



UNIVERSIDAD

"DON VASCO, A. C."

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

*"LA SITUACIÓN A LA QUE SE ENFRENTA EL
TRABAJADOR HOSPITALIZADO POR LESIONES
TRAUMATOLÓGICAS EN EL H.G.Z.NO.8."*

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Trabajo Social

PRESENTA:

Laura Dolores González Estrada

ASESORA: LTS. Adriana Santoyo Martínez

URUAPAN, MICHOACÁN A 12 DE SEPTIEMBRE DE 2011





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.

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de mi carrera me encontré con muchas dificultades por las que en ocasiones quería dejar a un lado mis estudios, pero gracias a las siguientes personas que me brindaron su apoyo, amor, consejos, ánimo, cariño y fe, me hicieron ver las cosas de una manera positiva y llegar a mi meta final.

A DIOS:

Gracias Dios por brindarme fortaleza, sabiduría, amor, paz, salud y tolerancia para poder llegar a concluir con mis estudios.

A MIS PADRES:

A mis dos Ángeles Mari y Alfredo que me mandó Dios para cuidarme, guiarme por el mejor camino, por el amor que siempre me han dado, su ayuda incondicional y los consejos que siempre me ofrecieron para poder estar en donde estoy, gracias papis los amo.

A MI AMOR:

Iván por todo el apoyo y ánimo que me brindó en los momentos que creía ya no poder seguir con mis estudios y que gracias a sus consejos me ayudaron a salir a delante y seguir en busca de mi meta y la cual lo logré.

A MIS HERMANOS:

Sergio, Alfredo, Gaby, Norma y Susy por estar siempre pendiente de mí y apoyar mis decisiones.

A MIS MAESTROS:

Quiero agradecer a cada uno de mis maestros que tuve en toda mi carrera, los cuales me brindaron muchos conocimientos, amistad, consejos que me hicieron crecer tanto personal como profesionalmente.

A MIS AMIGOS:

Mayra, Angie, Marisol, Gaby M. Judith, Viole, Meche, Miriam C. Y Anabel por su apoyo, amor, consejos, amistad, alegrías y tristezas que vivimos juntos.

“Para hacer que una lámpara esté siempre encendida, debemos no dejar de ponerle aceite”

Madre Teresa de Calcuta (1910-1997)

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I LA FAMILIA

1.1. Definición de familia.....	5
1.2. Tipos de familia.....	6
1.3. Funciones de la familia.....	8
1.4. Ciclo vital de la familia.....	12
1.5. Dinámica familiar.....	16
1.6. Crisis y problemas familiares.....	18

CAPÍTULO II ENFERMEDADES TRAUMATOLÓGICAS

2.1. Definición.....	24
2.2. Tipos.....	24
2.3. Tratamientos.....	28
2.4. Rehabilitación.....	32
2.5. Generalidades sobre el derecho al pago de incapacidades.....	36
2.5.1. Por riesgo de trabajo.....	37
2.5.2. Por enfermedades.....	39

CAPITULO III. TRABAJO SOCIAL EN ÁREA DE SALUD

3.1. Antecedentes.....	41
3.2. Definición.....	45
3.3. Perfil ideal de Trabajo Social en el área de salud.....	46
3.4. Niveles de intervención.....	50

CAPITULO IV. HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.8 IMSS

4.1. Características generales de la Institución.....	55
4.1.1. Antecedentes.....	56
4.1.2. Objetivos, Misión y Visión.....	60
4.1.3. Programas.....	61
4.1.4. Estructura organizativa.....	65

CAPITULO V INVESTIGACION DE CAMPO

5.1. Definición del Universo.....	67
5.2. Elaboración de Instrumentos.....	68
5.3. Recopilación de Datos.....	68
5.4. Presentación de Resultados.....	69
5.5. Análisis de Resultados.....	120

CONCLUSIONES

PROPUESTA

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Las lesiones traumatológicas ocupan un lugar especial en la medicina contemporánea por el impacto que tienen en el paciente, el entorno familiar y médico, y por sus repercusiones sociales, económicas y laborales.

“El término traumatológico es una especialidad de la medicina que se encarga del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de las enfermedades y lesiones del sistema musculoesquelético; esto incluye huesos, articulaciones, tendones, músculos y nervios.

Esta década del 2000-2010, ha sido declarada década del hueso y la articulación, debido al gran impacto que se está generando a la presencia de estas enfermedades”. (www.tutraumatologo.com).

“En la actualidad el tema referente a las lesiones traumáticas han tenido gran auge en toda la sociedad desde a nivel internacional hasta municipal por el alto porcentaje de personas que padecen alguna lesión de este tipo, cabe mencionar que las lesiones traumáticas más comunes que se presentan son: Artralgia, bursitis, dolor de espalda, escoliosis, esguince, fractura, lumbago, luxación, osteoartritis, osteoporosis, sinovitis”. (Ídem)

En lo que respecta al nivel nacional se ha tenido un gran aumento en la hospitalización de pacientes para el servicio de traumatología. Lo que representa para los pacientes permanecer un tiempo prolongado en hospitalización y tener que desprenderse de sus actividades cotidianas. Las principales causas por las que se presentan lesiones del servicio de traumatología son: por accidentes automovilísticos y motociclismo, accidentes de trabajo, atropellamiento por vehículos, caídas fuertes por diversas causas; lo anterior rescatado por los estudios realizados por el INEGI. (2007-2009).

En cuanto al nivel estatal, el gobierno está realizando diferentes acciones para que en las empresas se preocupen por proteger a sus trabajadores de los riesgos de trabajo, en especial aquellos que podrían ocasionar lesiones traumatológicas, pues

éstas frecuentemente son originadas debido a descuidos, dificultándose casi siempre la reincorporación a sus actividades laborales por largos periodos de tiempo y que además suelen requerir de prolongados y costosos tratamientos. En nuestro municipio muy frecuentemente se presentan accidentes automovilísticos y de motocicletas, siendo estos últimos los de mayor incidencia, donde se observa que de cada 10 de casos en 8 se requiere de la intervención del servicio de traumatología, debido a las sesiones causadas durante el accidente. (www.michoacán.com.mx.)

En el área de hospitalización del H.G.Z.No.8 se presenta esta situación muy frecuente debido al alto índice de pacientes que requieren el servicio de traumatología, además se han contado desde el mes de enero a la fecha alrededor de 35 pacientes con alguna lesión que requieren del servicio, lo cual se ven afectados en su situación tanto familiar como económicamente.

Por otro lado el Seguro tiene que pagar las incapacidades a los pacientes cuyo monto no es suficiente para que las familias cubran sus necesidades básicas y debido a que los pacientes permanecen por un período de hospitalización no se pueden incorporar a su trabajo rápidamente por el tratamiento que requieren; debido a esto se presentan otras situaciones como: falta de recursos económicos, desesperación, problemas familiares, baja autoestima, entre otras que afectan a la situación familiar para su buen funcionamiento.

Las principales causas por las que los pacientes llegan al área y requieren del servicio de traumatología son por accidentes automovilísticos, motociclismo, caídas y otros por accidentes de trabajo, lo cual a diferencia de este último los anteriores tienen más situaciones desfavorables ya que como no fue un accidente de trabajo no es calificado y por lo tanto no reciben el 100% de su salario sólo un 60%, así como también cabe mencionar que el instituto por la atención de estos pacientes tiene que atender altos gastos ya que las operaciones que se les realizan requieren de material que es muy costoso y los tratamientos y rehabilitación otro tanto, debido a que este servicio es el que cuenta con un mayor número de pacientes lo que genera un alto

incremento del recurso que se tiene que disponer para la salud de estas personas que presentan alteraciones traumatológicas y se deben de cubrir para que se incorporen lo más pronto posible a sus actividades laborales.

Sin dejar un lado es importante señalar que la familiar juega un papel muy importante en la vida de cada persona y mas aún en aquellas que se encuentran hospitalizadas ya que es necesario que la misma apoye al paciente para su pronta recuperación, teniendo en cuenta todos aquellos aspectos que son parte de su dinámica familiar, tales como la comunicación, roles, relaciones familiares, etc., con la finalidad de evitar que se deterioren mientras se encuentra la familiar pasando por una situación no favorable para ellos, así también las redes de apoyo como son: la familia, amigos, compañeros de trabajo, organizaciones, etc., son de gran importancia tener en cuenta ya que a través de las mismas se tiene una fortaleza para seguir adelante y para que el paciente se sienta con más apoyo, ánimo, y se de cuenta de lo importante que es para los demás, lo cual contribuya para que se motive y se reincorpore lo más pronto posible a sus actividades cotidianas.

La presente investigación se realizó con los pacientes de traumatología que se encuentran en el área de hospitalización del H.G.Z.No.8, con la finalidad de identificar la situación a la que se enfrenta este tipo de pacientes, rescatando algunos aspectos referente a la dinámica familiar, las redes de apoyo con las que cuentan, así también se tomará en cuenta el tipo de lesión que presentan, motivos del accidente, la situación económica, laboral, etc.

A continuación se dan a conocer los objetivos planteados para la investigación, así como la hipótesis.

OBJETIVO GENERAL: Identificar la situación a la que se enfrenta el trabajador hospitalizado por lesiones traumatológicas con la finalidad de proponer alternativas que favorezcan la situación que vive el trabajador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la dinámica familiar del paciente trabajador respecto a sus relaciones familiares, comunicación y roles a partir de que presenta la lesión traumatológica.
- Detectar las redes de apoyo con las que cuenta el trabajador y su familia para enfrentar esta situación.
- Señalar la situación laboral a la que se enfrenta el trabajador al ser hospitalizado por una lesión traumatológica.

HIPÓTESIS

Los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas en el H.G.Z.No.8 se ven afectados principalmente en su situación familiar.

Por otro lado es importante mencionar que para efectos de la investigación se desarrollaron 5 capítulos, los cuales se consideraron los más apropiados para la misma rescatando los elementos necesarios, cuyos capítulos son:

Capítulo I Familia. En el cual se retoman aspectos como la definición, los diferentes tipos de familia, las funciones que se ejercen, fases del ciclo vital, la dinámica familia y las crisis y problemas familiares.

Capítulo II Enfermedades Traumatológicas. En este capítulo se hace referencia a la definición, tipos, tratamientos y a la rehabilitación.

Capítulo III Trabajo Social en el área de salud. Se presentan los antecedentes, la definición, el perfil ideal de Trabajo Social, así como los niveles de intervención.

Capítulo IV Hospital General de Zona No.8. Se mencionan las características generales de la institución como son: los antecedentes, objetivos, misión, visión, etc.

Capítulo V Investigación de campo. Dentro de este capítulo se menciona la definición del universo, métodos, técnicas e instrumento y la presentación de resultados.

Y finalmente se exponen las conclusiones a las que se llegó a partir de la investigación realizada y se da a conocer una propuesta con la finalidad de tener una intervención de manera directa en pacientes con lesiones traumatológicas y su familia durante la estancia de la hospitalización.

CAPÍTULO I

LA FAMILIA

La familia juega un papel muy importante para el individuo dentro de la sociedad ya que es una de las instituciones sociales más importantes en el mundo, pues dentro de ella se obtienen los principios, valores, creencias, modos de vivir, etc., lo cual hace diferente una familia de otra.

1.1. Definición de familia

“Un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, tíos, abuelos, etc.) con vínculos que pueden ser consanguíneos o no; con un modo de existencia económico y social común y con sentimientos afectos particulares que los unen”. (De la Barrera; 2000:70)

“La familia puede ser considerada desde el punto de vista de microcosmos social, en el que se evidencia extraordinariamente la diferenciación de los roles en función de la diferenciación de las posiciones y funciones desempeñadas. Así, puede considerarse a la familia como una pequeña reproducción de las relaciones sociales y formas habituales de interacción social. Cada miembro responderá de acuerdo con un modelo representativo de la posición que ocupa. La distribución de tareas, de poder y de funciones vendrá determinada por diferentes elementos que tienen que ver con el tipo sociedad en la que la persona está inmersa, la clase social a la que pertenece el individuo y el rango que ocupa dentro de su familia de origen o de pertenencia (hijo/hija, mayor/menor, padre/madre) que obviamente viene determinado por el sexo y por la edad.”(Novel Martí, 2000: 70)

De acuerdo a las definiciones anteriores de familia se llega a la conclusión que es el grupo de personas unidas por lazos consanguíneos o no en el cual se dan las relaciones de protección, solidaridad, convivencia, educativas y afectivas entre los miembros que constituyen la misma con el fin de lograr un desarrollo integral.

1.2. Tipos de familia

Debido a que la familia juega un papel muy importante para el ser humano dentro de la sociedad, así mismo es importante señalar que existen diversos tipos de familia, en los cuales cada uno de sus integrantes juegan un papel diferente dependiendo de la familia a la que correspondan, para ello se presenta una clasificación de tipos de familia de acuerdo a diferentes autores:

El autor Francisco A. Gómez Jara (2000) menciona los siguientes tipos de familia:

Familia Monoparental. Esta familia está compuesta por un padre o una madre que son cabeza de la familia y sus hijos.

Familia Recompuesta. Son familias en donde las personas que se unen por segunda o tercera ocasión, llevando a vivir a los hijos de uno o de ambos al mismo hogar, o también conocidas como reconstruidas.

Familia Multigrupal. Formada alrededor de dos o más familias nucleares de una o varias generaciones.

Familia Poligámica. Familia en donde un hombre vive con dos o tres esposas, una bajo las normas legales, y las otras en unión libre. Aparece como “casa grande” y “casa chica”. Con cada una procrea hijos que antes se consideraban ilegítimos y hoy son todos ante la ley legítimos. Cuando es el hombre quien tiene varias esposas se denomina poliginia, y cuando es la mujer se denomina poliandria.

Familia Colateral. Estructura familiar organizada en las grandes ciudades en función de compartir una vivienda o mitigar al aislamiento y la sociedad. Se forma con; a) hermanos solteros, viudos o monoparentales; b) individuos unidos a parientes de

segundo o tercer grado; c) individuos con uno o dos amigos (as) sin mantener relaciones sexuales entre ellos.

Familia Homosexual. Aceptada por la ley en algunos países de Europa occidental y en culturas del subpacífico. Pueden ser lésbicas o gay.

Familia Grupal. Son familias basadas en matrimonio en grupo, bajo el acuerdo de que cada persona acepta ser el cónyuge de cada una de de las personas del sexo opuesto y compartir igualmente las responsabilidades matrimoniales y familiares de cada persona de su propio sexo.

Familia Unipersonal. Familia constituida por un solo miembro que vive con una forma definitiva y autónoma, trabajo científico, viajes, intensa vida de relación con grupos secundarios; acompañada de mascotas, plantas, colecciones, correspondencia, etc.

Por otro lado, el autor Carlos Eroles (2001) da a conocer los diferentes tipos de familia de acuerdo a la clasificación de las familias mexicanas actuales:

Familia con vínculo jurídico y/o religioso. Familia unida por razones formales o por fines conviccionales religiosas, la pareja solemniza su función matrimonial.

Familia consensual o de hecho. Familia en donde la pareja solemniza su propia unión.

Familia nuclear. Familia en donde solo viven padres e hijos.

Familia ampliada o extensa. Familia donde conviven tres generaciones y/o la presencia de otros familiares.

Familia ampliada o modificada. Familia en donde aún cuando no hay convivencia, las relaciones entre los miembros de la familia tienden a un comportamiento clánico.

Familia monoparental. Familia que está conformada por los hijos y solo una cabeza de familia ya sea el padre o la madre. Esta tipología ha crecido últimamente ya que se encuentra en su mayoría familias de esta clasificación.

Familia reconstruida o ensamblada. Es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido una o varias experiencias matrimoniales anteriores. La convivencia es de días o permanente con los hijos de distintas uniones.

Familia separada. Familia en donde los padres están separados pero aún siguen siendo familia en relación del o de los hijos. Así como también puede ser una relación conflictiva o ser o no aceptado.

Grupos familiares de crianza. Incluye situaciones particulares como: de adopción, protección a huérfanos o abandonados de la misma comunidad o familia, nietos a cargo de abuelos o hacerse cargo de los padres o abuelos.

Familiarización de amigos. Relación familiar muy estrecha en donde varios amigos viven en un mismo lugar compartiendo afecto, gastos, sentimientos y que no son unidos por lazos de consanguinidad.

Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad. Familias en donde su decisión es de compartir un proyecto de vida el cual sea permanente o no, libres de tomar decisiones y sin una formalidad familiar.

En cambio los autores Juan José López-Ibor, Tomás Ortiz Alonso, María Inés López –Alcocer (2000) nos presentan solo dos tipos de familias las cuales son:

1.- Familia Consanguínea, descrita como un núcleo de parientes de sangre rodeados por un círculo de esposos, representando de ese modo los hermanos y las hermanas del centro de la unidad familiar.

2.- Familia Conyugal, constituida por un núcleo en la cual se hallan los esposos y su descendencia rodeado por un círculo de parientes.

Por lo anterior se puede decir que existe una infinidad de tipologías familiares las cuales hacen ser diferente una familia de otra, pero si bien es cierto sin dejar a un lado que siempre va a existir en el mundo cada una de ellas, en donde los individuos se desarrollen y se solidaricen como parte de la sociedad humana.

Para efectos de la investigación se retoma una de la tipología que señala el autor Eroles y es la nuclear conformada por padres e hijos.

1.3. Funciones de la familia

Las funciones que se ejercen en cada familia pueden ser distintas de acuerdo al nivel, estatus, a la forma de vida, de organización y también al ciclo vital por el que están pasando, a continuación se presentan las funciones que se ejercen en la familia desde la perspectiva de diferentes autores.

Según el autor Carlos Eroles (2001) existen cuatro funciones que ejerce la familia:

Económica.

1.- La familia transfiere a los integrantes el nivel socioeconómico, implicando: la manera de pensar, la forma de vida, sus hábitos y costumbres entre otros.

2.- Responsabilidad económica de los padres, de acuerdo a la cultura, y

3.- Nivel adquisitivo para solventar las necesidades básicas y de lujo.

Afectiva.

Dentro de este aspecto se proporciona a cada miembro de la familia: amor, ánimo y cariño, así como a cada uno de los subsistemas que integran la familia. Se encuentran estrechamente relacionados para cubrir sus necesidades afectivas, proporcionando la recompensa básica de la vida familiar. Y sobre todo las necesidades afectivas de los padres son tan importantes como las de los hijos.

Ambiente Sexual.

Dentro de las relaciones sexuales se contemplan lo siguiente:

a) Placer corporal.

b) Descargas energéticas.

c) Identificación y encuentro con la pareja sexualmente.

La reproducción es un aspecto fundamental para propiciar un ambiente sexual favorable ya que se provee de nuevos miembros a la sociedad.

Socialización.

Es necesario que dentro del aspecto de socialización se lleven a cabo los siguientes aspectos:

- Transformar en determinado tiempo un niño dependiente de los padres en un individuo autónomo e independiente para desarrollarse en la sociedad.
- La familia se perfila como: institución ideológica, del estado, la iglesia, el sistema escolar, etc.
- La familia es vínculo entre: individuo y sociedad.
- La madre es el educador primario, es responsable de socializar a los hijos en la etapa lactante y preescolar.
- El padre es soporte en las dos primeras etapas.

Por otra parte el autor Francisco A. Gomezjara distingue cinco funciones básicas de la familia (2000).

1.- Las reglas de procreación. En la cual se especifica el número de hijos y el espaciamiento de embarazos.

2.- La socialización de los individuos que corresponde al proceso educativo-imitativo-participativo desarrollado por la familia con el objeto de que las nuevas generaciones lleguen a integrarse a la sociedad. Desde el momento del nacimiento de los individuos, la familia juega un papel fundamental para que los individuos desarrollen su tipo de personalidad, principios, valores, costumbres y sobre todo aprendan a cumplir sus diferentes roles de: hijo, hermano, primo, estudiante, trabajador, novio, amigo, etc.

3.- Identificación personal. Es un aspecto importante que a cada sujeto le otorga la familia a través del proceso de afectividad, libertad, tolerancia y comunicación lo cual ayuda al individuo en su crecimiento y desarrollo personal que conlleva a ser una persona segura, emprendedora, libre de tomar decisiones; en cambio cuando existe sobreprotección y se educa mediante miedos, castigos y falta de comunicación entonces los individuos tienden a ser tradicionalistas, dependientes, conservadores e inseguros de sí mismos.

4.- La solidaridad económica entre los miembros de la familia, constituye una micro o macro empresa. En donde se intercambian los valores económicos que se

tienen en la familia, la herencia de bienes, la división de roles de trabajo con el fin de mantener el patrimonio familiar.

5.- La reglamentación de la sexualidad destinado a organizar y manejar la energía sexual de los miembros del grupo familiar. En función de las necesidades sociales más que la de los propios individuos, lo cual ocurre mediante la sublimación, transferencia, represión y/o canalización de la energía sexual hacia objetos diferentes a los de su satisfacción individual plena y libre.

A lo que respecta a los autores Novel y et.al (2000) las funciones que tradicionalmente se ha venido ejerciendo en la familia han sido las siguientes:

1.- Función productiva (era la –unidad económica- única).

2.- Función educativa (transmisión de conocimientos, habilidades y patrones culturales).

3.- Función religiosa (era el centro de la educación religiosa).

4.- Función recreativa (a partir de las cuales los individuos se proporcionaban entretenimiento mutuo).

Sin dejar a un lado a los autores Juan José López-Ibor, Tomás Ortiz Alonso, María Inés López-Ibor Alcocer (2000) presentan la clasificación de las funciones familiares.

1.- Maritales. El matrimonio debe de servir a las necesidades y satisfacciones y respectivas de los esposos, la relación ha de estar fundamentada en el apoyo mutuo para la solución de posibles problemas, tanto conyugales como paternofiliales.

2.- De manutención. Abarcan tanto el suministro de alimentos como los restantes cuidados que los hijos precisan.

3.- De relación. Consisten en ayudar a los hijos a encontrar su lugar en la familia, facilitando que se sientan cómodos y seguros en las relaciones interfamiliares, así como en su progresiva incorporación a la sociedad a través de su grupo de amigos.

4.- Comunicativas. Se logran mediante el diálogo, fomentando el entendimiento y el intercambio de inquietudes culturales y preocupaciones personales, con el fin de reforzar y dar significación a la convivencia familiar.

5.- Emancipativas. Facilitan el último objetivo familiar de los hijos: la consecución de su lugar como miembros de pleno derecho en la sociedad.

6.- Reparadoras. Se realizan a través del compromiso en actividades recreativas o de otro tipo que supongan un alivio y relajación para sus miembros encontrarse con el trabajo y los deberes cotidianos.

7.- Socialización. En el seno de la familia se produce el desarrollo y socialización de los diferentes miembros, donde la comunicación y expresión emocionales se aprenden, donde se forman las expectativas sobre el mundo, donde se establece el sentido de seguridad personal y seguridad y donde se produce la validación y negación de los valores personales.

De acuerdo a lo anterior es importante señalar que cada una de las funciones que ejerce el individuo dentro de la familia son muy importantes ya que es parte de su crecimiento, desarrollo y desenvolvimiento dentro de la misma, en la actualidad se llevan a cabo más las funciones que realizan las familias las que menciona el autor Carlos Eroles.

1.4. Ciclo vital de la familia

El ciclo vital de la familia son las etapas por las cuales pasan los miembros de la familia que se encuentra ligado e intercomunicado con funciones específicas tales como: nacer, crecer, reproducirse y morir.

Las etapas del ciclo vital de la familia según el autor Francisco A. Gomezjara (2000) menciona son cuatro:

1.- Etapa constitutiva de la familia. La cual representa la etapa de formación en donde se da el período de galanteo y noviazgo y el de la unión de matrimonio o vida en común.

2.- Etapa procreativa. Representa la etapa de expansión donde se da el nacimiento de los hijos o actividades productivas en común de la pareja sin hijos o llegada de parientes.

3.- Etapa de dispersión. Constituye a la etapa de contracción donde se da la salida de los hijos del hogar paterno, así también comienza con el matrimonio del primer hijo y continúa hasta que todos los hijos se han casado.

4.- Etapa familiar final. Constituye a la etapa de disolución donde se da la muerte o separación de algunos de los esposos y formación de la familia recompuesta o uniparental.

Por su parte el autor Carlos Eroles (2001) nos da a conocer el ciclo vital por que pasa la familia:

1.- Matrimonio. Esta etapa se inicia con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo al hogar, así también se da la fusión de dos realidades distintas y se amoldan para la convivencia sana, se determinan los roles tanto individuales como de pareja, se enfrentan al ajuste sexual.

Esta etapa es clave para el futuro ya que se logran superar los desajustes, problemas y las primeras desilusiones con el conocimiento más profundo del cónyuge.

2.- Expansión. Esta etapa comienza con el nacimiento del primer hijo y se extiende hasta que se encuentra en edad escolar del nivel primaria, así mismo surge un reajuste de roles tanto individuales como de pareja, y se tienen dificultades en la organización de la familia, en el crecimiento y manejo de distancias entre padres e hijos y como pareja.

3.- Dispersión. Etapa en donde los hijos mayores entran en la adolescencia, existe la diferenciación de roles de los hijos y una separación paulatina del hogar, así como

también se va forjando la autonomía e independencia de los hijos, por lo que ellos empiezan a satisfacer sus necesidades.

4.- Independencia. En esta etapa no existe un tiempo definido desde el matrimonio hasta aquí (20 o 30 años), la pareja debe aprender a vivir nuevamente de manera independiente ya que los hijos han formado sus propias familias y no necesariamente se dan rupturas en lazos familiares.

Ante la ausencia de los hijos se puede dar el apoyo mutuo para continuar su ciclo. Por otro lado se puede dar que algún hijo casado vive con ellos.

5.- Retiro y muerte. En esta etapa se puede dar la incertidumbre ya que se enfrentan a problemáticas como la incapacidad para laborar, el desempleo, la disminución de los recursos económicos, así como también los hijos están en etapa de expansión y no hay posibilidad de apoyar con recurso económico a los padres.

Al morir algún cónyuge el que queda reajusta su vida a la familia de uno de sus hijos o vive en compañía de algún soltero.

Por otro lado el autor Equiluz (2003) menciona el siguiente ciclo vital de la familia.

Enamoramiento y Noviazgo.

La relación de pareja inicia cuando dos individuos distintos que pertenecen a diferentes grupos sociales, se separan de su grupo original con la intención de formar un nuevo sistema. El proceso de enamoramiento es uno de los fenómenos colectivos más interesantes, dado que, a pesar de ser grupal, intervienen en él solamente dos personas.

Durante esta etapa la pareja negocia poco a poco las pautas de relación, la intimidad, las formas de comunicación, los límites entre ellos y sus respectivas de origen o la forma de resolver las diferencias que surgen.

Matrimonio.

La relación de pareja es formalizada mediante el contrato matrimonial, con un ministro eclesiástico, un juez de paz o ambos como testigos; sin embargo, algunas

parejas se unen con el solo acuerdo de sus voluntades, haciendo esta unión tan formal y duradera como la otra.

Llegada de los hijos.

El nacimiento del primer hijo influye fuertemente en la relación conyugal, pues requiere que ambos miembros de la pareja aprendan los nuevos papeles de padre y madre.

Es necesario que los cónyuges desarrollen habilidades parentales de comunicación y negociación, ya que ahora tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos.

Hijos adolescentes y adultos

La llegada de un segundo hijo provoca cambios en el sistema familiar, pues aumenta su complejidad al instaurarse un nuevo subsistema: el fraterno. El hijo mayor tiene que aprender comportamientos que le ayuden a convivir con su hermano. Los hermanos aprenden el sentido de la fraternidad, las alianzas y ganar o perder con las coaliciones.

El matrimonio que tiene hijos adolescentes debe flexibilizar las normas y delegar responsabilidades en los hijos. De esta manera, los hijos aprenderán a tomar decisiones y asumirán la responsabilidad sobre sus asuntos.

Vejez y jubilación

Cuando los jóvenes se emancipan y dejan el hogar paterno, la pareja vuelve al inicio del ciclo. Ahora, sin la presencia de los hijos, han de retomar su relación conyugal.

Durante esta etapa, la pareja debe enfrentarse a la jubilación. El retiro laboral de uno o ambos miembros de la pareja provoca cambios en todas las rutinas, horarios, actividades y economía familiar, lo que genera una nueva crisis.

De acuerdo a la información que presentan los autores mencionados acerca del ciclo vital de la familia, se puede decir que ambos manejan las mismas etapas, solo que desde la perspectiva de cada uno de ellos los retoman con diferente nombre pero

los pasos son muy similares, por lo que se tiene la misma idea del proceso por el que una familia va pasando respecto al ciclo vital.

1.5. Dinámica familiar

Dentro de cualquier grupo familiar existen tanto elementos positivos como negativos que hacen que una familia sea distinta a otra, de tal forma que ésta se va comportando y desarrollando de acuerdo al funcionamiento que surja de la misma, lo cual contribuye a un constante cambio y crecimiento del grupo familiar.

Definición:

“El conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que está atravesando dicha familia”. (Satir, 2005:48)

“Son todas aquellos aspectos suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros está ligado a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros”. (Minuchin, 1996:93)

De acuerdo a las definiciones mencionadas con anterioridad, se llega a la conclusión de que la dinámica familiar es la totalidad de fuerzas tanto positivas y negativas de cada uno de los miembros de la familia donde se comparten además sentimientos, actitudes, comportamientos y valores que hacen que la familia se desenvuelva de tal manera dependiendo de las determinantes del buen o mal funcionamiento del sistema familiar.

De acuerdo al autor Carlos Eroles (2001) menciona los elementos que conforman la dinámica familiar y son los siguientes:

1.- Jerarquía. Establece que en la familia se tienen diferentes niveles de autoridad los cuales varían de acuerdo al ciclo vital de la familia, a las características de personalidad de los miembros o de la dinámica de las relaciones de los subsistemas. Por otro lado el individuo tiende a pertenecer a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad.

2.- Alianzas. Se refiere a la asociación abierta o encubierta entre dos o más integrantes de la familia, los cuales se basan en afinidades y metas en común teniendo en cuenta el propósito de no perjudicar a nadie.

3.- Límites. Son en cuanto a los aspectos de cercanía y/o distancia entre diversas personas o subsistemas, así como también se puede decir que son fronteras imaginarias que separan a los individuos y a los subsistemas, regulando el contacto que establecen con los demás en cuanto a los siguientes términos:

- Permisividad.- Es permitirse el ser de cada persona.
- Derecho.- A tener cada miembro de la familia su espacio.
- Autonomía.- Al saber establecer límites ante cualquier situación.

4.- Roles. Se refiere a las conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia. Así como también equivale a la conducta que se espera de un individuo en determinado tiempo.

Por otro lado se tiene que los roles son complementarios y tienen consistencia interna.

5.- Redes de apoyo. Consiste en acciones de solidaridad que facilitan el cuidado y la crianza de los hijos, así como ayuda ante la ausencia de padres y las limitantes económicas.

Las redes de apoyo pueden estar constituidas por los miembros de la familia extensa, amigos o vecinos, así como de las agencias sociales de los sectores público y privado.

6.- Comunicación. Es el proceso por el que las personas crean y envían mensajes que son recibidos, interpretados y respondidos por otras personas.

La comunicación en la familia es muy importante, ya que es parte esencial para que la familia tenga un buen crecimiento y exista armonía entre sus miembros.

7.- Normas. Son aquellas reglas establecidas sobre el nivel de rendimiento aceptable para el grupo mismo y pueden estar implícitas o ser manifestadas claramente.

8.- Geografía o mapa. Se refiere al esquema que representa gráficamente y sencillamente la organización de la familia.

9.- Liderazgo. Se refiere a la interacción entre dos o más miembros de un grupo que con frecuencia implica la reestructuración de la situación y expectativas de los miembros. Así también el liderazgo se da cuando un miembro del grupo modifica la motivación o competencias de los demás miembros, por lo que los líderes son agentes de cambio.

Es importante mencionar que para efectos de la investigación se retomaran solo algunos aspectos referente a la dinámica familiar como son: los roles, redes de apoyo y comunicación.

1.6. Crisis y problemas familiares

Un factor importante por el que atraviesan las familias son las crisis y los problemas familiares, los cuales son parte de su desarrollo y crecimiento dentro de la misma, así también estos pueden repercutir de manera positiva o negativa dependiendo de la madurez y actitud que se tenga entre los miembros de la familia.

“La familia en crisis, es una familia cuyas normas, cuyos códigos ya no alcanzan para cumplir su función básica que es integrar el todo”. (Eroles, 2001:140)

La autora Sureda (2007) menciona lo siguiente respecto a las crisis familiares:

Las crisis familiares son tan comunes en todas las familias se hallen o no en proceso de separación. La pareja es un sistema relacionalmente vivo, en permanente interacción con su entorno y sometido a una continua evolución a lo largo del tiempo; la vida familiar es un proceso que se desarrolla en el tiempo y que atraviesa distintos momentos, la familia está sometida a presiones permanentes que la obligan a negociar constantemente sus pautas de funcionamiento, constantemente se está negociando para resolver los conflictos que aparecen.

Así, las crisis familiares son períodos de inestabilidad y de cambio. Son inestables en tanto que las viejas pautas ya no sirven y todavía no han surgido otras que las sustituyan. Y obviamente, se producen cambios, ya sea para mejorar o para empeorar. Estas crisis exigen de los miembros de la familia una transformación constante a fin de permitir su crecimiento, conservando su continuidad; de esta capacidad para negociar y para adaptarse a la nueva realidad, dependerá del bienestar emocional de la familia.

Las crisis familiares pueden ser originadas por:

- **Hechos previsible.** Se refiere a las crisis evolutivas, tales como el nacimiento de un hermano, la adolescencia de los hijos, etc. Las crisis evolutivas se dan en respuesta a etapas normales del desarrollo, son universales y predecibles, y suelen ir acompañadas de rituales de cambio.
- **Hechos inesperados.** Se producen debido a fuerzas ajenas al sistema familiar, tales como la pérdida de un empleo, la hospitalización de un familiar, etc., siendo es estrés que producen real, objetivo e imprevisible.

Por otro lado el autor Almada (1990) menciona lo referente a los problemas familiares:

En lo que respecta al problema de violencias, la situación es todavía más crítica, debido al hecho de que aunque el efecto más grave de éstas en nuestro país generalmente se cataloga como homicidio, sus causas van desde una riña callejera por problemas familiares hasta rebeliones armadas en países en guerra.

Las familias actuales han tenido una gran variedad de modificaciones en sus valores y se ven reflejadas en las problemáticas que la afectan.

En cambio el autor Eroles (2001) menciona la siguiente tipología de problemas familiares.

- **Problemas de calidad de vida:** Es un concepto que tiene que ver con “El conjunto de satisfactores, tanto materiales como psico-sociales, que conforman un marco adecuado para el desarrollo familiar. En este plano nos interesa la realidad de las familias con necesidades insatisfechas, en ocasiones en situación de pobreza.
- **Problemas de la trama vincular familiar:** la familia se presenta como un sistema complejo de vínculos entre personas: vínculos de pareja, vínculos entre padres e hijos, vínculos entre otros miembros de la familia.
Algunos problemas que pueden surgir son:
Drogadicción, VIH, embarazos en adolescentes, violencia, etc.
- **Problemas de identidad:** se agrupan una serie de situaciones problemáticas que afectan a las familias en la identidad de sus integrantes y esto tiene que ver con las siguientes problemáticas: la adopción, la cual surge en nuestra realidad actual, relacionada con tres situaciones problemáticas:

1. La llamada situación de abandono, como vulnerabilidad social, la cual se deriva de los bajos ingresos, madres solteras o madres adolescentes.
 2. La esterilidad de matrimonios de los sectores medios, fuertemente motivados hacia la paternidad.
 3. La existencia de un circuito clandestino de tráfico de niños, la cual en ocasiones se encuentra ligada con la adopción ilegal.
- **La convivencia de hijos de distintas uniones.** Surge cuando la pareja conforma un nuevo hogar , en el cual la pareja también tiene hijos, de donde pueden surgir varias consecuencias:
 - a) Reacciones conductuales de aceptación y rechazo, que pueden ser directas, en relación con el grupo familiar o indirectas.
 - b) Actitudes fuertemente conflictivas que generan dificultades crecientes para el desarrollo de la convivencia armónica.
 - c) Patologías más severas, como drogadicción, violencia juvenil, conflicto con la ley, etc.
 - **Desarraigo cultural y migraciones.** El cambio entre la cultura familiar y la cultura circundante a la que se incorporan los más jóvenes, como consecuencia de procesos migratorios o un brusco cambio de posibilidades educativas puede traer como consecuencia una situación de desarraigo.
 - **Discapacidad.** Puede desajustar severamente a un grupo familiar. Discapacidad y aceptación no siempre van de la mano, el rechazo omnipotente de la situación viviéndola como un castigo, puede determinar situaciones de profunda frustración, severas patologías mentales o terminar en un abandono, por no poder asumir la situación.
 - **Muerte o abandono que cambia la situación socio-económica.** La muerte del sostén de la familia cambia profundamente la situación socio-económica, sobre todo cuando se da en personas que se desempeñan al margen del mercado

formal del trabajo. Esta situación deja al grupo familiar en una situación de indefensión y esto se agrava cuando existen niños pequeños o no se cuenta con vivienda propia.

- **VIH y adicciones.** Las familias que se ven afectadas por algunos de estos problemas sufren una fuerte desestructuración, que requiere muchas veces de la ayuda profesional, debido a que la convivencia genera violencia en las relaciones, es un factor desintegrador, acompañado por rasgos de desorden interior.
- **Embarazo adolescente.** El embarazo adolescente y su contracara el aborto, constituyen un factor serio de riesgo, constituyendo una de las principales causas de mortalidad materna. Por otra parte ofrecen una dificultad para la maduración y el fortalecimiento del vínculo madre e hijo, por cuanto muchas veces existe un conflicto por la irresponsabilidad del varón quien no asume la paternidad.
- **La madre sola, cabeza de familia.** esta realidad es consecuencia de varios factores y entre los cuales uno de los más frecuentes es el machismo latinoamericano alentado por hombres y por mujeres del continente, requiere un fuerte cambio de rumbo.
- **Adolescentes en conflicto con la ley.** Esta categoría se refiere a los jóvenes en situación de marginación y pobreza, que han entrado en conflicto con la autoridad y desafían de una u otra manera, la estructuración de la sociedad. En la actualidad son objeto de medidas represivas y de control social, que los conducen a institutos, comisarias y cárceles, donde inician una carrera delictiva, que muchas veces no se detiene sino con la muerte violenta del sujeto.
- **Abuelos a cargo de los nietos.** Una realidad extendida en el país, donde los jóvenes migran y dejan a sus hijos pequeños a cargo de los abuelos. Ello ocasiona con el tiempo cuadros críticos socio-económicos por la falta de capacidad de subsistencia de estos hogares.

- **Privación de derechos. Violencia y agresión:** se agrupan diversas situaciones problemáticas que se generan dentro de la familia y se traducen en situaciones de violencia física y abuso sexual. Nos referimos a la violencia doméstica: que es un problema extendido en las familias de sectores populares, y que cruza rigor a todas las clases sociales, sus principales víctimas son las mujeres y los niños, pero también los hombres sufren agresión, como la sexual.

Sin duda se puede observar por lo anterior que la familia ocupa un lugar muy importante en todo el mundo, ya que de ella es donde se aprenden todos los valores, costumbres, cultura y demás por lo que hace diferentes una de otra pero sin dejar a un lado que siempre será la base de todo. Así también como parte del desarrollo de los individuos dentro de la familia realizan diferentes funciones y por medio del ciclo vital por el que pasa cada familia se presentan fuerzas positivas para que se refuercen todos aquellos afectos que son indispensables en cada núcleo familiar.

Por otro lado es de suma importancia señalar que la dinámica familiar es diferente en cada familia de acuerdo a su modo de vida, relacionarse y experiencias en que viven cada una de ellas, pero sobre todo es parte de su desarrollo y crecimiento como familia. En cuanto a este último aspecto es importante retomarlo ya que el tema desarrollado para la investigación va encaminado a identificar la situación a la que se enfrenta el trabajador hospitalizado por lesiones traumatológicas, lo cual es necesario conocer lo referente a la dinámica familiar ya que de ello se retomaran algunos aspectos.

CAPÍTULO II

LESIONES TRAUMATOLÓGICAS

El tema sobre las lesiones traumatológicas ha tenido un gran impacto en los últimos días, debido a que se ha tenido un incremento de paciente de esta índole por lo que es importante conocer un poco de ello, ya que para efectos de la investigación se tomara en cuenta a los sujetos de estudio que presentan esta situación.

2.1. Definición

Traumatología

La traumatología es la especialidad de la medicina que se encarga del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de las enfermedades y lesiones del sistema musculoesquelético; esto incluye huesos, articulaciones, tendones, músculos y nervios. Es por ello que a continuación se dará a conocer con exactitud el significado de la palabra traumatología, así como los diferentes tipos de lesiones que existen, los tratamientos y formas de rehabilitación.

“Termino general que comprende todas las lesiones internas o externas provocadas por una violencia exterior II. Estado del organismo afectado de una herida o contusión grave”. (Ferrández, 2002:75).

“Rama de la ciencia que se ocupa de conocimientos relacionados con los traumatismos y con los efectos que éstos producen en el organismo. El efecto de los agentes traumáticos se denomina lesión”. (Silberman, Varaona: 2004:281).

2.2. Tipos

Existen diferentes tipos de lesiones traumatológicas por lo que a continuación se mencionan algunos autores que manejan diversas topologías.

De acuerdo al autor Silverman (2004) presenta algunos tipos de lesiones traumatológicas:

Esguinces. También denominados entorsis o vulgarmente torceduras, los esguinces son lesiones provocadas por la distensión del aparato capsuloligamentario que rodea ciertas articulaciones. Toda articulación tiene un rango de movimiento limitado por la puesta en tensión de los tejidos blandos periarticulares. Cuando una fuerza vulnerante excede la resistencia de estos tejidos se produce una distensión, su desgarro o su rotura (esguince articular) o bien se arranca el fragmento óseo en el que se hallan insertados (fracturas por avulsión); en ambos casos se observa un cuadro local de edema, tumefacción, dolor y según la gravedad, equimosis.

La zona más afectada por los esguinces es el tobillo, seguido de la muñeca, la rodilla y el hombro, etc.

Luxaciones. Se denomina de esta manera a la pérdida del contacto normal, parcial o total, entre las superficies de una articulación determinada. Las luxaciones se llaman puras cuando existen evidencias de lesión ósea concomitante o fractura-luxaciones cuando se acompañan del arrancamiento óseo de alguno de los rebordes articulares. Si la pérdida de la relación articular no es completa se denomina subluxación. En general las luxaciones traumáticas son producidas por el mismo mecanismo que los esguinces articulares, pero en este caso se necesita de un traumatismo más violento que venza la resistencia de los elementos de contención de las articulaciones. Por ello, para que una luxación sea posible se requiere un importante desgarro del aparato capsuloligamentario periarticular.

Fracturas. Las fracturas pueden definirse como una solución de continuidad en un hueso producida bruscamente por una violencia exterior o por una contracción muscular intensa.

El ritmo agitado de la vida diaria, el aumento del tránsito vehicular en las grandes ciudades, la difusión de los deportes y la industrialización son las principales fuentes de los traumatismos que generan las fracturas de los huesos.

Existen diversos tipos de lesiones traumatológicas de acuerdo a los autores Silberman y Varona (2004) nos dan a conocer lo siguiente:

Lesión de rodilla. Para explorar en su totalidad la rodilla es preferible la vía pararrotuliana interna o externa. Entre las indicaciones en padecimientos agudos y crónicos se encuentran: Meniscos, cartílagos, cuerpos libres intraarticulares, sinovial, rótula, cóndilos, intercóndilo.

Hombro. Luxación y subluxación escapulohumeral, algunas afecciones congénitas: lesión del manguito rotador; cuerpos libres intraarticulares o intrabursales; artritis degenerativas; reumatoidea sépticas; peritendinitis y rupturas del tendón largo del bíceps; hombro congelado; sinovitis hipertróficas localizadas; condromatosis sinovial; bursitis subacromiodeltoidea; bursitis calcificada; acromiopatías degenerativas; síndrome de compresión acromial

Codo. Patología del cóndilo humeral traumática, degenerativa, osteocondritis; artritis degenerativa, reumática, séptica; cuerpos libres.

Muñeca. Cuerpos libres intraarticulares; fracturas parcelares; sinovitis traumática, degenerativa, reumatoidea, séptica; patología del menisco radiocubital, síndrome del túnel carpiano.

Cadera. Procesos degenerativos incipientes, sinovitis agudas, degenerativas, sépticas; fracturas condriales y osteocondriales; osteocondritis disecante; necrosis aséptica; evaluación de cirugía reconstructiva.

Tobillo. Osteocondritis del astrágalo; cuerpos libres por lesiones agudas y crónicas; artritis traumática, degenerativa, raumatoidea; fibrosis y adherencias en inestabilidades crónicas; lesiones condrales de tibia.

Articulación temporomandibular. Dolor temporomandibular persistente sin diagnóstico; subluxación y luxaciones; artritis traumática, degenerativa, reumatoidea; lesiones meniscales; sinivitis, tumores intraarticulares.

Escoliosis. Consiste en la desviación lateral de la columna vertebral con rotación de las vértebras en forma permanente. Y se divide en:

- 1.- Escoliosis idiopática
- 2.- Escoliosis congénita
- 3.- Escoliosis neuromusculares
- 4.- Neurofibromatosis o enfermedad de von Recklinghausen
- 5.- Poco frecuentes: Trastorno mesenquimáticos, enfermedad reumatoidea, escoliosis traumática, contracturas vertebrales, infecciones, trastornos metabólicos.

Cifosis. La cifosis es una acentuación de la curva que el plano sagital se observa en la columna torácica. Existen dos tipos:

- 1.- Cifosis de gran radio de curvatura (dorso curvo)
- 2.- Cifosis de ángulo agudo (Giba)

Por otro lado se tienen las Principales Lesiones Traumatológicas de acuerdo al autor Montoya (2001) las cuáles son:

- **Contusión**
 - Hematoma, equímosis, hemartrosis, ruptura muscular, ruptura aponeurosis (hernia muscular), ruptura tendinosa

- **Fractura**

-Articular

- No articular (diafisiaria-metafisiaria)

- **Luxación**

- Subluxación, esguince, ruptura ligamentosa, lesión meniscal

- **Luxofractura**

- **Herida**

- Fractura abierta o expuesta

- Lesión neurovascular

- Amputación traumática

Respecto al servicio de traumatología en el área de hospitalización del H.G.Z.No 8 en donde se llevará a cabo la investigación, las principales lesiones traumatológicas que se presentan más frecuentemente son las que a continuación se darán a conocer, dicha información fue rescatada a través de los expedientes de los pacientes que se encuentran en dicho servicio y de la L.T.S. Ana Eréndira Jáuregui Rubio.

Las lesiones más frecuentes que se presentan son:

Fracturas en todas sus clasificaciones, luxaciones, amputaciones traumáticas, hemartrosis y lesiones neurovasculares.

2.3. Tratamientos

Es importante señalar que después de haber sufrido alguna lesión traumatológica viene consigo lo que son los tratamientos, los cuales ayudan a mejorar la situación de la parte afectada por lo que a continuación se presentan algunos por diferentes autores.

De acuerdo a los autores Silberman y Varaona (2004) señalan los siguientes tratamientos para lesiones traumatológicas.

Tratamiento para fracturas expuestas

Deben ser tratadas dentro de las seis horas de producidas, salvo que existan circunstancias que no hayan permitido resolver los problemas sistemáticos y que supongan un riesgo para la vida del paciente.

Principios terapéuticos:

- Tratar toda fractura expuesta como una urgencia.
- Dirigir la evaluación inicial hacia el diagnóstico de otras lesiones que amenacen la vida del paciente.
- Instaurar una terapia antibiótica adecuada.
- Debridamiento y lavado mecánico de la herida.
- Estabilización de la fractura.
- Realizar un cierre definido de la herida cutánea entre los 3-7 días si fuera necesario.
- Realizar un injerto precoz de hueso esponjoso (una a seis semanas) si está indicado, en caso de pérdida ósea.
- Decidir una amputación primaria o precoz.
- Prevenir y tratar el síndrome compartimental.
- Rehabilitar cuanto antes la extremidad comprometida.

Tratamiento para fracturas de la diáfisis humeral

Los métodos de tratamiento incruento más empleados son:

- Yeso colgante de extensión braquiopalmar, cuyo extremo superior debe situarse ligeramente proximal al foco de la fractura. Este método logra la consolidación de las fracturas en el 95% de los casos.
- Yeso toracobraquiopalmar, muy utilizada hasta algunos años, en la actualidad se indica como tratamiento incruento de las fracturas en las cuales la alineación estable se alcanza con un grado moderado de abducción braquial o para aquellos casos en que ante la posibilidad de un retardo de consolidación,

se considera conveniente asegurar la inmovilidad del foco fracturario. Debe evitarse en los adultos mayores y en los ancianos por su antifuncionalidad.

- Brazaletes funcionales, son aparatos de inmovilización braquial, contruidos en material termoplástico adaptados al contorno braquial para mantener la alineación de los fragmentos.
- Vendaje de Velpeau, es un vendaje o aparato enyesado que inmoviliza el miembro superior completamente, aplicándolo contra la pared torácica anterior en actitud de aducción braquial con el codo en flexión.
- Tracción trasolecraneana, suele indicarse como tratamiento previo a otros métodos, cruentos o incruentos, en caso de fracturas expuestas en las que además de la reducción y estabilización, se requiere el control directo de las lesiones de las partes blandas o en politraumatizados en quienes es obligatorio el decúbito del paciente.

Tratamiento de lesiones graves de las extremidades y amputaciones

El tratamiento debe ser precoz e intensivo, consiste en:

- Reanimación apropiada y medidas antishock.
- Antibioticoterapia masiva.
- Debridamiento quirúrgico precoz con amplias fasciotomías y escisión de todo tejido necrótico y de dudosa vitalidad, remoción de coágulos, etc. Las heridas siempre deben dejarse bien abiertas y amplias.
- Oxigenoterapia hiperbárica (el oxígeno inhibe la proliferación del microorganismo y por ende la producción de las exotoxinas).
- Amputación o desarticulación de la extremidad afectada, cuando el compromiso vital es grande; estas amputaciones deben realizarse por encima y crepitación y siempre deben dejarse abiertas (amputaciones a la turca).

Tratamiento de las fracturas de fémur

El manejo de las fracturas de fémur pueden seguir dos caminos: tratamiento ortopédico o quirúrgico.

Tratamiento Ortopédico. Se basa en la reducción lenta y continua que se efectúa por medio de atracción esquelética.

Tratamiento Quirúrgico. Ha ido desplazando al tratamiento ortopédico por las ventajas que presenta: reducción anatómica y buena estabilización del foco, para prescindir de todo tipo de inmovilización precoz de las articulaciones, prevenir rigideces no deseadas y acortar los plazos de hospitalización y descarga del peso corporal.

Tratamiento del Pinzamiento Subacromial

“El tratamiento incluye reposo relativo, es decir, no se inmoviliza el paciente sino que se indica evitar las actividades que desencadenan el dolor. Los antiinflamatorios no esteroideos también están indicados. La crioterapia, es decir, aplicación de frío local 3 veces al día por 20 minutos puede disminuir el edema y la inflamación. Si el dolor persiste después de dos o tres semanas están indicadas las infiltraciones con esteroides. El tratamiento quirúrgico como la acromioplastia (modificación quirúrgica del acromion) puede estar indicado en casos rebeldes. Este procedimiento puede realizarse actualmente mediante artroscopia, es decir, realizando incisiones mínimas”. (www.tutraumatologo.com).

Antinflamatorios no esteroideos

“Los antiinflamatorios no esteroideos o AINES son medicamentos que utiliza su médico en el tratamiento del lumbago, deben emplearse con precaución porque no están exentos de efectos secundarios, como gastritis medicamentosa, reacciones alérgicas y otros. Algunos nuevos medicamentos llamados COX-2, como el Vioxx, han sido suspendidos por su asociación a enfermedades cardiovasculares con su uso prolongada.

El ejercicio para el tratamiento del lumbago

Si, mantener un peso adecuado y el ejercicio son importantes factores en el tratamiento del lumbago. Las personas con mejor condición física tienen menos

episodios de dolor lumbar. Estos ejercicios deben ser indicados por su médico y supervisados por personal especializado. La postura también es muy importante.

Tratamiento de Fisioterapia

La especialidad de la fisioterapia se define como el arte y la ciencia del tratamiento mediante agentes físicos de la patología traumatológica.

Dentro de ella podemos citar: fractura ósea, luxación, politraumatismos, esguince, patología traumatológica muscular, etc.

Para el abordaje, el fisioterapeuta especialista en traumatología desarrolla a partir del diagnóstico médico, una valoración detallada del paciente y desarrolla un protocolo de acción terapéutica encaminado principalmente a:

- Alivio del dolor.
- Reducción de la inflamación.
- Recuperación de la movilidad.
- Recuperación funcional del paciente
- Para ello utiliza técnicas de masoterapia, kinesioterapia, magnetoterapia, electroterapia, ultrasonoterapia y todas cuantas derivadas de los agentes físicos considerase oportuno realizar.

La fisioterapia traumatológica o recuperación física de un paciente traumatológico, es una prescripción médica y debe ser realizada íntegramente por una fisioterapeuta para garantizar la eficacia del tratamiento". (www.fisioterapiajl.com)

2.4. Rehabilitación

El último de los pasos que se puede consideran en el proceso de las personas que han sufrido alguna lesión traumatológica es la rehabilitación, la cual es muy importante que se realice y se lleve en su continuidad para que las personas se

incorporen lo más pronto posible a sus actividades cotidianas, para lo cual se presentan algunas de las técnicas que se utilizan para la rehabilitación de lesiones traumatológicas.

La rehabilitación está dirigida a recuperar la función y ayudar al paciente a adaptarse a su entorno. El método de rehabilitación está coordinado por un médico especialista en medicina física y rehabilitación, incluye fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, enfermeras y otros profesionales sanitarios. Los objetivos de la rehabilitación son 1) recuperar la capacidad funcional de los sistemas afectados, 2) prevenir incapacidades adicionales, 3) potenciar la capacidad emocional de los sistemas no afectados, 4) emplear modos de adaptación y de apoyo para facilitar la recuperación, 5) modificar el entorno para aumentar la independencia funcional del paciente.

De acuerdo al autor Netter (1996) algunos de los diferentes tipos de rehabilitación que se pueden presentar son:

Rehabilitación preprotésica

La fase preprotésica del programa de rehabilitación se dirige a educar al paciente para que asimile las pérdidas funcionales y el cuidado del miembro residual. A menudo, la valoración inicial del paciente se realiza antes de la intervención; para ello se determina la capacidad funcional, las limitaciones de los movimientos y la fuerza, tanto en el miembro afectado como en el sano. También debe obtenerse información sobre el grado de independencia del paciente en las actividades diarias, el apoyo social que recibe y sus expectativas postoperatorias. El nivel previsto de amputación y el pronóstico funcional final se comenta con el paciente y sus familiares. Se dan instrucciones sobre los ejercicios de movilidad y de fortalecimiento, la posición correcta del miembro residual y los tratamientos postoperatorios.

Ejercicio y deambulación

El ejercicio terapéutico es esencial para la recuperación física y psicológica del paciente. El programa de ejercicios debe realizarse bajo supervisión médica para verificar que el paciente tolera el aumento de las demandas metabólicas. En el caso de personas que han sufrido quemaduras se toman en cuenta aquellas que no han sufrido quemaduras deben ser ejercitadas regularmente para evitar las consecuencias de la inmovilización. En la zonas quemadas, un fisioterapeuta o una enfermera adiestrada realizarán ejercicios pasivos frecuentes para conservar el movimiento articular normal. Los ejercicios activos asistidos se inician cuando el paciente es capaz de comenzar un movimiento, pero no determinarlo. También se llevará a cabo un programa de estiramientos suaves de todas las articulaciones afectadas, para prevenir las contracturas. La deambulaci3n debe iniciarse tan pronto como el paciente se encuentre estabilizado médicamente y pueda soportar el peso del cuerpo sobre las extremidades inferiores. Las extremidades que hayan recibido injertos cutáneos no deben ser movilizadas durante los primeros 7 a 14 días. El ejercicio también puede estar contraindicado en los pacientes gravemente enfermos o con fracturas o luxaciones inestables.

Rehabilitaci3n después de sufrir lesiones deportivas

- Lesiones de los ligamentos del tobillo

Los esguinces del tobillo ocurren con frecuencia durante las actividades deportivas, así como en la vida diaria. Además, un tobillo que ha sufrido anteriormente esguince tiene un riesgo más elevado de volver a lesionarse. Estas lesiones se producen habitualmente en personas menores de 35 años, con la mayor incidencia entre los 15 y los 19 años.

El tratamiento no quirúrgico de una lesi3n del ligamento medial del tobillo requiere un período prolongado de curaci3n. Inicialmente debe tratarse con reposo, hielo (durante 30 minutos cada 4 horas), comprendido y elevaci3n de la extremidad durante las primeras 8 horas. A continuaci3n se inmoviliza el tobillo con un yeso durante 6 semanas. Durante el período de la inmovilizaci3n, el paciente debe realizar ejercicios isométricos en todas las direcciones del movimiento del tobillo. Después de retirar el yeso o la férula, el paciente comienza con el apoyo de las muletas y apoyo

parcial de peso, hasta que el dolor desaparece. Posteriormente la rehabilitación se centra en los ejercicios isométricos para la potenciación de los músculos y los que realizan la flexión dorsal del tobillo dicho fortalecimiento de estos músculos ayuda prevenir la recidiva del esguince.

- Lesiones de los ligamentos de la rodilla

La rehabilitación está dirigida a fortalecer los músculos, especialmente los extensores (cuádriceps) y los flexores mediales y laterales.

La rodilla se flexiona en un arco de movimiento entre 30 y 90°, evitando la extensión completa. Se aplica resistencia en la porción del arco de movimiento exenta de dolor, con rotación interna y externa de la tibia para fortalecer los músculos isquiotibiales. Los ejercicios pueden realizarse con el paciente en decúbito prono o en bipedestación. Se inician los ejercicios de resistencia isocinética, comenzando a velocidades bajas que van aumentando gradualmente, y también la extensión isotónica, isométrica o isocinética de la rodilla. La rodilla debe permanecer sin dolor durante todo el arco de movimiento, aunque pueden presentarse algunas molestias al final del recorrido.

Deben añadirse ejercicios de resistencia para mejorar el estado cardiovascular. El uso de una bicicleta estática, con la resistencia puesta a cero, es eficaz y aumenta, además, el arco de movimiento de la rodilla. Una vez que desaparece el dolor de la rodilla se puede aumentar la resistencia para obtener mayores beneficios cardiovasculares.

- Lesiones de la mano y de los dedos

El objetivo de la rehabilitación de las lesiones de mano es favorecer la curación de las estructuras levantadas, mantener el movimiento articular y prevenir la formación de contracturas articulares. Algunas estructuras de la mano son muy frágiles, por lo que el equipo de rehabilitación debe conocer con exactitud la extensión y gravedad de la lesión y tomar las debidamente precauciones, según las indicaciones del cirujano especialista en mano, antes de iniciar el tratamiento rehabilitador.

El primer paso en la rehabilitación de la mano y los dedos es valorar la fuerza muscular y la limitación del movimiento articular mediante la medición cuidadosa de la movilidad de todas las articulaciones afectadas. Después de registrar estos datos

iniciales deben considerarse los progresos semanalmente o cada dos semanas. Durante las movilizaciones pasivas el arco de movimiento debe incrementarse hasta el punto en el que se reducen las molestias, pero sin llegar a provocar dolor a medida que las lesiones van curando, el programa de rehabilitación se intensifica con ejercicios activos asistidos. Si es posible la mano se calienta en un baño de parafina antes de los ejercicios o antes, el equipo de rehabilitación debe valorar la fuerza muscular del paciente en todas sus extremidades, su capacidad para las transferencias, el estado de la deambulaci3n y la amplitud del movimiento en las extremidades inferiores.

Los ejercicios de Codman

“Son ejercicios que se indican a pacientes con problemas del hombro como m3todo de rehabilitaci3n y con el fin de prevenir la complicaci3n de la inmovilizaci3n que es el hombro congelado. El paciente se dobla sobre una mesa o silla, deja colgar el brazo y realiza 30 movimientos en sentido horario, antihorario, vertical y horizontal. El paciente debe realizarlo 3 o 4 veces al d3a”

(www.artroscopia.com.mx/hombro_dolor.html)

Es importante se1alalar que el 3ltimo paso mencionado anteriormente que es la rehabilitaci3n para alguna lesi3n traumatol3gica es esencial para los pacientes ya que a trav3s de ello se tiene una mejor3a en la salud de las personas y les ayuda para que se incorpore lo m3s pronto posible en sus actividades cotidianas que es la finalidad primordial de todos los individuos.

2.5. Generalidades sobre el derecho al pago de incapacidades

Cualquier situaci3n en la que se encuentren los trabajadores que hayan sufrido alguna lesi3n traumatol3gica tienen derecho a recibir una remuneraci3n de pago de incapacidad sea 3ste calificado o no riesgo de trabajo, lo cual beneficia de alguna manera a los empleados para los gastos que se tengan destinados en su hogar.

De acuerdo a la Ley Federal del Trabajo (2002) menciona lo siguiente sobre los riesgos de trabajo:

2.5.1. Por Riesgos de Trabajo

Riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Los riesgos de trabajo pueden producir:

- I.- Incapacidad temporal;
- II.- Incapacidad permanente parcial;
- III.- incapacidad permanente total, y
- IV.- Muerte.

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.

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

Los trabajadores que sufran un riesgo de trabajo tendrán derecho a:

- I.-Asistencia médica y quirúrgica;
- II.-Rehabilitación;
- III.-Hospitalización, cuando el caso lo requiera;
- IV.-Medicamentos y material de curación;
- V.-Los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios; y
- VI.-La indemnización fijada en el presente Título.

De acuerdo a la Ley del Seguro Social no se consideran riesgos de trabajo alguna de las causas siguientes:

- I.- Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador en estado de embriaguez;
- II.- Si el accidente ocurre encontrándose el trabajador bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción suscrita por médico titulado y que el trabajador hubiera exhibido y hecho del conocimiento del patrón lo anterior;
- III.- Si el trabajador se ocasiona intencionalmente una incapacidad o lesión por si o de acuerdo con otra persona;
- IV.- -Si la incapacidad o siniestro es el resultado de alguna riña o intento de suicidio;
- V.- Si el siniestro es resultado de un delito intencional del que fuere responsable el trabajador asegurado.

El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en dinero:

Si lo incapacita para trabajar recibirá mientras dure la inhabilitación, el cien por ciento del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo.

El goce de este subsidio se otorgará al asegurado entre tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo cual deberá realizarse dentro del término de cincuenta y dos semanas que dure la atención médica como consecuencia del accidente, sin perjuicio de que una vez determinada la incapacidad que corresponda, continúe su atención o rehabilitación conforme a lo dispuesto por el artículo 61 de la Ley del Seguro Social;

Al declararse la incapacidad permanente total del asegurado, éste recibirá una pensión mensual definitiva equivalente al setenta por ciento del salario en que estuviere cotizando en el momento de ocurrir el riesgo. En el caso de enfermedades de trabajo, se calculará con el promedio del salario base de cotización de las cincuenta y dos últimas semanas o las que tuviere si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión.

Si la incapacidad declarada es permanente parcial, superior al cincuenta por ciento, el asegurado recibirá una pensión que será otorgada por la institución de seguros que elija el mismo.

El Instituto otorgará a los pensionados por incapacidad permanente total y parcial con un mínimo de más del cincuenta por ciento de incapacidad, un aguinaldo anual equivalente a quince días del importe de la pensión que perciban.

Siguiendo con la Ley del Seguro Social considera lo siguiente sobre el pago de incapacidades por enfermedades.

2.5.2. Por Enfermedades

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 que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

En caso de enfermedad no profesional, el Instituto otorgará al asegurado la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento.

Si al concluir el período de cincuenta y dos semanas previsto en el artículo anterior, el asegurado continúa enfermo, el Instituto prorrogará su tratamiento hasta por cincuenta y dos semanas más, previo dictamen médico.

En caso de enfermedad no profesional, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas. Si al concluir dicho período el asegurado continuare incapacitado, previo dictamen del Instituto, se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por veintiséis semanas más.

El subsidio en dinero que se otorgue a los asegurados será igual al sesenta por ciento del último salario diario de cotización. El subsidio se pagará por periodos vencidos que no excederán de una semana, directamente al asegurado o a su representante debidamente acreditado.

Los pacientes que sufren de lesiones traumáticas como fracturas, esguinces, etc, requieren de un tratamiento de rehabilitación; ya que después de una intervención quirúrgica generalmente padecen de restricción del movimiento, deficiencia de la fuerza muscular y alteraciones en la sensibilidad.

Por otro lado cabe mencionar que en la actualidad presentar lesiones traumatológicas es muy frecuente y a medida en que va trascurriendo el tiempo su índice se incrementa cada vez más, por lo que es necesario tomar más medidas preventivas para disminuir el aumento de pacientes con alguna situación de este tipo y por otro lado se beneficiarían tanto las empresas y el seguro social en cuanto al pago de las incapacidades cualquiera que fuera la rama.,ya que por consiguiente se tiene como repercusión la situación familiar ya que al permanecer el trabajador hospitalizado se ven afectados algunos aspectos de su dinámica familiar como son: sus roles ya que deja de realizar algunos que anteriormente al accidente hacia para ocupar su rol como paciente, así como se puede deteriorar la comunicación con algunos miembros de la familia ya que no se tienen el mismo contacto por la situación en la que se encuentra en trabajador, y las relaciones familiares se ven afectadas por la misma dinámica que se vive en un hospital.

Así también es importante mencionar que las personas objeto de estudio entran en la rama de pago por enfermedades ya que su accidente no fue calificado por riesgo de trabajo lo cual corresponde al pago de un 60%, lo cual repercute para que su situación económica se vea afectada ya que tienen que ajustarse al recurso monetario del pago de sus incapacidades siendo este menos al que reciben continuamente y si el paciente tiene que estar en hospitalización por más tiempo debido a su lesión que presenta esto se ve afectado aun más.

CAPÍTULO III

TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

La intervención del Trabajador Social es muy importante no solo en el área de salud sino en todas aquellas en las que puede intervenir tales como: educación, empresarial, jurídico, asistencia social, entre otras, ya que realiza diferentes acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Para efectos de este trabajo se va retomar la intervención de Trabajo Social en el área de salud en la cual se darán a conocer primeramente los antecedentes de Trabajo Social en el área de salud, la definición de lo que es el Trabajo Social en el área de salud, así como las funciones y actividades, niveles de intervención, etc.

3.1. Antecedentes

De acuerdo al autor Manuel Sánchez Rosado (2004) menciona las siguientes situaciones como antecedentes del Trabajador Social en México:

Durante 1943 llevada a cabo la fusión del departamento de salubridad que tenía a su cargo la atención de la salud para la población, especialmente de amplios sectores populares, con la Secretaría de Asistencia Pública, dando paso a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a partir de esta fecha, se fueron ampliando paulatinamente los servicios médico-asistenciales: dormitorios, hogares sustitutos, la capacidad de la Casa Cuna, del Internado Nacional Infantil, centros de salud, maternidades, hospitales, especialmente en la Dirección de Asistencia Materno Infantil, donde durante más de 30 años fue significativa la intervención de las Trabajadoras Sociales; sin embargo, muchas de ellas eran empíricas, mismas que fueron reemplazándose por personal capacitado egresado de la escuela de Trabajo Social que se crearon tanto en la Universidad Nacional Autónoma de México como en la Secretaría de Educación Pública.

De las instituciones de salud, el Hospital Infantil de México ha sido, sin duda alguna, la de mayor prestigio y relevancia en torno al trabajo médico social; éste inició sus

actividades el 30 de abril de 1943, siendo presidente de la República Manuel Ávila Camacho. La fundadora del servicio de Trabajo Social fue la señora María M. Urquidi, quien sólo permaneció un breve lapso al frente del mismo para dar paso a que asumiera la jefatura la Trabajadora Social María Elena Rincón Benítez, quien tenía estudios en maestría de Trabajo Social, realizados en la Universidad de Tulane, Nueva Orleans.

La función de la Trabajadora Social era realizar el estudio de caso en el hogar del menor, ayudando posteriormente a la adaptación del niño al hospital, ambientándolo y manteniéndolo vinculado con su familia, así como en las labores de recuperación hospitalaria. Otra actividad a su cargo fue fijar cuotas que guardaban relación con los ingresos de la familia; sin embargo, cuando la Trabajadora Social consideraba que la familia estaba económicamente imposibilitada de cooperar en los costos de la atención médica del menor, se podía exentar de la cuota de recuperación.

El Hospital General de México constituye otra fuente que nos ofrece interesantes raíces, de donde existen pocos datos en torno a la incorporación de Trabajadores Sociales, se sabe que desde sus primeros años de funcionamiento se contó con algunas personas, empíricas todas ellas, que se encargaban de fijar cuotas de restitución y en contadas ocasiones se hacían cargo de problemas de orden social. No fue sino hasta 1948 y 1949 cuando se incorporaron dos Trabajadoras Sociales, a fin de atender a los servicios de admisión, consulta externa, urgencias médicas, medicina preventiva, oncología y relaciones públicas. A través del tiempo el número de Trabajadoras Sociales fue en aumento de acuerdo a las necesidades técnicas y administrativas de los diferentes servicios. Para 1951 había un total de 32 Trabajadoras Sociales, quienes eran enviadas a tomar un curso de capacitación de dos meses al Hospital Juárez. En 1954 se estableció en forma más organizada el Departamento de Trabajo Social, gracias al esfuerzo de la Trabajadora Social Martha Miuler, quien le planteó al entonces director del Hospital doctor Clemente Robles Castillo una serie de necesidades en diversos pabellones y servicios en los turnos matutino y vespertino, recibiendo entonces el apoyo necesario para desarrollar sus funciones.

Respecto a las instituciones de seguridad social, en las que incursionó el Trabajo Social, destaca el Instituto Mexicano del Seguro Social, organismo que fue el resultado de la política que había implantado durante su gobierno el General Lázaro Cárdenas, que una vez más se hizo presente cuando se elaboró el proyecto de Ley del Seguro Social, el cual fue sometido al Congreso de la Unión, entrando en vigor en 1943, siendo ya presidente de la República el General Manuel Ávila Camacho dando paso con esta ley a la protección de los trabajadores asalariados de empresas privadas, miembros de cooperativas de producción y administraciones obreras. Inicialmente se incorporó a Trabajadoras Sociales a la oficina de Estudios Económicos y Sociales, dedicándose al estudio de las inconformidades, tales como el exceso de trámites en la atención médica, extemporaneidad de los servicios, dilación en el pago de subsidios. Más tarde, esta oficina pasó a depender del Departamento Jurídico, nombrándose entonces a la primera jefe de Trabajo Social. Posteriormente, el servicio de Trabajo Social pasó a depender de la Subdirección General Médica, donde fueron adscritos los Trabajadores Sociales de las diferentes unidades de atención médica, consistiendo sus labores en la conquista de derechohabientes para el uso de los servicios médicos y las prestaciones sociales. En este mismo sistema de seguridad social, durante el régimen del presidente Adolfo López Mateos, se promovió la reforma legislativa para incorporar los derechos de los trabajadores del Estado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al surgir la Subdirección General Médica se consideró conveniente la creación de un departamento de Trabajo Social; las funciones que se desarrollaron fueron visitas domiciliarias, estudio y tratamiento social de pacientes ambulatorios, orientación a los derechohabientes, y el fomento de actividades sociales y culturales dentro de las propias clínicas.

Dentro de las fuerzas armadas, el servicio médico social se constituyó en la Secretaría de la Defensa Nacional desde el 7 de abril de 1947; el 18 de septiembre de 1962 se estableció la Dirección de Seguridad Social para los trabajadores de la Armada de México, en ambos casos la intervención profesional de los Trabajadores Sociales resultó significativa. El 25 de enero de 1964 se inauguró el Hospital de Urgencias Médico Quirúrgicas de Xoco, y el 16 de noviembre del mismo año el de La

Villa; en estos nosocomios se contó desde su creación con personal de Trabajo Social.

Dentro de la génesis y desarrollo del Trabajador Social en el área de salud encontramos las instituciones de tercer nivel de atención, entre las cuales destaca el Instituto Nacional de Cardiología, el cual fue creado el 28 de abril de 1944, durante el régimen del general Manuel Ávila Camacho, siendo su fundador el doctor Ignacio Chávez, fue hasta el año de 1964 cuando la institución contó formalmente con cinco Trabajadoras Sociales, quienes mediante técnicas avanzadas investigaban la situación social y económica de los pacientes a fin de integrar un diagnóstico social que contribuyera con el quipo de salud a la comprensión integral de caso. En el área de salud mental, la intervención del Trabajo Social se hizo presente en el ámbito de la psiquiatría infantil en el año de 1948, en lo que anteriormente era denominado Manicomio General. Inicialmente se impulsó al Trabajo Social gracias al interés de la doctora Matilde Rodríguez Cabo, quien se preocupaba por conocer los aspectos sociales de las patologías presentadas en los menores; en esta tarea fue significativa la intervención de las Trabajadoras Sociales María Luisa Flores González y Margarita Trejo, las que contribuyeron en alguna forma, en la creación de instituciones especializadas en la atención de menores como lo fue el Hospital Juan N. Navarro y el Hospital Fray Bernardino Álvarez para adultos.

En cuanto a la metodología empleada por los Trabajadores Sociales en estas instituciones, puede señalarse que originalmente se utilizó el Trabajo Social de casos, posteriormente y hacia la década de los setentas se fue incorporando el Trabajo Social con grupos para el tratamiento de ciertos padecimientos y para la rehabilitación física y mental; posteriormente, se observó una nueva tendencia orientada hacia la prevención y cuidado de la salud, mediante la educación para la salud, por ello se privilegió en las instituciones de primer nivel el Trabajo Social en comunidad, incorporándose poco a poco al trabajo ínter y multidisciplinario.

Cabe mencionar que el Trabajo Social ha sido muy importante desde sus inicios por lo que poco a poco las instituciones de salud tuvieron la necesidad de incorporar en su equipo de trabajo la presencia de Trabajadores Sociales con la finalidad de ser un intermediario ante la institución y los usuarios, logrando así agilizar la atención

médica de los mismos y realizar diagnósticos eficaces que puedan servir para su proceso médico.

3.2. Definición

Siguiendo con este mismo autor da a conocer la definición de Trabajo Social en el área de salud.

Es el área de intervención del Trabajo Social que aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral; es decir, desde un enfoque biopsicosocial, objetivado en necesidades y problemas sociales, pugnando por una salud completa de los individuos, por lo que su accionar se orienta a la investigación sociomédica, lo que permite conocer los aspectos que inciden en el proceso salud-enfermedad, la gestión y administración de los servicios de Trabajo Social de las diferentes unidades operativas, así como en acciones de educación y organización social a fin de que el paciente, la familia y la comunidad participen en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

“El Trabajador Social en el área de salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que objetivadas en carencias y necesidades, inciden en la salud, por lo que se refiere a identificar los medios, para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos”. (Terán, 1989:42).

De acuerdo a las definiciones antes mencionadas se retoma parte de cada una de ellas formando otra definición la cual es la siguiente:

El trabajador social en el área de salud es el profesionalista que aborda el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva multidisciplinaria e integral; es decir, desde un enfoque biopsicosocial, objetivado en necesidades y problemas sociales, pugnando por una salud completa de los individuos con el fin de identificar los medios, para preservarla, mantenerla y recuperarla, tratando de establecer alternativas de acción que tienden a alcanzar la salud integral de los individuos.

3.3. Perfil ideal de Trabajo Social en el área de salud

3.3.1. Objetivos

Margarita Terán (1989) destaca los siguientes objetivos para el Trabajo Social en el área de salud:

Objetivo General:

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, proyección y restauración de la salud.

Objetivos Específicos.

- Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y enfermedad en razón a un contexto social determinado.
- Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
- Participar en la planeación, control y evaluación de los programas y proyectos que se lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
- Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente en los programas de salud.
- Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre, sistematizar las experiencias desarrolladas por los Trabajadores Sociales generando modelos de intervención para la acción social.

De acuerdo al autor Kisnerman Natalio (1983) nos da a conocer los objetivos específicos de Trabajo Social en el área de salud los cuales son los siguientes:

- a) Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales localizando, identificando,

controlando o eliminando aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como localizando e identificando los que favorecen su logro.

- b) Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familiares y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.
- c) Participar en la formación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud desde el punto de vista de su competencia.

El Trabajador Social es el profesionalista que interviene directamente con diferentes problemáticas y/o necesidades ya sea desde nivel caso, grupo o comunidad realizando así diversas funciones y actividades desde el perfil, que a continuación se dan a conocer:

3.3.2. Funciones y Actividades del Trabajo Social en el área de salud

Por su parte al autor Sánchez Rosado (2004) plantea que algunas de las funciones y actividades relevantes del Trabajador Social en el área de salud son las siguientes:

INVESTIGACIÓN

- Identificar y caracterizar los factores económicos, sociales y culturales que inciden en la frecuencia y distribución de la enfermedad.
- Diseñar perfiles de los usuarios de los servicios de salud.
- Llevar a cabo investigación-evaluativa en torno a la calidad de los servicios médicos.
- Participar con equipos multidisciplinarios en la elaboración diagnóstica de salud a nivel local, regional o nacional.
- Detectar las causas y condiciones sociales que originan la falta de apego al tratamiento sociomédico.

ADMINISTRACIÓN

- Propiciar la coordinación institucional con el fin de desarrollar programas de salud integrales.
- Generar procesos y mecanismos de gestión social que permitan la obtención de recursos y requerimientos, así como la asesoría y orientación de los usuarios para el uso de los servicios médicos.
- Pugnar por la eficiencia y eficacia de los servicios médicos.

EDUCACIÓN SOCIAL

- Desarrollar modelos preventivos de educación para la salud tanto a población cautiva como a población abierta.
- Llevar a cabo acciones de capacitación que permitan habilitar tanto al paciente como a la familia ante los requerimientos del tratamiento sociomédico.

ASISTENCIA

- Valorar el otorgamiento de servicios a partir de estudios socioeconómicos y psicosociales.
- Canalización de pacientes a otras instituciones médicas,
- Proveer servicios de apoyo (ambulancias, agencias funerarias, medicamentos, aparatos, etc.)”.

3.3.3. Conocimientos

La autora Margarita Terán Trillo (1989) menciona los siguientes conocimientos, capacidades, habilidades, destrezas y actitudes del perfil profesional del Trabajador Social en el área de salud:

- Metodología, la teoría y las técnicas de investigación en las ciencias sociales y de la salud.
- Desarrollo del proceso de salud-enfermedad y el contexto que lo determina.
- Legislación y los sistemas de seguridad social en México.

- Educación para la Salud y la dinámica de los grupos sociales.
- Evolución del Trabajo Social en esta área, su teoría, metodología y práctica específica.
- Psicología evolutiva, para la comprensión de respuestas a las necesidades del proceso de salud-enfermedad.

3.3.4. Capacidades

- Desarrollar diseños de investigación.
- Dominar aspectos administrativos de planeación, organización, supervisión y coordinación de programas sociales.
- Establecer diagnósticos sociales.
- Analizar prospectivamente el comportamiento que se espera de procesos sociales de salud-enfermedad.
- Identificar los recursos humanos, materiales e Institucionales que ayuden a resolver problemas.
- Optimizar recursos.
- Sensibilizar y movilizar a la población.
- Formar grupos.
- Participar en procesos educativos.
- Atender problemáticas individuales.
- Aplicar dinámicas grupales.
- Participar interdisciplinariamente.
- Utilizar adecuadamente las relaciones humanas.
- Sistematizar el trabajo especializado para actualizar la Teoría de Trabajo Social en esta área.

3.3.5. Habilidades

- Identificar las políticas del Estado en lo que se refiere a esta área, así como los programas en que las instituciones operacionalizan tales políticas.

- Manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organización comunitaria.
- Utilizar las técnicas de comunicación y educación social.
- Utilizar las técnicas de investigación, como lo son la observación y la entrevista.
- Identificar la estructura jurídico-administrativa del sector salud.

3.3.6. Actitudes

- Mantener el apego a las políticas institucionales.
- Ser responsable de la información de la institución.
- No sobrepasar el dominio de las atribuciones.
- Ser solidario con el equipo de trabajo.
- Respetar la delimitación de los campos profesionales.
- Mantener el secreto profesional.
- Tener conocimiento y control de sí mismo.
- Ser crítico, objetivo y justo.
- Respetar la dignidad humana.
- Crear compromiso profesional con la población.
- Adecuar los términos de comunicación, a nivel de la población atendida.
- Respetar la decisión de las personas en la solución de sus problemas.

3.4. Niveles de intervención

El Trabajador Social interviene en tres niveles que son: caso, grupo y comunidad; para la presente investigación se retoma el Trabajo Social de caso ya que “Es el método de Trabajo Social que estudia individualmente la conducta humana, a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas como medio de lograr el mayor grado de integración del individuo a la sociedad” (Brayy, 1965).

Dentro de esta intervención existen varios autores como: Mary Richmon, Mary Castellanos, Ricardo Hill, Etna Meave y Gordon Hamilton los cuales manejan metodologías con la finalidad de llevar a cabo estudios de caso, las cuales se dan a conocer a continuación:

MARY RICHMON

Investigación. En este aspecto se describe la persona tanto físico, mental y socialmente además de identificar la problemática de la persona.

Diagnóstico. Se realizan dos tipos de diagnóstico el inicial y el posterior en donde se manejan en sí el problema de la persona y sus causas.

Pronóstico. A partir del diagnóstico realizado se planea una serie de alternativas de solución encaminadas al beneficio de la persona.

Tratamiento. En este punto se manejan tanto un tratamiento inicial el cual se maneja con la persona y un tratamiento indirecto el cual se maneja con su entorno como son las personas con las que se desenvuelve.

MARY CASTELLANOS

Investigación. A través de esta etapa se identifican las actitudes de la persona, elaborando su perfil físico, mental y social.

Diagnóstico. Se realizan dos tipos de diagnóstico el inicial y el posterior, en el diagnóstico inicial se maneja el problema principal de la persona y los factores causales del mismo y en el diagnóstico posterior se realizan historiales después de haber elaborado el diagnóstico inicial.

Pronostico-Plan. En este aspecto se plantean alternativas de solución para la persona, tratando de utilizar sus propios recursos.

Tratamiento. Se busca la manera de solucionar las problemáticas de la persona ya sea de manera económica, mental o social.

RICARDO HILL

Investigación. Se identifican las características de la persona, así como sus problemas y necesidades.

Diagnóstico. Se determinan las necesidades y problemas de la persona, así como los recursos con los que cuenta para satisfacerlas.

Tratamiento. Se buscan los recursos para satisfacer las necesidades de la persona. La metodología que maneja este autor va encaminada básicamente para pobres, personas de cualquier grupo social, desorganizaciones familiares, personas pasivas, apáticas y desesperadas.

ETNA MEAVE

Investigación. Se realizan tres etapas que son: exploratoria, descriptiva y explicativa.

Diagnóstico. Es un proceso analítico y sintético en donde se clasifican los diferentes aspectos sociales en categorías determinadas por el investigador.

Plan social. Es un enlace entre el diagnóstico social o análisis situacional y el tratamiento, debe incluir los puntos de vista del sujeto y sus sugerencias.

Tratamiento social. El Trabajador Social debe tener claro el problema del sujeto.

Educación y promoción social. En este aspecto revisan la capacidad, los recursos y las limitaciones con las que cuenta el individuo.

GORDON HAMILTON

Investigación. En este punto se identifica la historia de la persona desde sus datos personales, los de la familia, la conducta y actitudes para con las personas, así como la problemática que presenta.

Diagnóstico. En este aspecto se identifican las causas de la problemática de la persona ya sean mentales, físicas o sociales, analizando la forma en la que la persona enfrenta sus problemas.

Tratamiento. Se realiza la atención hacia el individuo, hacia cada uno de los miembros de su familia, así como una terapia familiar en donde participen todos los miembros de la familia juntos.

Además del Trabajo Social de caso se interviene a través de grupo y comunidad por lo que se dan a conocer ambos.

TRABAJO SOCIAL DE GRUPO

Cabe mencionar que la intervención del Trabajo Social con grupo es de suma importancia ya que a través de ellos se conocen las características del mismo, así como las necesidades y problemáticas que se presentan a determinado grupo.

“El Trabajador Social de grupo se ocupa primordialmente de la relación entre los miembros del grupo y entre estos, tiene que ejercer control sobre sus impulsos, valores y preferencias personales y concentrarse en hacer posible para los miembros del grupo obtener la satisfacción tanto cultural como personal” (Sánchez, 1997:347).

TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO

A continuación se da a conocer primeramente lo que se define como comunidad lo cual es lo siguiente:

“Conjunto de grupos de personas que se perciben como un solo grupo, como una unidad social la cual trata de modificar buscando los medios para apoyarse unos a otros y buscando la manera de solucionar los problemas” (Ander-Egg, 1990:44).

El trabajador social ayuda a los grupos que se encuentran dentro de la comunidad a definir su problemática y en base a eso realizar una serie de alternativas que beneficien no solo a un grupo sino a la comunidad completa. (Ídem).

Por lo expuesto anteriormente se puede observar que la intervención del profesionalista en Trabajo Social dentro del área de salud es de suma importancia ya que juega un papel interesante dentro de la misma por lo que es un mediador entre la institución en la que labora, así como de los usuarios que ingresan a la institución de salud ya sea IMSS, ISSSTE, SSA, etc., logrando así el bienestar de ambos y sobre todo prevalecer la salud en las personas.

Es importante mencionar en relación al tema de investigación que el Trabajador Social es de gran utilidad en el área de salud ya que puede realizar diversas acciones encaminadas al beneficio de los pacientes para su pronta recuperación y aún más aquellos pacientes que se encuentran hospitalizados por lesiones traumatológicas que son los que permanecen por tiempos prolongados en el hospital debido al tratamiento que requieren los mismos, tales acciones como actividades en las que intervenga la familiar para que permanezca su dinámica familiar que solían tener anteriormente a la lesión, así como realizar actividades de recreación con la finalidad de que el tiempo en el que permanezcan en el hospital sea más ameno y de distracción.

CAPÍTULO IV

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.8 IMSS

Como parte de la diferencia que hace una institución de salud a otra son aquellas características esenciales que la hacen ser, así mismo su misión y visión que es parte de su presentación de la misma y que sin dejar a un lado aquellos objetivos por los que se lucha por alcanzar y metas a seguir con el fin último de brindar bienestar a la población.

4.1. Características generales de la Institución

La siguiente información fue obtenida por personal que labora en dicha institución como la L.T.S. Ana Eréndira Jáuregui Rubio, L.T.S. Patricia Castañeda y la Señorita del módulo de información Viridiana Huitzhacua Hernández.

El Hospital General de Zona No. 8 es una institución pública que se dedica a la prestación de servicios de salud ya que se obtiene el recurso por parte del gobierno federal.

El nivel de cobertura de acción es regional dando atención médica a las regiones de Coalcomán, Taretan, Tepalcatepec, Apatzingán, Nuevo Urecho, Tancítaro, Buena Vista y Paracho. Así como se da la canalización a los pacientes al Centro Médico de Occidente CMNO de tercer nivel de alta especialidad.

El tipo de población a la cual se dirige su acción es población derechohabiente que son personas que están afiliadas al seguro social, por lo que se puede decir que es a población cerrada ya que no se brinda atención a toda la población en general.

Atiende necesidades de empleo, por que brinda trabajo a médicos, enfermeras, y demás personal, la situación laboral de los trabajadores es de manera diferente, como son: personal de base y confianza, mientras que algunos son miembros del sindicato y otros no, así como personal por un determinado período.

Presta servicios de salud debido a que proporciona a los derechohabientes diversos servicios a través de las diferentes áreas, las cuales son: consultas externas con especialistas, hospitalización, pediatría, ginecología, servicio de diálisis, hemodiálisis, farmacia, banco de sangre, urgencias, terapia intensiva, etc. En cuanto a la rehabilitación se podría considerar las sesiones que el Instituto brinda a los pacientes con diálisis y hemodiálisis y a las madres derechohabientes el Instituto apoya con el servicio de guarderías, con las que cuenta dicha institución, así como al personal que labora en las unidades del IMSS; educación: ya que brindan pláticas en cuanto a la prevención de enfermedades, orientación sobre el proceso de alguna enfermedad, los cuidados, entre otros; en el área de Ginecología, a las madres que les falta poco tiempo para tener a su bebé les proporcionan información sobre el proceso de su parto, así como sensibilizarlas para que utilicen algún método de planificación. En cuanto a la alimentación y vivienda los trabajadores del Instituto con su sueldo están satisfaciendo la necesidad de alimentación, en cuanto a la vivienda, tienen acceso a solicitar préstamos y créditos para obtener una casa.

4.1.1. Antecedentes

“Las reivindicaciones para la clase trabajadora se plasmaron desde la Constitución Política de 1917, el Artículo 123 establece, entre otras medidas, responsabilidades de los patrones en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como también la obligación de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad.

Sin embargo, no fue sino 26 años después cuando bajo el gobierno del Presidente de la República Manuel Ávila Camacho se logró hacer realidad este mandato constitucional.

El 19 de enero de 1943 nació el Instituto Mexicano del Seguro Social, con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. De inmediato comenzó a trabajar su Consejo Técnico. Entonces, al igual que hoy, sus integrantes han sabido anteponer a los legítimos intereses que representan el bien

superior del Seguro Social, constituyéndose así en garantía de permanencia y desarrollo institucional.

El 6 de abril de 1943 se funda el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), que hoy en día constituye la organización sindical más grande del apartado A del Artículo 123 Constitucional. El decreto de creación del IMSS preveía la puesta en marcha de los servicios para el 1° de enero de 1944.

Crecimiento y expansión

Conforme el IMSS extendió su sistema, también logró su consolidación financiera y la diversificación de servicios en busca de un sólido concepto integral de seguridad social.

En 1963 se inaugura el Centro Médico Nacional, el IMSS continuaba diversificando sus servicios.

Así mismo, se creó la red de teatros del Seguro Social.

En sus centros deportivos y de seguridad social, el IMSS comenzó a ofrecer otras alternativas a la promoción de la salud. Ahí se han hecho también campeones de talla internacional que han dado prestigio al deporte mexicano.

Prestigio médico

En lo médico, y desde su creación, el IMSS va cobrando creciente prestigio nacional e internacional. Todos los días decenas de miles de casos dan testimonio de la calidad y eficiencia de los servicios médicos del IMSS. Algunas hazañas destacan por su importancia y, en muchos casos, por su carácter pionero.

1963	Primer trasplante renal
1967	Primer reimplante de mano
1985	Primer trasplante renal en niño
1988	Primer trasplante de corazón
1989	Primer trasplante de médula ósea en niño
1989	Primer trasplante hepático

1993	Primer trasplante hepático en niño
1999	Primera operación prenatal
2001	Primer implante de corazón de titanio

Surgen las guarderías

Con la ley de 1973, el IMSS da un gran paso al incluir en sus prestaciones el ramo de guarderías para hijos de trabajadoras, facilitando así su participación en la vida productiva del país.

El IMSS de hoy

Los avances logrados se deben al esfuerzo y compromiso permanente de más de 370 mil trabajadores ejemplares del IMSS en todo el país. Su trabajo se ha desarrollado en un contexto macroeconómico difícil, y ha descansado en gran medida en esfuerzos de austeridad y de combate a la evasión y la elusión.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y principal elemento redistribuidor de la riqueza en México; es sin duda, una de las instituciones más queridas por los MEXICANOS.

Retos del mañana

La Administración está haciendo su parte para modernizar y efficientar al Instituto, para incrementar sus ingresos y reducir gastos no prioritarios.

En este esfuerzo cuenta con la comprensión y el apoyo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, con el que hoy en día existe una relación basada en el respeto y la confianza a partir del diálogo, la conciliación y la corresponsabilidad con la seguridad social". (www.imss/gob.com.mx.)

La siguiente información acerca de los antecedentes específicamente en el H.G.Z.No.8 fue obtenida a través de la L.T.S. Norma Paredes Leal, la Sra. Modesta de la luz Hernández (Operador telefónico) y la Sra. Consuelo Villa Arias (Ayudante de Intendencia), las últimas dos persona tiene antigüedad de 26 años de servicio en

el instituto y que conocen más acerca de los antecedentes del mismo, así como la Trabajadora Social cuanta con mayor antigüedad de las que se encuentran actualmente.

El H.G.Z.No.8 se crea en 1943, anteriormente el Hospital General de Zona era con medicina familiar y se encontraba ubicado en la calle carrillo puerto, el lugar donde se encontraba era rentado y se contaba con muy poco personal. Posteriormente en el año de 1945, el hospital se cambia de domicilio en la calzada Benito Juárez donde actualmente se encuentra para lo cual se separó y se creó la clínica 76, las instalaciones del hospitales se encontraban en excelentes condiciones ya que todo era nuevo y los derechohabientes se sentían a gusto de los servicios que recibían, en ese entonces se encontraban solamente dos Trabajadoras Sociales y en seguida llegó una suplente que su nombre era Martha Cuevas, entre las funciones y actividades que desempeñaban era únicamente pasar a realizar visita a los pacientes en donde se veían las necesidades que presentaban, así como también realizaban la función de coordinadoras y asistentes médicas.

Después se tuvo 7 años sin el departamento de Trabajo Social, pero se vio la necesidad de que nuevamente se incorporaran Trabajadoras Sociales por las necesidades que estaba presentando la institución, tales como la canalización de pacientes a otras instituciones de salud, gestión de trámites, prevención de enfermedades, fomento a la salud, etc.

Para el año de 1990 se tenía al director General Carlos Moreno del Río quien se encargaba de todos los asuntos del hospital, así también se modificaron algunas instalaciones del hospital debido a las necesidades del mismo. Posteriormente para el año de 1992 se tuvo la necesidad de crear el departamento de diálisis peritoneal por el aumento de pacientes que requieren de este servicio, así también se incorpora como director general el Dr. Alvarado Macias.

En el año de 1998 se abrieron ocho plazas para el departamento de Trabajo Social y empezaron a trabajar a nivel caso, grupo y comunidad y al aplicar diferentes programas con grupos de paciente y familiares.

Posteriormente en el año 2006 se crea el departamento de Hemodiálisis por la demanda al servicio, y se presentan varias modificaciones del instituto debido al

aumento de derechohabientes, así como la apertura de bolsa de trabajo para diversas categorías y el director general es el Dr. Gustavo Pérez Sandi Lara que hasta la fecha ocupa este cargo.

4.1.2. Objetivos, Misión y Visión

OBJETIVO GENERAL:

La siguiente información fue rescatada de los manuales de Trabajo Social en unidades médicas.

“Otorgar a los usuarios todos los servicios con oportunidad y trato amable, para satisfacer sus expectativas y necesidades de salud y bienestar”.

Cabe mencionar que cualquier trabajador asalariado tiene el derecho de recibir atención médica y todo lo que abarque la misma, ya que por medio de su trabajo se le descuenta cierto porcentaje el cual va destinado a los servicios de salud y por lo tanto puede disponer del mismo cuando lo requiera, teniendo siempre el bienestar de su persona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1) En la organización social del trabajo y en la previsión social:

Administrar los riesgos que se expresan en la Constitución y que se especifican en los distintos ramos de seguro que regula la Ley del Seguro Social, para lo cual se requiere de la adecuada administración de las contribuciones y los recursos financieros para garantizar las prestaciones en especie y en dinero, y lograr la estabilidad en el bienestar del asegurado.

2) En la provisión de servicios:

Cuidar y fomentar de manera integral la salud de la población trabajadora, pensionada, asegurada voluntariamente, y de sus familias, así como de la atendida en esquemas de solidaridad social. Lo anterior, a través de proveer los servicios

preventivos y curativos médicos con niveles de oportunidad y calidad, y ofrecer a la madre trabajadora servicios de guarderías que permitan un cuidado adecuado de sus hijos pequeños, contribuyendo así a un círculo virtuoso de mejoras en la calidad de la atención y en la productividad de los trabajadores y de sus hogares.

3) En la administración de las contribuciones a la seguridad social:

En su carácter de organismo fiscal autónomo, fomentar la competitividad de las empresas, la transparencia de la información que genera su función fiscal, y una recaudación más eficaz.

Si bien cabe mencionar que para diferenciar a una institución de salud de otra se cuenta con su misión y visión lo que hace ser que la misma tenga un propósito a seguir, a continuación se da a conocer lo referente a la misión y visión del H.G.Z.No.8 dicha información fue obtenida de los cuadros que se encuentran en la dirección de dicha institución y en los manuales de bienvenida.

Misión

Garantizar el derecho a la salud y a la protección a los medios de subsistencia, otorgando prestaciones médicas y económicas a los derechohabientes, con oportunidad, calidad y trato amable a través del compromiso de los trabajadores.

Visión

En el 2012 el H.G.Z.No.8 debe ser una eficiente unidad hospitalaria de la delegación con los mejores estándares de calidad en nuestros servicios, asegurando la operacionalización de los procesos, con ahorro y racionalidad en los recursos.

4.1.3. Programas

Los Programas y proyectos que desarrollan dentro de la institución son los siguientes, dicha información fue obtenida por las licenciadas en Trabajo Social Norma Paredes Leal, la L.T.S. Patricia Castañeda y la L.T.S. Ana Eréndira Jáuregui Rubio.

Los programas son mandados del 3er nivel, que es el Hospital de Guadalajara, o del personal de la delegación de Morelia que se encarga de hacer proyectos, el H.G.Z.

No. 8 los recibe y los mandan a la oficina de enseñanza para que los aprueben por lo que a continuación se dan a conocer los mismos.

Respecto al área de diálisis se está llevando un programa cuya información se obtuvo a través del manual de DPCA (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria) que se tiene en dicho servicio, el cual es el siguiente:

En el servicio de diálisis existe gran demanda en la atención educativa que se da a los pacientes con enfermedad renal, en programas de prediálisis insuficiencia renal crónica y pacientes dializados. Por esta razón es necesario implementar estrategias que nos permitan llevar a cabo con oportunidad una educación mejor a estos pacientes y familiares involucrados sobre el manejo de su padecimiento y tratamiento para mejorar su estado de salud y evitar complicaciones para poder reintegrarlos a su ambiente laboral y familiar, a su vez es necesario implementar en el programa la recolección de insumos que estén en buenas condiciones y que ya no sean utilizados por el paciente que sale de dicho programa como es la recolección de bolsas de diálisis.

En el hospital general de zona No. 8 de Uruapan Michoacán se inicia el programa de diálisis, un 13 de enero de 1993 con 13 pacientes en el programa de diálisis peritoneal intermitente con insuficiencia renal crónica. Al cabo de dos meses descentralizan a todos los pacientes de diálisis del hospital de Morelia aumentando este grupo en 56 pacientes, para entonces ya iniciada la diálisis peritoneal Continua ambulatoria a los dos meses teniendo en diez años un incremento de 1306 pacientes, ingresos 422 con un 42.3% de crecimiento, egresos 287, con un 21.9% de crecimiento. En la actualidad se tiene 123 pacientes en el programa de diálisis ambulatoria y diálisis peritoneal el entrenamiento es en tres citas, por lo que se capacitan y se envían a la DPCA de ahí ya en el año de 2009 se cuenta con 152 pacientes en el programa DPCA.

El servicio de diálisis cuenta con un cubículo con seis camas una mesa de trabajo con dos lavabos, un cubículo para procedimientos especiales en donde se realizan cambios de línea, curaciones., un espacio para materiales y equipos.

No se cuenta con un módulo de atención para los pacientes que están en el programa y para los que requieren de capacitación a paciente y familiares donde se otorguen consultas de enfermería.

Tampoco hay un aula de capacitación en donde se den sesiones de entrenamiento a los diferentes grupos de pacientes renales que se encuentran en dichos programas educativos.

Otro de los programas que se lleva a cabo en la institución, así como en toda la República Mexicana es el que a continuación se menciona:

“IMSS Oportunidades

En 1979 el Gobierno de la República le encomendó al Instituto una misión de gran trascendencia: ofrecer atención médica a los grupos más desprotegidos de la población. Se creó entonces el Programa IMSS-Coplamar, posteriormente denominado IMSS-Solidaridad, que hoy en día opera en diecisiete estados del país. El Programa recibió un renovado impulso a partir del año 2002 al denominarse como "IMSS-Oportunidades".

El Programa IMSS-Oportunidades, financiado con recursos del Gobierno Federal y administrado por el IMSS, atiende a casi once millones de personas en condición de marginación en zonas rurales del país”. (www.imss.gob.mx).

Dichos programas se desarrollaron a través de las demandas de la población, así como éstos se realizan de manera permanente, los recursos materiales, técnicos, humanos y financieros que se ocupan para la ejecución de los mismos es proporcionado por la misma institución y cabe mencionar que en estos programas se da el involucramiento de Trabajo Social a través de la realización de trámites que se necesiten, pláticas sobre algún tema en específico o actividades relacionadas al fortalecimiento a la salud.

En el departamento de Trabajo Social, se realiza el siguiente programa:

Esta información fue proporcionada por las Trabajadoras Sociales mencionadas con anterioridad.

1.- Atención social médica del paciente en hospitalización, en el cuál se realizan visitas a los pacientes con la finalidad de registrar sus datos y saber como ha ido su proceso de su enfermedad, revisar su expediente clínico.

2.- Atención social médica del paciente en urgencias o admisión continúa, se atienden a pacientes con problemas pendientes de resolver, así mismo informar al médico y a los familiares de las acciones realizadas y el resultado de las mismas.

3.- Atención social médica al egreso del paciente, se elaborará la nota de alta en la forma y consigna los resultados de su intervención en el caso.

4.- Atención de paciente en grupo:

- Con pacientes de diálisis y familiares.
- Con pacientes de Ginecología
- Con mamá de niños en pediatría
- Con familiares de pacientes del área de hospitalización

Se realiza de manera permanente, ya que son las actividades que este departamento realiza con los pacientes y familiares.

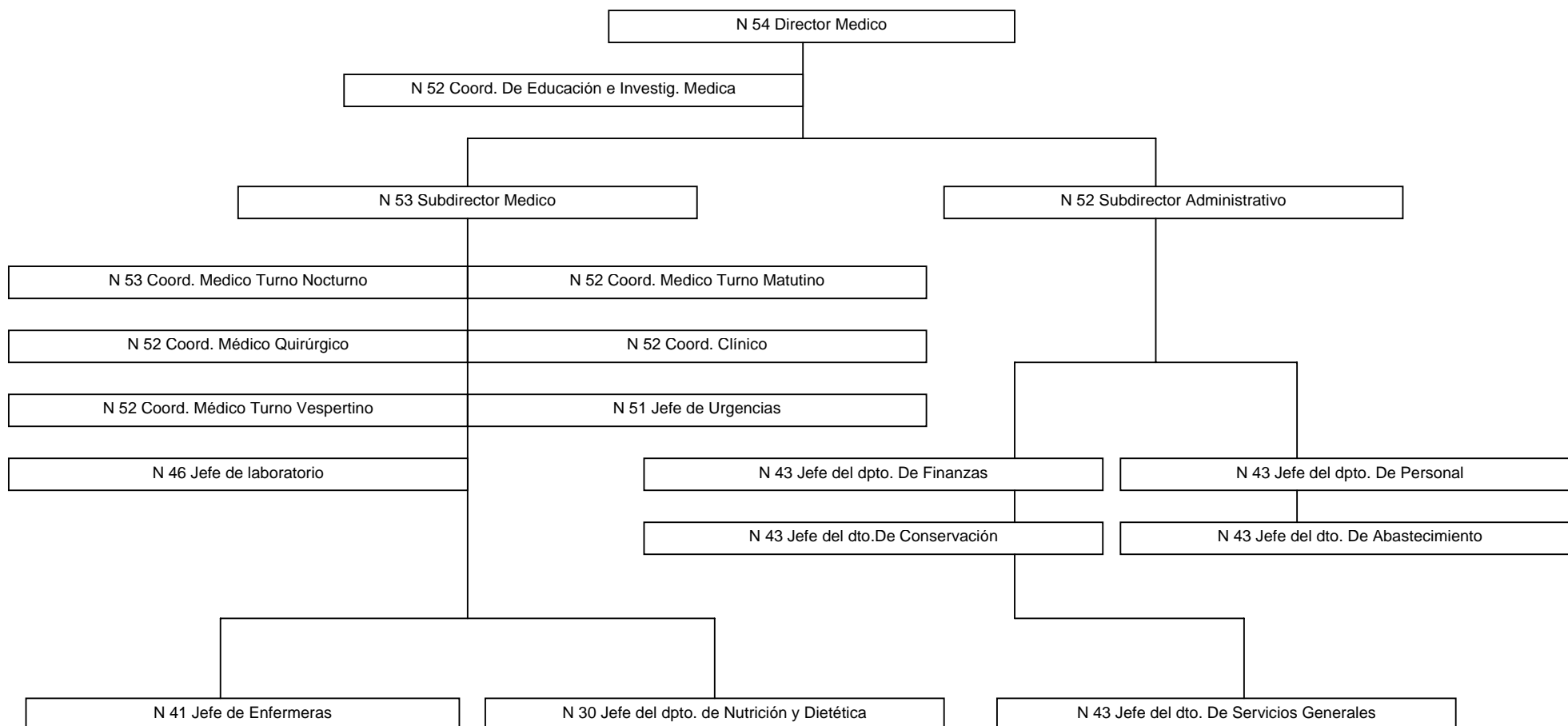
Se utilizan recursos materiales como son: hojas, lapiceros, libreta de notas. Recursos Humanos: las Trabajadoras Sociales, Médicos y Enfermeras.

Los responsables de este programa son las Trabajadoras Sociales en las diferentes áreas, como son: urgencias, 1er piso (Pediatría, Ginecología y Diálisis) y 2º piso (área de hospitalización).

4.1.4. Estructura organizativa

En cuanto a esta información fue obtenida de la dirección de la institución ya que se cuenta con un cuadro representativo de la estructura organizativa, así como también se encuentra en los manuales de bienvenida.

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8 URUAPAN, MICH



Fuente: Dirección General (2009)

En el organigrama anterior se puede observar que dentro del mismo no se tiene contemplado como tal el departamento de Trabajo Social, pero sin embargo depende directamente de la coordinación médica ya que con ellos se tiene gran coordinación para la autorización de los trámites que requieren los derechohabientes.

El Hospital General de Zona No. 8 es una institución de salud muy importante en esta ciudad de Uruapan, ya que para cualquier trabajador que cuente con su número de seguridad social, el cual hace que sea parte de la institución tiene el derecho de recibir atención médica de manera justa y digna desde cualquier ámbito, y por ello es necesario que los mismos valoren y reconozcan el servicio que reciben ya que por muy mínimo que sea, no es comparable a cualquier otra institución privada.

CAPITULO V

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

En el presente capítulo se da a conocer con que población se trabajó para dicha investigación, se tomó en cuenta el método Hipotético Deductivo, ya que éste método se encarga de la medición de datos a través de variables, indicadores e índices, lo cual permite identificar de manera general la situación a la que se enfrenta el trabajador hospitalizado por lesiones traumatológicas y en lo particular; para efectos de la investigación se eligieron a los pacientes del área de traumatología y a su familiar directo que en este caso es su pareja, el cual está al pendiente de su paciente, debido a la facilidad en cuanto al acceso para obtener la información; a continuación, se explica lo referente a la elaboración del instrumento, la recopilación de datos, además como fue el proceso que se llevó para la recopilación de la información y por último se presentan los resultados obtenidos a través de su pregunta, cuadro, gráfica e interpretación.

5.1. Definición del Universo

La población que se tomó en cuenta para la investigación fueron 16 personas, de las cuales 8 corresponden a los pacientes de traumatología que se encontraban en el momento de la investigación y los otros 8 a la pareja del mismo, el criterio que se tomó en cuenta para la elección de la población fueron aquellos trabajadores que no les calificaron su accidente como riesgo de trabajo sino como enfermedad general; cabe mencionar que el instrumento que se utilizó fue la guía de entrevista y el periodo en el que se aplicaron las entrevistas fue del 18 de octubre al 5 de noviembre de 2009 en el área de hospitalización del Hospital General de Zona No.8.

5.2. Elaboración del Instrumento

La guía de entrevista fue dirigida a los pacientes con lesiones traumatológicas y a su pareja, el instrumento está estructurado de la siguiente manera: como primera parte se encuentran datos generales, posteriormente se mencionan los tópicos que se pretenden investigar como son: la lesión traumatológica, la situación emocional, la dinámica familiar, las redes de apoyo, la situación laboral del paciente y la situación económica; dentro de los cuales van implícitas las preguntas a investigar, las cuales resultaron de los indicadores de la operacionalización. Se retomaron estos aspectos ya que van encaminados al logro de los objetivos y sobre todo para identificar la situación a la que se enfrenta el trabajador hospitalizado por lesiones traumatológicas y si realmente la hipótesis diseñada es aprobada o desaprobada.

Se decidió que éste fuera el instrumento ya que por la dinámica que se vive en un hospital era la mejor opción para obtener la información a través de una guía de entrevista y no hacerlo por medio de un instrumento más estructurado en donde se tuvieran las preguntas cerradas, ya que de esta manera los pacientes podían platicar más para obtener elementos importantes para dicha investigación, así como es una manera de tener más contacto con el paciente y hacer que se sienta a gusto y no vea que es utilizado como un objeto de estudio.

5.3. Recopilación de la información

La recopilación de información se realizó durante el periodo de Julio a Noviembre de 2009 y se les aplicó el instrumento dentro del espacio de internamiento hospitalario donde se encuentran los pacientes y su pareja para una mejor comodidad de los mismos y por la situación de salud que presentan los pacientes no se podía realizar en otro lugar. El tiempo que se llevó con cada paciente para obtener la información fue aproximadamente de 30 a 40 minutos, se fue rescatando la información a través de la guía de entrevista con los mismos para que se sintieran en confianza y así identificar lo mas que se pudiera, así también se fue obteniendo la información a través de los diferentes tópicos que se contemplaron en el instrumento y siempre

teniendo en cuenta los objetivos planteados para la investigación, para lo cual se obtuvo buena disponibilidad del paciente y de la pareja para proporcionar los datos requeridos, ya que se pudo lograr un rapport entre los entrevistados y se sintieron a gusto al momento de la entrevista ya que por lo regular el aspecto humano no se toma en cuenta en los pacientes y familiares y mucho menos para conocer el sentir de los mismos, solamente se analiza su caso clínico-médico, y de esta manera tuvieron la oportunidad de expresar la situación en la que se encuentran.

5.4. Presentación de resultados

A continuación se presenta los resultados obtenidos en la investigación bajo la siguiente estructura:

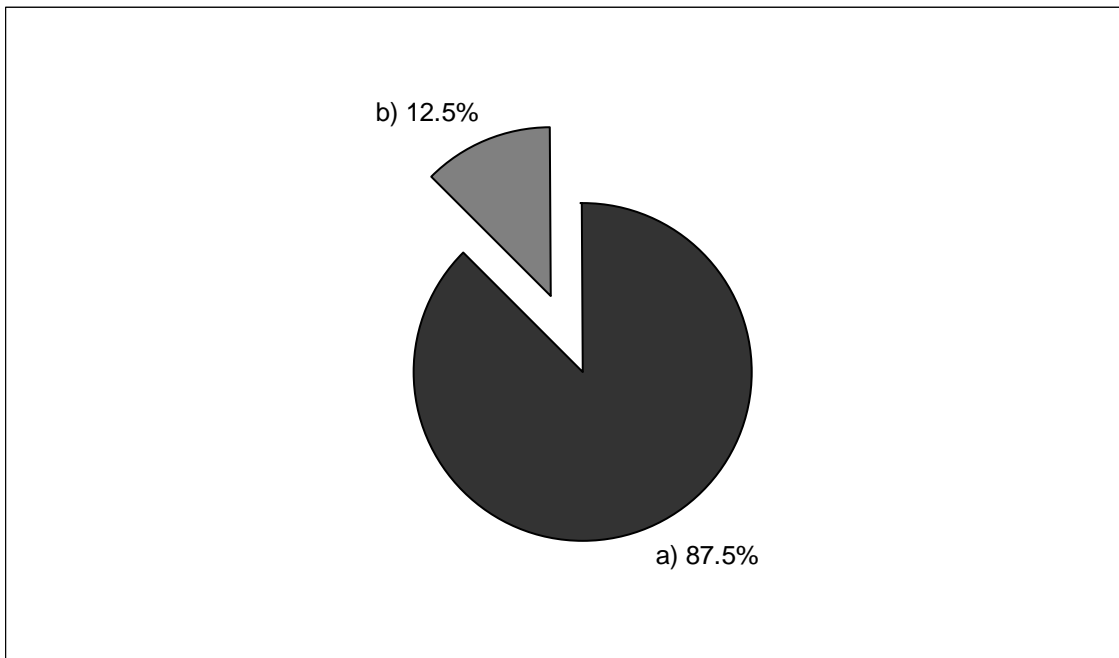
- Pregunta
- Cuadro informativo
- Gráfica
- Interpretación

INSTRUMENTO APLICADO A LOS TRABAJADORES HOSPITALIZADOS

Datos Generales

Sexo

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Masculino	7	87.5%
b) Femenino	1	12.5%
Total	8	100%



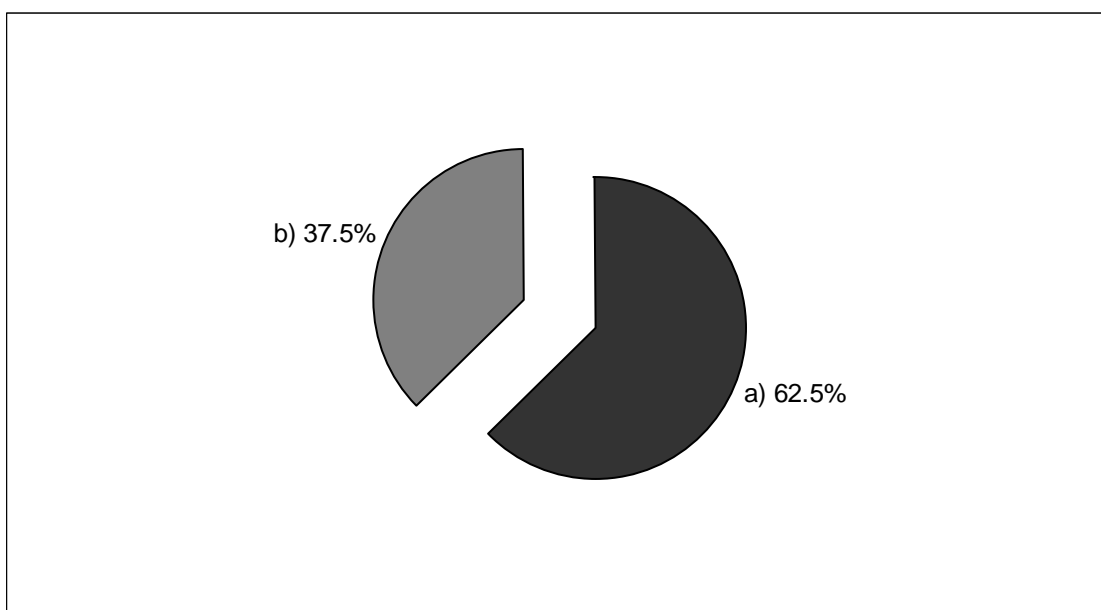
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

La mayoría de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumáticas son hombres, lo cual indica que los cuales tienen que cubrir los gastos que se generen en la misma, también se considera al sexo masculino como la parte fuerte y la que tiene el mando en la familia. Por otro lado los hombres están más propensos a sufrir alguna lesión traumática debido a los trabajos que estos tienen ya que por lo regular son de mayor riesgo y esfuerzo.

Estado civil

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Casado (a)	5	62.5%
b) Unión libre	3	37.5%
Total	8	100%



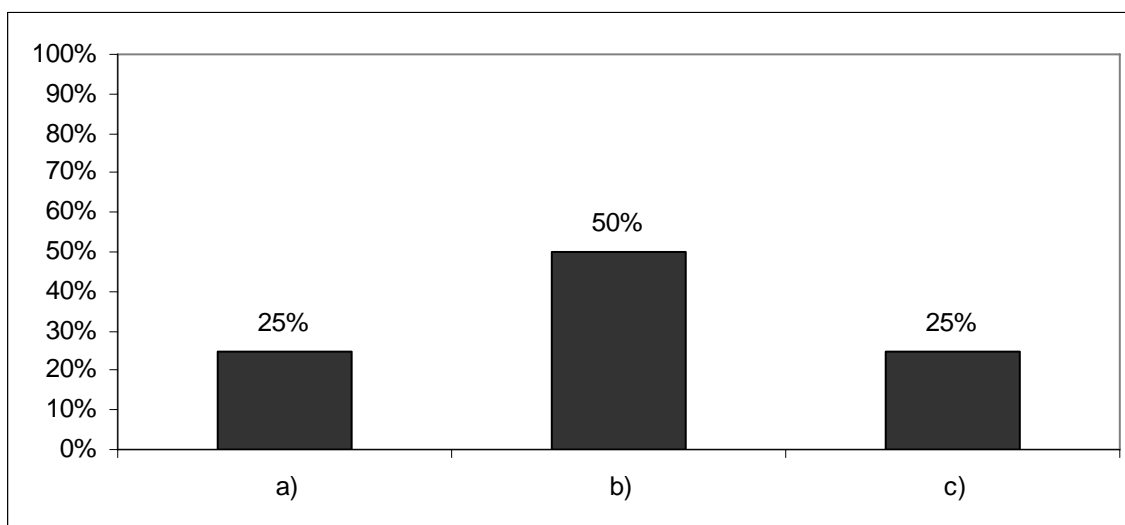
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

Con relación a esta información se puede decir que la mayoría de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumáticas son casados lo cual indica que son personas que cumplieron con la responsabilidad de comprometerse a la unión de su pareja y así mismo pasando la etapa de matrimonio de su ciclo vital como familia.

Edad

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) De 20-25 años	2	25%
b) De 26-30 años	4	50%
c) Más de 30 años	2	25%
Total	8	100%



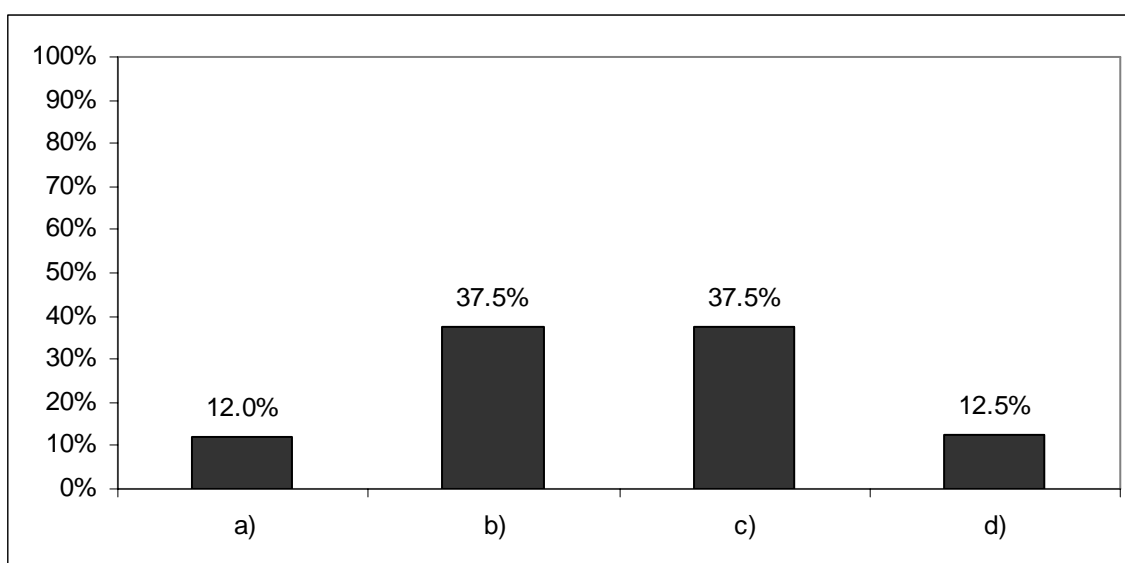
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

Cabe mencionar de acuerdo a esta información que en su mayoría los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas se encuentran en la categoría de edad de 26 a 30 años de edad, para lo cual se considera que son personas jóvenes y que se encuentran en edad productiva.

Escolaridad

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Primaria	1	12.5%
b) Secundaria	3	37.5%
c) Preparatoria/Carrera técnica	3	37.5%
d) Profesional	1	12.5%
Total	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

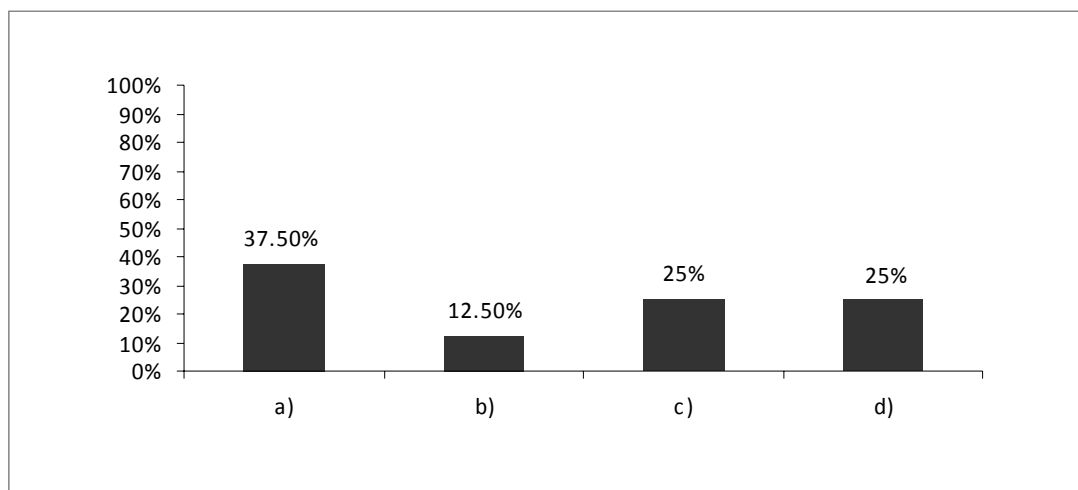
Interpretación:

Con la presente información nos indica que la mayoría de las personas objeto de estudio han concluido sus estudios a nivel secundaria y preparatoria, lo cual refleja que cuentan con un empleo el cual les puede proporcionar lo indispensable para vivir, así como tener acceso a empleos tales como: obreros, cajeros, recepcionistas, entre otros.

LESIÓN TRAUMATOLÓGICA

1.- ¿Tiempo que lleva de tratamiento hospitalario?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) 1 semana	3	37.5%
b) De 2 a 3 semanas	1	12.5%
c) 1 mes	2	25%
d) De 2 a 5 meses	2	25%
Total	8	100%



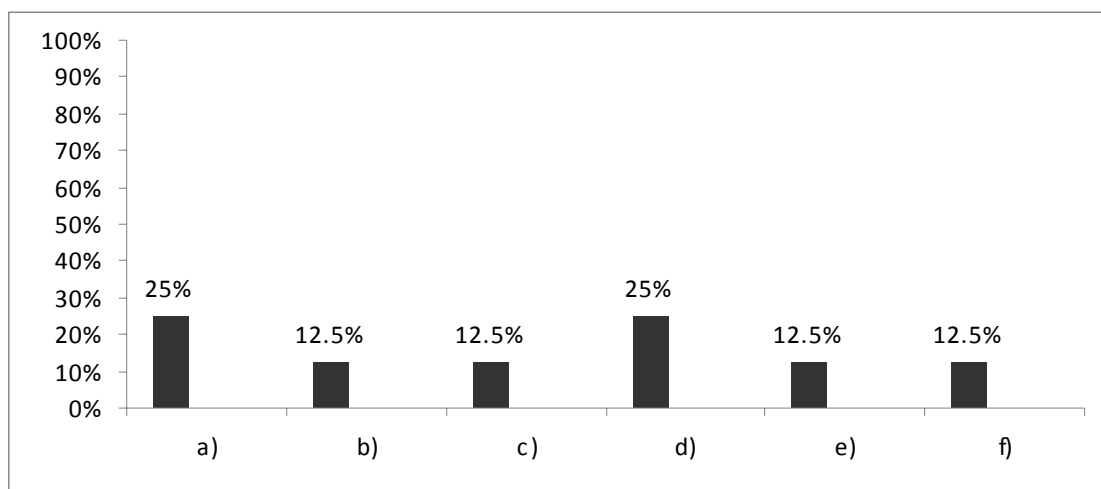
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

Como se puede observar en la presente gráfica la mayor parte de las personas entrevistadas mencionan que el paciente lleva de tiempo de hospitalización una semana por lo que se puede considerar que apenas están empezando su tratamiento médico, así como es un tiempo muy corto para que se vea con claridad la alteración de la situación familiar.

2.- Lesión que presenta

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Fx de tibia y peroné pie izquierdo	2	25%
b) Fx de tobillo	1	12.5%
c) Fx de rodilla	1	12.5%
d) Fx de tercio distal de radio	2	25%
e) Fx de pierna derecha	1	12.5%
f) Fx de antebrazo derecho	1	12.5%
Total	8	100%



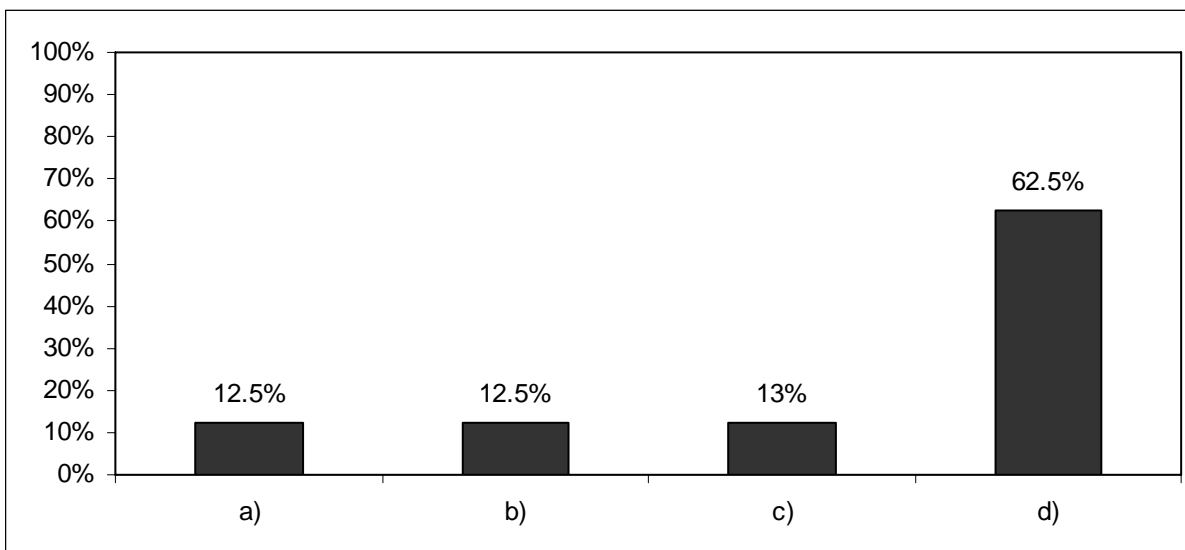
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

En la presente gráfica muestra que la lesión que más se presenta en los pacientes que llegan al servicio de traumatología es de fractura de pierna, de tibia y peroné pie izquierdo, así como también de tercio distal de radio, por lo que se puede observar que todos los trabajadores sufrieron fracturas las cuales requieren de una atención prolongada y especializada.

3.- Mes del accidente

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Marzo	1	12.5%
b) Julio	1	12.5%
c) Septiembre	1	13%
d) Octubre	5	62.5%
Total	8	100%



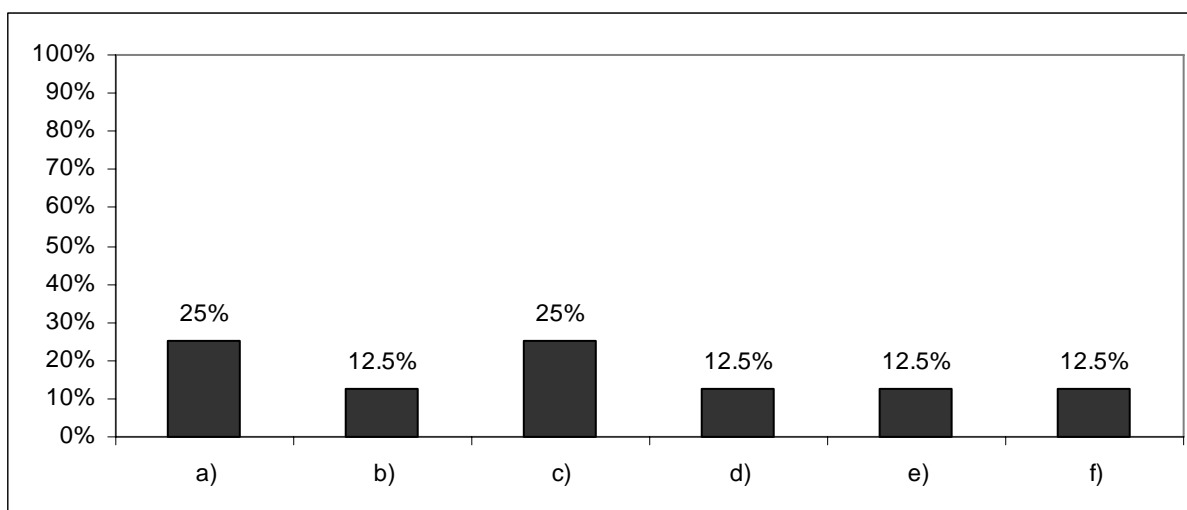
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

La mayoría de los pacientes mencionan que el mes en que sufrieron la lesión traumológica fue en octubre, lo cual indica que hace muy poco tiempo que sufrieron el accidente y se encuentran bajo tratamiento médico. Sin embargo los pacientes que sufrieron el accidente en el mes de marzo y julio ya tienen mucho tiempo hospitalizados lo cual repercute en algunos aspectos de su dinámica familiar como son: el cambio de roles de la familia, el deterioro en su comunicación y en sus relaciones familiares, así también modificaciones en su situación económica por lo que más adelante se explican estos elementos con más claridad.

4.- Motivo del accidente

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Iba saliendo de mi trabajo en mi moto y me chocó un auto	2	25%
b) Al bajar una escalera de mi casa me caí	1	12.5%
c) Iba en bicicleta y me aventó un auto	2	25%
d) Iba caminando y me atropellaron	1	12.5%
e) Caí de una barda al estar fumigando	1	12.5%
f) Me resbalé en una fiesta	1	12.5%
Total	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

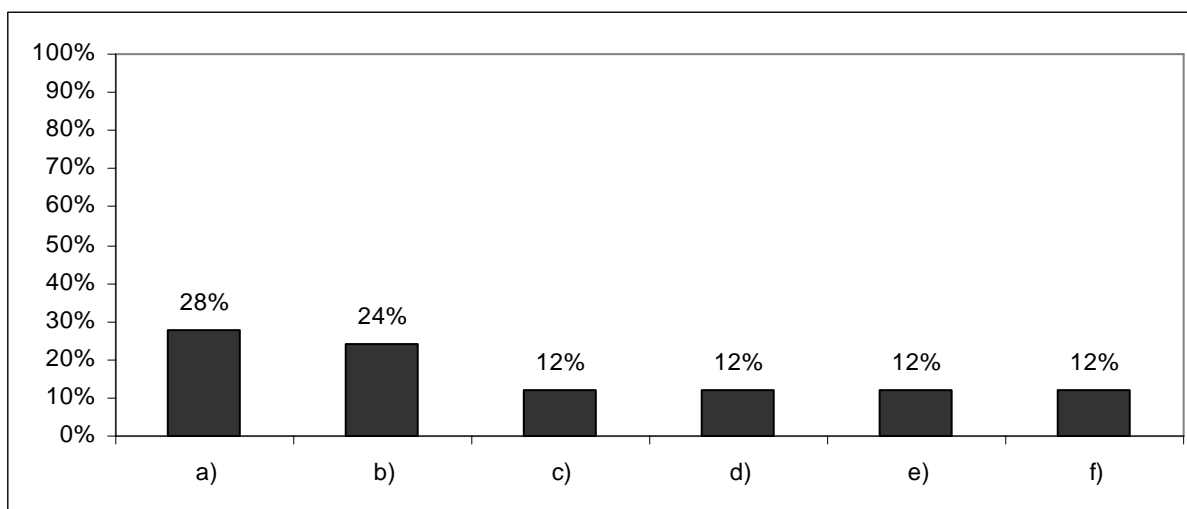
La mayoría de los pacientes que sufrieron la lesión traumatológica mencionan que sufrieron el accidente cuando iban saliendo de su trabajo en su moto y les choco un auto, así como también iban en bicicleta y los aventó un auto, lo cual indica que el contacto directo que tuvieron con el automóvil fue grave el impacto. Así también se observa que el accidente no se presentó en la unidad de trabajo de los mismos y que por lo tanto no se calificó como riesgo o accidente de trabajo sino como enfermedad general la cual se paga al 60%, dicha información se presenta en la pregunta No18. Por otro lado es de suma importancia mencionar que como no les calificaron el

accidente por riesgo de trabajo repercute para que no perciban su salario al 100% y por lo tanto se ven afectados en su situación económica, así como también repercute en la modificación de roles ya que si es la persona principal proveedora del recurso monetario en la familia ya no lo esta realizando y no se esta cumpliendo como tal.

SITUACIÓN EMOCIONAL

5.- ¿Cómo se siente ahora que sufrió la lesión?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Desesperado	7	28%
b) Triste	6	24%
c) Enfadado	3	12%
d) Aburrido	3	12%
e) Cansado	3	12%
f) Inquieto	3	12%



Fuente: Encuesta Directa 2009

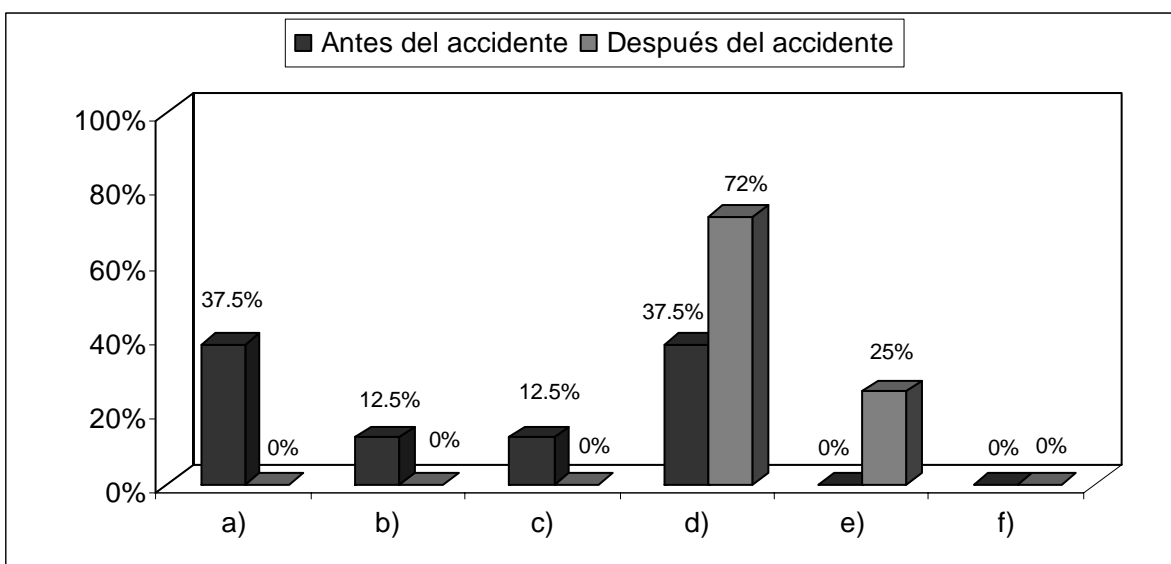
Interpretación:

La presente información nos indica que la mayoría de los pacientes con lesión traumológica se encuentran desesperados y tristes, quizás porque son personas que estaban activas en su trabajo y además no pueden ver a sus hijos por que son menores de edad lo cual impide que los mismos puedan visitar a su paciente durante la hospitalización por las políticas internas de la institución y se pierde esa

convivencia con los hijos. Por otro lado es importante señalar que se presenta un cambio en cuanto a los roles que juega el trabajador debido a que ya tiene que jugar solamente el paciente y dejando a un lado los que anteriormente realizaba, así también cabe mencionar que la mayor parte de los pacientes que se encuentran desesperados y tristes son los que están hospitalizados desde el mes de marzo y julio y por lo tanto presentan estas consecuencias.

6.- ¿Cuáles son sus expectativas?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Comprar un carro	3	37.5%	0	0%
b) Tener un mejor empleo	1	12.5%	0	0%
c) Comprar carro y casa	1	12.5%	0	0%
d) Recuperarme	0	37.5%	6	72%
e) Estar bien de salud	0	0%	2	25%
f) Ninguna	3	0%	0	0%
Total	8	100%	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

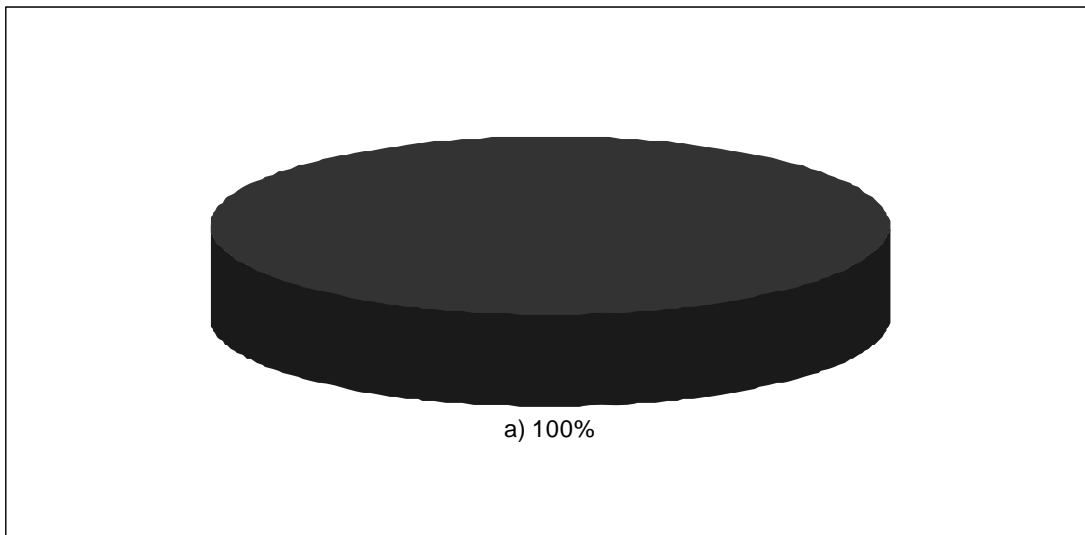
Interpretación:

En cuanto a esta información es importante destacar que las expectativas que tienen los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas han sido modificadas ya que ahora que sufrieron la lesión es prioridad para ellos estar bien de salud y recuperarse, lo cual indica la importancia que le están dando a su salud y la necesidad que tienen para incorporarse lo más pronto posible a sus actividades cotidianas y quizás ir en busca de sus expectativas anteriores.

DINÁMICA FAMILIAR

7.- ¿Quiénes son los miembros que conforman su familia?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Mamá, papá e hijos	8	100%
Total	8	100%



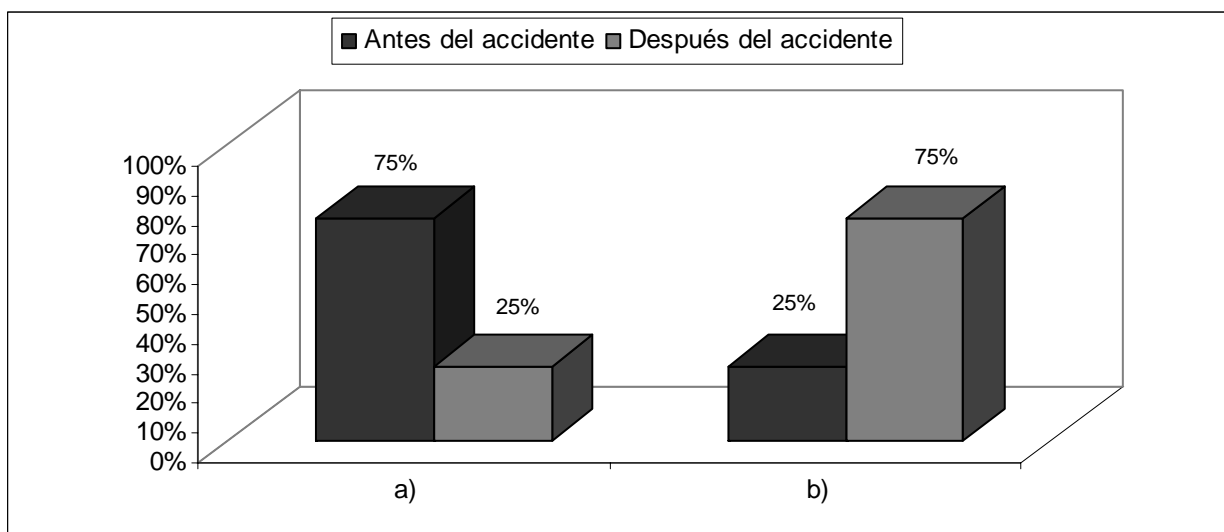
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

La presente información nos muestra que la mayoría de la familia de pacientes con lesión traumológica está conformada por Mamá, Papá e Hijos, lo cual indica que son familias de tipo nuclear.

8.- ¿De qué manera considera sus relaciones familiares?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Es buena, nos hemos llevado bien	6	75%	2	25%
b) Es regular, se han presentado problemas	2	25%	6	75%
Total	8	100%	8	100%



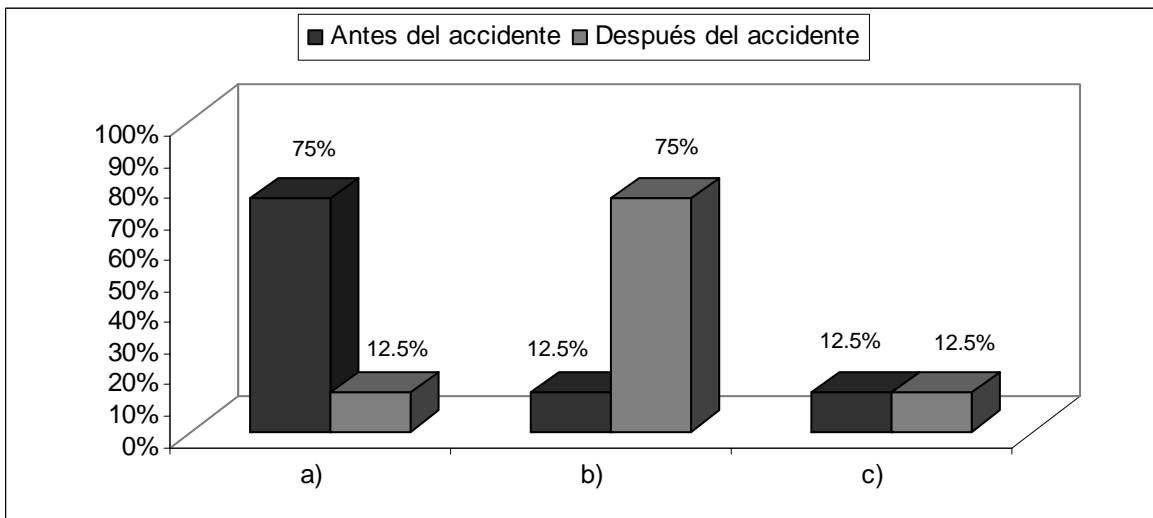
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

Los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas consideran en su mayoría que las relaciones familiares se han deteriorado ahora que sufrieron la lesión ya que es regular pues se han presentado problemas, lo cual refleja que por la dinámica y políticas que se tienen en el hospital impide para que se tenga la misma relación que solía haber en las familias y de esta manera se modifican otros factores de la dinámica familiar como la comunicación por no tener todos los integrantes el contacto directo y los roles ya que son algunos diferentes a los que realizaban antes, este último dato se explica en la pregunta 10, 11 y 12.

9.- ¿Cómo considera que es la comunicación en su familia?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Es buena, no ha cambiado	6	75%	1	12.5%
b) Antes era buena, ahora es regular	1	12.5%	6	75%
c) Siempre ha sido mala	1	12.5%	1	12.5%
Total	8	100%	8	100%



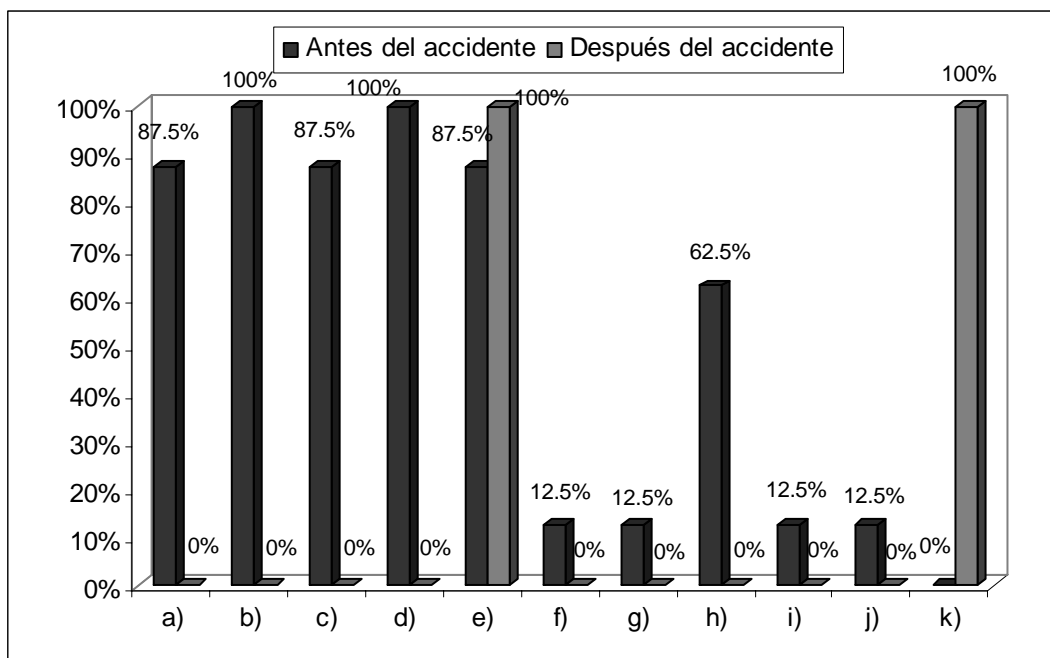
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

En cuanto a este aspecto sobre la comunicación se puede decir que este factor ha sido alterado ahora que los trabajadores sufrieron la lesión traumatológica ya que la mayoría de ellos mencionan que antes era buena y ahora es regular lo cual repercute para que se presente esta situación ya que la comunicación es un elemento muy importante para cualquier familia. Así también es importante señalar que debido a las políticas internas de la institución no se tiene el acceso a los menores de edad y por lo tanto se pierde ese contacto directo con los hijos para poder conversar cualquier tema o inquietud de ambas partes.

10.- Roles del trabajador (paciente)

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Padre	7	87.5%	0	0%
b) Empleado (a)	8	100%	0	0%
c) Compañero (a)	7	87.5%	0	0%
d) Amigo (a)	8	100%	0	0%
e) Esposo (a)	7	87.5%	8	100%
f) Ama de casa	1	12.5%	0	0%
g) Madre	1	12.5%	0	0%
h) Deportista	5	62.5%	0	0%
i) Abuelo	1	12.5%	0	0%
j) Suegro	1	12.5%	0	0%
k) Paciente	0	0.0%	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

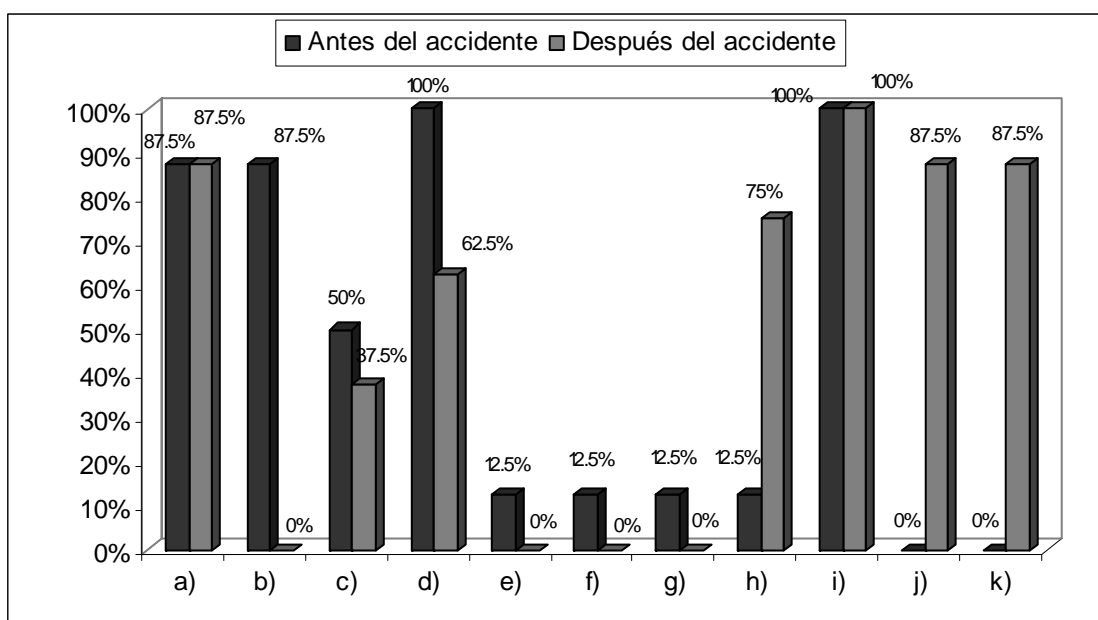
Interpretación:

Respecto a los roles que juegan los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatólogicas se puede ver con claridad que se tiene un desajuste en los mismos

ahora que se presento la lesión ya que si solían jugar el rol de padre, empleado, amigo, etc., ahora solamente juegan el de paciente lo cual refleja que el accidente ha modificado parte de la vida del trabajador y lo único que le corresponde hacer, es las indicaciones del médico para volverse a incorporar a sus actividades y así mismo jugar los roles que anteriormente realizaba.

11.- Roles de la pareja del trabajador (paciente)

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Ama de casa	7	87.5%	7	87.5%
b) Madre	7	87.5%	0	0%
c) Compañera (o)	4	50%	3	37.5%
d) Amiga (o)	8	100%	5	62.5%
e) Abuela (o)	1	12.5%	0	0%
f) Suegra	1	12.5%	0	0%
g) Padre	1	12.5%	0	0%
h) Empleada (o)	1	12.5%	6	75%
i) Esposa (o)	8	100%	3	37.5%
j) Acompañante	0	0%	7	87.5%
k) Madre y padre	0	0%	7	87.5%



Fuente: Encuesta Directa 2009

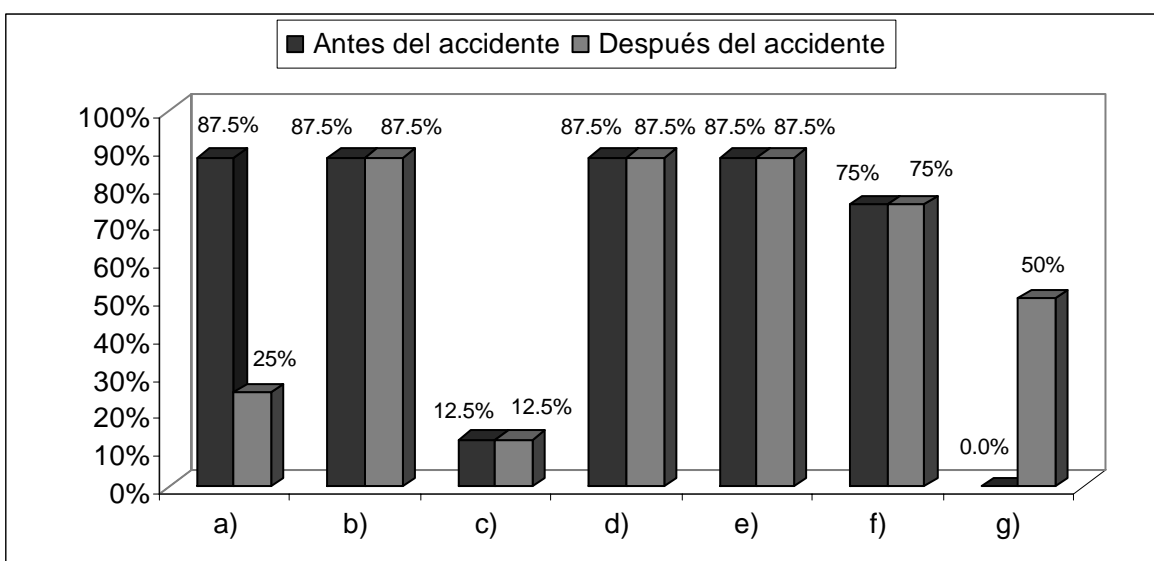
Interpretación:

Respecto a esta información el trabajador hospitalizado por lesiones traumatólogicas manifiesta que su pareja ahora que se presentó el accidente ha jugado otros roles ya que realizaba el de ama de casa, madre, amiga, esposa, etc., teniendo como primordiales el de madre y padre ya que tiene que hacerse responsable de sus hijos debido a que el esposo se encuentra hospitalizado, así también juega el de

acompañante ya que es la que se encuentra al cuidado de su esposo durante la hospitalización y sin dejar aun lado el de ama de casa, así pues se ve con claridad que tiene a su cargo varias responsabilidades que cumplir y todo en apoyo de su esposo para que este se recupere lo más pronto posible.

12.- Roles de los hijos (información proporcionada por el paciente)

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Hijo (a)	7	87.5%	2	25%
b) hermano (a)	7	87.5%	7	87.5%
c) Empleado (a)	1	12.5%	1	12.5%
d) Amigo (a)	7	87.5%	7	87.5%
e) Estudiante	7	87.5%	7	87.5%
f) Compañero (a)	6	75%	6	75%
g) Nietos	0	0.0%	4	50%



Fuente: Encuesta Directa 2009

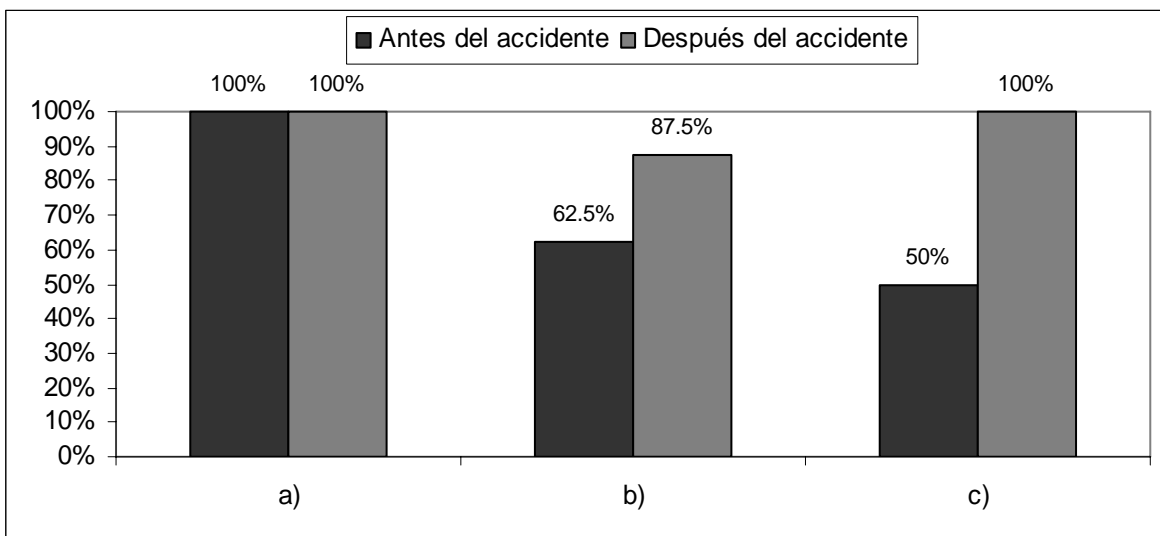
Interpretación:

Primeramente es importante señalar que esta información fue proporcionada por el trabajador hospitalizado y no directamente por los hijos del mismo ya que no se pudo rescatar la información directamente con los hijos debido a las políticas de la institución ya que son menores de edad y no se tiene el acceso a los mismos. Así pues se puede ver con claridad que los hijos juegan diversos roles como el de hijo, hermano, estudiante, etc., y ahora que se presentó el accidente el dato que más se refleja es que juega el rol de nieto ya que como su madre se encuentra al cuidado de su pareja estos tienen que estar bajo el cuidado de sus abuelos.

REDES DE APOYO

13.- ¿A quién considera como sus redes de apoyo?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Familia	8	100%	8	100%
b) Amigos	5	62.5%	7	87.5%
c) Compañeros de trabajo	4	50%	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

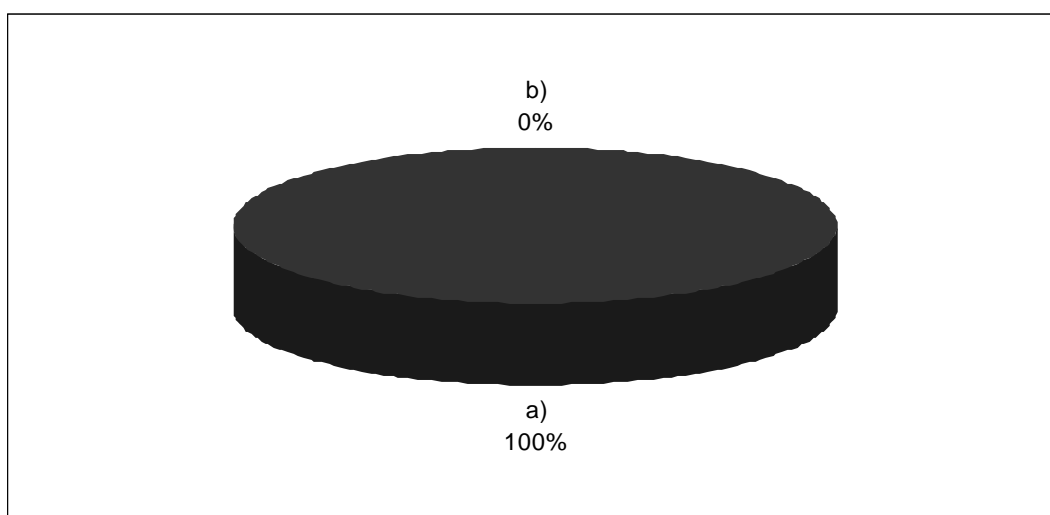
Interpretación:

Las redes de apoyo con las que cuentan los pacientes hospitalizados por lesiones traumatólogicas anteriormente al accidente la mayoría manifiesta que era la familia, más sin embargo este factor sigue existiendo ahora teniendo en cuenta además a los amigos y compañeros de trabajo, lo cual representa que cuentan a parte de su familia a otras persona para apoyarlos a salir adelante ante la situación por la que están pasando los trabajadores.

SITUACIÓN LABORAL DEL PACIENTE

14.- Ocupación

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Empleado	8	100%
b) Otro	0	0%
Total	8	100%



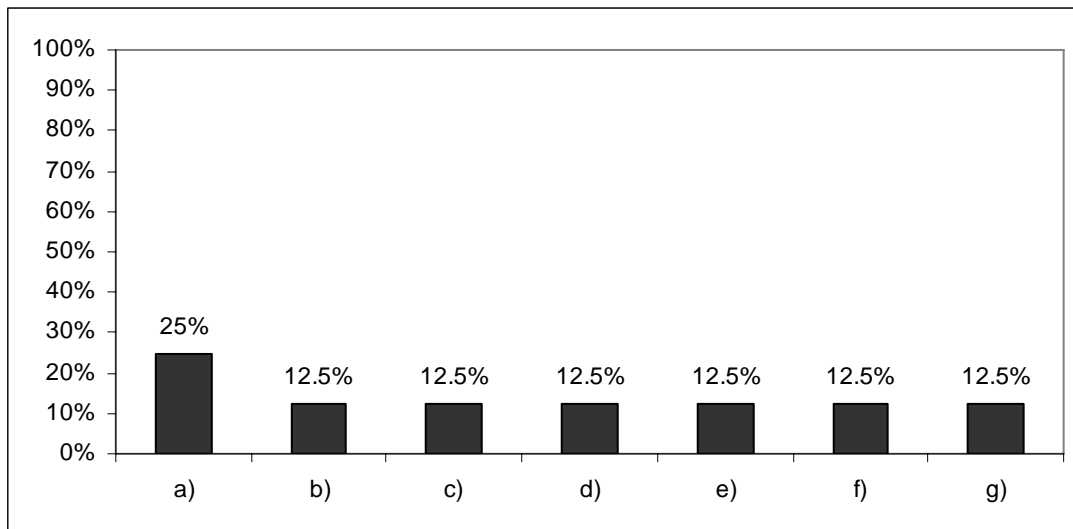
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

En la presente gráfica muestra que las personas que sufrieron la lesión traumatólogica su ocupación corresponde a empleado, lo cual indica que son personas que trabajan para cubrir los gastos de su familia y tener un mejor nivel de vida.

15.- ¿Puesto que ocupaba antes del accidente?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Soldador	2	25%
b) Supervisor	1	12.5%
c) Despachador	1	12.5%
d) Secretaria	1	12.5%
e) Capataz	1	12.5%
f) Mecánico	1	12.5%
g) Ing. Mecánico	1	12.5%
Total	8	100%



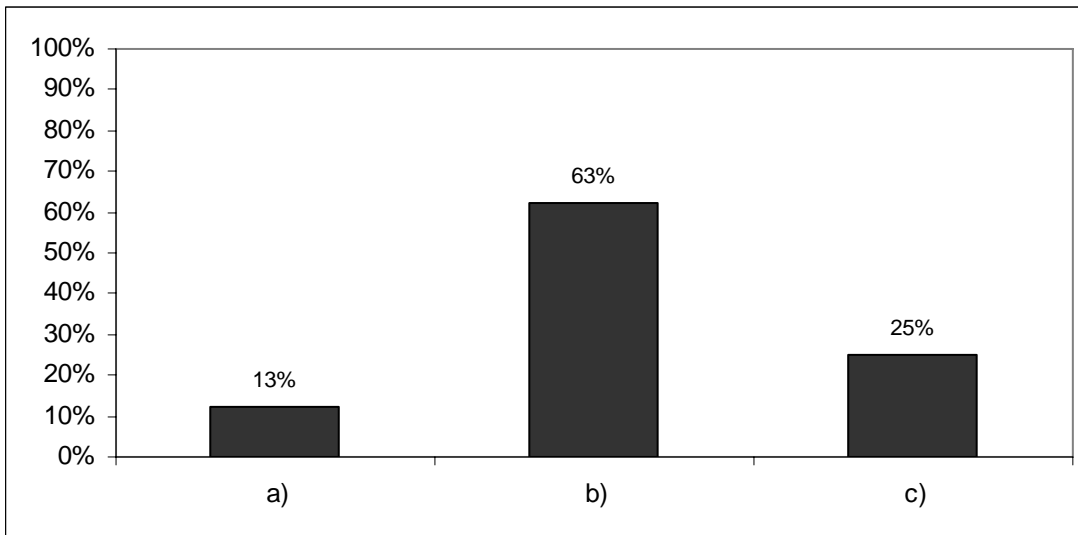
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

Como se puede observar en la presente información los puestos que ocupan los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas son de alto riesgo y por consiguiente expuestos a presentar un accidente calificado por riesgo, trayendo además otras situaciones desfavorables. Así como también se puede decir que cuentan con un empleo digno y del cual reciben una remuneración.

16.- Sueldo

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Menos de \$1000 semanal	1	13%
b) De \$1000 a \$2000 semanal	5	63%
c) Más de \$2000 semanal	2	25%
Total	8	100%



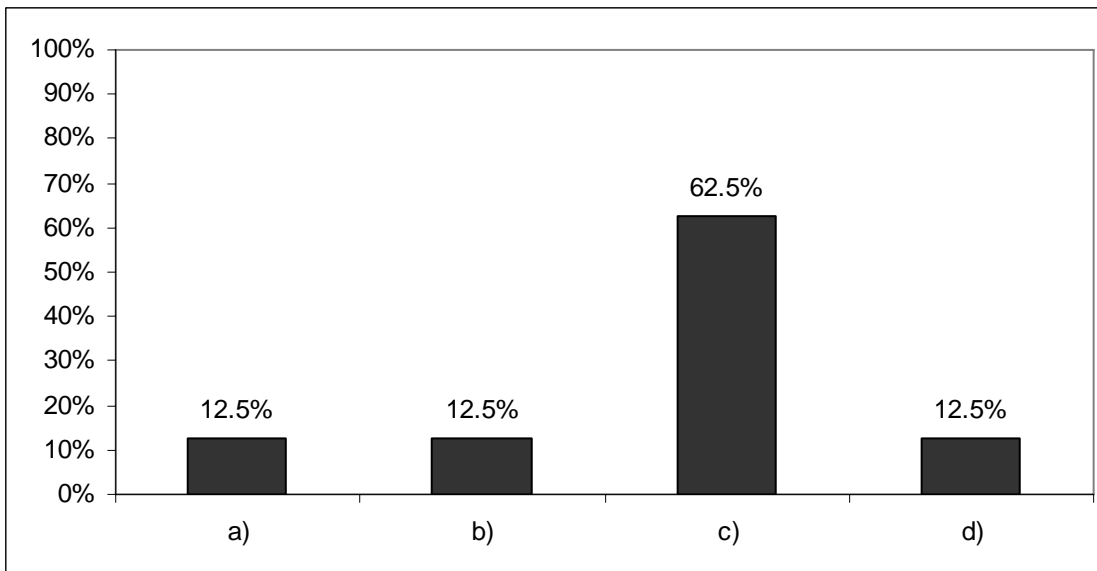
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

La presente información nos indica que la mayoría los pacientes con lesiones traumatológicas encuestados en su trabajo les pagan de \$1000 a \$2000 semanal, lo cual lo destinan para los gastos que necesitan en su familia. Es importante señalar que los pacientes objetos reestudio son el principal proveedor en su familia por lo que ahora que sufrieron el accidente tienen que cubrir los mismos gastos con el pago de su incapacidad por enfermedad correspondiente al 60%, dado que no fue calificado el accidente como riesgo de trabajo y por lo tanto no se le paga al 100%.

17.- Antigüedad en el trabajo

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) De 1 a 3 meses	1	12.5%
b) De 1a 3 años	1	12.5%
c) De 4 a 6 años	5	62.5%
d) Más de 6 años	1	12.5%
Total	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

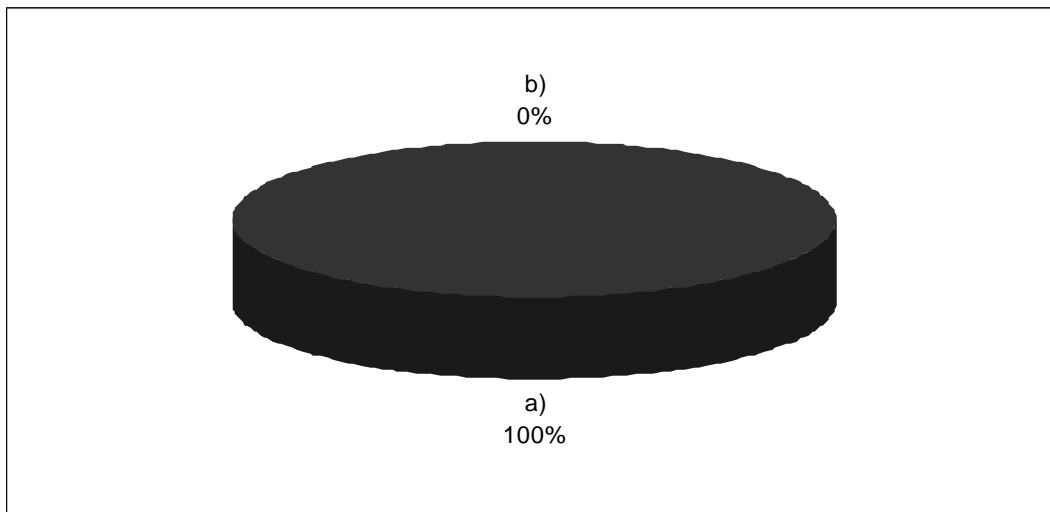
La presente información indica que los pacientes que sufrieron la lesión traumológica la mayoría de ellos tienen una antigüedad en su trabajo de 4 a 6 años, lo cual indica que han mantenido su empleo por varios años y quizás se sienten a gusto en el mismo por el trabajo que realizan.

18.- ¿Se le paga incapacidad?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Si	7	87.5%
b) No	1	12.5%
Total	8	100%

¿De qué tipo?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Por enfermedad general	7	100%
b) Por riesgo de trabajo	0	0%
Total	7	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

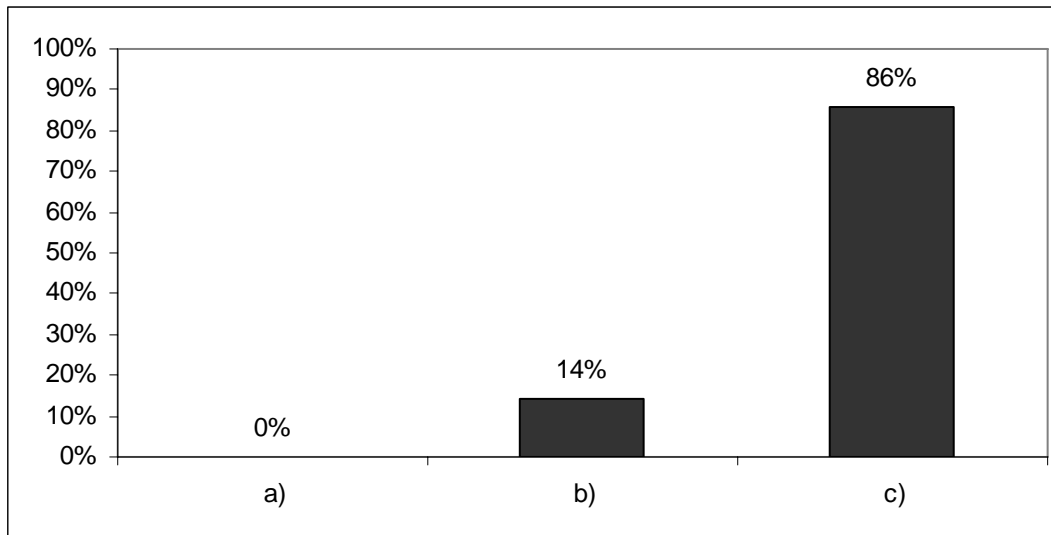
Interpretación:

La presente gráfica muestra que la mayor parte de los pacientes se les paga incapacidad por el tiempo que se encuentran bajo tratamiento médico, lo cual refleja que son personas que cuentan con un empleo y por ello reciben un ingreso económico como parte de su derecho por ser trabajador, a pesar de que no se les

califico el accidente como riesgo de trabajo reciben un monto que corresponde a enfermedad general del 60%. Por otro lado cabe señalar que a un trabajador no le están pagando la incapacidad debido a que estaba dado de baja en el seguro debido a que tenía unas semanas de haber perdido su empleo pero aun así se le esta dando la atención medica que requiere, y por consiguiente este último se ve más afectado en su situación económica y en su dinámica familiar.

18.1.- ¿Cuánto recibe por el pago de su incapacidad?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Menos de \$1000 mensual	0	0%
b) De \$1000 a \$3000 mensual	1	14%
c) Más de \$3000 mensual	6	86%
Total	7	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

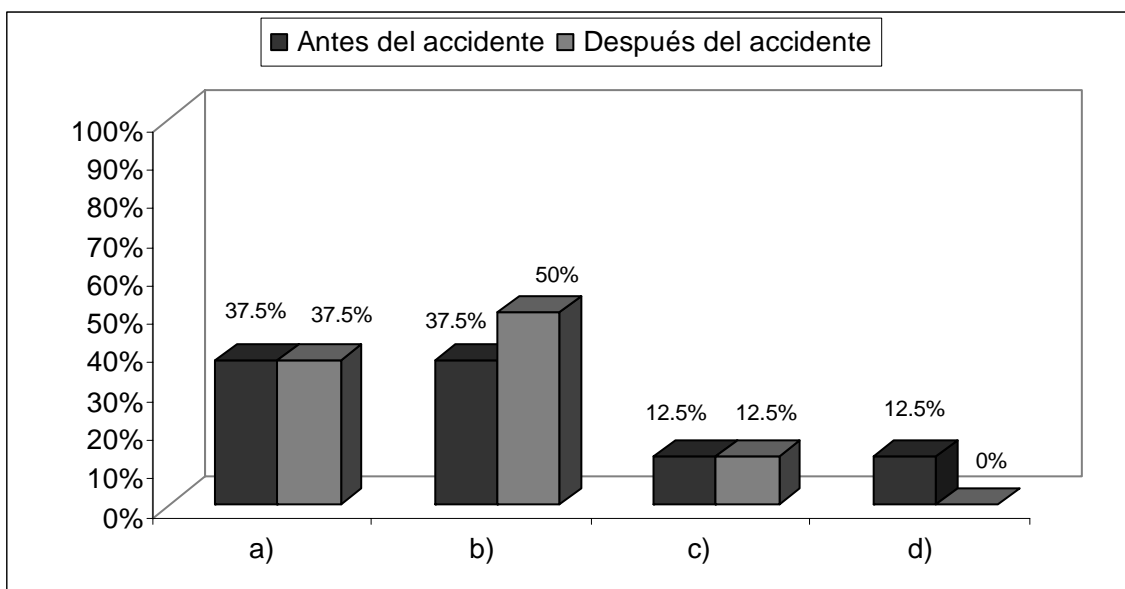
Interpretación:

Con relación a la gráfica anterior a las personas que se les paga incapacidad mencionan la mayoría que el monto que reciben de las mismas es más de \$3000 al mes y otro tanto mencionan que es de \$1000 a \$3000, lo cual refleja que la cantidad que reciben es destinada para cubrir los gastos que se tenga en la familia del paciente. Teniendo en cuenta que la cantidad que reciben no ha sido afectada en su situación económica en gran medida ya que se puede ver con claridad en la siguiente gráfica de ingresos que percibe la familia corresponde un tanto igual al del pago de la incapacidad.

SITUACIÓN ECONÓMICA

19.- ¿Cuál es el ingreso familiar mensual con el que cuentan?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) De \$3000 a \$5000 mensual	3	37.5%	3	37.5%
b) De \$6000 a \$8000 mensual	3	37.5%	4	50%
c) De \$9000 a \$12000 mensual	1	12.5%	1	12.5%
d) Más de \$12000 mensual	1	12.5%	0	0%
Total	8	100%	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

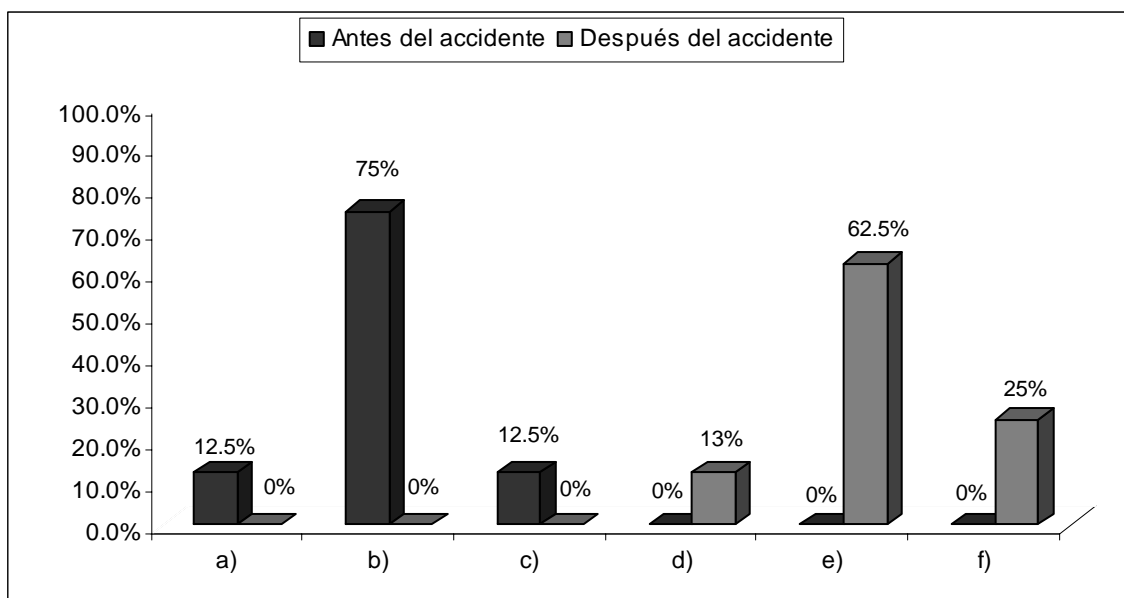
Interpretación:

Respecto al ingreso familiar se puede observar en esta información que lo que percibe la mayoría de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas es de \$3000 a \$5000 y más de \$12000 anteriormente al accidente, más sin embargo después del accidente se cuenta de \$ 6000 a \$8000 por lo que éste dato se ve afectado principalmente la persona que ganaba \$12000 debido a que no está trabajando disminuye su ingreso. Es importante señalar que para cubrir el 40% que

no se le está pagando al trabajador debido a que su lesión no fue calificado como accidente por riesgo de trabajo correspondiente al 100%, algunas de las esposas tuvieron que salir a trabajar para y de igual manera el hijo que trabajaba lo sigue haciendo para no sufrir con respecto a la situación económica de la familia, este último dato representado en la siguiente gráfica.

20.- ¿Qué miembros de su familia son las que trabajan?

Concepto	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Mamá (paciente) y pareja	1	12.5%	0	0%
b) Papá (paciente)	6	75%	0	0%
c) Papá (paciente) e hijo	1	12.5%	0	0%
d) Hijo y pareja (del paciente)	0	0%	1	13%
e) Pareja (del paciente)	0	0%	5	62.5%
f) Nadie	0	0%	2	25%
Total	8	100%	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

Con relación a ésta información se puede observar que las personas que trabajaban en la familia del trabajador hospitalizado por lesiones traumatólogicas la mayoría

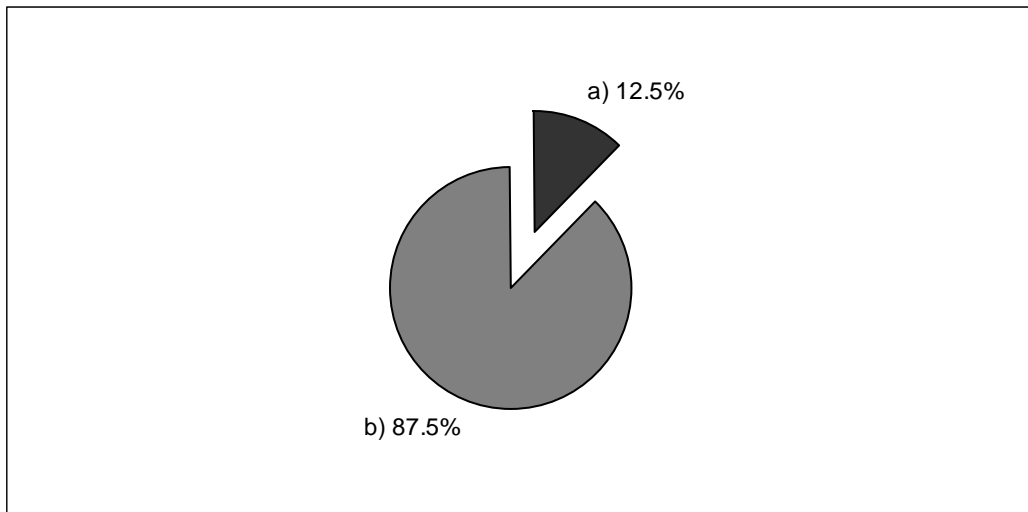
menciona que es el papá y la esposa, por lo que ahora que se presentó el accidente es considerado como el principal proveedor la esposa ya que tiene que jugar ese rol para apoyar a su pareja mientras se encuentra hospitalizado y que por lo tanto tiene que salir al frente para cubrir los gastos que se generen en su hogar.

**INSTRUMENTO
APLICADO A LAS
PAREJAS DE LOS
TRABAJADORES
HOSPITALIZADOS**

DATOS GENERALES

Sexo

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Masculino	1	12.5%
b) Femenino	7	87.5%
Total	8	100%



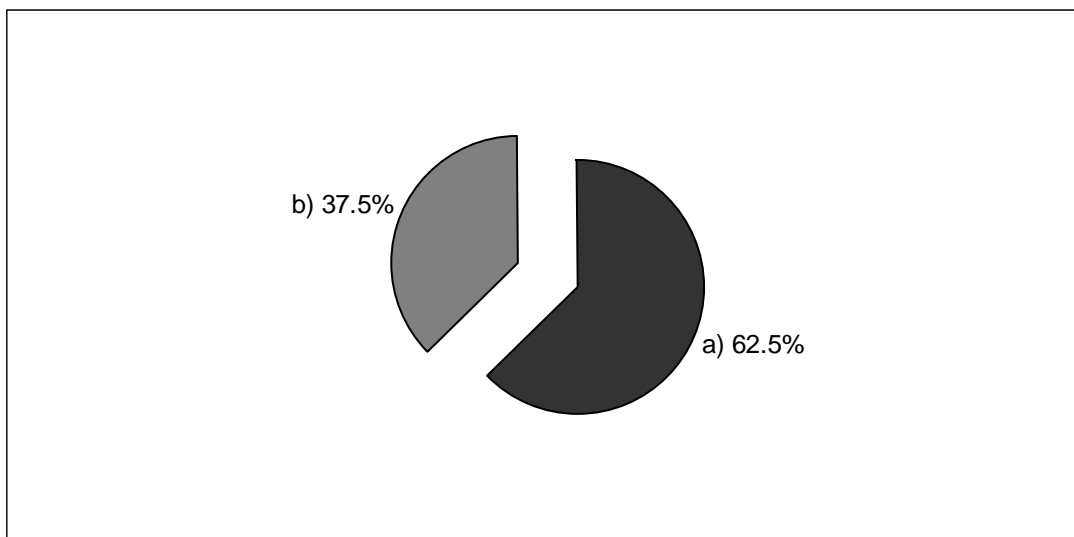
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

La mayoría de las parejas de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatólogicas son mujeres, lo cual refleja que las personas que sufrieron la lesión son en un gran número del sexo masculino y por lo tanto sus cónyuges están al pendiente de ellos. Así también se puede decir que las mujeres tienen que jugar nuevos roles tales como el de acompañante del paciente y que anteriormente no lo realizaban sino otros que aún los siguen llevando a cabo como es de ama de casa, mamá, esposa, amiga, etc., estos datos representados en la pregunta no. 6. Es importante señalar que las mujeres ocupan un lugar muy especial en la familia y más aún si es la madre ya que es la que está al pendiente de sus hijos, así también apoya a su pareja ante cualquier situación.

Estado Civil

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Casado (a)	5	62.5%
b) Unión libre	3	37.5%
Total	8	100%



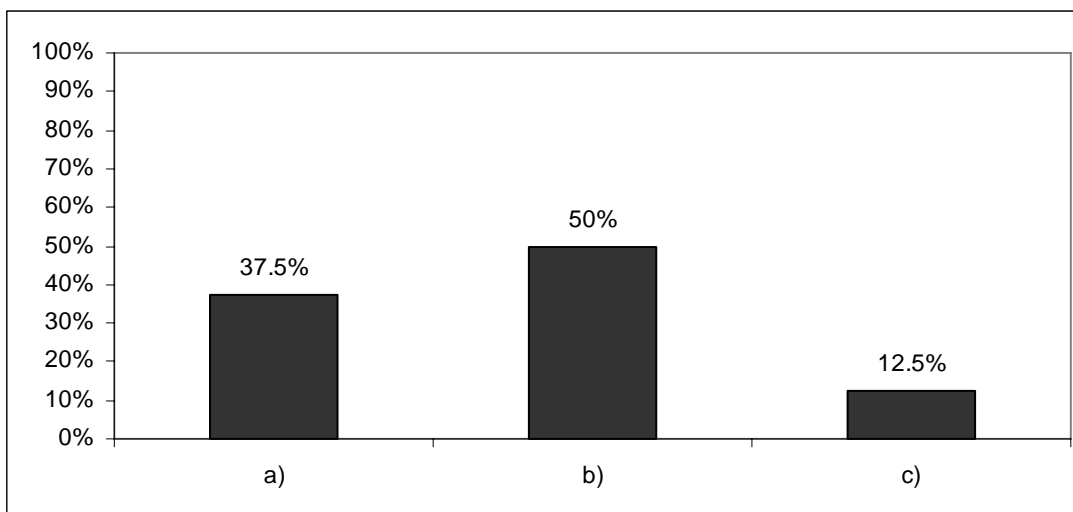
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

En relación a la presente información se puede observar que la mayor parte de los trabajadores hospitalizados son casados, lo cual refleja que están comprometidos ante lo civil y la iglesia, así mismo estando en la etapa de matrimonio de su ciclo vital como familia.

Edad

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) De 20-25 años	3	37.5%
b) De 26-30 años	4	50%
c) Más de 30 años	1	12.5%
Total	8	100%



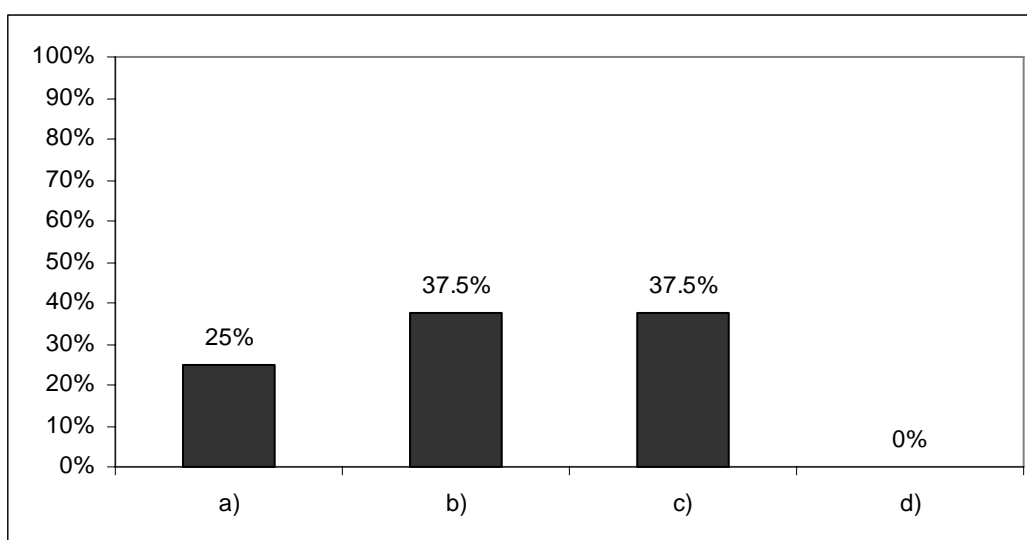
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

El rango de edad que prevalece de las parejas de los trabajadores hospitalizados son de 26 a 30 años, lo cual indica que son personas jóvenes para poder disfrutar al máximo a sus hijos y a su pareja.

Escolaridad

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Primaria	2	25%
b) Secundaria	3	37.5%
c) Preparatoria/carrera técnica	3	37.5%
d) Profesional	0	0.0%
Total	8	100%



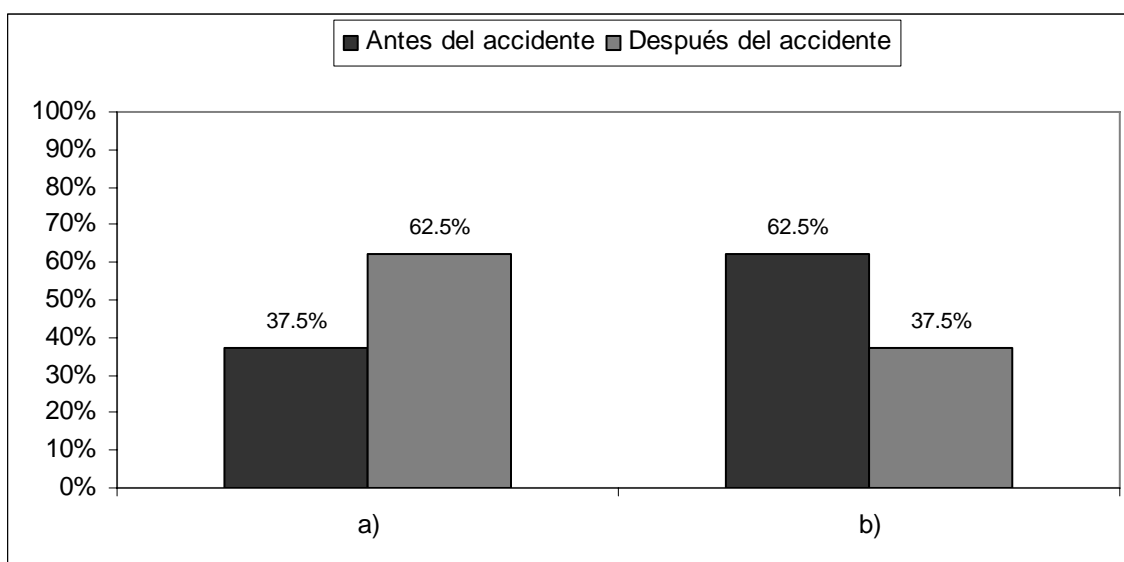
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

La presente información refleja que la mayoría de las parejas de los trabajadores hospitalizados cuentan con un nivel educativo de secundaria y preparatoria, lo cual indica que concluyeron con lo básico que una persona debe tener acceso a la educación y que quizás por ciertas circunstancias ya no pudieron realizar una carrera profesional, aún así pueden tener acceso a empleos tales como: obreros, cajeros, recepcionistas, etc.

Ocupación

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Empleada (o)	3	37.5%	5	62.5%
b) Hogar	5	62.5%	3	37.5%
Total	8	100%	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

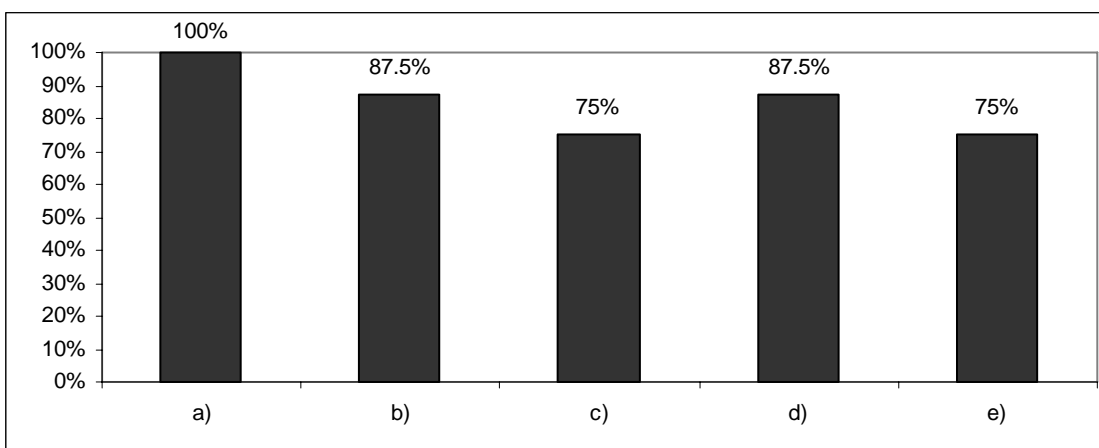
Interpretación:

Es importante mencionar con respecto a esta información que la mayoría de las parejas de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas anteriormente al accidente se dedicaba al hogar ya que el principal proveedor era el paciente y su pareja destinaba su tiempo a los quehaceres del hogar, más sin embargo actualmente debido al accidente presentado, los roles que desempeña la pareja se han modificado un poco ya que tiene que jugar el rol de empleada para apoyar a su pareja con los gastos del hogar y cubrir el 40% de su pago que no se le está pagando al paciente por no ser calificado su accidente como riesgo de trabajo.

SITUACIÓN EMOCIONAL

1.- ¿Cómo ha observado a su paciente ahora que sufrió el accidente?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Desesperado (a)	8	100%
b) Triste	7	87.5%
c) enfadado y aburrido (a)	6	75%
d) Cansado (a)	7	87.5%
e) Inquieto (a)	6	75%



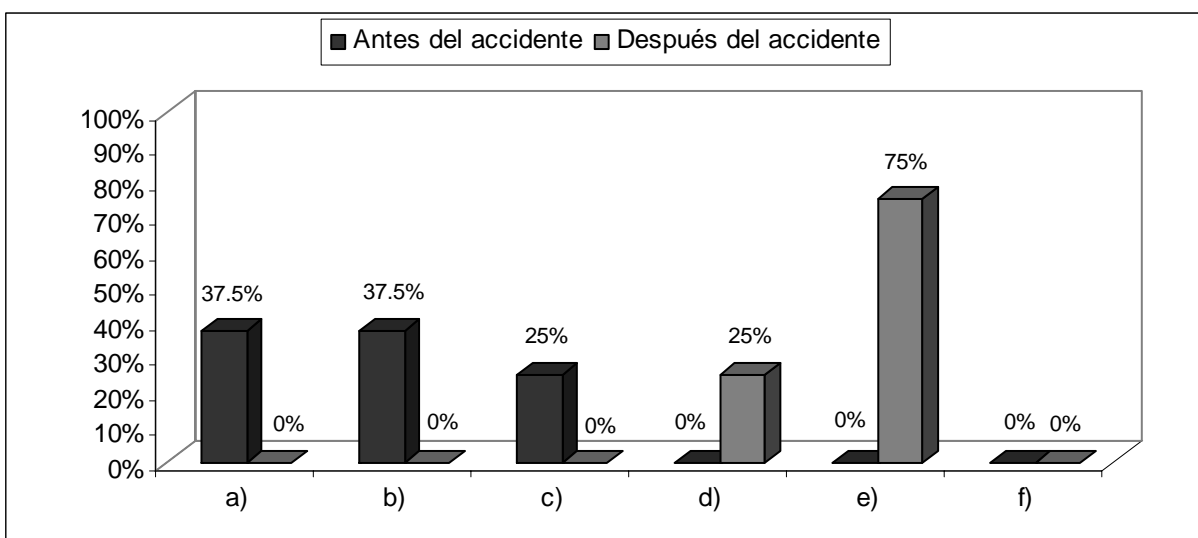
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

Es importante señalar a través de esta información que las parejas de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatólogicas observan que su paciente ahora que sufrió la lesión se encuentra desesperado, así como también triste y cansado ya que manifiestan que son personas activas tanto en su trabajo como en su hogar, además no pueden ver a sus hijos ya que son menores de edad y de acuerdo a las políticas de la institución no se les permite el acceso y por lo tanto se pierde la convivencia de todos los integrantes de la familia. Es necesario mencionar que es de gran importancia el apoyo de la familia para que el paciente se recupere más pronto y evitar que presente pensamientos negativos que puedan afectar más a su salud.

2.- ¿Sabe cuáles son las expectativas de su paciente?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Comprar un carro	3	37.5%	0	0%
b) Tener un mejor empleo	3	37.5%	0	0%
c) Comprar carro y casa	2	25%	0	0%
d) Recuperarse	0	0%	2	25%
e) Estar bien de salud	0	0%	6	75%
f) Ninguna	0	0%	0	0%
Total	8	100%	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

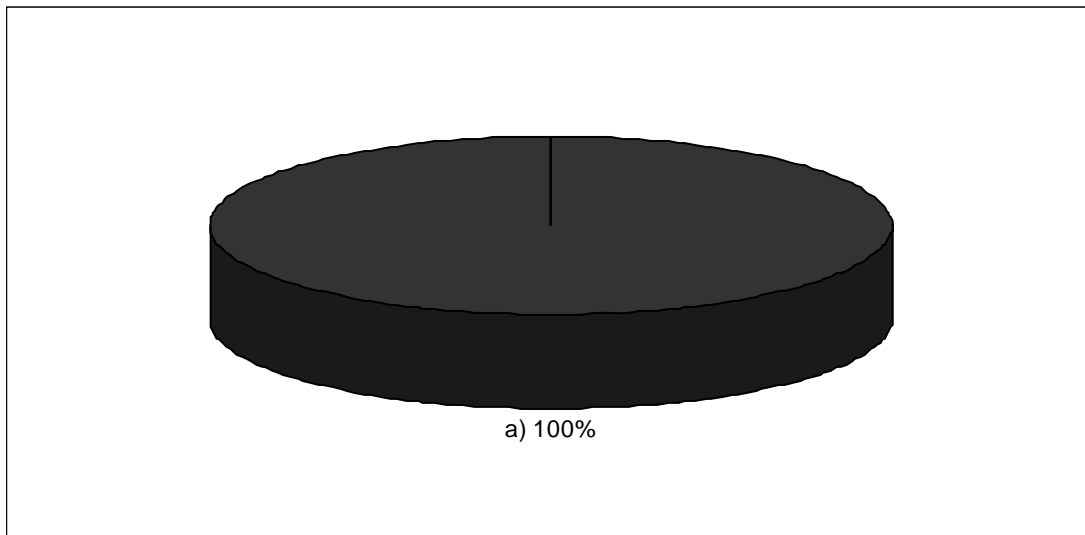
Interpretación:

Esta información nos muestra que las parejas de los trabajadores hospitalizados consideran que se han modificados las expectativas de su paciente a través del accidente presentado ya que ahora la prioridad para ellos es estar bien de salud y recuperarse, lo cual indica la importancia que le están dando a su salud para poder trabajar e incorporarse a sus demás actividades cotidianas y quizás ir en busca de sus expectativas anteriores.

DINÁMICA FAMILIAR

3.- ¿Quiénes son los miembros que conforma su familia?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Mamá, papá e hijos	8	100%
Total	8	100%



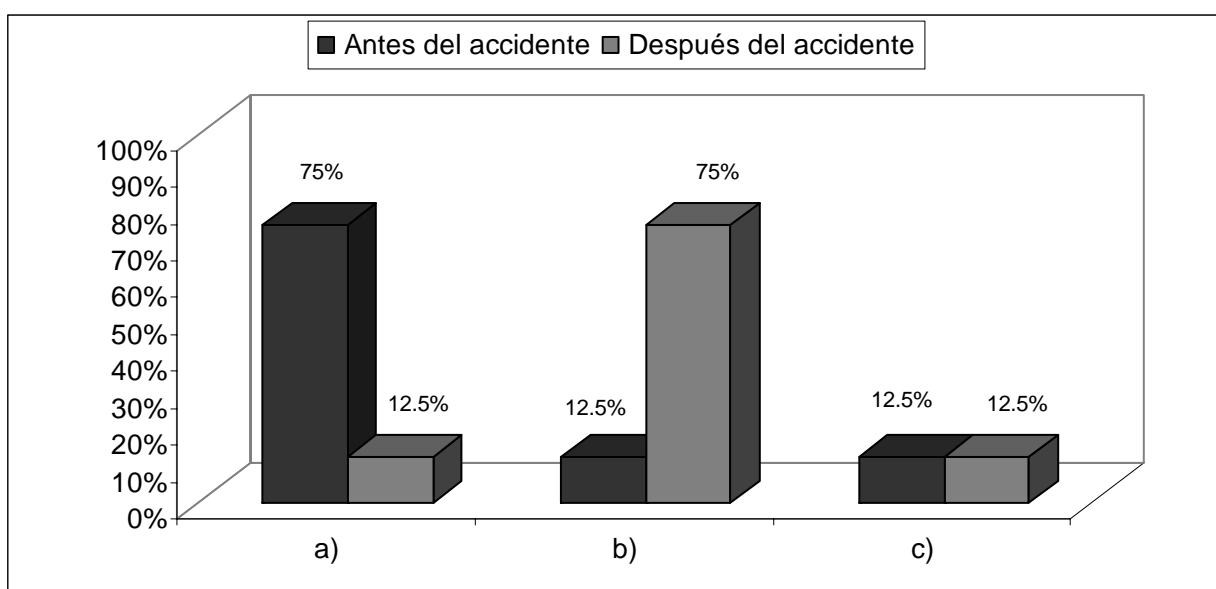
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

La presente información muestra que la mayoría de las familias de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas están conformadas por ambos padres e hijos, lo cual refleja que son familias de tipo nuclear.

4.- ¿Cómo considera que es la comunicación en su familia?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Es buena, no ha cambiado	6	75%	1	12.5%
b) Antes era buena, ahora es regular	1	12.5%	6	75%
c) Siempre ha sido mala	1	12.5%	1	12.5%
Total	8	100%	8	100%



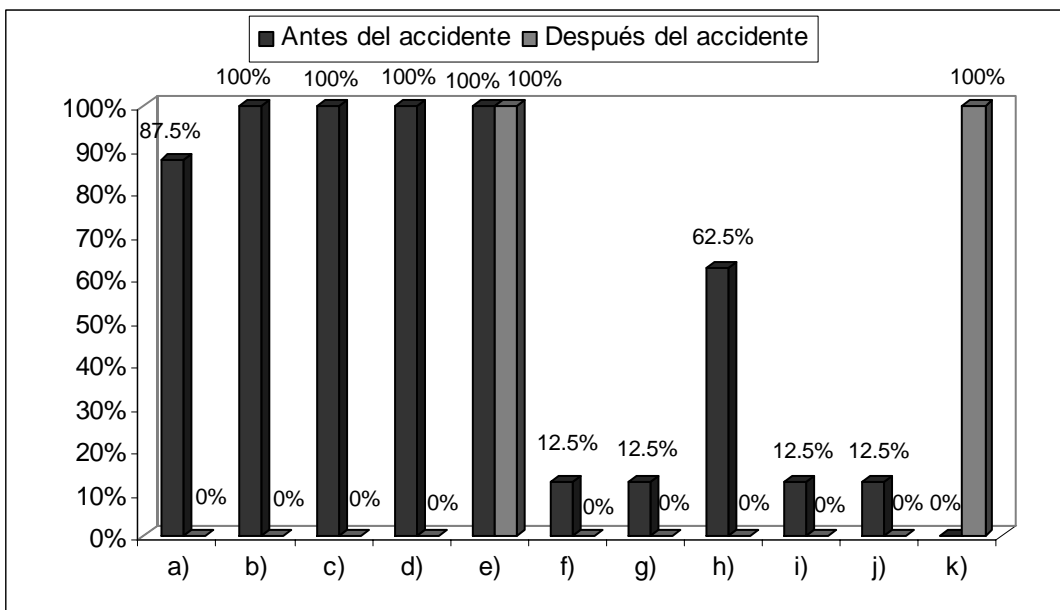
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

Las parejas de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas consideran la mayoría que la comunicación que solía haber en su familia se ha modificado ya que ahora que su paciente sufrió el accidente es regular, lo cual refleja que por las políticas y dinámica del hospital impide para que se tenga la misma interacción con todos los integrantes de la familia. Así también es importante señalar que la comunicación es un elemento fundamental en la familia para que esta funcione de manera positiva.

5.- Roles del trabajador (paciente)

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Padre	7	87.5%	0	0%
b) Empleado (a)	8	100%	0	0%
c) Compañero (a)	8	100%	0	0%
d) Amigo (a)	8	100%	0	0%
e) Esposo (a)	8	100%	8	100%
f) Ama de casa	1	12.5%	0	0%
g) Madre	1	12.5%	0	0%
h) Deportista	5	62.5%	0	0%
i) Abuelo	1	12.5%	0	0%
j) Suegro	1	12.5%	0	0%
k) Paciente	0	0%	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

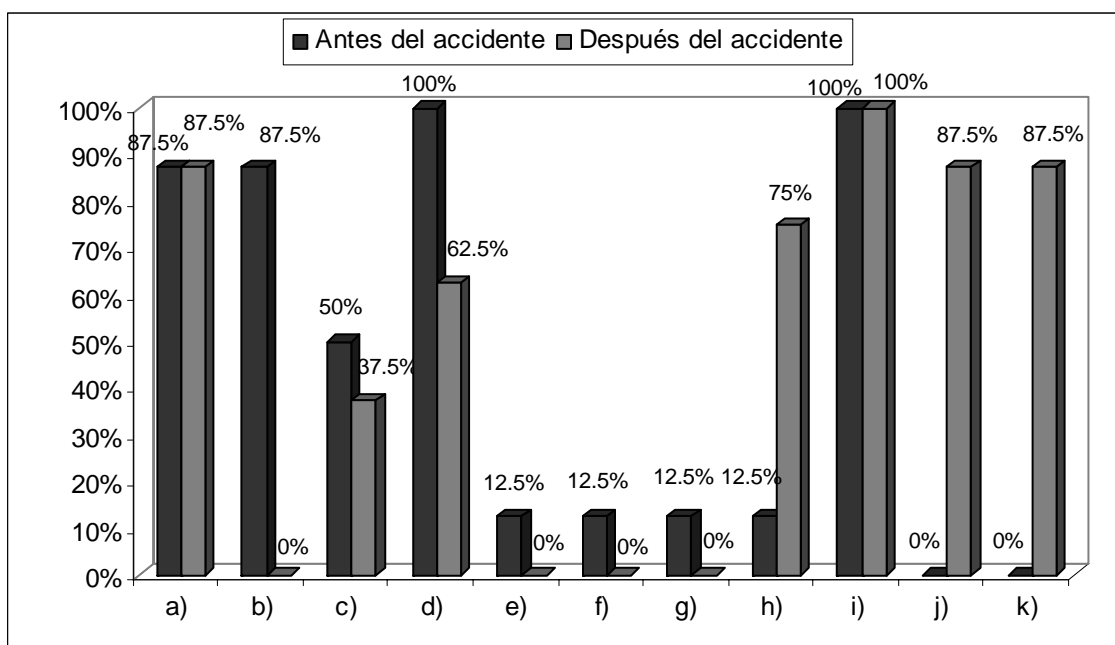
Interpretación:

Las parejas de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatólogicas consideran la mayoría que los roles que solía realizar su paciente se ha modificado,

ya que anteriormente jugaba el rol de padre, madre, empleado, compañero, etc., y actualmente solo juega el de paciente, a pesar de que los roles anteriormente mencionados siguen presentes el paciente no lo considera como tal debido a la situación en la que se encuentra, lo cual repercute en su autoestima, más sin embargo tiene que llevar el tratamiento que le indique el médico para que se recupere lo más pronto posible para poder realizar los demás roles que desempeñaba.

6.- Roles de la pareja del trabajador (paciente)

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Ama de casa	7	87.5%	7	87.5%
b) Madre	7	87.5%	0	0%
c) Compañera (o)	4	50%	3	37.5%
d) Amiga (o)	8	100%	5	62.5%
e) Abuela (o)	1	12.5%	0	0%
f) Suegra	1	12.5%	0	0%
g) Padre	1	12.5%	0	0%
h) Empleada (o)	1	12.5%	6	75%
i) Esposa (o)	8	100%	8	100%
j) Acompañante	0	0%	7	87.5%
k) Madre y padre	0	0%	7	87.5%



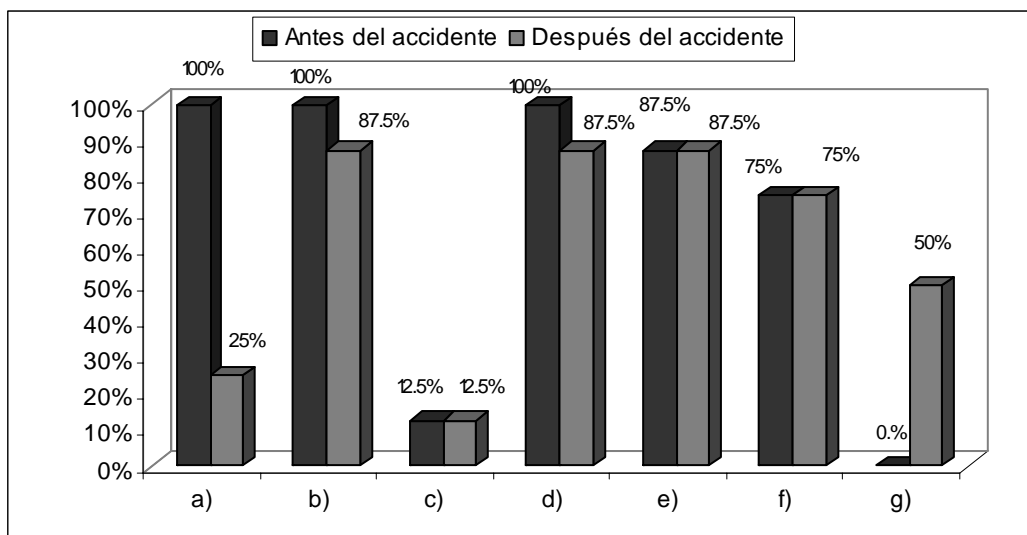
Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

En cuanto a los roles que juega la pareja del trabajador hospitalizado manifiesta que anteriormente al accidente desempeñaba varios como son: el de ama de casa, esposa, amiga, madre, entre otros, más sin embargo ahora por el accidente suscitado algunos de los roles que realizaba han sido modificados, resaltando más el rol de empleada, acompañante, madre y padre, esto debido a que tiene que salir a trabajar para apoyar a su esposo mientras el se encuentra hospitalizado, así también tiene que estar pendiente de él y de sus hijos. Si bien se puede observar que las parejas son elementos importantes ya que sin su ayuda el paciente se sentirá más agobiado por todas las responsabilidades que tiene que cumplir.

7.- Roles de los hijos (Información rescatada por la pareja del paciente)

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Hijo (a)	8	100%	2	25%
b) hermano (a)	8	100%	8	87.5%
c) Empleado (a)	1	12.5%	1	12.5%
d) Amigo (a)	8	100%	8	87.5%
e) Estudiante	7	87.5%	7	87.5%
f) Compañero (a)	6	75%	6	75%
g) Nietos	0	0%	4	50%



Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

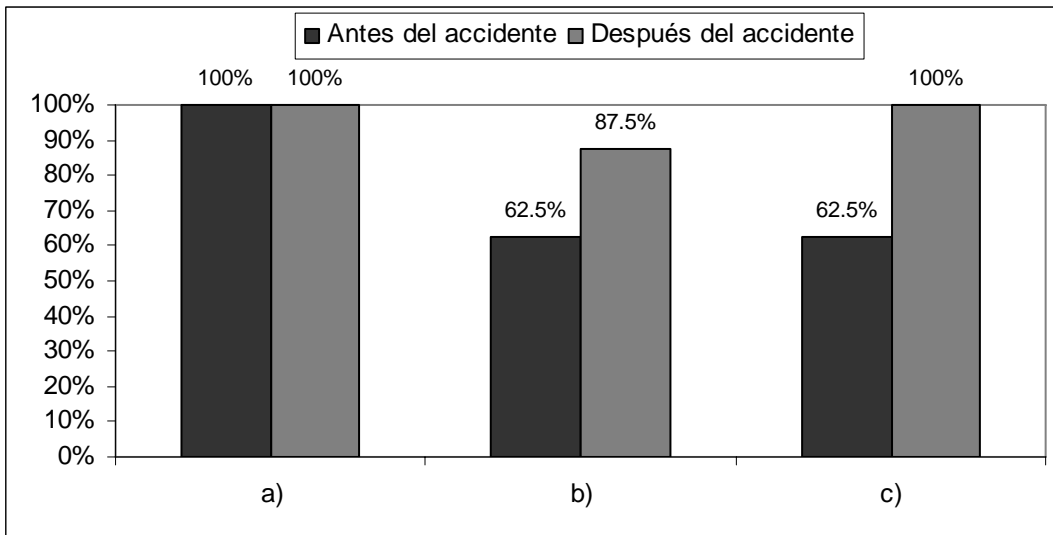
Es importante señalar que esta información es proporcionada desde la perspectiva de la pareja de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas, por lo que ellos consideran que los roles que juegan sus hijos son diversos, más sin

embargo ahora que se presentó el accidente algunos de ellos han sido modificados, con más relevancia se encuentra el rol de nietos ya que como su mamá se tiene que salir a trabajar y está al cuidado de su paciente tiene que dejar a los hijos bajo el cuidado de sus abuelos y también perdiendo un poco el rol de hijos por las circunstancias presentadas.

REDES DE APOYO

8.- ¿A quién considera como sus redes de apoyo?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
	Antes del accidente		Después del accidente	
a) Familia	8	100%	8	100%
b) Amigos	5	62.5%	7	87.5%
c) Compañeros de trabajo	5	62.5%	8	100%



Fuente: Encuesta Directa 2009

Interpretación:

Las redes de apoyo con las que cuentan la familia de pacientes hospitalizados por lesiones traumatólogicas manifiestan las parejas de los pacientes que anteriormente al accidente han sido su familia, más sin embargo este elemento sigue existiendo y contando además con los compañeros de trabajo de ambas partes y los amigos, lo cual representa que cuentan con el apoyo tanto de su familia como de otras personas ajenas ante la situación por la que están pasando.

5.5. Análisis de Resultados

Para tener un análisis más completo de la investigación realizada se hace a través de los siguientes aspectos:

La lesión traumatológica

Dentro de este aspecto se puede considerar que las lesiones traumatológicas son la especialidad de la medicina que se encarga del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de las enfermedades y lesiones del sistema musculoesquelético. Por lo que de acuerdo a la investigación realizada, los pacientes presentan lesiones traumatológicas como son: fractura de pierna, de tibia y peroné de pie, fractura de tobillo, de cadera, de tercio distal de radio y de antebrazo que son de las que más se presentan en el H.G.Z.N.o.8 y que son pacientes que duran un tiempo prolongado para su rehabilitación por el proceso que conlleva dicha situación, lo cual repercute para que la familia modifique algunos de los roles que anteriormente a la lesión realizaba y generando principalmente el trabajador (paciente) el de paciente en un 100%, así como también se presentan otras situaciones que no son favorables para las mismas como son: desajuste en su situación económica, en algunos aspectos de la dinámica familiar y deterioro en su situación emocional.

La situación emocional que presentan los pacientes

En este aspecto es muy importante señalar que es necesario conocer el lado emocional de los pacientes con lesiones traumatológicas y de acuerdo a la investigación realizada se puede observar que la mayoría de los pacientes al estar hospitalizados y siguiendo su proceso de atención médica se sienten desesperados, sobre todo porque la mayoría son hombres y están acostumbrados a trabajar y por lo tanto quieren incorporarse lo más pronto posible a sus actividades cotidianas, otro aspecto que se presenta es que están enfadados y tristes pues no pueden ver a sus

hijos y estar con ellos, debido a las políticas de la institución ya que la mayoría de ellos son menores de edad y por lo tanto no tienen el acceso , otras personas se sienten cansados e inquietos por el largo tratamiento que conlleva la lesión.

Dinámica familiar

Primeramente es importante señalar que la familia juega un papel muy importante para los pacientes con lesiones traumatológicas, ya que son parte fundamental para que él mismo se recupere más pronto y se reincorpore a sus actividades diarias, así como también dentro de ella ha adquirido principios, valores, creencias, modos de vivir, etc., lo cual lo hacen ser su razón de existir y de seguir adelante.

Si bien, la dinámica familiar considerada como una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite que cada uno de ellos se desarrolle como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás, por lo que a través de la investigación se observa que este aspecto es fundamental para la familia ya que al presentarse la situación las familias se ven afectadas de una u otra manera, debido a que principalmente cambian algunos de los roles que se jugaban antes de la lesión, ocupando otros que no realizaban tanto el paciente como su familia, como por ejemplo: se pudo observar que el paciente anteriormente a la lesión o jugaba el rol de padre, empleado, compañero, proveedor económico, esposo entre otros, para lo cual algunos de ellos han sido modificados para jugar solamente el de paciente y de esposo, ya que tiene que permanecer en el hospital para que lleve a cabo su tratamiento. En cuanto a los roles que anteriormente jugaban las parejas de los pacientes se pudo detectar que la mayoría desempeñaban el de ama de casa, madre, esposa, amiga, compañera, entre otros, más sin embargo algunos de los roles se modificaron para ocupar en dos de ellas el aumento de empleada, además que las otras el de madre y padre, y acompañante del paciente que son los que más se presentaron como relevantes. Por otro lado los roles que jugaban los hijos eran de hijos, hermanos, amigos, estudiante, compañero y ahora que se presentó el

accidente la mayoría de ellos siguen realizando los mismos pero jugando además el rol de nietos ya que están al cargo de los abuelos.

Otros de los aspectos que también repercute es en la modificación en cuanto a la comunicación de la familia sobre todo de los padres con los hijos ya que si el padre es el que sufrió el accidente los hijos no tienen el acceso a visitarlo en el hospital, pues la mayoría de ellos son menores de edad y no pueden entrar por las políticas de la institución, lo cual implica que su comunicación se deteriore.

Es importante señalar además que las relaciones familiares tuvieron una gran alteración ya que anteriormente al accidente eran consideradas como buena ya que se llevaban bien los miembros de la familia, pues ahora es regular ya que se han presentado problemas, lo cual es reflejado que por las políticas internas del hospital impide para que las familias conserven la misma relación que solían tener antes.

Por lo anterior, se puede observar que las familias sufren cambios en algunos aspectos de la dinámica familiar al presentar el paciente una lesión traumatólogica, pero es necesario que la familia apoye al mismo para que éste se sienta mejor y se recupere más pronto y sobre todo se encuentre positivamente y no se deje caer por muy dura que sea la lesión que presente.

Redes de apoyo

Las redes de apoyo son consideradas aquellas acciones de solidaridad que facilitan el cuidado y la crianza de los hijos, así como ayuda ante la ausencia de padres y las limitantes económicas. Las redes de apoyo pueden estar constituidas por los miembros de la familia extensa, amigos o vecinos, así como de las agencias sociales de los sectores público y privado.

En cuanto a este aspecto se pudo rescatar a través de la investigación que anteriormente al accidente son considerados en un 100% a los familiares más cercanos, por lo que ahora por la situación en la que se encuentran los pacientes, se cuenta con el apoyo igualmente de la familia en un 100%, así también de compañeros de trabajo de los pacientes y de su pareja en un 100% y de sus amigos en un 87% sobre todo para donarles sangre y para lo que ellos ocupen.

Situación laboral del paciente

En cuanto a este aspecto, se puede observar que es un factor importante que repercute al presentar el paciente una lesión traumatológica ya que deja de hacer su rol como trabajador para ocuparlo como paciente, lo cual implica que en algunos de los casos se modifiquen los roles ya que si el paciente que fué objeto de estudio era el que trabajaba ahora lo hace su esposa o viceversa, debido a que el dinero que se les paga por las incapacidades no es el suficiente ya que como no fue calificado el mismo como riesgo de trabajo sino como enfermedad general la cual corresponde al 60% y por lo tanto algunas de las parejas tuvieron que salir a trabajar para apoyar al esposo mientras se encuentra hospitalizado, dejando a sus hijos con la mamá, la suegra u otra persona para que se hagan cargo de ellos, mientras ella trabaja y está pendiente de su paciente. Por lo anterior es necesario mencionar que en cuanto a los roles que se modifican en este aspecto se refiere a las conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia. Así como también equivale a la conducta que se espera de un individuo en determinado tiempo. Por otro lado, se tiene que los roles son complementarios y tienen consistencia interna.

Situación económica de la familia.

Como primer momento es necesario mencionar que una de las funciones que ejerce la familia, es el aspecto económico que se considera como: la familia transfiere a los integrantes el nivel socioeconómico, implicando: la manera de pensar, la forma de vida, sus hábitos y costumbres entre otros. Responsabilidad económica de los padres de acuerdo a la cultura y nivel adquisitivo para solventar las necesidades básicas y de lujo.

En cuanto a la situación económica que se vive en las familias de pacientes con lesiones traumatológicas se puede decir que éste factor ha sido afectado en algunas de las familias ya que tienen que hacer más gastos estando el paciente hospitalizado sobre todo en aquellos que son foráneos y se tiene un desajuste de dinero en sus

ingresos económicos debido a que no obtiene el mismo sueldo el paciente estando hospitalizado y no se le paga el 100% debido a que no fue calificado accidente de trabajo y nada más se le está pagando el 60%. En cambio otros de los pacientes no tuvieron tanto problema ya que con el pago de sus incapacidades están obteniendo el mismo ingreso que solían tener cuando trabajaban y además las esposas salieron a trabajar para cubrir el 40% que les hacía falta por rescatar para todos los gastos del hogar.

CONCLUSIONES

Con base a la investigación realizada y después del análisis se considera que se ha logrado el objetivo general el cual fue planteado de la siguiente manera:

“Identificar la situación a la que se enfrenta el trabajador hospitalizado por lesiones traumatológicas con la finalidad de proponer alternativas que favorezcan la situación que vive el trabajador”. A través de ésta investigación se logró detectar que efectivamente la familia de pacientes hospitalizados por lesiones traumatológicas se ven más afectados en cuanto a su situación familiar debido a que el accidente conlleva a que se modifiquen algunos aspectos de la dinámica familiar tales como:

- Las relaciones familiares
- La comunicación
- Los roles
- Redes de apoyo y
- La situación económica

Así como también se ve afectada la situación emocional principalmente en cuanto a su autoestima lo cual se manifiesta para que los pacientes presenten estas situaciones:

- Desesperación
- Tristeza
- Enfado
- Cansado
- Inquietud

Es importante señalar que otras de las situaciones a las que se enfrentan los trabajadores hospitalizados y son afectados en cuanto al aspecto laboral y económico.

Por otro lado es importante señalar que los objetivos específicos planteados para la investigación son:

“Describir la dinámica familiar del paciente trabajador respecto a sus relaciones familiares, comunicación y roles a partir de que presenta la lesión traumatológica”. En cuanto a este objetivo específico se puede decir que se logro el mismo, ya que a través del instrumento aplicado tanto al paciente como a su pareja se pudo identificar que cada uno de los elementos planteados en el objetivo han sido modificados al estar el paciente hospitalizado, ya que en relación a la comunicación y las relaciones familiares se ven afectados, debido a que el instituto establece ciertas políticas lo cual implica que la familia se relacione y se comuniquen como lo solía hacer anteriormente sobre todo los hijos con el paciente ya que si la mayoría de ellos son menores de edad no tienen el acceso al área donde se encuentra el paciente. Por otro lado en cuanto a los roles que juegan los pacientes, sus parejas e hijos se modifican algunos de ellos prevaleciendo sobre todo el de los pacientes ya que dejan a un lado el de empleado, padre, proveedor económico, compañero, etc., para solamente ocupar el de paciente y esposo.

Otro de los objetivos específicos es **“Detectar las redes de apoyo con las que cuenta el trabajador y su familia para enfrentar esta situación”.** Respecto a este objetivo se puede decir que ha sido logrado ya que se pudo detectar quienes son las redes de apoyo con las que cuenta la familia de los trabajadores hospitalizados para lo cual consideran lo siguiente:

- La familia
- Los amigos
- Los Compañeros de trabajo

El último objetivo específico es el siguiente **“Señalar la situación laboral a la que se enfrenta el trabajador al ser hospitalizado por una lesión traumatológica”.** Cabe mencionar que este objetivo también se pudo identificar ya que la situación laboral a la que se enfrentan los trabajadores hospitalizados por la lesión traumatológica es afectada en los siguientes aspectos:

- Debido a que el accidente presentado no fue calificado accidente de trabajo no recibe el 100% del pago, sino el 60% que corresponde a enfermedad general, lo cual afecta de cierta manera a su economía familiar.
- Deja de hacer su rol como trabajador para ocuparlo como paciente.

Así mismo se logró identificar que la familia es un punto importante en la vida de una persona con cualquier enfermedad, en este caso las lesiones traumatológicas ya que depende del apoyo que le brinde la familia al paciente así será su pronta recuperación para que lo motive a salir adelante y no dejarse vencer.

También es importante la intervención del profesionalista en Trabajo Social sobre todo para sensibilizar tanto al paciente para que éste no se desespere al estar en un ambiente hospitalario, ya que es necesario que lleve su tratamiento para que se incorpore lo más pronto posible en sus actividades cotidianas, así también los canalice con terapeutas y psicólogos para que éstos brinden un tratamiento adecuado con base a su especialidad y se retome el lado humano del paciente y no solamente sea el médico. Por otro lado, es necesario trabajar con la familia de los pacientes para orientarlos en como pueden apoyar a su paciente para su pronta recuperación y los motiven a seguir adelante, ya que es muy importante el apoyo de la misma.

Es importante señalar que gracias a la participación de los pacientes y de su pareja se pudo obtener la información necesaria para el logro de dichos objetivos y que por su buena disposición se logro tener un mayor acercamiento con los mismos, para realizar una propuesta en la cual se brinden alternativas de solución a situaciones que viven los pacientes con lesiones traumatológicas dentro del hospital y de esta manera tengan una mejor atención y pronta recuperación.

Ya por último es necesario mencionar que dicha hipótesis planteada ha sido aprobada la cual se afirma por todos los elementos explicados anteriormente y es de la siguiente manera: **“Los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas en el H.G.Z.No.8 se ven afectados principalmente en su situación familiar.**

PROPUESTA

Denominación del proyecto

Espacio recreativo para pacientes con lesiones traumatológicas y sus redes de apoyo para fortalecer las mismas durante su permanencia en el hospital.

Descripción del proyecto

El proyecto se realizará en las instalaciones del área de hospitalización del H.G.Z.No.8., en el aula de médicos debido a que es grande y cuenta con la posibilidad de instalar los equipos y material que se requieran para dicho proyecto. Se llevará a cabo cuatro sesiones, estas serán una vez por semana durante el tiempo en que se encuentren hospitalizados los pacientes. Se realizará con los pacientes de traumatología los cuales su accidente no fue calificado como riesgo de trabajo y con sus redes de apoyo, las cuales son su familia, amigos y compañeros de trabajo. El horario será de 10: 00 a.m. a 12:00 hrs.

El Trabajador Social identificará los problemas y/o necesidades de cada uno de los pacientes y su familia para de esta manera trabajar con ellos diversos temas que coadyuven a las posibles soluciones de dichos problemas y/o necesidades, lo cual favorezca para que la familia mantenga su dinámica familiar y no se deteriore por el motivo del internamiento del paciente

Durante el proceso del proyecto la Trabajadora Social expondrá diversos temas para las sesiones que se tengan destinadas para el paciente y su familia tales como: El amor y su familia, la autoestima, cinco pasos para vivir los valores familiares y la solución de los problemas esta en la familia, así como también se realizarán dinámicas para reforzar el tema expuesto con la finalidad de que el paciente y su familia participen en las mismas y se mantenga un ambiente favorable. Otros de los temas que se expondrán serán dirigidos para el paciente, sus amigos y compañeros de trabajo los cuales serán: la amistad es un tesoro, decálogo de la amistad, la amistad en el trabajo y la amistad y compañerismo, así también se realizaran dinámicas en relación al tema con la finalidad de que el

paciente conviva con sus redes de apoyo y se rescate parte de su dinámica familiar que anteriormente al accidente realizaba.

Por otro lado el Trabajador Social realizará actividades recreativas en conjunto con los pacientes y sus redes de apoyo para que estos mantengan ocupado su tiempo durante la hospitalización de manera divertida y recreativa y al mismo tiempo coadyuve al paciente para su pronta recuperación y se sienta con un mejor ánimo. Y por último se destinará cierto tiempo para que los pacientes y sus redes de apoyo convivan como ellos prefieran de tal manera que si quieren platicar algo más personal lo puedan hacer pero siempre y cuando no afecte el tema a la salud del paciente.

Justificación

A través de la investigación realizada se pudo detectar que la familia juega un papel muy importante para la recuperación de pacientes con lesiones traumatológicas, así como se genera en la misma una ayuda mutua.

Como es el caso de este tipo de pacientes, el tratamiento es llevado durante un largo tiempo, lo cual impide que se reincorporen a sus actividades cotidianas muy pronto, por consiguiente los pacientes presentan situaciones desfavorables ya mencionadas con anterioridad y por lo tanto se presentan principalmente cambios en algunos aspectos de la dinámica familiar, en lo laboral y económico.

Por otro lado, los pacientes durante el internamiento hospitalario reciben atención médica solamente, ya que lo que le interesa a la institución es que éstos se reincorporen a sus actividades lo más pronto posible y se olvida el lado humano de los mismos, por lo que es un aspecto de gran importancia atender por las diferentes situaciones que presentan los pacientes con lesiones traumatológicas al sufrir un accidente que les modifica su vida y la de su familia.

Por tal motivo, se considera de vital importancia que se tenga un espacio familiar el cual ocupen el paciente, los demás miembros de su familia, amigos y compañeros de trabajo, con la finalidad de abordar el lado humano del paciente y no solamente el clínico-médico, así como también llevar a cabo intervenciones tanto familiares, de amigos y compañeros de trabajo para que se fortalezcan más sus redes de apoyo, la comunicación y haya una mejor relación entre los mismos

y se pueda recuperar la dinámica familiar que llevaban anterior al accidente sin dejar a un lado la realización de actividades recreativas para que la estancia hospitalaria sea más agradable, divertida y recreativa.

Objetivos

Objetivo General:

Propiciar un espacio en el cual se pueda trabajar con pacientes que presentan lesiones traumatológicas, con la familia, amigos y compañeros de trabajo durante la estancia de la hospitalización de dichos pacientes, con la finalidad de fortalecer las redes de apoyo y favorezca la recuperación del paciente.

Objetivos Específicos:

- Gestionar el aula de médicos para que se trabaje con pacientes con lesiones traumatológicas y sus redes de apoyo.
- Implementar actividades recreativas las cuales involucren al paciente y sus redes de apoyo a participar en las mismas durante el tiempo que duren en el hospital.
- Lograr que la comunicación, relaciones familiares y roles que se tenía anteriormente al accidente se siga manteniendo lo más posible durante la hospitalización.
- Lograr que se fortalezcan las redes de apoyo de los pacientes.

Metas

- Lograr en un 100% que se destine el aula de médicos para trabajar con pacientes de lesiones y traumatológicas y sus redes de apoyo, en el cual se realicen varias actividades para los mismos.
- Que el 80% de los pacientes con lesiones traumatológicas y sus redes de apoyo participen en actividades recreativas.

- Mantener en un 80% la comunicación, relaciones familiares y roles que se tenía anteriormente al accidente se siga manteniendo lo más posible durante la hospitalización.
- Lograr en un 100% que se fortalezcan las redes de apoyo de los pacientes a través de su participación en las sesiones.

Funciones y actividades

INVESTIGACIÓN:

- Identificar los pacientes con lesiones traumatológicas y en especial que no se les pague el concepto por riesgo de trabajo.
- Disponibilidad de los familiares, amigos y compañeros de trabajo de los pacientes para participar en el proyecto.
- Elección de los temas y dinámicas que serán utilizadas en el proyecto y que sean las adecuadas para los mismos.
- Identificar aquellos beneficios que están teniendo los pacientes a través de las sesiones realizadas durante el proceso del proyecto.
- Realizar entrevistas a los pacientes para conocer los resultados que se está obteniendo.
- Conocer si las sesiones están siendo de gran ayuda para rescatar la comunicación, relaciones familiares y roles que anteriormente al accidente realizaban.

ADMINISTRACIÓN

- Entrega del presupuesto a directivos de la institución para que estén enterados del material que se requiere.
- Elegir los horarios más adecuados para que exista participación de las redes de apoyo de los pacientes.
- Elaboración del material para la exposición de temas.
- Del material de apoyo así como de los temas que serán impartidos.

SENSIBILIZACIÓN:

- Promover el interés de los pacientes y sus redes de apoyo para participar en la ejecución del proyecto.
- De la importancia que tiene que la comunicación que solía haber antes del accidente se siga manteniendo durante la estancia de la hospitalización.
- De la importancia que tiene que las relaciones familiares que solía haber antes del accidente se siga manteniendo durante la estancia de la hospitalización.
- De la importancia que tiene que los roles que solía haber antes del accidente se siga manteniendo los más posibles durante la estancia de la hospitalización.

GESTIÓN:

- Del espacio para trabajar con los pacientes de lesiones traumatológicas y sus redes de apoyo.
- De los recursos materiales, técnicos y financieros que se necesiten para la realización del proyecto.

EDUCACIÓN:

- Proporcionar a los pacientes y sus redes de apoyo temas y actividades que ayuden a fortalecer sus redes de apoyo, comunicación, relaciones familiares y roles.

RECURSOS HUMANOS

Trabajadora Social

RECURSOS TECNICOS Y MATERIALES

- Computadora, Cañon, Aula, Sillas, Libreta, Lapiceros, Hojas blancas, Hojas de colores, Marcadores, Resistol.

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del Proyecto: Espacio recreativo para pacientes con lesiones traumatológicas y sus redes de apoyo para fortalecer las mismas durante su permanencia en el hospital.

Responsable: P.L.T.S. Laura D. González Estrada

Dirigida: Paciente y su familia

Lugar: Aula de Médicos

Horario: 10:00 a 12:00 hrs.

Objetivo: Fortalecer las redes de apoyo de los pacientes y se mantenga la comunicación, relaciones familiares y roles que solía haber antes del accidente, a través de las actividades programas las cuales coadyuvan a la recuperación del paciente.

TIEMPO	TEMA	DINÁMICA	MATERIAL	PONENTE
1ª Sesión	-El amor y la familia. - Lo importante de implementar actividades recreativas. (De 10:00 a 10:30)	-Dinámica de presentación. (De 10:30 a 10:45) -Juego de la lotería. (De 10:45 a 11:20) -Actividad libre. (De 11:20 a 12:00)	Computadora, cañon, diapositivas, hojas de colores, plumones, lotería.	Trabajadora Social encargada del proyecto
2ª Sesión	-La autoestima. (De 10: 00 a 10:30)	-Dinámica acentuar lo positivo. (De 10:30 a 11:00) -juego de serpientes y escaleras. (De 11:00 a 11:30) -Actividad Libre. (De 11:30 a 12:00)	Computadora, cañon, diapositivas, juego de serpientes y escaleras.	Trabajadora Social encargada del proyecto
3ª Sesión	-Cinco pasos para vivir los valores en la familia. (De 10:00 a 10:30)	-Dinámica la familia ideal. (De 10:30 a 11:00) -Momorama. (De 11:00 a 11:30) -Actividad libre. (De 11:30 a 12:00)	Computadora, cañon, diapositivas, Juego de memorama.	Trabajadora Social encargada del proyecto
4ª Sesión	-La solución de los problemas esta en la familia. (De 10:00 a 10:30)	-Dinámica dar y recibir. (De 10:30 a 11:00) -Domino. (De 11:00 a 11:30) -Actividad libre. (De 11:30 a 12:00)	Computadora, cañon, diapositivas, hojas blancas, lapiceros, domino.	Trabajadora Social encargada del proyecto

CARTA DESCRIPTIVA

Nombre del Proyecto: Espacio recreativo para pacientes con lesiones traumatológicas y sus redes de apoyo para fortalecer las mismas durante su permanencia en el hospital.

Responsable: P.L.T.S. Laura D. González Estrada

Dirigida: Paciente, amigos y compañeros de trabajo

Lugar: Aula de Médicos

Horario: 10:00 a 12:00 hrs.

Objetivo: Fortalecer las redes de apoyo de los pacientes a través de las actividades programadas, las cuales coadyuven para la pronta recuperación del paciente.

TIEMPO	TEMA	DINÁMICA	MATERIAL	PONENTE
1ª Sesión	-La amistad es un tesoro (De 10:00 a 10:30)	-Dinámica de presentación. (De 10:30 a 10:45) -Rompecabezas (De 10:45 a 11:20) -Actividad libre. (De 11:20 a 12:00)	Computadora, cañon, diapositivas, rompecabezas.	Trabajadora Social encargada del proyecto
2ª Sesión	-Decálogo de la amistad (De 10: 00 a 10:30)	-Dinámica Cola de vaca. (De 10:30 a 11:00) -Fomento a la lectura. (De 11:00 a 11:30) -Actividad Libre. (De 11:30 a 12:00)	Computadora, cañon, diapositivas, hojas blancas, lapiceros, revista "A tu salud"	Trabajadora Social encargada del proyecto
3ª Sesión	-La amistad en el trabajo (De 10:00 a 10:30)	-Dinámica Ciegos, cojos, mudos. (De 10:30 a 11:00) -Juego de azar. (De 11:00 a 11:30) -Actividad libre. (De 11:30 a 12:00)	Computadora, cañon, diapositivas, juego de azar.	Trabajadora Social encargada del proyecto
4ª Sesión	-Amistad y compañerismo (De 10:00 a 10:30)	-Dinámica Parejas o primos. (De 10:30 a 11:00) -Juego de azar. (De 11:00 a 11:30) -Actividad libre. (De 11:30 a 12:00)	Computadora, cañon, diapositivas, juego de azar.	Trabajadora Social encargada del proyecto

Presupuesto

TIPO DE RECURSO	CONCEPTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
HUMANO	Trabajadora Social	1	Personal de la Institución	\$0.00
MATERIALES	Computadora	1	La Institución cuenta con ella	\$0.00
	Cañon	1	La Institución cuenta con ella	\$0.00
	Aula	1	La Institución cuenta con el espacio	\$0.00
	Sillas	15	Se cuenta en la Institución	\$0.00
	Libreta	2	Se solicita en el almacén	\$0.00
	Lapicero	3	Se solicita en el almacén	\$0.00
	Hojas blancas	200	Se solicita en el almacén	\$0.00
	Hojas de colores	50	Se solicita en el almacén	\$0.00
	Marcadores	3	Se solicita en el almacén	\$0.00
	Resistol	3	Se solicita en el almacén	\$0.00

Evaluación

Para llevar a cabo la evaluación de los resultados que se tuvieron de las sesiones será al final de la última sesión del proyecto, el la cuál se detectarán los beneficios que obtuvieron los pacientes, de que manera les fue importante la realización del proyecto y si les ayudo para que se reforzaran las redes de apoyo y se mantuviera la comunicación, relaciones familiares y roles que anteriormente al accidente tenían.

La evaluación que se realizará será con la finalidad de conocer la opinión de los participantes acerca de los siguientes aspectos:

- Disponibilidad: de los pacientes y sus redes de apoyo para participar.
- Participación: de los pacientes y sus redes de apoyo.
- Estado de ánimo del paciente.
- Identificar la comunicación, relaciones familiares y roles.
- Lugar donde se realizaron las sesiones.

ANEXO 1 OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS

VARIABLE	INDICADORES
<p>Los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas en el H.G.Z.No.8</p> <p>Trabajador. Toda persona que realiza una actividad por cuenta propia o ajena a cambio de una retribución económica. (www.autoempleomujer.com/diccionario.htm)</p> <p>Hospitalizado. Es la permanencia del asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable o justificada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante. (www.gnp.com.mx/gnp/clientes.nsf(TPNID)/NT0000E7A6)</p> <p>Traumatología. Rama de la ciencia que se ocupa de conocimientos relacionados con los traumatismos y con los efectos que éstos producen en el organismo. El efecto de los agentes traumáticos se denomina lesión. (Silberman, Varaona: 2004:281).</p> <p>H.G.Z.No.8. Hospital General de Zona No.8 IMSS</p> <p>DEFINICIÓN OPERACIONAL:</p> <p>Los trabajadores son aquellas personas que reciben una retribución económica por alguna actividad que realicen y que al presentar alguna situación desfavorable sufren una lesión traumatológica dejando así sus actividades para ser hospitalizados en el H.G.Z.No.8 para la atención de su accidente.</p>	- Situación económica de la familia
	- Situación laboral del paciente
	- Motivos de la lesión traumatológica
VARIABLE	INDICADORES
<p>Se ven afectados principalmente en su situación familiar.</p> <p>Afectar. Producir alteración en algún órgano.</p> <p>Principal. Primero en importancia.</p> <p>Situación. Estado de los asuntos políticos, diplomáticos, económicos, sociales, etc.</p> <p>Familia. Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, tíos, abuelos, etc.), con vínculos que pueden ser consanguíneos o no; con un modo de existencia económico y social común y con sentimientos afectos particulares que los unen". (De la barrera, 2000:70).</p> <p>DEFINICIÓN OPERACIONAL:</p> <p>La familia es el apoyo principal para cualquier ser humano, y cuando esta es afectada principalmente se presenta una alteración en la misma.</p>	-Dinámica familiar
	-La situación emocional que presentan los pacientes

ANEXO 2

Guía de entrevista dirigida a los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas en el área de hospitalización del H.G.Z.No.8.

RESPONSABLE: P.L.T.S. Laura Dolores González Estrada

Datos Generales (Paciente)

- Sexo
- Estado Civil
- Edad
- Escolaridad

TOPICOS:

LA LESIÓN TRAUMATOLÓGICA

- Tipo de lesión que presenta.
- Tiempo que lleva de tratamiento hospitalario.
- Cuándo, dónde, porqué sufrió el accidente.

SITUACIÓN EMOCIONAL

- Cómo se siente el paciente por la lesión sufrida (personal, familia, etc.).
- Cuáles eran sus expectativas anteriormente al accidente.
- Ahora que ha sufrido el accidente que expectativas tiene.

DINÁMICA FAMILIAR

- Miembros que conforman su familia.
- Relaciones familiares.
- Comunicación que existe en su familia.
- Roles que se juegan en su familia.

REDES DE APOYO

- Cuando se presenta algún problema en su familia quienes son sus redes de apoyo y ahora que sufrió el accidente de quien obtienen apoyo:

- Familia
- Amigos
- Compañeros de trabajo
- Ayuda profesional
- Etc.

SITUACIÓN LABORAL DEL PACIENTE

- Ocupación.
- Puesto que ocupa.
- Sueldo.
- Antigüedad.
- Incapacidad, tipo, cuanto se le paga.

SITUACIÓN ECONÓMICA

- Ingreso familiar.
- Quiénes son las personas que trabajan (antes, después).

ANEXO 3

Guía de entrevista dirigida a los parejas (cónyuges) de los trabajadores hospitalizados por lesiones traumatológicas en el área de hospitalización del H.G.Z.N.8.

RESPONSABLE: P.L.T.S. Laura Dolores González Estrada

Datos Generales

- Sexo
- Estado Civil
- Edad
- Ocupación

TOPICOS:

SITUACIÓN EMOCIONAL

- Cómo es el sentir del paciente por la lesión sufrida (personal, familia, etc.).
- Cuáles eran las expectativas del paciente anteriormente al accidente.
- Ahora que ha sufrido el accidente que expectativas tiene.

DINÁMICA FAMILIAR

- Miembros que conforman su familia.
- Relaciones familiares.
- Comunicación que existe en su familia.
- Roles que se juegan en su familia.

REDES DE APOYO

- Cuando se presenta algún problema en su familia quienes son sus redes de apoyo y ahora que sufrió el accidente de quien obtienen apoyo:

- Familia
- Amigos
- Compañeros de trabajo
- Ayuda profesional
- Etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Almada Bay Ignacio **Salud y crisis en México** Editorial Siglo veintiuno, México, 1990
- Ander-Egg Ezequiel **Metodología y Práctica del desarrollo de la comunidad** Editorial El Ateneo, México, 1990
- Aybar Montoya Dr. Alfredo **Cirugía Ortopédica y Traumatológica II** Editorial Barcelona España, 2001
- Burgwal Gerrit, Cuellar Juan Carlos **Planificación estratégica y operativa** Editorial Abya Yala, 2000
- De la barrera Solórzano Luis **Familia** Editorial Santillana, México, 2000
- D. Negro Pavón **Sociología III Métodos y técnicas de la sociología** Editorial Realp, S.A., 1991
- Equiluz De Lourdes Luz **Dinámica de la familia**, Editorial Pax , México, 2003
- Eroles Carlos **Familia y Trabajo Social** Editorial Espacio, Argentina, 2001
- Facultad de Trabajo Social de Monterrey Nuevo León **Antología de la Teoría de Trabajo Social IV** Editorial Universidad Autónoma de Nuevo León, México, 1998
- Fernández Portal Luis **Actualizaciones en Cirugía y Ortopédica y Traumatología** Editorial Masson, Barcelona España, 2002
- Galindo Cáceres Luis **Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación** Editorial Pearson, México, 2000
- Gomezjara A. Francisco **Sociología** Editorial Porrúa, México, 2000
- Kisnerman Natalio **Salud Pública y Trabajo Social** Editorial Humanitas, Argentina, 1983
- Meave Etna **Manual de Trabajo Social de Casos** Editorial ETME, México, 2000
- Minuchin, Salvador y Fishman, Charles. **Técnicas de Terapia Familiar** Editorial Plaza y Janés, Bogotá, 1994
- Netter M.D. Frank H **Sistema Musculosquelético parte 3 Traumatología, evaluación y tratamiento** Editorial Masson, S.A., 1996

- Novel Martí Gloria, Lluch Canut Ma. Teresa, López de Vergara Ma. Dolores Miguel **Enfermería Psicosocial y Salud Mental** Editorial Elsevier Masson, Barcelona España, 2000
- López-Ibor Juan José, Ortiz Alonso Tomás, López-Ibor Alcocer María Inés **Lesiones de Psicología Médica** Editorial Masson, Barcelona España, 2000
- Sánchez Rosado Manuel **Manual de Trabajo Social** Editorial Méndez, México, 1997
- Sánchez Rosado Manuel **Manual de Trabajo Social** Editorial Plaza y Valdez, México, 2004
- Satir Virginia **Nuevas relaciones familiares humanas en el núcleo familiar** Editorial Pax, México, 2005
- Silberman Fernando S., Varaona **Ortopedia y Traumatología** Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2004
- Sureda Camps María **Como afrontar el divorcio** Editorial Wolters Kluwer, España, 2007

Revistas:

- Terán Trillo Margarita **Revista de Trabajo Social No.37** Editorial Escuela de Trabajo Social UNAM, México D.F., 1989

Manuales:

- H.G.Z.No.8 **Manuales de Bienvenida**
- H.G.Z.No.8 **Manual De Trabajo Social en Unidades Médicas**

Consulta Electrónica:

- www.fisioterapiajl.com
- www.imss/gob.com.mx
- www.tutraumatologo.com

- www.artroscopia.com.mx/hombro_dolorhtml

Fuentes:

- L.T.S. Ana Erendira Jáuregui Rubio, encargada del departamento de Trabajo Social del área de Hospitalización del H.G.Z.No.8
- L.T.S. Norma Paredes Leal, encargada del departamento de Trabajo Social del área de Diálisis Peritoneal y Pediatría del H.G.Z.No.8
- L.T.S. Patricia Castañeda, encargada del departamento de Trabajo Social del área de Ginecología del H.G.Z.No.8
- Srita. Viridiana Huitzhacua Hernández, encargada del módulo de Información y Orientación a los derechohabientes del H.G.Z.No.8