



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA UMF 45
SAN LUIS POTOSI S. L. P**

**GRADO DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN TRABAJADORES
QUE PRESENTAN INCAPACIDAD TEMPORAL POR RIESGO DE TRABAJO
ADSCRITOS AL HOSPITAL REGIONAL IMSS OPORTUNIDADES No. 15,
CHARCAS, S.L.P.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARIA DE LOS ANGELES MEDINA RODRIGUEZ

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2007



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.

GRADO DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN TRABAJADORES
QUE PRESENTAN INCAPACIDAD TEMPORAL POR RIESGO DE TRABAJO
ADSCRITOS AL HOSPITAL REGIONAL IMSS OPORTUNIDADES No. 15,
CHARCAS, S.L.P.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DE LOS ANGELES MEDINA RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES. SEDE 45
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

DR. HECTOR DE JESÚS ANDRADE RODRÍGUEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
MAESTRIA EN INVESTIGACIÓN

DRA. PATRICIA NOEMI AGUILERA TRONCOZO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
SALUD EN EL TRABAJO DEL HGZ 2.IMSS.
SAN LUIS POTOSI SLP

DR JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 45 IMSS.
SAN LUIS POTOSI

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2007

GRADO DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR EN TRABAJADORES
QUE PRESENTAN INCAPACIDAD TEMPORAL POR RIESGO DE TRABAJO
ADSCRITOS AL HOSPITAL REGIONAL IMSS OPORTUNIDADES No. 15,
CHARCAS, S.L.P.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA DE LOS ANGELES MEDINA RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

| INDICE | | |
|--------|--|------|
| | | Pág. |
| 1 | Título | 1 |
| 2 | Índice general | 4 |
| 3 | Marco teórico | 5 |
| 4 | Planteamiento del problema | 20 |
| 5 | Justificación | 22 |
| 6 | Objetivos General Específicos | 24 |
| 7 | Metodología Tipo de estudio Población, lugar y tiempo de estudio Tipo de muestra y tamaño de la muestra Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación Información a recolectar (variables a recolectar) Método o procedimiento para captar la información Consideraciones éticas | 25 |
| 8 | Resultados Descripción (análisis estadístico) de los resultados Tablas (cuadros y graficas) | 32 |
| 9 | Discusión | 40 |
| 10 | Conclusiones | 41 |
| 11 | Referencias bibliográficas | 42 |
| 12 | Anexos <ul style="list-style-type: none"> • Anexo 1 4-30-8 • Anexo 2 ST-1 • Anexo 3 ST-2 • Anexo 4 ST-5 • Anexo 5 Topología familiar • Anexo 6 FACES III • Anexo 7 Consentimiento informado | 44 |

MARCO TEÓRICO

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que el ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie. ^{1,2}

Se define a la familia como: “Grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio que **interactúan** y conviven en forma más o menos permanente y que en general **comparten factores**; biológicos, psicológicos y sociales, que pueden **afectar** su salud individual y familiar” ³

El término familia puede incluir variadas acepciones y definiciones por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que esta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad, que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes, sin embargo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han surgido paulatinamente múltiples definiciones

de familia, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación, por lo que es conveniente partir de una adecuada especificación de la terminología de esta manera, el grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica

preponderante de la cultura occidental, conservando aun la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional. ⁴

Se considera que la familia es un grupo natural cuyos integrantes tienen un pasado y un futuro. La familia está integrada por niños y adultos relacionados biológicamente, que viven bajo un mismo techo. Otros adultos con funciones importantes también se consideran integrantes de la familia, para propósitos de la terapia aunque no tengan un verdadero parentesco biológico con los demás.⁵

CONCEPTO DE FAMILIA

(Desde la perspectiva del médico familiar).

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.⁶

El médico de familia posee un papel vital como agente de cambio dentro de los complejos sistemas de salud, no solo por su papel de “primer contacto dentro del sistema”⁵. De lo anterior se desprende que este profesional de la medicina debe tener conocimientos y práctica clínica enfocados no al órgano o sistema enfermo del individuo, ni siquiera a la persona como un todo, pero aislada de su entorno social; sino al paciente miembro de una familia, de una comunidad, de una sociedad generadora de tensiones, hábitos o patrones culturales específicos; además esta atención al paciente debe ser integral, es decir, tomando en cuenta no solo el aspecto biológico, sino también los aspectos psíquicos y sociales de la persona.⁷

Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada, semintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer

ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva o recíproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.⁸⁻⁹

La familia representa la característica principal de todas las culturas y sociedades que existen en el mundo, presenta una influencia importante en la generación de la salud, ya que entre sus miembros existe una serie compleja de interacciones relacionadas con aspectos bio-psico-sociales, que generan estilos de vida o conductas específicas.¹⁰

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social.¹¹

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en algunos de los miembros de la familia puede representar un cambio radical tanto en su funcionamiento como en su composición podría considerarse como una crisis paranormativa, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de los miembros.¹²

Por ser la familia, como ya dijimos, un sistema, una enfermedad de cualquier tipo, un accidente, o un conflicto para un miembro de la una familia, afecta la dinámica de las interrelaciones entre todos.¹³

¿A que llamamos crisis familiares?

- ✓ Crisis familiares transitorias o normativas
- ✓ Crisis familiares no transitorias o paranormativas

Las crisis transitorias que también se llaman evolutivas de la familia, suceden a lo largo de su desarrollo como grupo (desde que surge hasta que se diluye) existen periodos de relativo equilibrio y otros en que los procesos internos, que la familia como un todo se siente afrontado una nueva situación que sobre pasa sus recursos internos de adaptación. Nos referimos aquí a momentos tales

como el matrimonio o unión, el nacimiento de que cada uno de los hijos que se tengan en la familia, el inicio del primero de los descendientes en la vida escolar, la adolescencia, su decisión de independencia de los padres y la muerte de los cónyuges que dieron origen a esa familia. ¹³

Si los conflictos de una etapa no se resuelven, el paso a la otra se complica mucho y la percepción de los miembros del grupo no es precisamente de una familia donde se satisfagan sus necesidades en un clima de armonía y comprensión. ¹³

Cada uno de los eventos mencionados, tiene su impacto positivo o negativo, de acuerdo al sentido personal y familiar que tengan los mismos en el grupo a esas nuevas condiciones deben adaptarse todos y para lograrlo, cada miembro del grupo debe modificar su rol, asumir tareas por primera vez y abandonar algunas costumbres, en función de que las consecuencias del evento que afrontan, sean lo menos negativas posibles para el grupo. ¹³

El estilo familiar se modifica, hay necesidad de cambios y son a estos momentos de relativa desorganización, a los que nos referimos cuando aseguramos que la familia atraviesa una crisis transitoria, normativa o evolutiva, no refiriéndonos al tiempo que la familia invierte en adaptarse a esa nueva situación, si no al hecho de ser éstas, esperadas, posibles de vivir o de observarse en el tránsito o curso normal del desarrollo de la familia como grupo. ¹³

La familia siempre sufre cambios en su dinámica, pero si sus miembros son lo suficientemente flexibles para lograrlos y se adaptan a las nuevas condiciones después del impacto del acontecimiento que han afrontado, cumpliendo con los parámetros de salud familiar que señalamos antes, estamos en presencia de una crisis sana. ¹³

Las crisis transitorias hay que verlas entonces como riesgos para la salud familiar; de ellas las familias crecen enriquecidas o se dañan. ¹³

Este grupo social está expuesto al afrontamiento de otros múltiples eventos en el desarrollo de su ciclo de vida, ajenos a éste, pero que también afectan en sentido positivo o negativo el funcionamiento familiar, el desequilibrio que se produce en estos casos es conocido como crisis no transitoria o paranormativa y los acontecimientos que la producen son por ejemplo hospitalizaciones de algún miembro, que puede ser por diferentes motivos, por ejemplo, un accidente laboral, nacimientos no deseados, alcoholismo, reclusiones, entre otros.¹³

Ahora es importante comprender que la salud de la familia se altera a partir de algunos indicadores básicos que deben ser analizados casuísticamente. Nos referimos al grado en que la familia cumple sus funciones básicas, a la propia estructura familiar que puede en ocasiones ser un riesgo para la salud del grupo, a las condiciones materiales de vida, en que se desarrolla este grupo y la afectación que para todos provoca, la pérdida de la salud (enfermedad), de los individuos que la conforman.¹³

Para adaptarse a esta nueva situación de enfermedad, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que, en caso de una enfermedad aguda, grave o crónica, se generan cambios en las interacciones familiares que tiene un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.¹²

Cuando se produce una lesión en el cuerpo se remueven estructuras psicológicas muy primarias que hacen que nuestra "atención vital", se centre en el funcionamiento del cuerpo y en su mejoramiento. Consecuentemente un trabajador recientemente lesionado no va a estar en condiciones de "estar pendiente", completamente de lo relacionado con sus funciones habituales, su mente se ocupa más de su recuperación, es por eso que pueden aparecer reacciones psicológicas en tres campos: en relación a sí mismo, respecto a la familia y a su trabajo.¹⁴

Diversas escuelas de terapia familiar han planteado reiteradamente la necesidad de instrumentos adecuados que permitan estudiar y valorar el funcionamiento familiar. Unos de los modelos con mayor relevancia,

actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circuplejo, desarrollado por Olson Sprenkle y Russell (1979), intentando estructurar el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrollo el FACES (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) en 1980.

El modelo circuplejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente, incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora. ¹⁵

La cohesión es el vinculo emocional que los miembros de un sistema (la familia en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones esta compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Olson, 1988) los conceptos vinculados con la cohesión serian: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback.

15

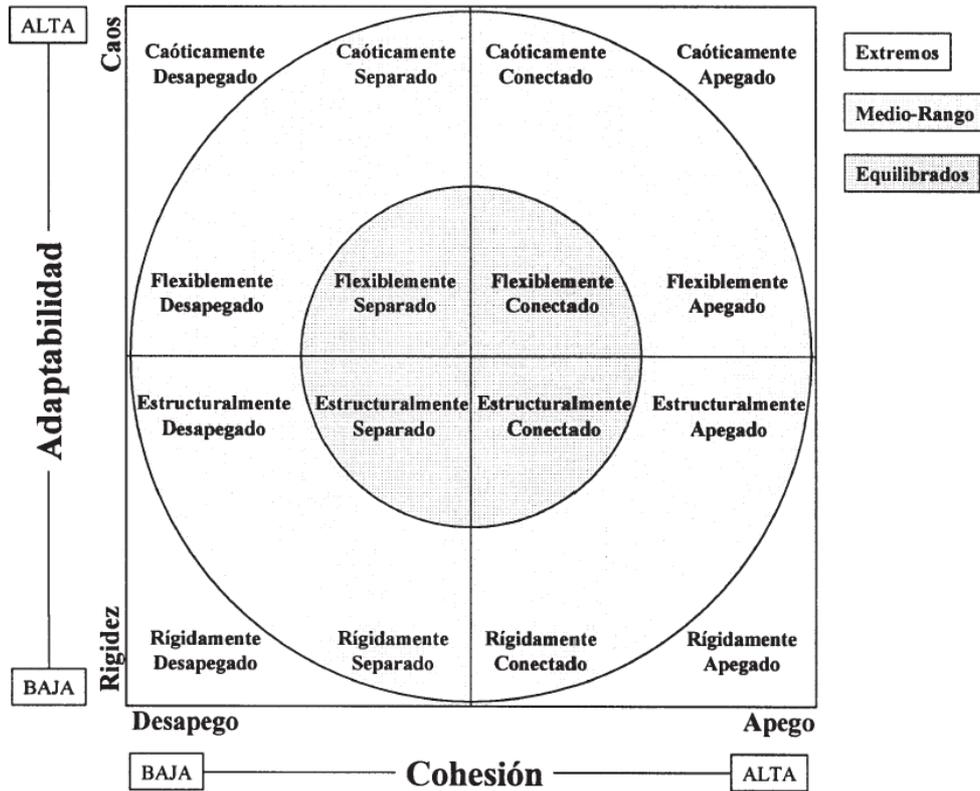
Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. ¹⁵

Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles en el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias despegadas (cohesión baja). La adaptabilidad, por su parte, constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada baja), familias flexibles (adaptabilidad

Moderada –alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta) la comunicación es una dimensión facilitadora cuya relación con el funcionamiento familiar es lineal; es

decir, a mejor comunicación familiar mejor funcionamiento familiar entre los conceptos considerados, se encuentran: empatía y escucha activa por parte del receptor, habilidades del emisor libertad de expresión, claridad de expresión, continuidad y respeto y consideración. ¹⁵

MODELO CIRCUMPLEJO



El FACES III demostró tener unas buenas cualidades psicométrías, al haber obtenido unos índices de fiabilidad más altos que las habituales (alfa de Cronbach de 0.89 y 0.87 respectivamente para las subdimensiones de cohesión y adaptabilidad), y una adecuada validez convergente y divergente demostrada a través de escalas relevantes. ¹⁵

En un estudio se enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado el tener a un integrante enfermo. ⁹

Desde el origen del mismo hombre y debido a la necesidad innata de proveerse de alimentos y medios de subsistencia, nació el trabajo; eventualmente, éste ha tenido que irse adaptando a condiciones climatológicas primero y, posteriormente, a cambios sociales; esto originó un número creciente de riesgos capaces de producir las enfermedades incluso la muerte; y de ahí surge aparejada la Medicina del Trabajo, creada con el objeto de fomentar la paz y la justicia social, mejorar las condiciones del obrero y promover la estabilidad económica y social. ¹⁶

En 1950, a través de su Comité Mixto, fija los objetivos de la Medicina del Trabajo, siendo su aspiración: “La promoción y conservación del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; la prevención entre los trabajadores de las desviaciones de la salud, causadas por sus condiciones de trabajo; la protección de los trabajadores, de riesgos que puedan resultar adversos para su salud, colocar y conservar al trabajador en un ambiente adaptado a sus condiciones fisiológicas; y para resumir: la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo. ¹⁶

El empleo es uno de los componentes esenciales del bienestar y uno de los principales determinantes de la salud de la población y las comunidades donde se asientan polos productivos. Los escenarios laborales son tan diversos como las actividades económicas. En ellos se generan riesgos debido a la falta de regulación para limitar la exposición y a la carencia de medidas de seguridad ocupacional. Los efectos del trabajo sobre la salud no son fácilmente identificables debido a que pasan inadvertidas por el trabajador y el médico o se consideran una respuesta a factores independientes del contexto ocupacional. Las repercusiones del ambiente laboral no saludable van más allá de los daños, ya que derivan en incapacidades permanentes, e inclusive la muerte del trabajador. ¹⁷

Riesgos de Trabajo: Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo y se clasifican en:

Accidente de Trabajo: Es 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 dicho trabajo se preste.¹⁷

Accidente en Trayecto: Es el que se produce al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo, o de éste a aquél.¹⁷

Enfermedad de trabajo: Es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio

en el que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. En todo caso, serán enfermedades de trabajo las consignadas en la Ley Federal del Trabajo.¹⁷

Cuando los riesgos se realizan pueden producir: Incapacidad temporal, Incapacidad permanente parcial, Incapacidad permanente total y muerte.¹⁷

Incapacidad temporal: es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo.

Incapacidad permanente parcial: es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar.¹⁷

Incapacidad permanente total: es la pérdida de las facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida.¹⁷

El Marco Jurídico de los Riesgos de Trabajo queda asentado en varios pilares fundamentales:

La constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Art. 123) La Ley Federal del trabajo (Art. 24 y 25). Ley del Seguro social. Existen otras fuentes que sirven de marco legal a la salud en el trabajo, como son Las Normas Oficiales Mexicanas y como ejemplo citaremos la NOM-048-SSA-1993 establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales y la NOM-056-SSA-1993 requisitos sanitarios del equipo de protección laboral, los instructivos de cada empresa o corporación.¹⁸

Además Los Convenios Internacionales como son: Convenio 161 de la Organización Internacional del Trabajo, Recomendación 171 de la OIT, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.¹⁸

A nivel mundial según datos de la OIT, el número de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo, que anualmente se cobra más de 2 millones de vidas, parece estar aumentando debido a la rápida industrialización de algunos países en desarrollo.¹⁹

Más aún, una nueva evaluación de los accidentes y las enfermedades profesionales indica que el riesgo de contraer una enfermedad profesional se ha convertido en el peligro más frecuente al que se enfrentan los trabajadores en sus empleos. Estas enfermedades causan anualmente unos 1,7 millones de muertes relacionadas con el trabajo y superan a los accidentes mortales en una proporción de cuatro a uno¹⁹, cada año mueren 12 mil niños en el trabajo.²⁰

En sus últimas estimaciones, la OIT descubrió que además de las muertes relacionadas con el trabajo, cada año los trabajadores son víctima de unos 268 millones de accidentes no mortales que causan ausencias de al menos tres días del trabajo y unos 160 millones de nuevos casos de enfermedades profesionales. Anteriormente, la OIT había calculado que los accidentes y las enfermedades profesionales son responsables de que alrededor del 4 por ciento del PIB mundial se pierda en concepto de pago de compensaciones y ausencias del trabajo.¹⁹

Desglosadas por regiones, las cifras indican que el número de accidentes del trabajo se ha estabilizado en muchos países industrializados y de reciente industrialización, mientras que aumenta en países que están desarrollándose rápidamente en Asia y América Latina. Por ejemplo, el análisis de la OIT mostró que aunque el número de accidentes mortales y no mortales en el centro de trabajo permaneció estable o disminuyó en la mayoría de las regiones, en China, el número estimado de accidentes mortales aumentó de 73.500 en 1998 a 90.500 en 2001, mientras que los accidentes que provocaron tres días de ausencia del trabajo o más aumentaron de 56 millones a 69 millones. En América Latina, el aumento del número total de personas

empleadas y el crecimiento del sector de la construcción, especialmente en Brasil y México, parecen haber provocado un incremento anual de los accidentes mortales de 29.500 a 39.500 durante el mismo período de tiempo. ¹⁹

El organismo subraya que nunca se debe aceptar la idea de que los accidentes y las enfermedades sean "gajes del oficio", sino que debe prevalecer la prevención, pues la experiencia ha demostrado que una cultura de seguridad sólida es algo positivo para los trabajadores, los empleadores y los gobiernos ²⁰ No es posible en una sola definición describir en su totalidad el significado de un accidente laboral y sus implicaciones en el ámbito de la salud, de lo social, de lo económico y la familiar. ²¹

A nivel Nacional de 1992 a 2002 se registraron 5 212 372 riesgos de trabajo en la población, de los cuales 78.9% fue por accidente de trabajo, 17.5% debido a accidentes en trayecto, en 1.4% se trato de recaídas y 0.9% fue por enfermedades debidas al entorno laboral.

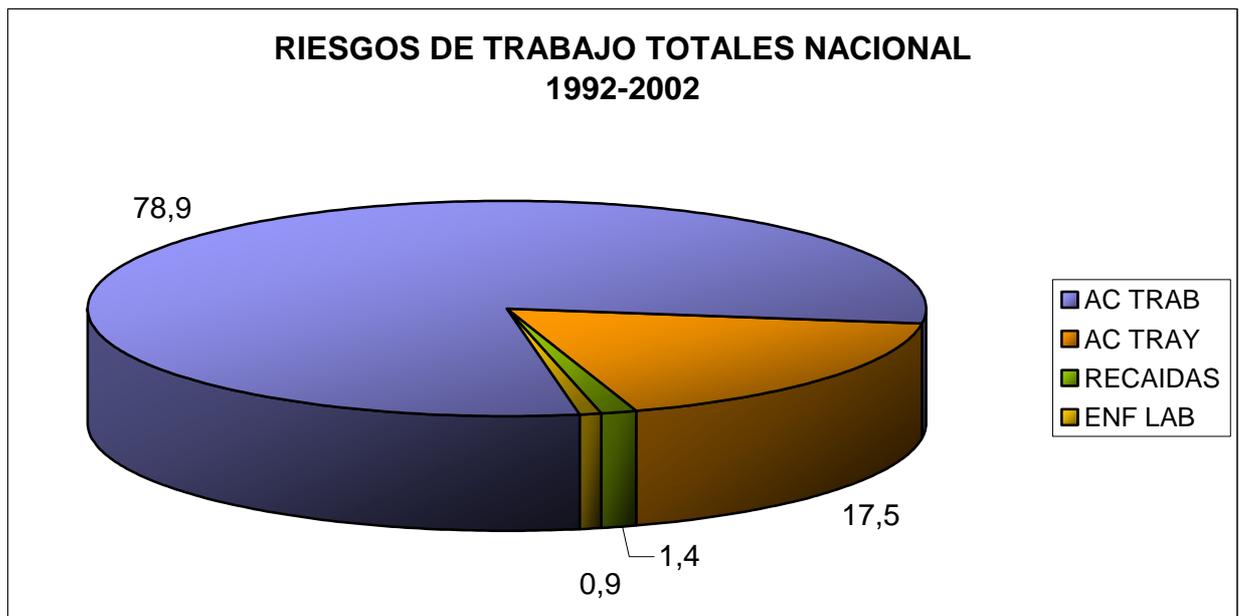
La distribución de los riesgos de trabajo por sexo en la delegación de San Luis Potosí 1992-2002, se comporto de la siguiente manera:

Accidentes de trabajo: Mujeres 18%; Hombres 82%; Total 74 271

Accidentes en trayecto: Mujeres 37%; Hombres 63%; Total 15 786

Enfermedades de trabajo: Mujeres 8%; Hombres 92%; Total 618. ¹⁸

Aún es elevado el número de accidentes de trabajo a nivel nacional, que en el año 2003, alcanzaron 278 mil y derivaron en mil 100 fallecimientos.



Cada vez son más graves los accidentes de trabajo y dejan una secuela mayor, lo cual se refleja en la tasa de incapacidad permanente que se alcanzó en 2003, que fue de 63.9 por ciento.²⁰

Actualmente las áreas donde ocurren mayor número de accidentes son en la de la construcción y el transporte terrestre.²⁰

En este contexto, por cada 100 mil trabajadores, en el 2002 ocurrieron 8.7 accidentes, y las entidades con mayor número de percances laborales fueron el Distrito Federal, con 138; Jalisco y Nuevo León, 85; Estado de México, 74; Veracruz, 69, y Guanajuato, 50. Las actividades económicas con más alto riesgo son la construcción de edificaciones y de obras de ingeniería civil, que registró 193 defunciones, y el transporte terrestre, con 167. Otras son la extracción y beneficio de carbón mineral, grafito y minerales no metálicos en minas de profundidad, que registró 15 defunciones en 2002; el transporte ferroviario y eléctrico, 7; y con 6 la fabricación de otros productos metálicos maquinados, así como la instalación de ventanearía, herrería, cancelería, vidrios y cristales.²⁰

Ante esto, se acordó fortalecer una cultura preventiva y crear mejores condiciones para los trabajadores del país.²⁰

En este marco, se pone de relieve que las cifras referidas son importantes, pero es más preocupante que los accidentes de trabajo derivan en situaciones irreparables, impagables e inaceptables. ²⁰

Por lo que mientras en 1985 se registraron 491 mil accidentes, en el 2003 se redujeron a 278 mil, lo que representa un 43 por ciento menos de estos sucesos en las dos últimas décadas. No obstante, es necesario fomentar la prevención para reducir aún más los accidentes. ²⁰

Se menciona que en el país existen 800 mil empresas y 12 millones de trabajadores en el seguro de riesgos de trabajo, rubro que en el 2003, la tasa se ubicó en 2.3 por ciento por cada 100 trabajadores, es decir, 2.4 por ciento inferior al observado en el 2002. ²⁰

En México ocurren 1219 accidentes cada 24 horas; 50.8 accidentes cada hora; o bien, 1.68 accidentes cada dos minutos. Millones de trabajadores están bajo riesgo de trabajo. ²²⁻²³

Principales indicadores de salud en el trabajo a nivel Nacional 2005.

- 1) Tasa de Incidencia de Accidentes y Enfermedades de Trabajo por cada 100 trabajadores 2.2 VRN \leq 2.4 (Valor de Referencia Nacional)²⁴
- 2) Tasa de Incapacidad Permanente Inicial por cada 1 000 trabajadores 1.0 VRN \leq 1.1 ²⁴
- 3) Tasa de Incapacidad Permanente Inicial por cada 1000 Accidentes de Trabajo 31.9 VRN \leq 20.2 ²⁴
- 4) Tasa de Letalidad por cada 1000 Accidentes de Trabajo 5.3 VRN \leq 3.8 ²⁴
- 5) Promedio de días de Incapacidad por caso de Riesgo de Trabajo en trabajadores de empresas afiliadas 44.1 VRN \leq 31.2 ²⁵
- 6) Tasa de incidencia de accidentes de trayecto por 1000 trabajadores de empresas afiliadas. 5.5 VRN \leq 5.5 ²⁴

En el HR"O" No. 15 no existen antecedentes en relación con el grado de adaptabilidad y cohesión familiar en trabajadores que presentan incapacidad temporal por riesgo de trabajo.

Principales problemas de salud en los grupos laborales.

En estos grupos se reúnen individuos para realizar una actividad común, generalmente con un móvil económico. el funcionamiento efectivo del grupo en términos de buen rendimiento productivo o calidad en los servicios que brinda, depende de distintos factores. por ejemplo; las condiciones de ruido por encima de 85 db, las vibraciones que acompañan a ese ruido y que afectan la precisión de los trabajadores en la realización de las tareas, la ventilación del local de trabajo, la iluminación, que influye en la rapidez y efectividad del trabajador para discriminar estímulos, son algunos de los elementos que inciden en la aparición de:

- fatiga intelectual e inestabilidad emocional.
- aumento del tiempo de reacción.
- aumento de errores y actos inseguros.
- distractibilidad.
- incremento de malestar subjetivo y síntomas psicósomáticos.

Estas afecciones aparecerán en mayor o menor medida en condiciones laborales como las descritas, en dependencia de las particularidades individuales del trabajador que pueden actuar como elementos moduladores.

Nos referimos aquí a la capacidad de habituación del trabajador por exposición continuada a los estímulos, motivaciones, gustos y características de un sistema nervioso.

La tarea a realizar en sí misma puede ser otro factor influyente en los resultados del trabajo; las metas o normas altas, difíciles de cumplir, generan insatisfacción con el trabajo y vivencias de incapacidad, una conducta de inseguridad y por consiguiente una conducta desordenada que puede acarrear lamentables accidentes.

La relación que se ejerce entre jefes y subordinados es básica. un estilo autoritario y centrado en la tarea, con frecuencia ocasiona choques en la comunicación en el grupo, con su consecuente afectación en los resultados del trabajo, en los que también influyen todas las alteraciones que en el proceso salud-enfermedad individual pueden presentarse. ¹³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia representa la característica principal de todas las culturas y sociedades que existen en el mundo, presenta una influencia importante en la generación de la salud, ya que entre sus miembros existe una serie compleja de interacciones relacionadas con aspectos bio-psico-sociales, que generan estilos de vida o conductas específicas.

La aparición de la enfermedad aguda, crónica o terminal, en alguno de los miembros de la familia puede presentar un cambio radical tanto en su funcionamiento como en su composición, se considera una crisis paranormativa, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de los miembros, el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen algún patrón específico, mas bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de rigidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar etc.

Dentro de las respuestas adaptativas que genera la familia se encuentran las de orden afectivo, que incluyen aspectos como la negación, la ira, la tristeza o depresión, la negociación de roles, flexibilización de límites, etcétera también se observan ajustes económicos, por la disminución del ingreso, por la incapacidad del enfermo para laborar.

En un estudio se enfatizo la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con faces III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor mas asociado el tener a un integrante enfermo.

Por lo que nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cual es el grado de adaptabilidad y cohesión familiar en trabajadores que presentan incapacidad temporal por riesgo de trabajo adscritos al Hospital Rural No. 15, Charcas, S.L.P.?

JUSTIFICACIÓN

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social.

La OIT subraya que existe, 270 millones de accidentes por año; provocando aproximadamente 2 millones de muertes, 160 millones de casos nuevos de enfermedades profesionales y 1.7 millones de muertes por esta causa. Además, cada año mueren 12 mil niños en el trabajo.

No es posible en una sola definición describir en su totalidad el significado de un accidente laboral y sus implicaciones en el ámbito de la salud, de lo social, de lo económico y lo familiar.

En México ocurren 1219 accidentes cada 24 horas; 50.8 accidentes cada hora; o bien, 1.68 accidentes cada dos minutos. Millones de trabajadores están bajo riesgo de trabajo.

Los accidentes de trabajo en general se acompañan de la pérdida de la función de una parte del cuerpo o del órgano mismo ocasionando de esta manera una alteración importante del auto imagen, del auto concepto, en una población específica que de acuerdo con su ciclo vital tiene características especiales.

Consecuentemente un trabajador recientemente lesionado no va a estar en condiciones de "estar pendiente", completamente de lo relacionado con sus funciones habituales, su mente se ocupa más de su recuperación, es por eso que pueden aparecer reacciones psicológicas en tres campos: en relación a sí mismo, respecto a la familia y a su trabajo.

Para la familia el tener a uno de sus miembros lesionados también se convierte en un motivo de ansiedad, con frecuencia el trabajador es la única fuente de ingresos de su familia.

Es el periodo de incapacidad laboral es el tiempo propicio no solo para recuperar la funcionalidad de los órganos afectados sino estabilizar los mecanismos adaptativos del paciente y la familia a la nueva situación medica.

En la intervención con la familia, también se contribuye a la reorganización de roles, a manejar la tensión que se ocasiona por el estado emocional del paciente

El reto actual es llevar a la practica los conocimientos alcanzados a partir de la investigación y realizar medidas preventivas para lo cual es necesario considerar no solamente la perdida monetaria como interés básico para bajar la accidentabilidad sino disminuir la frecuencia de los accidentes y la gravedad del daño en función del bienestar del trabajador y su familia.

En el HR"O" No. 15, charcas. S.L.P. no existen reportes de resultados estadísticos sobre el "Grado de adaptabilidad y cohesión familiar en trabajadores que presentan incapacidad temporal por riesgo de trabajo, para el trabajo.

Al realizarse este estudio, se trata de conocer los parámetros anteriores en las familias involucradas, dentro de su contexto cultural y así poder diseñar estrategias para que el impacto del accidente no cause efecto nocivo en la dinámica familiar.

OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar el grado de adaptabilidad y cohesión familiar en trabajadores que presentan incapacidad temporal por riesgo de trabajo adscritos al Hospital regional IMSS Oportunidades no. 15, Charcas, S. L. P.

ESPECÍFICOS:

- ✓ Evaluar el grado de adaptabilidad familiar
- ✓ Evaluar el grado de cohesión familiar
- ✓ Evaluar la tipología familiar
- ✓ Evaluar los cinco diagnósticos mas frecuentes que condicionan la incapacidad temporal
- ✓ Evaluar Días de incapacidad
- ✓ Evaluar Costos
- ✓ Registrar edad,
- ✓ Registrar genero

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

OBSERVACIONAL: Se presencia los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables.

RETROSPECTIVO: La recolección de datos se hace a partir de información previamente recolectada para otros fines, por ejemplo, a partir de expedientes.

DESCRIPTIVO: Se estudia en un solo grupo, no se hacen comparaciones.

DISEÑO DE ESTUDIO

TRANSVERSAL NO COMPARATIVO: No se hace seguimiento, las variables de resultados son medidas una sola vez.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Hospital Rural Oportunidades No. 15 Charcas, S. L. P.

POBLACIÓN

Trabajadores derechohabientes adscritos al H. R."O" No. 15, De Charcas, SLP. Periodo del estudio: del 1 de enero al 31 de diciembre del 2005.

TIPO DE MUESTRA

No probabilística: Selecciona a la muestra por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todos los expedientes de los trabajadores que sufrieron accidente de trabajo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2005. Se captaron 87 trabajadores que tuvieron riesgo de trabajo y acudieron a consulta.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

DE INCLUSIÓN

- ✓ Expedientes con registro de riesgo de trabajo “Aviso para calificar probable riesgo de trabajo” ST1, “dictamen de alta por riesgo de trabajo”, “Informe medico inicial de probable riesgo de trabajo “ ST – 4 – 30- 8 , ST2 y ”Dictamen incapacidad permanente parcial o defunción por riesgo de trabajo” ST 3.
- ✓ Expedientes clínicos completos.
- ✓ Paciente derechohabiente con vigencia de derechos
- ✓ Aceptación de los trabajadores que sufrieron riesgo de trabajo durante el periodo... con derecho a subsidio.

DE EXCLUSIÓN

- ✓ Expedientes no calificados como riesgos de trabajo.
- ✓ Expedientes que no se encuentran físicamente en el archivo
- ✓ Pacientes con incapacidad parcial y/o total

DE ELIMINACIÓN

- ✓ Expedientes extraviados
- ✓ Pacientes con incapacidad por enfermedad general
- ✓ Pacientes con incapacidad por maternidad

VARIABLES

Dependiente:
Adaptabilidad y cohesión familiar

| VARIABLE | | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE | INDICADOR |
|----------|--|-----------------------|------------------------|-----------|-----------|
|----------|--|-----------------------|------------------------|-----------|-----------|

| DEPENDIENTE | TIPO | | | MEDICIÓN | |
|---------------|-------------|--|---|----------|----------------|
| ADAPTABILIDAD | DEPENDIENTE | Conjunto de cambios que que experimenta un organismo para enfrentarse a las condiciones del medio en que vive. Psicológicamente. Modificación de la conducta y forma de ser de una persona que tiene como fin acomodarse a las condiciones del medio y mejorar así su integración y actuación en él. | La manera de cómo se maneja la adaptabilidad y cohesión en la familia con interpretación y escalas de tipo nominal. | Nominal | 1.-Si 2.-No |
| COHESIÓN | DEPENDIENTE | Acción y efecto de unirse o estar unidas cosas o personas entre sí | La manera de cómo se maneja la adaptabilidad y cohesión en la familia con interpretación y escalas de tipo nominal. | Nominal | 1.-Si 2.-No |

Independiente:
Riesgo de trabajo, edad, sexo, tipología familiar.

| VARIABLE INDEPENDIENTE | TIPO | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | INDICADOR |
|------------------------|---------------|--|--|--------------------|---|
| RIESGO DE TRABAJO | INDEPENDIENTE | Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo. | Todo trabajador que sea susceptible de un riesgo de trabajo. | Nominal | 1= Accidente de trabajo 2= Accidente en trayecto 3= Enfermedad de trabajo |
| ACCIDENTE DE TRABAJO | ANTECEDENTE | Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo de trabajo. | Todo trabajador que sea susceptible de un riesgo de trabajo. | Nominal | 1= Accidente de trabajo |
| ACCIDENTE EN TRAYECTO | INDEPENDIENTE | Es el que se produce al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de este a aquel lugar. | Todo trabajador que sea susceptible de un riesgo de trabajo. | Nominal | 2= Accidente en trayecto |
| SEXO** | ANTECEDENTE | Constitución orgánica de los seres vivos que distinguen al macho de la hembra. Conjunto de los individuos de una especie que tiene una de esas dos constituciones orgánicas. | 1 masculino 2 femenino | Nominal | Fenotipo |

| | | | | | |
|----------------------|---------------|---|--|-------------|--|
| EDAD** | ANTECEDENTE | Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento. Cada uno de los periodos de la vida humana. | Años cumplidos | Cualitativa | Grupos de edad Menores de 19 años 20 – 29 30 – 39 40 – 49 50 – 59 Mayores de 60 |
| TIPOLOGIA FAMILIAR | INDEPENDIENTE | Estructura social global de la cual recibe sus características y valores fundamentales. | Dependiendo de las características de cada familia será su clasificación. | Nominal | <u>Fase de ciclo familiar</u> En base a su integración En base a su ocupación En base a su demografía En base a su estructura En base a su conformación |
| INCAPACIDAD TEMPORAL | INDEPENDIENTE | Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo. | Documento que otorga el medico tratante al trabajador que sufre un riesgo de trabajo y le impide trabajar. | Nominal | 1.- Si 2.- No |

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACIÓN

En el año 2005 ocurrieron 87 accidentes de trabajo, algunos fueron registrados en el servicio de urgencias del hospital y otros en consulta, elaborándose sus respectivas notas medicas las cuales se anexan en el expediente clínico así como la elaboración de incapacidad y su respectiva 4-30-8 (Para ser llenado por el medico de urgencias o medico familiar) Anexo 1; Formato ST-1 (Para ser llenado por la empresa-datos de patrón) Anexo 2; ambas son enviadas al departamento de salud en el trabajo para ser calificado como riesgo de trabajo, posteriormente se entrega el formato ST-2 (Dictamen de alta por riesgo de

trabajo) Anexo 3; al alta del paciente y el formato ST-5 (Riego de trabajo ocurridos y terminados y casos de invalidez) Anexo 4; que elabora el departamento de salud en el trabajo es enviado a la delegación. Posteriormente se recopilaron todos los datos de los pacientes adscritos a otros consultorios, encontrándose buena respuesta y apoyo por parte de los directivos, de los médicos y sobre todo de los pacientes, cuando fueron requeridos para aclarar, confirmar algún dato y para realizar la encuesta de topología familiar (Anexo 5), y FACES III (Es un instrumento que a demostrado tener buenas cualidades psicométrías y se mide la cohesión: Es el vinculo emocional que los miembros de un sistema tienen entre si, en nuestro caso, la familia. Adaptabilidad: Es la habilidad de dicho sistema para cambiar) Anexo 6.

Para la realización de las encuestas se requirió de la autorización de los pacientes firmando la hoja de consentimiento informado, Anexo 7.

PLAN DE ANALISIS

Medidas de tendencia central, dispersiones, proporciones, porcentajes y frecuencias.

RECURSOS FISICOS Y MATERIALES

FISICOS:

- 1) Médico Residente de Medicina Familiar
- 2) Médico General (para recolección de datos).
- 3) Auxiliar de Enfermería (para recolección de datos).
- 4) Capturista de datos.

- 5) Bibliotecario.

MATERIALES

- 1) Una caja de lápices del número 2.
- 2) Una caja de bolígrafos.
- 3) 1000 hojas blancas tamaño carta.
- 4) Computadora Laptop marca ACER
- 5) Impresora HP color.
- 6) Bibliotecas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 7) Consultorio de Medicina Familiar del HR"O" , No. 15. Charcas, S.L.P.
- 8) Instalaciones de Industrial Minera México, sucursal Charcas, S.L.P.
(Puerta de entrada).

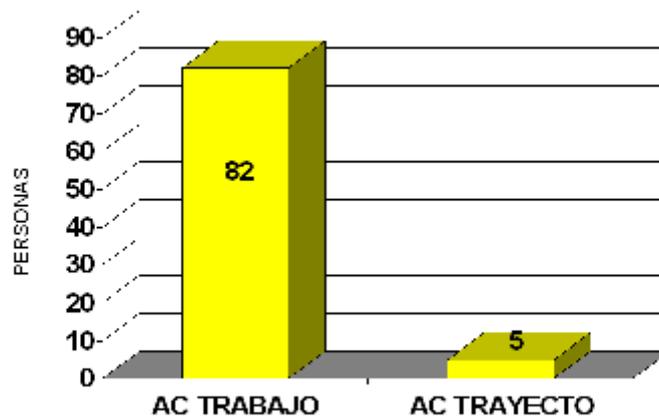
CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki; los artículos quinto, sexto, séptimo y décimo del Código Sanitario de Los Estados Unidos Mexicanos, el Art. 17 apartado 1 de la Ley General de Salud y los artículos séptimo y doceavo del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General en materia de investigación en seres humanos, se basa el presente estudio de investigación considerándose en fase 0, es decir de bajo riesgo, así mismo para evitar caer en complicaciones éticas se solicitó el consentimiento informado del personal derechohabiente participante (anexo 7).

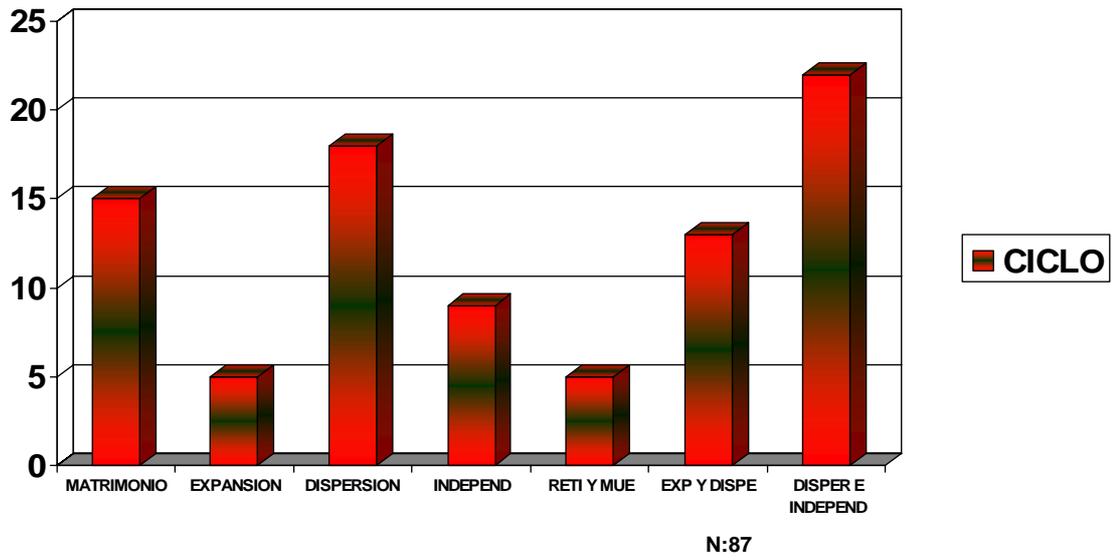
RESULTADOS

| DIAGNOSTICO | CASOS | DIAS DE INCAPACIDAD | COSTOS |
|---------------------|-------|---------------------|------------|
| CONTUSIONES | 30 | 755 | 123.455,54 |
| HERIDAS Y FRACTURAS | 25 | 1010 | 232,951,48 |
| OTROS | 32 | 1268 | 293,771,12 |
| TOTAL | 87 | 3033 | 650,178,14 |

N: 87
FUENTE: ENCUESTA

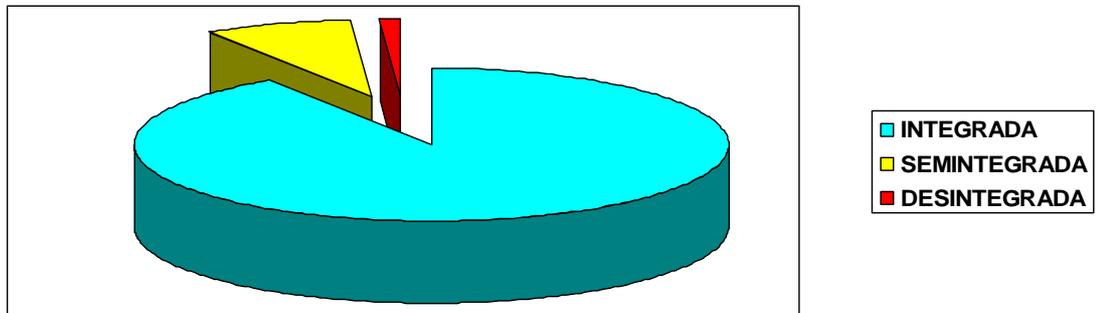


N:87
FUENTE:ENCUESTA



FUENTE: ENCUESTA

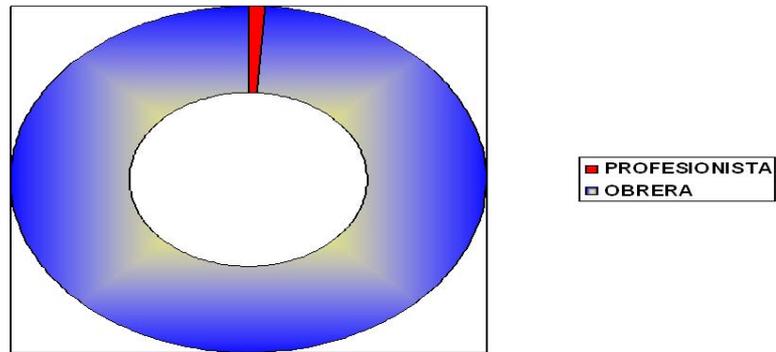
EN BASE A SU INTEGRACION



N:87

FUENTE: ENCUESTA

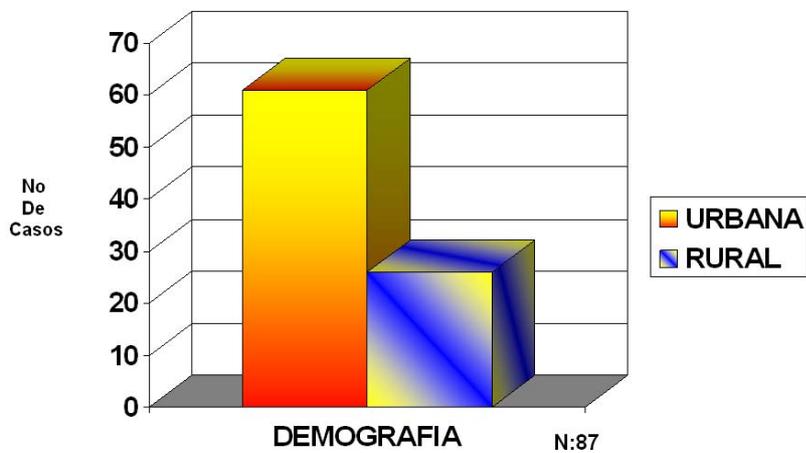
EN BASE A SU OCUPACION



N:87

FUENTE: ENCUESTA

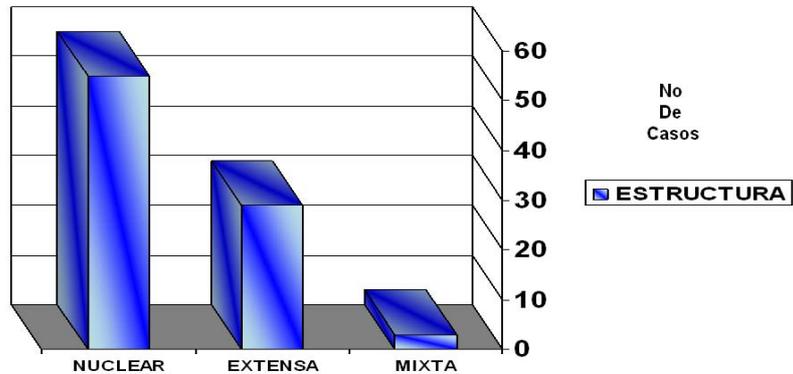
EN BASE A SU DEMOGRAFIA



N:87

FUENTE: ENCUESTA

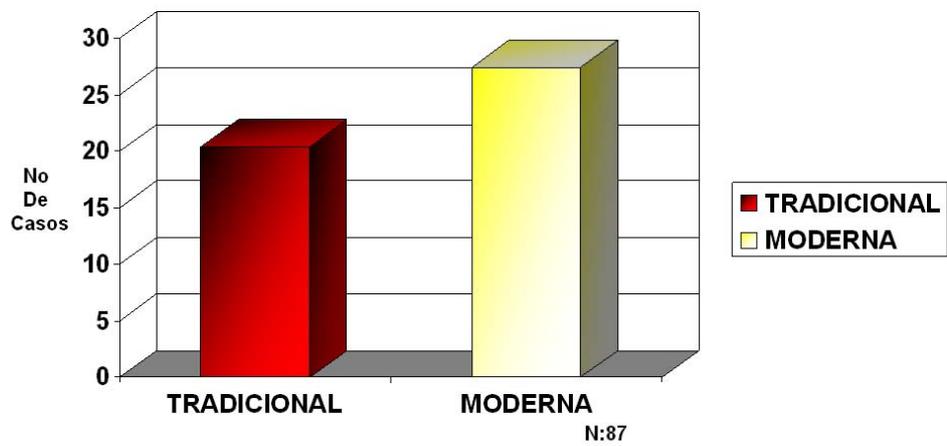
EN BASE A SU ESTRUCTURA



N:87

FUENTE: ENCUESTA

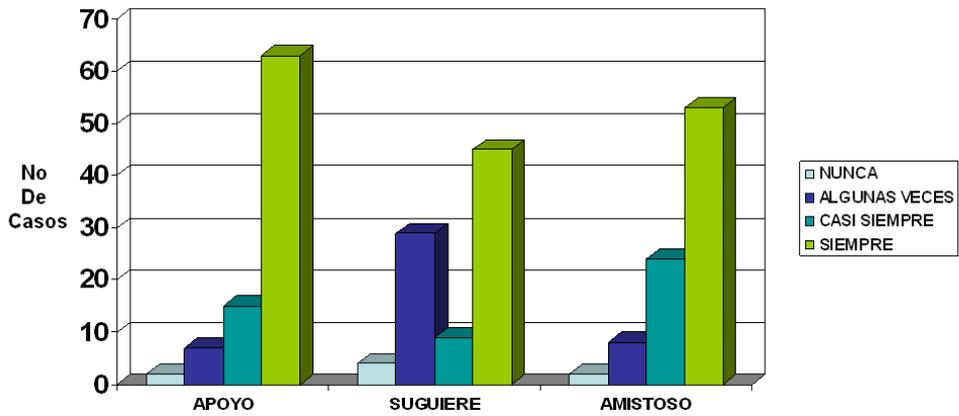
EN BASE A SU CONFIGURACIÓN



N:87

FUENTE: ENCUESTA

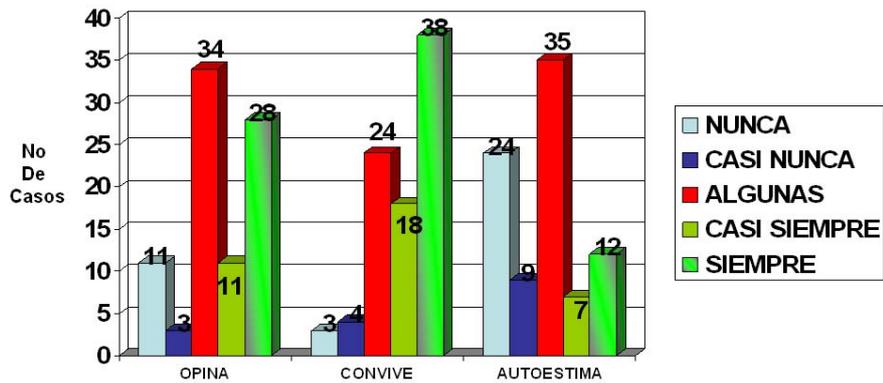
ADAPTABILIDAD FAMILIAR



N:87

FUENTE: ENCUESTA

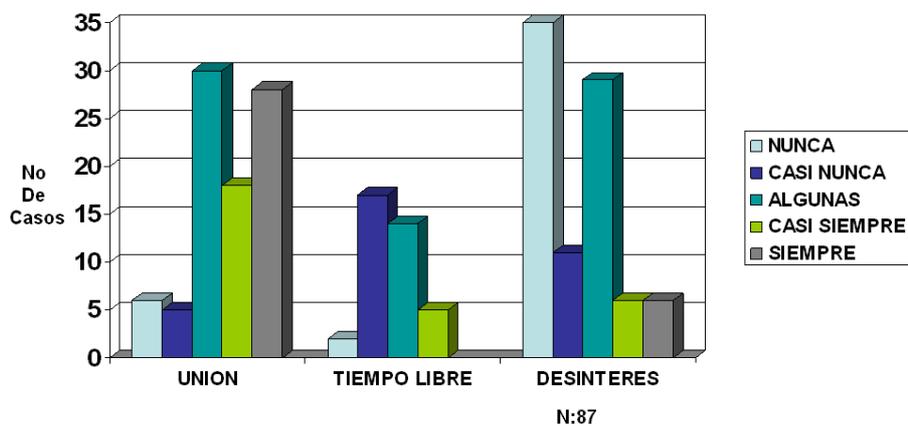
INDICADORES ADAPTABILIDAD



N:87

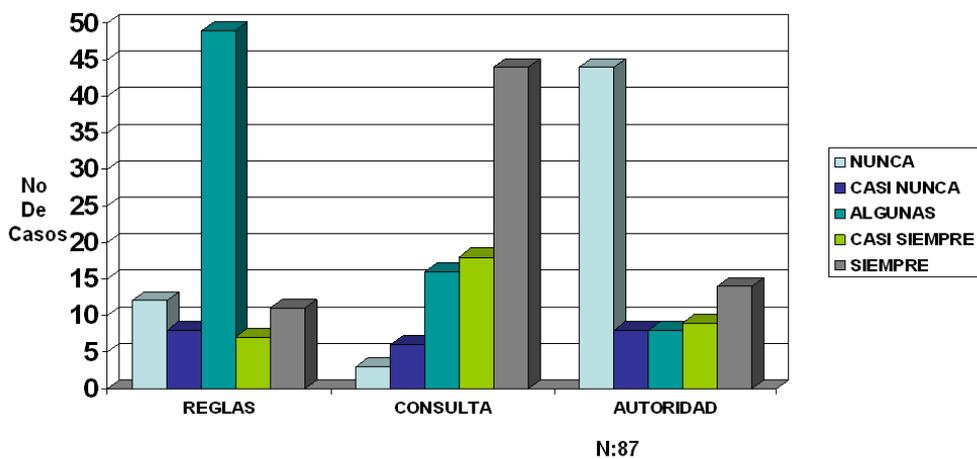
FUENTE: ENCUESTA

INDICADOR COHESIÓN FAMILIAR



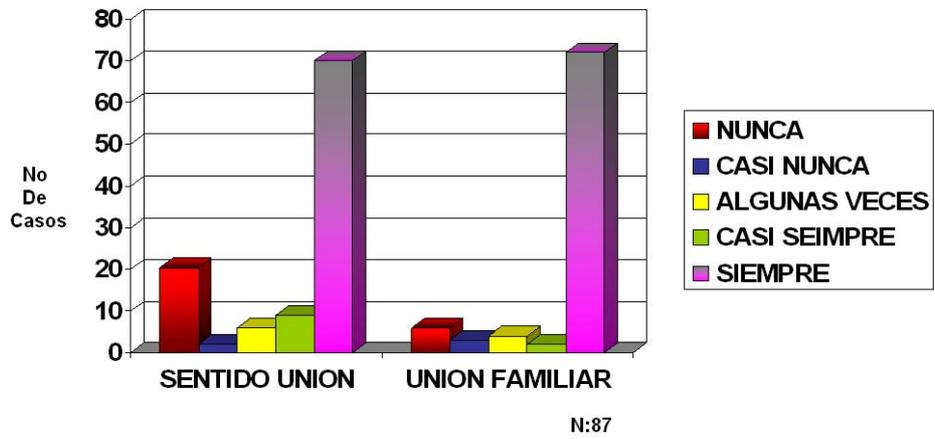
FUENTE: ENCUESTA

INDICADOR ESTRUCTURA FAMILIAR



FUENTE: ENCUESTA

INDICADOR COHESIÓN FAMILIAR



FUENTE: ENCUESTA

DISCUSIÓN

Con los cambios en las familias de hasta ahora hemos revisado, nos damos cuenta que el aplicar el faces para medir la adaptabilidad y cohesión familiar en las familias con incapacidad temporal por riesgo de trabajo, nos orienta únicamente sobre estos datos ya que cada familia es un ente diferente y particular que determinara sus cambios según su ciclo evolutivo y podrá ser capaz de determinar su grado de adaptabilidad

En relación a la bibliografía y los datos encontrados nos sigue que las familias se comportan como un vinculo sólido y funcional que apoyan al padre de familia, a solventar esta dificultad por la que están pasando; por lo que estamos obligados a profundizar mas en la observación cuidadosa y precisa de nuestras familias para identificar sus potencialidades en las situaciones de crisis para normativas

CONCLUSIONES

1. Las familias del medio sub urbano o rural demuestran mayor adaptabilidad y cohesión en situaciones de riesgo de trabajo
2. Los vínculos familiares de comunicación y afectivos determinan de manera importante, los grados de adaptabilidad
3. Las familias se comportan en un ambiente dinámico todo el tiempo, por lo que es difícil determinar según algún indicador si su adaptabilidad es favorecedora o no para una buen funcionalidad
4. Las familias aun establecen vínculos de pertenencia muy importantes con el padre de familia y proveedor de la casa

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Minuchin S. Familias y terapia familiar, Barcelona: Gedisa, 1979.
- 2.- Linton R. La historia natural de la familia. En: Fromm E, Horkheimer M, Parsons T. La familia. 5ª. Ed. Barcelona: Península, 1978: 5-29.
- 3.- Santacruz J. La familia como unidad de analisis. Rev. Med. IMSS. 1983.
- 4.- MD Publications. La familia humana. MD 1989 ; 4 : 70-85.
- 5.- Saucedo García JM, Maldonado Duran JM. La familia su dinámica y su tratamiento. Año 2003 , Pág. 24.
- 6.- Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos en medicina familiar. Vol. 7 supl. 1 2005 pp 15-19.
- 7.- Chávez J. Introducción a la medicina familiar. UASLP. 1992 Pág.14
- 8.- Gómez Clavelina F.J. Diagnostico de salud familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F.J. Fundamentos de Medicina Familiar. 7º Ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000. p.103-140
- 9.- Huerta- Martínez N, Valadez-Rivas, Sánchez-Escobar L. Frecuencia de Disfunción Familiar en una clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en la Cd. De México. Arch. Med. Fam. 2001; 3(4):95-98.
- 10.- Medalie JH. Family Medicine: Principles and Applications. Baltimore, MD: Williams & Wilkins. 1978
- 11.- Carta de principios. Organización Mundial de la Salud 1964
- 12.-De la Serna de Pedro I. Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal. Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana, Colaboración No. 28. España, 2001. Disponible en URL : http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_28.htm
- 13.- Pérez Cárdenas C. Algunos problemas de Salud en las Familias y Grupos Colectivos. Psico. Am. Lat. No. 6 México, mayo del 2006 pp.3,4,5,8,9
- 14.- Ruiz F. Aspectos Psicológicos del Accidente de Trabajo. Revista de la Facultad de Medicina, Mex. 2004: 47(6): 251-254
- 15.- Martínez Pampliega Ana/Iraurgi Loseba/Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scale (FACES). 2006 vol. 6 no. 2 , pp.317,319,320.
- 16.- Esqueda Calderón m.,Chiang Salcedo G.1.1 Breve reseña d los antecedentes de la Medicina del Trabajo. Lecturas en Materia de Seguridad Social, Medicina del Trabajo p. 21,28 y 29.
- 17.- Ley Federal del Trabajo
- 18.- Rev. Med. IMSS 2004; 42(1): 79-88

- 19.- El número de accidentes y de enfermedades relacionadas con el trabajo sigue aumentando. Comunicado conjunto OMS/Oficina Internacional del Trabajo. 28 de abril 2005/ Ginebra.
- 20.- El Universal/Directorio/Código de Ética/Avisos Legales/Mapa de sitio © 2004 Copyright El Universal-El universal Online, México.
- 21.- Saari J. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. OSHA, 2001
- 22.- México hoy, 9 de septiembre del 2002.
- 23.- Fuente: Elaboración del área de investigación de la UOM, con datos de la STPS, subsecretaría "B", Dirección General de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- 24.- Fuente: Numerador ST-5 (SIDST-Visual 2.2 del reporte según delegación origen).
Denominador: SINDO-Afil-82
- 25.- Numerador y denominador. Reporte de Prestaciones Económica (Pagina Web de la Comunidad de la Coordinación de Prestaciones Económicas:
<http://projetsrv:8888/sites/csidpe/default.aspx>)

ANEXO A



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
 JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO
INFORME MEDICO INICIAL
MT-4-30-8

(PARA SER LLENADO POR EL MEDICO DE URGENCIAS O MEDICO FAMILIAR)

| | | |
|-------------------------------------|------|---|
| NUMERO DE AFILIACION | | |
| APELLIDOS PATERNO Y MATERNO | | |
| NOMBRE(S) | EDAD | SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA | | |

| 1) FECHA DEL ACCIDENTE | | | | 2) PRIMERA CONSULTA | | | |
|------------------------|-----|-----|------|---------------------|-----|-----|------|
| DIA | MES | AÑO | HORA | DIA | MES | AÑO | HORA |
| | | | | | | | |

3) MECANISMO DEL ACCIDENTE

4) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES)

5) DIAGNOSTICO(S)

6) TRATAMIENTO(S)

7) LESIONES O DEFECTOS PREVIOS AL ACCIDENTE EN RELACION A LAS LESIONES ACTUALES

8) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON X) DESCRIBIRLOS

INTOXICACION ALCOHOLICA
 INTOXICACION POR ENERVANTES
 OTROS

9) HUBO RIÑA EXISTE SIMULACION SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE

10) INCAPACIDAD INICIAL EN CASO DE EXPEDICION DE CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL SE HARA EN LA RAMA DE E.G. Y SE ENGRAPARA EL TRIPLICADO A ESTA FORMA.

| | | | | | |
|-----------------|--------------|-----|-----|-----|----------------|
| NUMERO DE FOLIO | A PARTIR DE: | DIA | MES | AÑO | NUMERO DE DIAS |
| | | | | | |

ENVIAR ESTE DOCUMENTO A SALUD EN EL TRABAJO

EL PACIENTE PASA AL SERVICIO DE _____

| | | |
|--------------------------------|-----------|------------------|
| 11) NOMBRE DEL MEDICO | MATRICULA | FIRMA DEL MEDICO |
| 12) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION | | |

| PARA INTERCONSULTA DE SALUD EN TRABAJO A OTROS ESPECIALISTAS | | | | |
|--|-----------|-----|-----|-----|
| 13) SERVICIO INTERCONSULTADO | | | | |
| 14) MOTIVO DEL ENVIO | | | | |
| 15) DIAGNOSTICO (S) | | | | |
| 16) NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO | 17) FECHA | DIA | MES | AÑO |
| | | | | |

| CONCLUSIONES DEL MEDICO CONSULTADO | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 18) DIAGNOSTICO (S) | | | | |
| 19) TRATAMIENTO INSTITUIDO | | | | |
| 20) PRONOSTICO | | | | |
| 21) RECOMENDACIONES PARA EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO | | | | |

| CONCLUSIONES DE SALUD EN EL TRABAJO PARA EL MEDICO FAMILIAR | | | | |
|---|-----------|-----|-----|-----|
| ANOTAR DIAGNOSTICO(S), TRATAMIENTO(S), EVOLUCION, PRONOSTICO, CONDICION AL SER DADO DE ALTA | | | | |
| 22) NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO | 23) FECHA | DIA | MES | AÑO |
| | | | | |

MT-4-30-8

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
 COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO
AVISO PARA CALIFICAR
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO ST-1
 (ACCIDENTE DE TRABAJO O TRAYECTO O ENFERMEDAD DE TRABAJO)

| |
|--------------------------|
| 1) NOMBRE O RAZON SOCIAL |
| 2) REGISTRO PATRONAL |

PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA-DATOS DEL PATRON

| | |
|---|-------------|
| 3) ACTIVIDAD O GIRO | 4) TELEFONO |
| 5) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO | C. P. |
| COLONIA O FRACCIONAMIENTO, POBLACION Y ESTADO | |

| |
|--|
| PARA USO DEL IMSS CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS |
|--|

DATOS DEL TRABAJADOR

| | | | |
|--|---|--|---------------------------|
| 6) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) | | 7) SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 8) NUMERO DE AFILIACION |
| 9) CURP | | | |
| 10) MATRICULA | | 11) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION | |
| 12) DOMICILIO CALLE Y NUMERO | | C. P. | COLONIA O FRACCIONAMIENTO |
| 13) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL ACCIDENTARSE | | ANTIGUEDAD EN LA MISMA | 14) SALARIO DIARIO |
| 15) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE | EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL | 16) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE | |

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

ACCIDENTE

ENFERMEDAD

| | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|------|---|-----|-----|-----|------|
| 17) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE | DIA | MES | AÑO | HORA | 18) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO SUS LABORES POR CAUSA DEL ACCIDENTE | DIA | MES | AÑO | HORA |
| 19) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/> EN UNA COMISION <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> TRABAJANDO TIEMPO EXTRA | | | | | | | | | |
| 20) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA Y EL SITIO O AREA DE TRABAJO EN LOS QUE OCURRIO EL ACCIDENTE. EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS. | | | | | | | | | |
| 21) PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE | | | | | FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL MISMO | | | | |
| DIA | | | | | MES | | | | |
| AÑO | | | | | HORA | | | | |
| 22) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS ANOTAR QUIEN LO HIZO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO | | | | | | | | | |
| 23) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA | | | | | | | | | |
| 24) OBSERVACIONES | | | | | | | | | |
| 25) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE | | | | | 26) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA | | | | |
| 27) LUGAR Y FECHA | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL PATRON O DE SU REPRESENTANTE | | | | | | | | | |

ANEXO II

FORMA MT-2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
 JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA DEL TRABAJO

DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO

DATOS DEL ASEGURADO

| | |
|---|-------------------------|
| 1.- APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE | 2. NUMERO DE AFILIACION |
|---|-------------------------|

DATOS DE LA EMPRESA

| | |
|--------------------------|----------------------|
| 3. NOMBRE O RAZON SOCIAL | 4. REGISTRO PATRONAL |
|--------------------------|----------------------|

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| 5. TIPO DE RIESGO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TRABAJO | 6. Fecha de accidente o de reclamación de la enfermedad de trabajo. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> 7. Inicio de labores <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">DIA</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">MES</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | DIA | MES | AÑO | | | | DIA | MES | AÑO | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

NOTA: En caso de presentar secuelas, el servicio de Medicina de Trabajo determinará la fecha de inicio de labores, previa valoración correspondiente:

| | | | | |
|--|-------|-----|-----|------------------|
| 8. UNIDAD MEDICA Y LUGAR | DIA | MES | AÑO | FIRMA DEL MEDICO |
| 9. NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN | CLAVE | | | |

IMSS SOLIDARIDAD

ANEXO III



**DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO**

RIESGO DE TRABAJO INVALIDEZ

| | | |
|--------------|------------------|--------------------|
| FOLIO | CLAVE DELEGACION | NUMERO CONSECUTIVO |
| | 25 | 3887 |

**RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS Y TERMINADOS
Y CASOS DE INVALIDEZ ST-5**

| | | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------------|
| DELEGACION | 2 5 | HOSPITAL GENERAL DE ZONA O U.M.F. | 0 1 0 | NOMBRE DEL ASEGURADO |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA | | | | |
| REGISTRO PATRONAL | | | | D.V. NUM. DE AFILIACION |
| MATRICULA | SEXO | | OCUPACION | CURP |
| CLAVE PRESUPUESTAL UNIDAD ADSCRIPCION LABORAL | | | | NOMBRE DEL BENEFICIARIO |
| ANTIGUEDAD EN EL PUESTO | BENEFICIARIO | | TIPO DE RIESGO | |
| FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD | DIA | MES | AÑO | TIPO DE JORNADA Y ROTACION |
| CAUSA EXTERNA | NATURALEZA DE LA LESION | | | FIRMA DEL MEDICO |
| RIESGO FISICO | ACTO INSEGURO | | | NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO |
| DIAS DE INCAPACIDAD | FECHA DE INICIO DE PENSION O DE ALTA | | DIA | MES |
| VALUACION | (1) | (2) | (3) | MATRICULA |
| FECHA DE RECAIDA | DIA | MES | AÑO | DIAS HOSPITALIZACION |
| DIAS REHABILITACION | DEMANDA LABORAL TIPO DE RESOLUCION | | LAUDO CONDENATORIO | |
| DIAGNOSTICOS: | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | |

ANEXO IV

CONTROL DE INCAPACIDADES

| MES | FOLIO | No. DIAS | FE-CHA |
|-----|-------|----------|--------|-------|----------|--------|-------|----------|--------|-------|----------|--------|-------|----------|--------|
| ENE | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEB | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAR | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABR | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAY | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUN | | | | | | | | | | | | | | | |
| JUL | | | | | | | | | | | | | | | |
| AGO | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEP | | | | | | | | | | | | | | | |
| OCT | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOV | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIC | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO V
TIPOLOGIA FAMILIAR

Fase de ciclo familiar

1. Matrimonio
2. Expansión
3. Dispersión
4. Independencia
5. Retiro y muerte

En base a su integración

1. Integrada
2. Semintegrada
3. Desintegrada

En base a su ocupación

1. Profesionista
2. Obrera
3. Campesina

En base a su demografía

1. Rural
2. Urbana

En base a su estructura

1. Nuclear
2. Extensa
3. Extensa compuesta

Conformación

1. Tradicional
2. Moderna
3. Arcaica o primitiva

ANEXO VI

FACES III

1

2

3

4

5

NUNCA

CASI NUNCA

ALGUNAS VECES

CASI SIEMPRE

SIEMPRE

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- ___ 1 Los miembros de la familia se dan apoyo entre si.
- ___ 2 En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- ___ 3 Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- ___ 4 Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- ___ 5 Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos.
- ___ 6 Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- ___ 7 Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- ___ 8 Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- ___ 9 Nos gusta pasar el tiempo libre en familias
- ___ 10 Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- ___ 11 Nos sentimos muy unidos.
- ___ 12 En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- ___ 13 Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.
- ___ 14 En nuestra familia las reglas cambian.
- ___ 15 Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- ___ 16 Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- ___ 17 Consultamos unos con otros para la toma de decisiones.
- ___ 18 En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- ___ 19 La unión familiar es muy importante.
- ___ 20 Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

ANEXO VII

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CHARCAS S.L.P.

MARZO 2007.

Conciente, libre y voluntariamente acepto participar en el proyecto. “Grado de adaptabilidad y cohesión familiar en trabajadores que presentan incapacidad temporal por riesgo de trabajo, adscritos al Hospital Regional IMSS Oportunidades No. 15, charcas, S.L.P. “?

Se me explico que la participación consiste en contestar el cuestionario y que los resultados tendrán solo interés epidemiológico y la información que otorgue será totalmente confidencial.

FIRMA DE ACEPTACION

TESTIGO

TESTIGO