raíz latina "famulus" que significa esclavo domestico, en la antigüedad se consideraba como familia al conjunto de esclavos propiedad de un solo hombre.

Existen múltiples definiciones de la familia pero actualmente la que más se acepta es la que señala el Censo Norteamericano y dice; "LA Familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas entre sí por lazos consanguíneos, o de matrimonio o de adopción."

CLASIFICACION:

Desde el punto de vista de desarrollo se subdivide en:

- ARCAICA o PRIMITIVA
- TRADICIONAL
- MODERNA.

La familia primitiva está caracterizada por ser: Sumamente numerosa, abarca todo tipo de parientes consanguíneos o no, funciona como unidad de educación, protección y defensa, todas sus acciones están encaminadas a la subsistencia, su ocupación principal es la caza, pesca, la agricultura, --tratando de satisfacer sus necesidades básicas, no existen roles definidos para cada miembro. Las normas de conducta -- que imperan en la familia son atribuidas a poderes sobrehumanos, no son razonados; Las relaciones interpersonales en es-

ta familia son característicamente instintivo, la familia -- primitiva se ve obligada a vivir el presente y ser indiferente a otra actividad o actitud futurista.

La familia tradicional es numerosa, excede de dos generaciones, sus miembros poseen un patrimonio común respetan y conservan los valores culturales transmitidos por sus antecesores; funcionan como unidad de protección y producción, sus diferentes miembros tienen relaciones jerárquicas estrictas, por lo que, además de ocuparse por subsistir, establecen sus problemas en orden jerárquico para ser resueltos, sus ocupaciones principales son: la agricultura, ganadería, minería y comercio, se encargan de satisfacer sus necesidades básicas y proveer para el futuro. Las normas de conducta están reguladas por autoridades eclesiásticas, civiles y "el que dirá", las relaciones interpersonales en la familia tradicional son dadas y normadas por la autoridad interna, que se encarga de hacerlas funcionales y sólidas, tienen la característica de ser fuertemente afectivo, trata de mantener el status que posee en relación a su medio social.

La familia moderna es poco numerosa, no excede de una generación, la influencia de sus valores tradicionales es mínima, lo que los hace susceptibles al cambio, tienen marcada tendencia a realizarse para el futuro, la educación de los hijos es centralista, permitiendo que otros grupos se inmiscuyan en ella. Esta familia se preocupa por asegurar lo que tienen en el presente y su forma de vida se enfoca al mañana,

su marco de valores constantemente es cuestionado, produciendo múltiples conflictos su aceptación, rechazo o modificación, desarrollan sus actividades económicas en la industria o en los servicios por presión del medio ambiente, los miembros de la familia tienen roles específicos pero con la característica de ser intercambiable. En la familia moderna las normas que rigen su conducta son lábiles, fluctuantes, muy cuestionadas y prevalece la actitud de defenza ante "el que diran."

Desde el punto de vista DEMOGRAFICO la familia se clasifica en:

- Urbana
- Rural en poblados de menos de 2,500 hab.

Desde el punto de vista de su COMPOSICION:

- Nuclear.- Constituida por padres e hijos.
- Extensa o Extendida.- Constituida además del grupo nuclear por otras personas con algún parentesco.
- Extensa Compuesta.- Constituida por los dos anteriores y además por personas sin parentesco o con un parentesco menos que la anteriores como Compadres.

Desde el punto de vista INTEGRACION:

- Integrada; es aquella en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.
- Semi-integrada; es aquella en que los cónyuges viven pero no cumplen sus funciones adecuadamente.

- Desintegrada; es aquella en la que falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono, también se considera aquella familia que no cumple completamente todas sus funciones.

Desde el punto de vista TIPOLOGICO:

esta se clasifica según las características ocupacionales de uno o ambos cónyuges.

Punto de vista tipológico;

- Campesina.
- Obrera.
- Profesionista.

FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Se podría decir que son las responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares que determinan la sobrevivencia familiar. Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas.

- 1.- SOCIALIZACION.
- 2.- CUIDADO.
- 3.- AFECTO.
- 4.- REPRODUCCION.
- 5.- ESTATUS (OTORGAMIENTO DE ESTADO).

- 1.- SOCIALIZACION: La familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño, en un ser capaz-

de completa participación en sociedad. El niño debe de aprender un lenguaje, las normas socioculturales y su papel que tendrá en los diferentes estadios de su vida.

La madre es el educador primario de salud de familia y es quien generalmente, tiene mayor de salud, el padre tiene un papel de soporte durante esta etapa.

Dentro de la socialización participan más tarde las escuelas, los parientes, la iglesia.

En sí se considera que en esta etapa se realizará la interacción mediante la cual, el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y por ende, de la sociedad.

2.- CUIDADO: Significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia. Las probabilidades de buena salud y larga vida están relacionadas con el nivel socio-económico de cada familia. Las respuestas a las demandas de cuidado dependen no sólo del acceso que tengan las familias a los diferentes servicios de salud, sino también necesitan tener conocimiento para saber usarlos.

3.- AFECTO: En la familia es muy importante que los miembros de la misma cubran sus necesidades afectivas, porque estas proporcionan la recompensa básica de la vida familiar. Se argumenta que la madre respon-

de más que el padre a las necesidades afectivas de la familia, pero es cierto también que el padre tiene mayor responsabilidad afectiva.

- 4.- REPRODUCCION: Esta función es básica dentro de una sociedad y es una función de todo ser vivo reproducir y proveer nuevos miembros.

El matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción, a través de; Interacciones personales, educación sexual y control de la natalidad.

- 5.- ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO: Los científicos sociales están concientes de que las diferencias en niveles socioeconómicos de las familias resultan en variaciones de vida y de oportunidades.

La familia socializa a un niño dentro de una clase social y destila en él todas sus aspiraciones relevantes. El estatus también tiene relación con las tradiciones familiares. Los hijos aseguran inmortalidad social o perpetuidad del nombre familiar y tradición.

CICLO DE VIDA DE LA FAMILIA

Con el tiempo la familia sufre ciertos cambios, que la llevan a que sus funciones varíen dependiendo de la etapa que curse dentro de su ciclo de vida.

Existen cinco fases en el ciclo de vida de la familia:

- 1.- FASE DE MATRIMONIO.
- 2.- FASE DE EXPANSION.
- 3.- FASE DE DISPERSION.
- 4.- FASE DE INDEPENDENCIA
- 5.- FASE DE RETIRO Y MUERTE.

El Matrimonio es una fase importante dentro del ciclo de vida, ya que es el inicio de un nuevo tipo de vida a la que se enfrentan dos personas, uno de los principales problemas a los que se enfrentan es aprender a vivir juntos y al mismo tiempo entenderse como una unidad que empieza, asumiendo nuevas funciones. Por eso es que la fase de matrimonio se estudia desde que la pareja se conoce y cursa por subetapas en las que destacan el Flirteo, galanteo, noviazgo hasta llegar al matrimonio. El Médico Familiar interviene desde estas subetapas dando orientación sexual, información sobre control de la natalidad e interacción de la personalidad. La carencia de esta información resulta, no solo en hijos ilegítimos sino también enfermedades venéreas, miedo, sensación de culpa, embarazos no planteados antes o después del matrimonio.

Las funciones principales a las que se enfrenta la nueva vida de los cónyuges es: asumir nuevos roles, interactuar entre sí, la pareja para ser uno solo, la lucha por el poder y aquí influye mucho la comunicaciones interpersonales, pues dentro de una familia funcional existe una comunicación clara y directa y además afectiva (posteriormente se mencionará

sobre ésto), definir las reglas del juego como sería la planificación familiar, vida sexual y cotidiana, y desempeñar los procesos de asunción (asumir los problemas), y adjudicación (adjudicarle ciertos cargos).

FASE DE EXPANSION:

La mayor parte de la práctica médica se otorga a la familia en esta fase; educación y control prenatal, atención del parto, cuidado de postparto, control del niño, temprano, reconocimiento y apropiado manejo de síntomas de alarma encaminados a orientación nutricional, lactancia, albactación, etc., así mismo inmunizaciones, interacciones familiares y planificación familiar.

La llegada de un nuevo niño a la familia crea conflictos a los que se enfrentan todos los miembros del núcleo familiar y esto los va a conducir a que se vuelvan a tener nuevos roles, en esta fase se realiza la socialización primordial con el binomio madre-hijo.

FASE DE DISPERSION:

En esta fase entra la socialización secundaria por lo que el binomio madre-hijo se rompe desde el momento mismo en que el niño entra a la escuela y posteriormente acude a otros lugares fuera de su hogar, en esta fase los padres que ya lo socializaron, ayudan a que tenga un ajuste a los cambios sociales y culturales a los que se enfrentará el niño en su vida, ayudarlo a tener autonomía y cubrir sus nece-

sidades. En esta fase en la que el niño sufre cambios generales al dar el paso a la adolescencia sus repercusiones dependerían de las fases anteriores que tuvo, por lo que su identificación psicológica y sexual repercutirá en esta etapa de adolescente.

FASE DE INDEPENDENCIA.

Es cuando los padres se enfrentan a un nuevo reajuste de sus roles, así como de sus funciones, por lo que aprenderán a ser independientes nuevamente y los hijos ahora nuevos adultos no deben de perder el sentido de pertenencia, pudiendo continuar las funciones de socialización, afecto y status.

FASE DE RETIRO Y MUERTE.

Cuando los hijos no viven con la pareja, el reajuste de esta tanto psicológico, como sexual debe establecerse bien, así como respetar sus límites y desempeñar sus roles.

El papel de los hijos que cuidan por el bienestar de sus padres no está bien definido, ya que la pareja nueva se enfrenta a barreras que obstaculizan sus funciones particularmente si se encuentran en fase de Matrimonio o de Expansión. Es muy difícil para las familias jóvenes tener que usar sus limitados recursos al cuidado de sus padres y proveer sus propias necesidades.

DINAMICA FAMILIAR

Dinámica Familiar según la definición de Jackson es: -
 "Un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan -
 el comportamiento de cada miembro, haciendo que esta funcio-
 ne bien o mal como unidad."

La familia es siempre algo más que la suma de las perso-
 nalidades de sus integrantes, quien al relacionarse producen
 una organización en constante cambio y crecimiento, constitu-
 ye un sistema abierto formado por varios subsistemas organi-
 zados por generaciones, sexo, interés y funciones.

La dinámica familiar puede ser:

FUNCIONAL

DISFUNCIONAL

Esta depende mucho de la evolución que presente y desem-
 peñe sus funciones ya sea encaminada al progreso o que se --
 estanque, así como adquirir sus satisfactores o frustracio-
 nes y también la presencia de un clima de tranquilidad, segu-
 ridad o de angustia y depresión.

La familia "normal" no existe, debido a la ambivalencia
 de los seres humanos, por lo que hablaremos en cuanto a su -
 funcionalidad como núcleo familiar.

La familia funcional es aquella que va resolviendo sus-
 propios problemas, encarando en grupo sus crisis, donde las-
 expectativas de cada miembro de la familia son las mismas, o
 semejantes a la de los demás, hay trances en que los miem -

bro de una familia toman diferentes papeles o roles dentro de la misma, los cuales son temporales y dados por pautas transaccionales, estos papeles son el emergente y como su nombre lo indica es aquel que toma el papel de urgencia en tanto se recupera la familia de la crisis, el liderazgo, en la toma del papel de lider ya sea social en el caso de que el padre sea el afectado o el real en el caso de la madre cuando es la afectada, este papel puede ser tomado por cualquier miembro de la familia, la adjudicación de roles nuevamente se hace la toma del papel de cualquier miembro de la familia en forma temporal.

En la familia funcional existe una comunicación directa, clara y afectiva entre todos sus miembros, en donde sus sentimientos se expresan en toda su inensidad como serían la ternura, colera, depresión, incertidumbre individualidad e independencia.

La comunicación es el medio a través del cual se relacionan las personas y esto es una base muy importante dentro de la familia, porque si sabemos que tipo de comunicación tienen descubriremos la interacción que existe en cada uno de los miembros familiares.

Hay reglas que gobiernan la organización familiar incluyen una jerarquía de poder donde los padres e hijos tienen niveles diferentes de autoridad y existe una complementariedad de funciones entre esposo y esposa, esto está dado dependiendo del rol que juega cada miembro familiar.

Roll Padre; este es el líder social, proveedor económico órgano de choque con el medio externo, satisface psicológicamente, moral y sexualmente a su pareja e interviene en la socialización de los hijos.

Roll Madre; este es el líder real (portavoz), distribuye lo otorgado por el proveedor, es el órgano de choque con el microsistemas o conflictos internos, satisface a su pareja en forma completa sexual, psicológica y moralmente interviene en la socialización de los hijos en forma importante. (ella la inicia).

Roll Hijo; este papel consiste principalmente en respetar a los padres, satisfacer a sus padres, psicológicamente, respeta las normas.

Los límites de un subsistema son las reglas que definen quienes son sus miembros, y cómo participan en las transacciones interpersonales. Los límites intergeneracionales son aquellas fronteras imaginarias que dividen las funciones particulares de padres e hijos; son las reglas que diferencian y definen los derechos y obligaciones entre ellos, su claridad de los límites es fundamental para el buen funcionamiento de la familia.

Una familia funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas, entre cada miembro de la familia, que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le da el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros miembros.

Una familia disfuncional es aquella que falla en alguno o algunos de los procesos que se dan en forma correcta dentro de la familia funcional.

Recientemente se ha propuesto una clasificación familiar dependiendo de la naturaleza compleja de los problemas familiares.

CLASIFICACION DE LA FAMILIA DISFUNCIONAL O CLASIFICACION --
TRIAxIAL DE LA FAMILIA.

I.- Aspectos del desarrollo de la familia.

A) Disfunciones del desarrollo.

1. Disfunción familiar primaria.
2. Disfunción relacionada con la crianza de infantes.
3. Disfunción relacionada con la educación de --
los hijos.
4. Disfunción de la familia madura.
5. Disfunción de la familia que se contrae.

B) Complicaciones y variaciones del desarrollo.

1. Familia interrumpida.
2. Familia de un solo padre.
3. Familia reconstruida.
4. Familia crónicamente inestable.

II.- Disfunciones en subsistemas familiares.

A) Disfunciones en subsistemas conyugal.

1. Disfunción marital complementaria.
2. Disfunción marital conflictiva.
3. Disfunción marital dependiente.
4. Disfunción por falta de vinculación.
5. Disfunción por incompatibilidad.

B) Disfunción en el subsistema padre-hijo.

1. Reacción ante uno de los padres.
2. Reacción ante uno de los hijos.

3. Disfunción en la relación padre-hijo.

4. Disfunción triangulares.

C) Disfunciones en el subsistema de los hermanos.

1. Rivalidad destructiva.

2. Sobreidentificación o falta de diferenciación.

3. Coaliciones contra los padres.

III.- Disfunciones de la familia como sistema.

A) Disfunciones estructurales y funcionales.

1. Familia de bajo rendimiento.

2. Familia excesivamente estructurada.

3. Familia patológicamente integrada.

4. Familia desvinculada.

5. Familia desorganizada.

B) Disfunciones sociales.

1. Familia socialmente aislada.

2. Familia socialmente desviada.

3. Familia con tema especial (mito, secreto, -
creencia).

HIPOTESIS

Los accidentes de trabajo pueden producir en grado variable incapacidad, lo que condiciona una alteración en la dinámica familiar, principalmente en su evolución y esta va a depender de la actitud que asuma el paciente dentro de la misma.

Cuando el Médico Familiar orienta adecuadamente a la familia del paciente, sobre el accidente de trabajo que sufrió, el interés que presentan los miembros de la misma hacia él, será mayor, y esto condicionará que existan menos barreras que obstaculicen su tratamiento, mejor evolución, mejor comprensión que redundara en una buena rehabilitación tanto física, como mental.

OBJETIVOS

- A.- Investigar que conocimiento tiene el paciente y la familia sobre el padecimiento ocasionado por el accidente de trabajo.
- A.1.- Identificar que tipo de repercusión existe en la familia, así como el papel que desempeña en ella el accidentado.
- A.2.- Investigar que actitudes toma la familia y el paciente ante el accidente de trabajo.
- A.3.- Detectar en que etapa se encuentra la familia según la clasificación de rehabilitación.
- B.- identificar cuáles son las barreras que obstaculizan el tratamiento y la evolución del paciente.
- C.- Conscientizar al Médico Familiar en la importancia que tiene realizar un estudio integral del paciente con un accidente de trabajo.
- D.- Proporcionar al Equipo de Salud un programa con elementos indispensables sobre la orientación de los accidentes de trabajo, que se le deben dar al paciente y a su familia.

MATERIAL

RECURSOS HUMANOS:

- Asesor directo de la tesis
- Un médico residente de medicina familiar.
- Un médico familiar.
- Una trabajadora social de la U.M.F. No. 33.
- Una ayudante universal de oficinas del Depto. de Salud Ocupacional H.G.Z. No. 58.
- Un auxiliar de archivo de la U.M.F. No. 33.

RECURSOS FISICOS:

- Unidad de Medicina Familiar No. 33.
- Hospital General de Zona No. 58
- Equipo médico y de oficina con que cuenta el Depto. de Salud Ocupacional del H.G.Z. No. 58.

RECURSOS MATERIALES:

- Formas MT-1, MT-2 y MT-3.
- Expedientes clínicos y notas médicas.
- Carpetas de argollas.
- Máquinas de escribir.
- Stenciles, mimeógrafo, hojas cardex blancas, folders, hojas blancas tamaño carta, lápices, plumas.

METODOLOGIA

Se seleccionarán cuarenta pacientes en el departamento de salud Ocupacional del H.G.Z. No. 58 y se tomarán en cuenta aquellos que presenten las siguientes características:

Variable de Inclusión:

- 1.- Que estén clasificados como accidente de trabajo.
- 2.- Comprendidos en el período del 1º-marzo-1982 al 28-de febrero-1983.
- 3.- Esten adscritos a la U.M.F. No. 33.
- 4.- Se seleccionarán solo 20 del sexo masculino y 20 -- del sexo femenino.
- 5.- Que tengan una escuela secundaria al accidente.
- 6.- Que vivan con su familia.

La selección de los 40 pacientes se realizará de acuerdo a una muestra al "azar", cumpliendo con las características antes mencionadas, de los archivos de Medicina del Trabajo del H.G.Z. No. 58, estos se tomarán de las carpetas de argollas, de donde se sacarán los datos principales del paciente, los cuales se obtienen de las hojas MT-1 y MT-3.

La siguiente etapa será la verificación de los domicilios de cada paciente en el archivo de la U.M.F. No. 33 Posteriormente se realizarán visitas a domicilio de los seleccionados, con la finalidad de realizar el estudio del núcleo familiar mediante ficha-encuesta con los recursos con que cuenta Medicina del Trabajo del H.G.Z. No. 58 y Trabajo So--

cial de la U.M.F. No. 33. Se elaborarán dos tipos de cuestionario, uno que contiene los datos más importantes del entrevistado que será la ficha interna (identificación), y el -- otro que será la ficha externa (cuestionario tema). Se aplicaran dos encuestas una dirigida directamente al paciente y la otra a su conyuge o familiar más cercano a el, se realiza ran por separado para evitar transferencia o contratransferencia. Se efectuaran dos visitas a domicilio de cada paciente, en la primera para la aplicación de las encuestas y el estudio socio-económico, la segunda para observar actitudes de los miembros de la familia así como sus relaciones interpersonales, sus funciones y el tipo de comunicación que exista.

Los datos que se obtengan será para integrar nuestro -- presente estudio, donde se contemplaran: nivel socio-economico, dinámica familiar, tipo de familia, etapa de rehabilitación por la que cursa y el tipo de orientación o conocimientos que tengan del accidente de trabajo.

CALENDARIZACION.

TIEMPO DE DURACION DE LA INVESTIGACION: 8 meses que comprenden de del 15 de marzo al 15 de noviembre, de 1983.

PRESENTACION DEL PROTOCOLO A LOS ASESORES: Del 15 de abril - al 19 de abril de 1983.

PRESTACION DEL PROTOCOLO A LAS AUTORIDADES: El 20 de abril - de 1983.

REUNIONES PERIODICAS CON LOS ASESORES: Inicialmente 2 veces - por semana durante 4 meses, posteriormente cuantas veces sea necesario para normar criterios y valoración.

APLICACION DE LAS ENCUESTAS: Del 1 al 30 de mayo, de 1983.

REALIZAR VISITAS FAMILIARES: Del 1 de junio al 30 de julio - de 1983.

RECOPIACION DE DATOS: Del 1 al 30 de agosto de 1983.

ANALISIS DE RESULTADOS: Del 5 al 20 de septiembre de 1983.

CONCLUSIONES: Del 20 de septiembre al 15 de octubre de 1983.

EDITAR LA TESIS: Del 5 al 30 de noviembre de 1983.

ENTREGA DE TESIS: El 20 de diciembre de 1983.

FICHA - ENCUESTA.

FICHA INTERNA (IDENTIFICACION). Paciente

Nombre:

No. de Afiliación:

Edad:

Sexo:

Domicilio:

Ocupación:

Escolaridad:

Empresa:

Diagnóstico:

Tipo de incapacidad:

Pensión:

FICHA EXTERNA (CUESTIONARIO).

1.- Recibió orientación del Médico Familiar, Medicina del Trabajo o de trabajo Social sobre su padecimiento?

SI () NO ()

2.- Sabe que es un Accidente de Trabajo?

SI () NO ()

3.- Sabía usted que la incapacidad de Accidente de Trabajo es el 60% de su sueldo?

SI () NO ()

4.- Sabe Ud., que tiene derecho en el INSS por el Accidente de Trabajo a la asistencia Médica, Quirúrgica y Farmacéutica?

SI () NO ()

5.- Si necesita hospitalización por su accidente se lo otorga el IMSS?

SI () NO ()

6.- Si Ud., debe usar aparatos de prótesis u ortopedia el IMSS de los dá?

SI () NO ()

7.- Sabe si tiene derecho a la rehabilitación?

SI () NO ()

8.- Se le dió reubicación laboral?

SI () NO ()

9.- Siente que podría desempeñar otra actividad?

SI () NO ()

10.- Con lo que recibe económicamente le alcanza para cubrir sus necesidades básicas?

SI () NO ()

11.- Acude puntualmente a sus citas de rehabilitación?

SI () NO ()

12.- Quién lo acompaña para ir al médico?

ESPOSA/O () HIJO () OTROS () NADIE ()

13.- Antes de su accidente Ud., daba las iniciativas de las decisiones importantes como jefe de familia o de los conflictos internos?

SI () NO ()

14.- Ahora es igual?

SI () NO ()

15.- Quién lleva ahora esta autoridad?

ESPOSA/O () HIJO () OTROS () NADIE ()

16.- Ud., siente que se le da el interes que necesita?

SI () NO ()

17.- Le comunica a su familia sus inquietudes?

SI () NO ()

18.- Platica con su conyuge de sus sentimientos?

SI () NO ()

19.- Se comunica con frecuencia con sus hijos?

SI () NO ()

20.- Siente que le estorba la familia?

SI () NO ()

FICHA INTERNA (IDENTIFICACION) Cónyuge o familiar más cercano

Nombre:

Edad:

Sexo:

Parentesco:

Domicilio:

Ocupación:

Escolaridad:

Estado Civil:

FICHA EXTERNA (CUESTIONARIO)

1.- Recibió orientación del Médico Familiar, Medicina del Trabajo Social sobre el accidente?

SI () NO ()

2.- Sabe que es un Accidente de Trabajo?

SI () NO ()

3.- Sabfa Ud., que la incapacidad de Accidente de Trabajo es el 60% del sueldo del Trabajador?

SI () NO ()

4.- Entiende la familia al paciente?

SI () NO ()

5.- Resuelve la familia sus problemas?

SI () NO ()

6.- Buscan ayuda de otras personas para solucionar sus problemas?

SI () NO ()

7.- Siente que el accidente trajo más problemas a la familia?

SI () NO ()

8.- La familia se interesa por el bienestar del paciente?

SI () NO ()

9.- Ud., cree que el paciente puede desempeñar otra actividad?

SI () NO ()

10.- Ud., considera que el carácter del paciente ha cambiado?

SI () NO ()

11.- Cree Ud., que se le da el interés necesario que necesita el paciente?

SI () NO ()

12.- Platica con su cónyuge de sus sentimientos?

SI () NO ()

13.- Toma a su cónyuge como compañero?

SI () NO ()

14.- Platica con frecuencia con los demás miembros de la familia?

SI () NO ()

15.- Ud., considera que el paciente se siente apoyado por su familia?

SI () NO ()

16.- Ud., considera que económicamente se cubren todas las necesidades de la familia?

SI () NO ()

17.- Cree que en su familia existen problemas economicos como consecuencia del accidente?

SI () NO ()

COLONIAS DE LA IMF # 33.

EL PARQUE.

VISTA HERMOSA.

XOCOYOHUALCO.

LA PERLA.

LA HUERTA.

IND. LAS ARMAS.

SAN PEDRO JALPA.

EJIDO SAN PEDRO JALPA.

PUEBLO SANTIAGO AHUIZOTLA.

FRANCISCO VILLA.

SAN PABLO JALPA.

ECHEGARAY.

COLON ECHEGARAY.

RINCON ECHEGARAY.

BOSQUE ECHEGARAY.

SANTA MARIA NATIVITAS.

RINCON DEL BOSQUE.

FLORIDA.

LOS PASTORES.

PARQUE EJIDO PROVIDENCIA (AZOCAPOTZALCO.)

PLAZA DE LAS COLINAS.

EL MIRADOR.

VIVEROS DE LA LOMA.

BELLA VISTA.

PUENTE DE VIGAS.

SAN JOSE PUENTE DE VIGAS.

TIERRA NUEVA.

FRANCISCO VILLA.

PRADO DEL ROSARIO.

10 DE ABRIL.

HACIENDA DEL ROSARIO.

EL ROSARIO.

ARRIAGA.

UNIDAD HABITACIONAL EL ROSARIO.

EJIDO SAN MARTIN.

XOCHINAHUACA.

RESULTADOS Y ANALISIS.

De 210 casos captados en el servicio de medicina del trabajo del HGZ=58 que fueron captados como I.P.P.* por accidente de trabajo, solo 46 pertenecían a la UMF=33 y que tenían una cuantía de pensión mayor del 50%.

Siguiendo la metodología del anteproyecto del presente estudio, se seleccionaron 40 pacientes tomados al azar siempre y cuando cumplieran con las variables de inclusión antes mencionadas. Se sacaron los datos de la ficha interna (donde obtiene los datos más importantes del paciente) posteriormente se verificaron los domicilios de cada uno, tanto del departamento de medicina del trabajo del HGZ=58 como del archivo de la UMF=33, de los cuales se detectaron 6 pacientes con domicilio equivocado; 2 no pertenecían a la población de la UMF=33 y los cuatro restantes no tenían número específico de la casa habitación. (Ver cuadro 1 y gráficas 1 y 2).

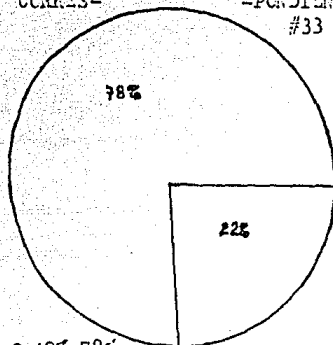
Nuestra siguiente etapa fue la realización de las visitas a domicilio de los seleccionados, con el fin de aplicar las fichas encuestas por medio de cuestionarios elaborados uno para el paciente y otro para el familiar más cercano a él o conyuge; se aplicaron por separado para evitar transferencia y contratransferencia.

*I.P.P. = Incapacidad Parcial Permanente; disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar [Art. 479 de la Ley del Seguro Social].

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

U.M.F. #33 DIC-83

PORCENTAJE OCURRENCIAS - GRAFICA 1 - PROPORCIONAL A LA UMF #33

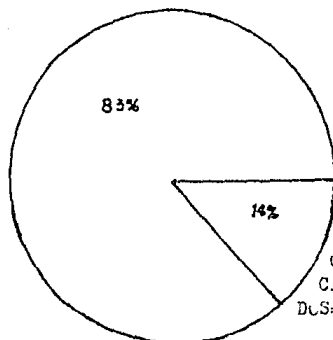


Cuántia de 2-49% = 78%

Cuántia de Pension mayor del 50% = 22%

GRAFICA 2.

PORCENTAJE CORRESPONDIENTE AL No. DE CASOS CON PENSION MAYOR DEL 50% Y EL No. DE CASOS ESTUDIADOS.



TOTAL DE
CASOS = 97%
CASOS ESTUDIADOS = 14%

* Fuente de información personal.

De los 38 pacientes restantes seleccionados los 4 que no tenían número su domicilio, 3 no se encontraron a pesar de la dificultad para localizarlos. 3 ya no vivían en el domicilio correspondiente al expediente. Uno de los pacientes falleció antes que se aplicara la encuesta y los familiares se negaron a cooperar con el estudio, otro de los pacientes también se negó a contestar los cuestionarios y por último uno de los seleccionados de la muestra se invirtió más tiempo de lo establecido para localizarlo por ser Alcohólico por lo que atraso el estudio.

La muestra quedo integrada por 30 pacientes de los cuales 22 de ellos correspondió al 73% y pertenecían al sexo masculino y 8 que corresponde al 27% al sexo femenino (ver cuadro 2 y gráfica:4).

Las edades fluctuan entre 20 y 50 años como se observa en el cuadro (ver cuadro 3 y gráficas 3 y 5)

CUADRO 1

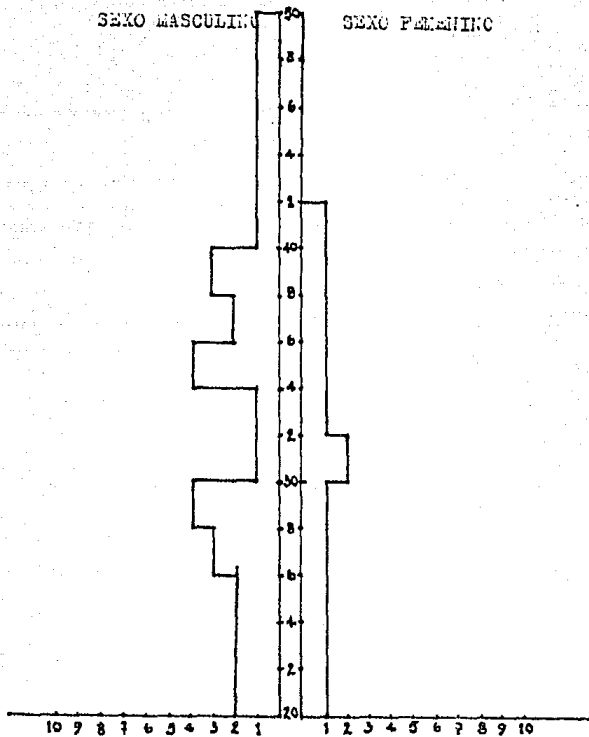
RANGO, MEDIA Y PROMEDIO DE EDAD AÑOS DE LOS PACIENTES.

RANGO	OSCILA DE 20-50 años.
MEDIA	36 años
PROMEDIO	10 años
MEDIA ESTANDAR	15.5 años.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 U.M.F. = 33 DIC-83
 PIRAMIDE DE POBLACION

GRAFICA 3

EDAD



NUMERO DE PACIENTES

*Fuente de información personal.

CUADRO 2

RELACION EN PORCENTAJE ENTRE RANGO, EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL
DE LOS PACIENTES.

RANGO EDAD.	S E X O		ESTADO CIVIL.	
	F	M	SOLTEROS	CASADOS.
20-36	20%	53%	20%	53%
37-50	7%	20%	3%	23%

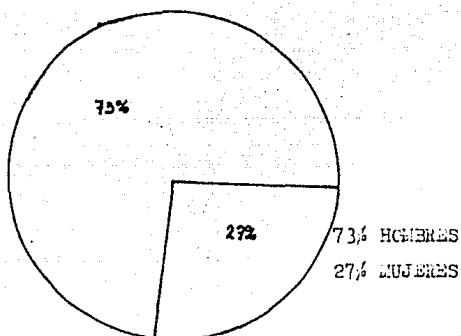
CUADRO 3

No. de PACIENTES POR EDADES.

EDAD	S E X O		T O T A L
	F	M	
20-25 años	1	5	6
26-29 años	2	7	9
30-36 años	3	4	7
37-40 años	1	4	5
41-50 años	1	2	3

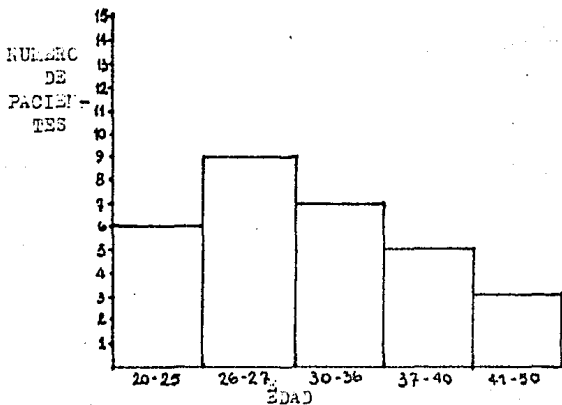
En lo que respecta a la escolaridad de los pacientes es un punto muy importante ya que tomando en cuenta la zona que se estudió podemos ver que provienen de un nivel socio-económico bajo en donde sus condiciones de vivienda son precarias y su alimentación deficiente, en estas condiciones encontramos que el 40% de los pacientes cursan con estudios básicos pero un número que más o menos corresponde a la misma cifra -

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 U.M.F. #33 DIC-83.
 FRECUENCIA EN PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES
 GRAFICA 4.



* Fuente de información personal.

GRAFICA 5
 NUMERO DE PACIENTES POR EDAD.



* Fuente de información personal.

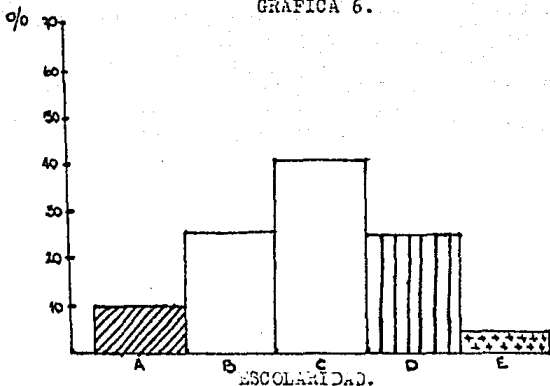
o sea el 36% son personas analfabetas o con escolaridad incompleta. (ver cuadro 4 y gráfica 6).

CUADRO 4
PORCENTAJE CORRESPONDIENTE AL TIPO DE
ESCOLARIDAD.

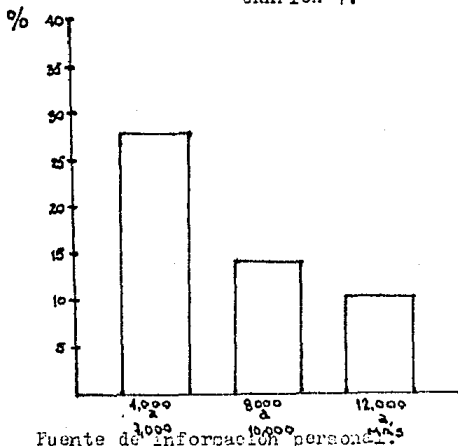
ESCOLARIDAD	No. DE PACIENTES	%
NULA	3	10
INCOMPLETA	8	26
BASICA	12	40
MEDIA	6	20
SUPERIOR	1	3

Uno de los parámetros específicos que repercute directamente sobre el núcleo familiar es el que se refiere a los ingresos económicos del paciente y al número de personas que dependen de él, en cuanto a lo primero encontramos que la percepción por concepto de pensión va en relación al porcentaje dado por la magnitud de las lesiones sufridas, o sea que la cantidad de porcentaje a percibir, será siempre en base a lo establecido por la ley federal del trabajo, para lo cual se emplea la tabla de evaluación de incapacidad permanente de causa profesional, para lo cual se emplean todas las fracciones según sea el caso del caso 514 y que corresponde desde el #1 hasta el 409; en muchos de los casos también se emplea el Art. 17 que expresa la equidad, justicia y costumbres de los-

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 U.M.F. = 33 DIO-83.
 PORCENTAJE CORRESPONDIENTE AL TIPO
 DE ESCOLARIDAD.
 GRAFICA 6.



Fuente de información personal.
 PERCEPCIÓN POR CONCEPTO DE PENSIÓN DE 50 a 55%
 GRAFICA 7.



Fuente de información personal.

principios generales del derecho, para los casos no establecidos en las fracciones descritas, también se emplea el Ar. 481 para los casos con idiosincrasias, taras, discrasias, intoxicaciones o enfermedades crónicas, para no disminuir el grado de incapacidad ni las prestaciones que correspondan al trabajador, finalmente el Art. 449 donde los patrones nunca pagarán más de la incapacidad permanente total aun cuando se reunieran más de dos incapacidades.

De lo anterior es conveniente establecer unos cuantos - ejemplos del uso de lo establecido por la Ley, en función al pago de la cuantía de la pensión para lo que se establece de mayor a menor gravedad.

Ejemplo 1.- Por la desarticulación interescapulotorácica de cualquiera de los dos lados le corresponde de 80 a 85% de incapacidad permanente.

Ejemplo 2.- Diplopia no suceptible de corregirse con prismas o mediante posición compensadora de la cabeza, por lesión nerviosa bilateral que limita los movimientos de ambos ojos y reduce el campo visual por la desviación de cabeza para fijar, además de la oclusión de un ojo del lado no lesionado, le corresponde de 40 a 50% de incapacidad permanente.

Ejemplo 3.- Secuelas de fractura del metatarismo, con dolor, desviaciones o impotencia funcional de cualquiera de los dos lados, 10 a 20% de incapacidad permanente.

En nuestro estudio observamos que la mayoría del ingreso salario al mes en promedio es menor de \$10,000.00. Por lo mismo se observó que el pensionado casado 3.7 personas dependían económicamente de él y la edad promedio de los hijos dependientes oscila entre 8 y 14 años y solo en 5 familias se encontró que había miembros independientes del pensionado que trabajaban (ver cuadro 5 y 6 y gráficas 7,8 y 9).

En cuanto a los solteros se encontró que solo 3 de las 7 familias dependían del accidentado y estos principalmente eran los primogénitos, (ver cuadro 7).

CUADRO 5
PERCEPCION POR CONCEPTO DE PENSION.

No. CASOS	%	% DE LA PENSION	INGRESOS SAL/MENS.
8	27	50	\$ 4,000 a 7,000
4	13	50	8,000 a 10,000
3	10	55	12,000 a más
4	13	60	4,000 a 7,000
3	10	65	8,000 a 10,000
0	--	--	12,000 a más
4	13	75 a 90	4,000 a 7,000
2	7	80	8,000 a 10,000
0	--	--	12,000 a más
2	3	100	7,000 a 8,000

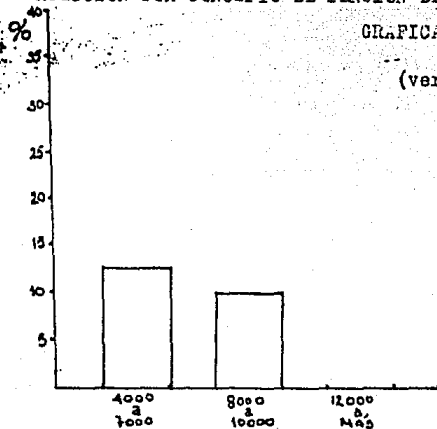
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

U.M.F=33 DIC-83

PERCEPCION POR CONCEPTO DE PENSION DE 60 a 65%

GRAFICA 8.

(ver cuadro 5).

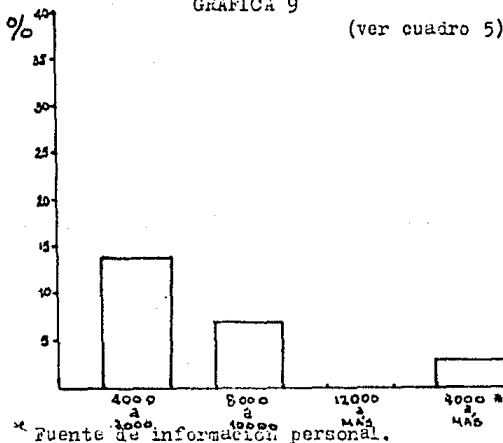


Pensión en pesos

* Fuente de información personal

GRAFICA 9

(ver cuadro 5)



* Fuente de información personal.

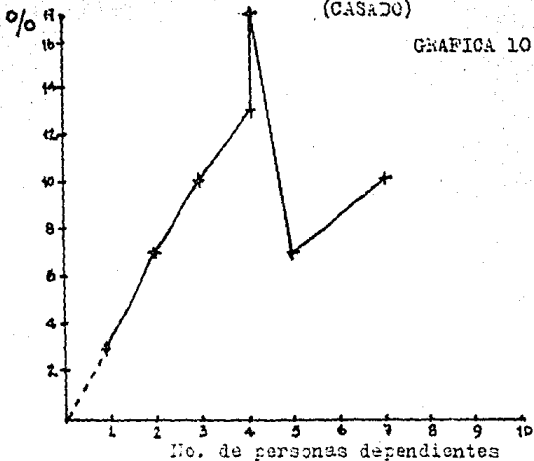
CUADRO 6
PERSONAS QUE DEPENDEN DEL
INCAPACITADO CASADO.

No. CASOS		No. DE PERSONAS DEPENDIENTES	RANGO DE EDAD HIJOS	HIJOS QUE TRABAJAN
M	F			
13%	--	4	2-6	--
7	--	5	2-14	--
13	--	4	1-16	2
--	10%	7	4-17	1
--	10	3	5-16	2
17	--	4	8-14	1
--	7	2	0-5	--
3	--	1	20-24	2

CUADRO 7
PERSONAS QUE DEPENDEN DEL
INCAPACITADO SOLTERO.

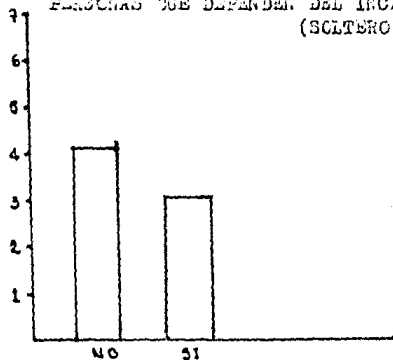
EDAD AOS	No. OCUPA EN LA FAMILIA	No. DE PACIENTES	DEPENDIAN DE EL.
20	2do. hijo	1	no
21	1er. hijo	2	no
23	1er. hijo	1	si
23	2do. hijo	1	no
26	1er. hijo	1	si
37	1er. hijo	1	si

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 U.M.F. = 33 DIC-83
 PERSONAS QUE DEPENDEN DEL INCAPACITADO
 (CASADO)



Fuente de información personal

GRAFICA 11
 PERSONAS QUE DEPENDEN DEL INCAPACITADO
 (SOLTERO)



* Fuente de información personal

Dentro de la investigación encontramos que los conocimientos que tenían los pacientes y sus familias sobre el accidente mismo eran nulas o mínimas, de los 30 accidentados - minusválidos de la muestra, 21 ocurrieron en su empresa y en trayecto 9. (ver cuadro 9 y gráfica 13).

De estos se comprobó que solo uno recibió previa información en lo que respecta al accidente de trabajo, ésta fue dada por una trabajadora social del HGZ= 58, este paciente - corresponde al 3% de la muestra y al 97% que representa la - mayoría no recibió orientación de ningún tipo, por lo que - desconocían completamente sobre su padecimiento.

CUADRO 8

PRINCIPALES LESIONES PROVOCADAS POR EL ACCIDENTE SE REFIEREN EN ORDEN DE FRECUENCIA.

LESIONES	No. CASOS Y %	
I.- Secuelas osteoarticulares por fractura	10	32%
Afección de miembros torácicos	5	16
Afección de miembros pélvicos	5	16
II. Amputación de	8	26
Miembros torácicos	5	16
Miembros pélvicos	3	10
III.- Traumatismos de ojos. (enucleación o pérdida de la agudeza visual).	4	13

IV.- Lesión de columna lumbar	3	10%
V.- Secuelas de traumatismo craneoencefálico	2	7
VI.- Secuelas de quemaduras (por descarga eléctrica o gases)	2	7
VII.- Incontinencia de Esfínteres.	1	3

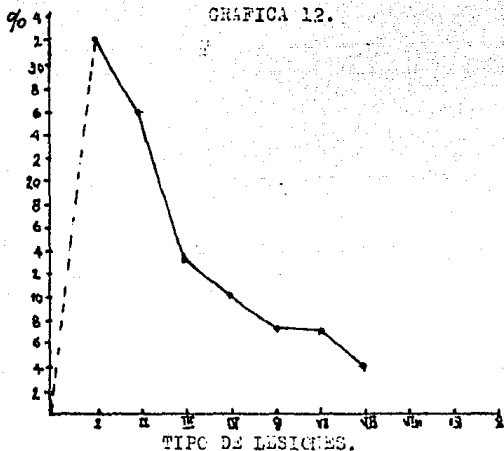
CUADRO 9

INCIDENCIA DE ACCIDENTES EN TRAYECTO,
Y EN LA EMPRESA.

No. PACIENTES ACCIDENTADOS.	EN TRAYECTO	EMPRESA.
9	30%	---
21	---	70%

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.F.-33 DIC-83

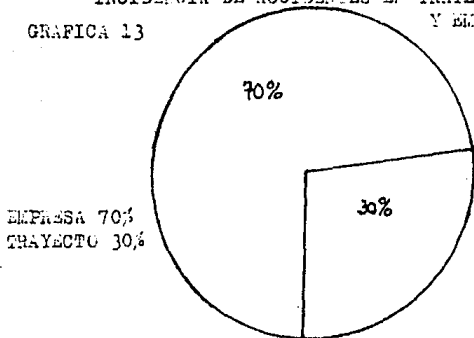
PRINCIPALES LESIONES POR EL ACCIDENTE.
GRAFICA 12.



*Fuente de información personal.

INCIDENCIA DE ACCIDENTES EN TRAYECTO
Y EMPRESA.

GRAFICA 13



*Fuente de información personal.

REPERCUSION DE LA DINAMICA FAMILIAR
DEL ACCIDENTADO.

En este estudio podríamos dividir el tipo de repercusiones que se encontraron en los casos a investigar los cuales por sí solos originan una problemática familiar, más aún, en el estudio se encontraron familias que presentaban los diversos tipos de repercusión enunciados en el cuadro 10 y otros presentaban combinación de estos o que primero se había presentado una y fuera consecuencia de otra. (ver cuadro 10).

CUADRO 10
REPERCUSION DEL ACCIDENTE
EN LA FAMILIA.

TIPO DE REPERCUSION	PORCENTAJE DE CASOS.
ECONOMICO	63%
MORAL	27%
SOCIAL	10%

No es fácil que por medio de una encuesta podríamos apreciar la magnitud de un problema que no solo esta afectando - al individuo sino a todo su medio ambiente que lo rodea, por medio de las visitas a domicilio que se realizaron en el estudio, las cuales se hicieron con el fin de observar actitudes de los miembros de cada una de las familias, así como -

sus relaciones interpersonales, si se realizaban las funciones adecuadamente, el tipo de comunicación que existía (ver metodología del presente estudio); se pudo constatar que los datos obtenidos por medio de los cuestionarios aplicados la mayoría no eran respuestas reales sino que estaban falseados principalmente a los que se refieren a Dinámica Familiar.

De acuerdo a la clasificación de la familia desde el punto de vista Medicina Familiar, en este estudio predominaban las familias jóvenes con las siguientes características (ver cuadro 11).

CUADRO 11

Desde el punto de vista Desarrollo (ver gráfica 14)

ARCAICA = 0.

TRADICIONAL = 26 - 87%

MODERNA = 4 - 13%

Desde el punto de vista demográfico (ver gráfica 15)

URBANA = 30 - 100%

RURAL ---

Desde el punto de vista Composición (ver gráfica 16).

NUCLEAR = 21 - 70%

EXTENSA = 4 - 13%

EXTENSA COMPUESTA = 5 - 17%

Desde el punto de vista INTEGRACION (ver gráfica 17).

INTEGRADA = 10 - 34%

SEMITEGRADA = 16 - 53%

DESINTEGRADA = 4 - 13%

Desde el punto de vista TIPOLOGICO (ver gráfica 18).

CAMPESINA = 0

OBRERA = 29 - 97%

PROFESIONISTA = 1 - 3%

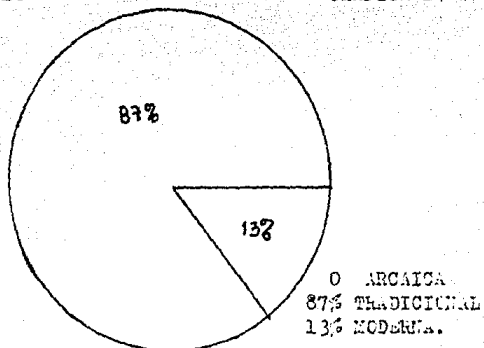
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

U.M.F.-33 DIC-83.

CLASIFICACION DE LA FAMILIA

DESARROLLO

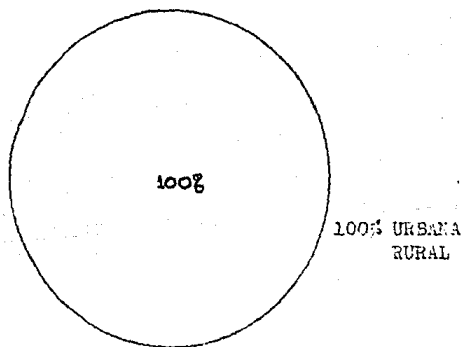
GRAFICA 14



*Fuente de información personal.

DEMOGRAFICO

GRAFICA 15



*Fuente de información personal.

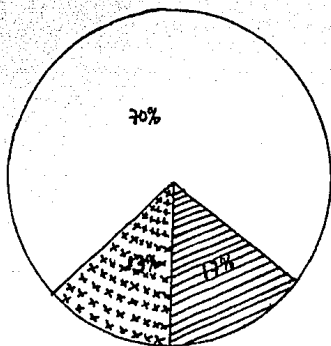
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

U.M.F. = 33. DIC-83

CLASIFICACION DE LA FAMILIA

COMPOSICION

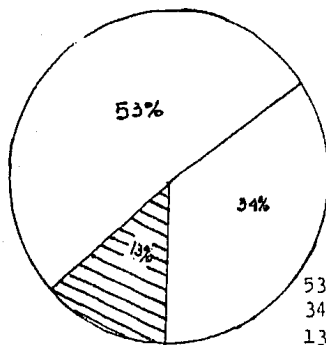
GRAFICA 16



70% NUCLEAR
13% EXTENSA
17% EXTENSA-
COMPUESTA

* Fuente de información personal.
INTEGRACION

GRAFICA 17



53% INTEGRADA
34% SEMINTEGRADA
13% DESINTEGRADA

* Fuente de información personal.

CUADRO 12
RELACION DE LA FAMILIA CON SU
CICLO DE VIDA.

No.	% DE	TIPO DE	CICLO
PACIENTES	FAMILIAS	FAMILIA	DE VIDA
12	40%	nuclear	expansión
9	30	nuclear	dispersión
3	9	extensa	dispersión
1	4	extensa	independencia
2	7	extensa comp.	dispersión
2	7	extensa comp.	independencia
1	3	extensa comp.	retiro y muerte

De acuerdo a los cuadros mencionados observamos que nuestra población se compone de familias con un nivel de vida socio-económica bajo, con ideas tradicionalistas de predominio jóvenes por lo que cursan con las primeras fases del ciclo de la familia (expansión y dispersión).

Desde el punto de vista integral nos damos cuenta de que la mayoría se encuentra a punto de desintegrarse y esto lo analizaremos más adelante, el darnos cuenta de las relaciones interpersonales y la actitud del accidentado minusválido en sí.

En lo que respecta al Roll que el minusválido representa dentro de la familia, a consecuencia del accidente se encon-

tró, que en las mujeres 3 de ellas que es el 9% se modificó su Rol y en las otras 5 que representa al 17% se mantuvo sin alteración, en cambio a los hombres solteros, de los 3 pacientes en que la familia dependía de ellos se observó que de los 2 pacientes que llevaban la autoridad de líder en la familia, una cambio a otro hermano, el otro se modificó a tal grado que la familia desintegro, el último paciente ayudaba a los ingresos familiares, por lo que la familia presentó reajustes de tipo económico sin que el paciente cambiara su rol de hijo. En los casos de los accidentados casados se encontró que en 6 (20%) los roles se modificaron, de estos 2 (17%) el rol de jefe de familia paso al primer hijo varón y en 4 (13) paso al de la esposa, en los 9 (30%) restantes no se modificó. En resumen el 36% de los pacientes estudiados presentaron modificaciones de su rol familiar y el 64% no se alteró. Lo que es importante mencionar es que del 36% que cambió su rol, presentaron las lesiones orgánicas más severas, esto los incapacita casi en su totalidad para valerse por sí mismos (ver cuadro 13).

De los 30 casos en estudio 25 de ellos que representa el 83% del total de pacientes, refirieron que la familia era armónica, sin conflictos internos en el hogar, con buenas relaciones interpersonales entre sus integrantes y en conclusión familia unida y funcional, todo esto por medio de una segunda visita a su domicilio se pudo constatar esta verdad-

a medias, ya que no en todos los casos esto fué cierto ya que en el 53% de las familias no se cumplían alguna de las funciones familiares adecuadamente o bien los roles al modificarse por el accidente provocaron crisis internas de las cuales el 34% de estos no resolvían sus problemas si no era con ayuda de personas ajenas a la familia.

El 20% de los casos disfuncionales la comunicación era instrumental, no directa y enmascarada en 2 ó más de los subsistemas familiares, por lo que los sentimientos no eran expresados en toda su intensidad y esto ha repercutido en todos los miembros de la familia, por medio de cuadros de angustia, histeria, depresión y en los más pequeños por inseguridad, incertidumbre e independencia.

CUADRO 13
RELACION DE PACIENTES QUE
MODIFICARON SU ROLL FAMILIAR.

No.	PACIENTES	MODIFICADO.	ALTERACION
No.	%		
*3	9	SI	---
*5	17	---	SIN
*2	7	SI	---
6	20	SI	---
9	30	---	SIN
**5	17	---	SIN

* Pacientes casadas del sexo femenino.

** Pacientes solteros del sexo masculino.

En las familias desintegradas las cuales fueron 4 casos (13%) de la muestra observamos, que no es un porcentaje alto sin embargo para el presente estudio las múltiples patologías que existen en cada uno de los casos implican tener un grado muy importante reconocerlas y estudiarlas, por lo que mencionaremos cada caso en particular.

El primer caso corresponde a Margarita una mujer de 35-años, hace un año sufrió el accidente al ir directamente a su trabajo, en el que ejercía como obrera para aportar algo al gasto familiar, tiene 6 hijos sus edades oscilan de 5-16 años; sus lesiones causadas por el accidente (calificadas con el 100%) la incapacitan totalmente (lesión medular), por lo que el Rol de madre fué adjudicado a la hija mayor, la que en la actualidad trabaja, el accidente produjo con conflictos familiares como abandono de su esposo a los 4 meses-después, en estas circunstancias sus padres de Margarita se fueron a vivir con ella. Su conyuge en ocasiones los visita y aporta dinero a los ingresos económicos de la familia, ninguna de las funciones se realizan adecuadamente, por lo que los límites de esta familia son rígidos. En cuanto a lo que respecta a la paciente su carácter a cambiado mucho casi no-platica con nadie y cuando se dirige acia algún miembro de la familia se irrita para posteriormente volver a su depresión-tiene un sentimiento de minusvalencia muy marcado por lo que nos refiere ser un estorbo para la familia y que nunca podrá

dedicarse a otra actividad.

El segundo caso es otra de nuestras pacientes femenina Cristina de 41 años de edad, casada, sufrió el accidente hace un año en su empresa sus lesiones fueron calificadas con el 50% por concepto de pensión provocándole el accidente, - disminución de los movimientos del cuello y pie izquierdo así como entorpecimiento de los movimientos finos causados por una lesión medular, su familia es extensa compuesta, tradicionalista. La desintegración de esta se debe principalmente a sus conflictos internos con su pareja ya que ninguno de los dos después del accidente cumplen su Rol como esposos, padres ni compañeros. Psicológica y moralmente Cristina se menosprecia, el carácter de ambos a cambiado volviéndose más irritable, las jerarquías en la familia se perdieron por lo que los sentimientos son de agresión en todos los subsistemas. Al aplicar el cuestionario del presente estudio al conyuge de Cristina, éste no coopero como esperabámos pues refería a indiferencia a los aspectos familiares y aún más a lo que respecta a su esposa, en donde el mismo nos refirió catalogarla como una "inútil".

El 3er. caso es Miguel un jóven de 20 años, recién llegado de provincia en donde dejaron a sus padres el y sus tres hermanos más chicos que el paciente. Siendo el mayor de los hermanos adquirió el Rol de padre, por lo que era la autoridad y el sostén de la familia. Las lesiones provocadas -

por el accidente son de una magnitud importante (pensionado con el 100%) lo que lo incapacita casi en su totalidad para valerse por sí mismo.

Los miembros de la familia para solucionar su problema económico tuvieron que trabajar, por lo que ahora nadie en específico lleva la autoridad de Lider, la abuela materna se hace cargo de Miguel y para ir al médico o a sus citas de Rehabilitación va solo, pues sus hermanos se notan indiferentes al problema de Miguel, él nos refiere que casi no los ve, esto nos hace pensar que el paciente al no tener el apoyo de sus familiares que es un aspecto importante para su rehabilitación, y también él se tornará indiferente a su problema y con sentimiento marcado de minusválido, pero observamos con agrado que su interés por recuperarse es aún mayor que el que presentan los pacientes en donde su familia les dedican el interés que necesitan, esto le ha creado al paciente una seguridad en sí mismo, ya que nos refirió que su recuperación es lenta y ameritara mucho tiempo para lograrlo.

Nuestro último paciente un masculino de 40 años, en este paciente se invirtió un tiempo mayor para localizarlo ya que según sus vecinos desde que su esposa lo dejó se convirtió en alcohólico.

A Paulino lo encontramos en una cantina, vive solo al interrogarlo lo encontramos en estado de embriaguez y lo poco que nos hablo fué que debido a su accidente su mano dere-

cha quedó incapacitada para el movimiento así como cicatrices que loides provocadas por quemaduras de II y III grado - motivo por el cual fué pensionado y sin poder encontrar trabajo en otro lugar, esto trajo como consecuencia que su familia lo abandonara, produciendo separación de todos los miembros que componían a la misma.

El 34% de los restantes de la muestra estudiada el accidente provocó cambio de carácter tanto del paciente como de alguno de los integrantes de la familia, así como conflictos pero de magnitud menor, sin que esta llegara a ocasionar desintegración familiar. Y en otros casos la familia evoluciona tan funcional que resuelven sus problemas por sí mismos, siendo principalmente de tipo económicos y psicológicos.

Por lo anterior podemos analizar que las alteraciones emocionales en el paciente fué el 80% de los casos refirieron sentirse capacitados para desempeñar otra actividad y el 20% restantes no pueden y algunos ni quieren. El 37% presentan sentimiento de minusvalía refiriendo ser un estorbo para la familia. El 100% su carácter cambió posterior al accidente. Así como en 27 pacientes que corresponde al 90% consideran que económicamente no cubren con la pensión sus necesidades básicas de la familia. Y el 100% afirmaron tener problemas económicos como consecuencia del accidente.

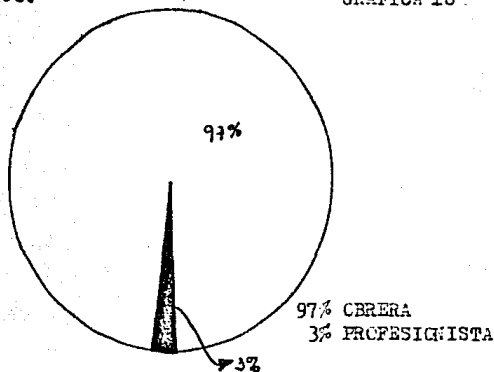
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

U.M.F.=33 DIC-83.

CLASIFICACION DE LA FAMILIA.

TIPOLOGICO.

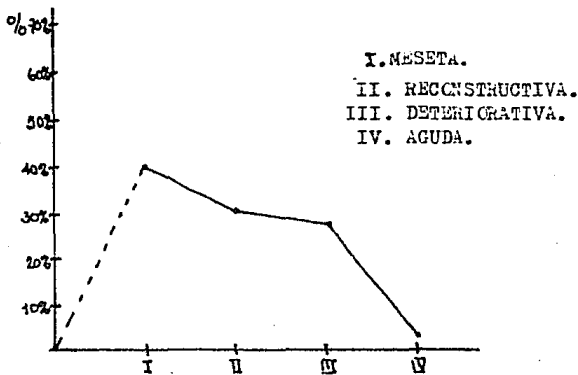
GRAFICA 18.



*Fuente de información personal.

GRAFICA 19.

ETAPAS DE REHABILITACION



*Fuente de información personal.

ETAPAS DE LA FAMILIA SEGUN LA CLASIFICACION DE REHABILITACION.

En la etapa de MESETA encontramos que el 40% de los pacientes en estudio cursan por esta etapa, el porcentaje presentado es importante, ya que en esta etapa es cuando el interés del paciente y de la familia se esta perdiendo y el tratamiento médico se estabiliza.

En la etapa reconstructiva fueron lo que corresponde al 30%. esta etapa es importante ya que la mayor posibilidad de adquirir buena recuperación física y mental existe precisamente en esta fase, puesto que el paciente comprende que su recuperación no será completa pero ameritara mucho tiempo de tratamiento para obtener lo mejor que pueda. (ver cuadro 14).

El 27% correspondió a la etapa deteriorativa que en rehabilitación se considera la fase final del paciente ya que este y su familia se tornan indiferentes y obstaculizan la rehabilitación del mismo. (ver cuadro 14).

En la etapa aguda se encontró solo un paciente que corresponde al 3% de la muestra estudiada, no es de extrañarse ya que esta fase es inicial al padecimiento y por lo tanto es breve. (ver cuadro 14). (gráfica 19).

CUADRO 14

ETAPAS DE REHABILITACION.

I.- a ETAPA MESETA	40%
II. ETAPA RECONSTRUCTIVA	30%
III.- ETAPA DETERIORATIVA	27%
IV.- ETAPA AGUDA.	3%

CUADRO 15

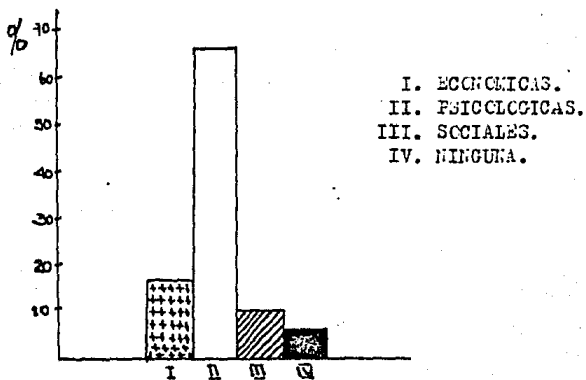
CLASIFICACION DE LAS BARRERAS QUE PRESENTARON
LOS PACIENTES ACCIDENTADOS.

BARRERAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE TOTAL
Económicas	5	17 %
Psicológicas	20	67%
Sociales	3	10%
Ninguna	2	6%

Por todo lo anterior se puede analizar las Barreras que obstaculizan la buena evolución del paciente minusválido y - éstas se pueden dividir tal y como se observa en el cuadro 15. (Ver gráfica 20).

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
U.M.F.=33 DIC-83.

CLASIFICACION DE LAS BARRERAS
EN LOS PACIENTES.



* Fuente de información personal.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

- En base a los anteriores resultados podemos concluir que el planteamiento de la hipótesis fué verdadero ya que como observamos el accidente de trabajo puede producir en grado variable incapacidad del paciente dependiendo principalmente de la gravedad de las lesiones y traer como consecuencia que la dinámica familiar se altere, provocando frustraciones al paciente y en ocasiones hasta la desintegración de la familia.

Hay que tener muy en cuenta que la población que se estudio es de un nivel socio-económico bajo y su grado de escolaridad también bajo, los lleva aún a no tomar conciencia de su nueva condición por la que estan pasando, la cual se enfrenta a un problema inesperado y repentino como es el accidente mismo.

Si a esto agregamos que cuando presentan dicho accidente nadie les da una orientación adecuada a lo que se refiere a accidentes de trabajo y a las consecuencias familiares que se generan por esta causa, maxime que en algunas ocasiones esta situación provoca la defunción del trabajador con su consabida repercusión a su núcleo familiar, es pues en donde el papel del médico familiar y el resto del equipo multidisciplinario de salud participa y dependerá de esto primordialmente que el trabajador asegurado y su familia mantengan el equilibrio, con su medio ambiente lo mejor posible

En la investigación nos pudimos dar cuenta que el accidentado pensionado cuando se encuentra en una edad joven donde la reproducción es un parámetro importante para él y sus perspectivas futuras sean su principal meta, se vean bloqueadas por el accidente y esto hace que se sienta frustrado y no acepte su nueva condición, ni quiere enfrentarse a ella, sin embargo precisamente su edad lo ayuda a que por medio de una orientación permanente logremos reincorporarlo a la vida productiva. La familia igualmente deberá estar motivada a cooperar en su rehabilitación, ya que el papel que juega el paciente dentro de ella, sea la base principal que necesita para seguir adelante y no caer en estancamiento de su rehabilitación.

En cuanto a su pensión, es injusto que un accidente de trabajo sea calificado según los parámetros que dicta la ley federal de trabajo, si como nosotros sabemos el hombre es un ente biopsicosocial, y en ésta solo se toma en cuenta las lesiones orgánicas provocadas por el accidente y se descuida su aspecto psicológico y social, lo que en este estudio hemos comprobado que junto con los problemas económicos sean precisamente parámetros principales que primeramente se alteran con repercusiones muy importantes, como se observa en las barreras que obstaculizan el tratamiento y evolución del paciente, en donde el porcentaje mayor está dentro de las psicológicas.

A cerca del monto de las pensiones, son tan bajas que nadie llega a cubrir con esto las necesidades básicas de una familia, no es un problema primario de la institución, que está calificando un accidente de trabajo, como anteriormente se mencionó, sino que se genera desde la empresa la cual tendríamos que estudiar las causas por las que el patrón asegura a sus trabajadores con un monto especial al salario real y cuando uno de éstos, sufre algún riesgo de trabajo su cuantía por concepto de pensión se vea reducida a tal grado que acarrea problemas económicos, provocando crisis que llegan a dañar seriamente las relaciones familiares inclusive al grado de desintegrarlas totalmente.

Es importante enunciar los factores que provocan algún riesgo de trabajo y estos son principalmente los dispositivos de seguridad para la realización del mismo, estos en su mayoría son inadecuados y algunas veces los mismos trabajadores por ignorancia o "comodidad" no las utilizan en la forma adecuada.

Por último haremos énfasis en el medio socioeconómico en donde se desenvuelven, aquí podremos ver que este está propiciando múltiples factores del accidente entre los que se puede mencionar principalmente al alcoholismo en donde este está afectando a tal grado el organismo que a la larga repercute en su capacidad de realización dentro de su trabajo como también su inestabilidad emocional y condiciones inherentes de su propio trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Alarid, H.J. y Col.
FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR
Ed. MFM pp. 21-60. 1982.

- 2.- Minuchin,
FAMILIA Y TERAPIA FAMILIAR
pp. 46-87
1974

- 3.- Apuntes del Dr. Armando Rojas.
ESTRUCTURA Y DINAMICA. DE LA FAMILIA.

- 4.- Saucedo, G.J. y col.
LA EXPLORACION DE LA FAMILIA, ASPECTOS MEDICOS,
PSICOLOGICOS Y SOCIALES.
Rev. Méd. I.M.S.S. (Méx). Vol 19
pp. 155-163. 1981.

- 5.- Jackson , D.D.
THE STUDY OF THE FAMILY.
Family Process
No. 9 pp. 9-16, 1968.

6.- Cárdenas de la Peña,

E. MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO

Rev. Múd. I.M.S.S.

7.- Riesgos de Trabajo.

I.M.S.S. LECTURAS Y MATERIAL DEL SEGURO SOCIAL.

8.- THE ROLE OF OCCUPATIONAL THERAPY AS AN EDUCATION-RELATED SERVICE. The American Journal of Occupational Therapy, December, 1981.

9.- Leyes y Códigos de México.

LEY DEL SEGURO SOCIAL. 1980.

10.-Ley Federal del Trabajo.

Riesgos de trabajo. 1980. Méx.