

11226  
24  
250

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No1  
MEXICALI, B.C.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No1

**PRINCIPALES CAUSAS DE INVALIDEZ  
Y SU REPERCUSION EN LA DINAMICA  
FAMILIAR**

TESIS DE POSTGRADO

**DRA. RIVERA DUARTE ADRIANA D.**

MEXICALI, B.C.

**FALLA DE ORIGEN**

ENERO 1985





## **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 está 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.

## I N D I C E :

Introducción.

Antecedentes.....pág. 1

Objetivo.....pág. 10

Material y métodos.....pág. 11

Resultados.....pág. 13

Discusión.....pág. 16

Conclusiones.....pág. 18

Sugerencias.....pág. 19

Bibliografía.....pág. 20

## INTRODUCCION .

Ha sido notorio en nuestro país, un incremento considerable de la presentación de enfermedades no transmisibles, calculándose hasta en un 80% en comparación con las enfermedades transmisibles (9).

Lo anterior es importante, ya que estos padecimientos de evolución hacia la invalidez, son más frecuentes en la población económicamente activa, lo cuál conlleva repercusiones económicas importantes a nivel nacional.

Tomando en cuenta lo anterior, hemos considerado realizar un estudio para determinar cuales son las principales causas de invalidez en la población adscrita al H.G.Z. II Núm.1 de Mexicali, B.C. Y además conocer si la invalidez repercute de alguna manera en las interrelaciones del núcleo familiar.

## ANTECEDENTES .

El concepto y connotación de "Estado de invalidez" en el I.M.S.S. se ajusta a los principios doctrinarios de la Medicina del Trabajo. Es un concepto que contiene principios médicos, técnicos, legales y -- socioeconómicos, expuesto en el Artículo 128 de la Ley del Seguro -- Social desde el nacimiento del propio Instituto.

Fue elaborado, apartándose de ideas semánticas tradicionalistas, por actuarios, médicos y abogados desde el año de 1943. Pasado el tiempo el concepto ha sido modificado ligeramente en la forma, pero no en el fondo.

El Seguro de Invalidez fue mencionado por primera ocasión en nuestro país el 2 de febrero de 1917 y quedó señalado en la fracción XXIX -- del Art. 123 Constitucional por instrucciones del encargado del -- Poder Ejecutivo de la Unión.

El Instituto exige, como única condición para disfrutar del mismo, -- que el derechohabiente tenga reconocidas 150 semanas de cotizaciones en forma ininterrumpida. En el Régimen Obligatorio u Ordinario -- debe declarar un puesto específico de trabajo, cosa que no es necesaria en el Régimen Voluntario; basta con el aseguramiento y el cumplimiento de las 150 semanas de cotizaciones de acuerdo al grupo de salario que perciba el trabajador, ó por el que se opte, si es en -- forma voluntaria.

Conforme a lo dicho anteriormente, el Art. 128 de la Ley del Seguro Social norma el concepto de invalidez en relación a los principios -- de la Doctrina de Medicina del Trabajo. Su contenido fundamental -- puede ser resumido en 5 premisas o requerimientos fundamentales que -- califican el Estado de Invalidez, ellos son:

- 1.- Que el derechohabiente pierda el 50% o más de sus capacidades -- [concepto médico].
- 2.- Que pierda, en consecuencia, el 50% o más de su capacidad de -- ganancia [concepto socioeconómico].

- 3.- Que éstas pérdidas sean confrontadas con los requerimientos de su trabajo específico [concepto técnico],
- 4.- Que el padecimiento que produce el estado de invalidez sea de naturaleza permanente [concepto médico],
- 5.- Que su origen no tenga relación con su trabajo [concepto legal],

El estado de invalidez, es pues, un concepto dinámico que se genera por las alteraciones de la interacción hombre-ambiente, y comprende los elementos y funciones que ambas entidades (hombre y ambiente) -- poseen y que son necesarias para la vida del primero y la conservación del segundo.

Para fines de entendimiento se toma como punto de referencia al hombre, y todo lo que lo rodea en un momento dado se considera como su medio ambiente. Dicho así, la interacción del individuo con su medio ambiente se efectúa en condiciones de salud, enfermedad o deficiencia.

Los valores de la capacidad de interacción del hombre con su medio ambiente se obtienen mediante la medición de la estructura y de la = dinámica de los elementos, tanto del hombre como del medio.

A la Medicina corresponde medir los elementos del hombre, los cuales se manifiestan como factores o capacidades de soporte, de las cargas internas y de las cargas externas; entendiéndose las primeras como las demandas del organismo para el desarrollo de sus funciones intrínsecas vitales, y las segundas, como las demandas del medio ambiente para el desarrollo de las funciones de relación, tanto en lo físico como en lo mental.

#### MICROAMBIENTE.

Entre las funciones de la Medicina del Trabajo, se cuenta la de estudiar la interacción del hombre con su medio ambiente laboral, a fin de valorar la capacidad del individuo para satisfacer las demandas de una actividad determinada.

El punto de partida de ésta consiste en integrar el esquema de las -

capacidades humanas en cuanto a lo anatómico, fisiológico y mental esquema al que se denomina Perfil del Hombre. El siguiente punto - se refiere a la integración del esquema de los requerimientos del - puesto de trabajo, a éste esquema se le denomina Perfil del Puesto. Estos dos puntos, Perfil del Hombre y Perfil del Puesto, son la --- base de la valoración de la Aptitud para el trabajo.

#### PERFIL DEL HOMBRE:

La selección de los componentes de éste esquema, se efectúa de mane ra pragmática, al tomar en consideración lo que comunmente necesita el individuo para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y para el desarrollo de las actividades de la generalidad de los -- trabajos.

El esquema presenta, primero, los datos de la identificación del su- jeto en estudio; los siguientes puntos corresponden a las áreas que constituyen al individuo en sí y a sus posibilidades de relación; -- éstas son las siguientes:

- 1.- Dotación anatómica: se refiere a la composición orgánica del --- individuo.
- 2.- Dotación fisiológica: corresponde a la manifestación de los me- canismos bioquímicos que permiten al individuo soportar tanto - las cargas internas como las externas.
- 3.- Dotación psíquica: es la expresión de la inteligencia y de la -- personalidad, manifestada en forma objetiva ó subjetiva, a tra- vés de : intereses, metas, habilidades, etc.
- 4.- Esquema clínico: representa la interpretación del estado de sa- lud, enfermedad o deficiencia.
- 5.- Valor de la homeostasia: indica el umbral de tolerancia a situa- ciones específicas.
- 6.- Posibilidad de aprendizaje: comprende la potencialidad de apli- cación del conocimiento humano.

## PERFIL DEL PUESTO.

Los componentes de este perfil están dados por las capacidades humanas, o mejor dicho, por sus limitaciones, ya que el puesto no debe exigir más de lo que el humano pueda dar, a menos que se utilicen -- artefactos.

## PROCEDIMIENTO DE VALIDACION.

Este procedimiento consiste en la confrontación de los perfiles del hombre y del puesto. Estos valores deben coincidir en forma mínima, media o máxima, para aceptar que existe aptitud para el trabajo.

Este procedimiento constituye un sistema adecuado para determinar la tan necesaria compatibilidad de las capacidades del hombre con los requerimientos de un puesto de trabajo, por lo que tiene aplicación en situaciones como las siguientes:

- En estado de salud, para ubicar al individuo en una ocupación compatible con sus capacidades.
- En caso de existir deficiencias de tipo evolutivo o permanente, -- sirve para conocer las posibilidades de aprovechar para el trabajo las capacidades disminuídas, o fundamentar el estado de Invalidez.
- En el campo de la investigación científica, constituye un valioso instrumento de observación y con respecto a la tecnología proporciona los puntos de referencia, tanto del hombre como del medio ambiente, para la clasificación de los puestos de trabajo. ( 13 )

El trabajo es un hecho consubstancial a la vida misma, es una manifestación necesaria de la energía vital, es un elemento indispensable -- en el cumplimiento de la ley natural de la evolución, del desarrollo natural de los tejidos, órganos, aparatos y funciones de nuestro organismo.

La protección de la salud y de la vida de los seres humanos incluye un aspecto fundamental: La atención de las personas cuya salud ya fué perdida y en las cuales deben aplicarse todos los procedimientos de las ciencias médicas, de las sociales y económicas para suprimir los daños causados por ésta situación. (1)

En estudios realizados por las diferentes instituciones de salud se ha observado un aumento considerable en la presentación de los padecimientos no transmisibles, como sería el cáncer y las enfermedades degenerativas del corazón, representando una amenaza creciente en nuestro país.

La población de 30 años y más, constituye la fuerza económica nacional, y es en ellos donde hacen más impacto los padecimientos citados, que son de evolución prolongada y eminentemente invalidantes, teniendo trascendencia en el país por su repercusión económica, familiar y nacional. (9)

Según las estadísticas de morbilidad y mortalidad nacionales efectuadas en 1965, se observa que la Diabetes Mellitus, la arterioesclerosis, las enfermedades degenerativas del corazón, la enfermedad articular degenerativa, enfermedades degenerativas mentales y psiconeurosis, ocuparon todas ellas el 80.8% comparadas con las enfermedades transmisibles. (9)

Como consecuencia de la presentación de éstos padecimientos, surge el problema de ausentismo laboral, considerado con justicia uno de los peores enemigos de la productividad. (11)

El ser humano al reflejar condiciones de mala salud y desadaptación física, mental y social, lo llevan a provocar incapacidad material o psíquica para concurrir al trabajo. (11)

Las pensiones por invalidez otorgadas en el I.M.S.S., según su patología y frecuencia por aparatos, desde 1944 a 1979 (13), son las siguientes:

	Casos	%
1.- Sist. musculoesquelético	22 225	38
2.- Aparato cardiovascular	9 243	17
3.- Aparato respiratorio	8 388	14
4.- Organos de los sentidos	8 104	13
5.- Sist. nervioso y pad. mentales	5 848	10
6.- Aparato genitourinario y renal	2 339	4
7.- Aparato digestivo	1 170	2
8.- Sist. sanguíneo, linfático y piel	585	1
9.- Diferentes diagnósticos	587	1
T o t a l e s	58 489	100

En México, en 1971 había 10 425 000 derechohabientes en el I.M.S.S. 3 753 360 eran asegurados, y de éstos, 28 475 tenían pensión por --- invalidez. Al aplicar esta cifra a los 60 millones de habitantes de nuestro país, de los cuales 30 millones son adultos, hay un cuarto - de millón de inválidos por todas las causas, correspondiendo ---- 60 000 a inválidos reumáticos y aproximadamente 1 200 000 enfermos - reumáticos que pueden ser invalidados para el trabajo en los próxi- mos años. (7)

Según la Coordinación de Plan de Desarrollo Urbano SAHOPE de B.C., -- en 1981 el estado contaba con 61 650 personas incapacitadas, o sea - el 13.42% de la población económicamente activa.

El papel del Médico familiar es muy importante en lo que se refiere a la detección de éstas enfermedades y su control en etapas posterio res. El médico familiar es quien detecta los casos de padecimientos invalidantes y quien los deriva para su estudio especializado.(12)

El médico familiar es el principal responsable de la distribución de los servicios de salud, para coordinar todas las acciones y darles - proyección individual, familiar y comunitaria en el medio que lo rodea. El médico familiar es el eje alrededor del cuál gira la organización y el funcionamiento de la Medicina actual. La función de - mayor trascendencia es la de conservar e incrementar el gran sentido humano que tiene su profesión. (12)

## LA FAMILIA .

Mientras el término familia ha sido definido de múltiples maneras,-- el grupo hombre-mujer-niño(s) persiste como la Unidad Social en la cultura occidental y este grupo tiene la principal responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad, socializarlos, darles soporte físico y emocional e integrarlos a la sociedad.

La familia provee el bienestar básico del individuo y constituye la Unidad Primaria de Salud.

Este concepto no establece diferencia en cuanto ha cómo la familia sea definida o cómo esté constituida, siempre y cuando los individuos estén involucrados emocionalmente entre ellos y en estrecha proximidad geográfica; pero cómo la familia está constituida y cómo sea definida , marca una enorme diferencia en cómo debe ser manejada.

La definición de familia, del Censo Americano, es la que se considera más apegada a la realidad actual, y es la que sigue:

"Familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción".

### LA FAMILIA COMO AGENTE MEDIADOR ENTRE INDIVIDUO-SOCIEDAD Y SOCIEDAD-INDIVIDUO:

Cada miembro de una familia tiene necesidades físicas, psíquicas y sociales, pero al mismo tiempo la sociedad ha impuesto sobre cada individuo ciertas expectativas, obligaciones y demandas. La familia tiene que mediar las necesidades y demandas de cada uno de los miembros.

La familia es un agente entre el individuo y la sociedad. Existen numerosos grupos mediadores entre el individuo y la sociedad, pero la familia es importante porque es el grupo primario del individuo. Cada individuo de una familia puede pertenecer a un número X de gru-

pos, pero sólo a la familia le concierne el individuo en su totalidad y en todas las facetas de su vida, con la más alta prioridad --- puesta en el bienestar de los miembros de la familia.

La familia tiene expectativas concernientes a las necesidades y -- demandas de los padres y también de los hijos.

#### LAS FUNCIONES DE LA FAMILIA.

Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionados-- con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad - espera de ellas.

Un número de tipologías han sido descritas, pero al menos 5 funcio-- nes de la familia pueden ser especificadas: Socialización, Cuidado, - Afecto, Reproducción, Estatus y nivel socioeconómico.

A) Socialización se refiere a que la familia tiene la responsabili-- dad primaria de transformar a un niño en determinado número de años en un ser capaz de una completa participación en sociedad. El niño debe aprender un lenguaje, su papel en varios estadios de la vida, -- las normas socioculturales, etc.

B) Cuidado significa cubrir las necesidades básicas físicas y de -- salud de los miembros de la familia. Las probabilidades de una bue na salud y larga vida están directamente relacionadas con el ni-- vel socioeconómico de la familia.

C) Afecto, se refiere a que la familia necesita cubrir las necesidad es afectivas de sus miembros, porque la respuesta afectiva de un individuo a otro, provee la recompensa básica de la vida familiar. -- Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades afectivas de los hijos.

D) Reproducción: Una función básica de la familia, es la reproduc-- ción y el proveer de nuevos miembros a la sociedad.

E) Estatus y nivel socioeconómico: En los estudios de estratifica-- ción social, los científicos sociales están concientes de que las --

diferencias en niveles socioeconómicos de las familias, repercuten-- en variaciones de estilo de vida y oportunidades. La familia socia-- liza a un niño dentro de una clase social y destila en él, todas -- sus aspiraciones relevantes. El estatus también tiene relación con la tradición familiar. Los hijos aseguran inmortalidad social o perpetuidad del nombre familiar y tradición.

Los datos anteriores representan cómo funciona una familia normal-- de la clase media en la cultura occidental; pero existen numerosas-- variaciones de éste esquema, así que solo constituye un marco concep-- tual básico que nos permite reconocer variaciones y nos hace capaces de considerar sus implicaciones.

#### O B J E T I V O .

Por los antecedentes expuestos anteriormente, hemos considerado rea-- lizar un estudio para determinar cuales son las principales causas-- de invalidez en la población pensionada del H.G.Z.II Núm.1 de Mexica-- li B.C., y además demostrar si el estado de invalidez repercute en-- alguna forma en la dinámica familiar.

1.- Demostrar cuáles son las principales causas de invalidez en el-- H.G.Z.II Núm.1 de Mexicali, B.C.

H1: Las principales causas de invalidez en la población pensionada son degenerativas.

H0: Las principales causas de invalidez en la población pensionada no son degenerativas.

2.- Demostrar si la invalidez repercute en la dinámica familiar de los pacientes afectados.

H1: La invalidez si altera la dinámica familiar.

H0: La invalidez no altera la dinámica familiar.



- c) Abandono a los hijos.
  - d) Conductas antisociales.
  - e) Ambiente de agresión.
  - f) Mejor ambiente familiar.
  - g) Sin cambios.
- 7.- Se encuentra en control médico de su enfermedad?
- a) Nunca.
  - b) Ocasionalmente.
  - c) Frecuentemente.
- 8.- En dónde se atiende de su enfermedad?
- a) I.M.S.S.
  - b) Otros.
- 9.- Actitud del médico hacia Usted y su enfermedad:
- a) Se interesa.
  - b) Lo orienta.
  - c) Lo rechaza.
  - d) Lo agrade.
  - e) Es indiferente.
- 10.- Cambia Usted de médico con frecuencia, y por qué?

## RESULTADOS .

Las principales causas de invalidez, por orden de frecuencia de presentación, son:

	Casos	%
1.- Enf. articular degenerativa	44	25.2
2.- Diabetes Mellitus	20	12.0
3.- Cardiopatía Isquémica	14	8.2
4.- E.V.C. Trombótico	13	7.8
5.- Alteraciones mentales (Oligofrenia)	8	4.8

De acuerdo al sexo de los invalidados, el 67.4% corresponde al masculino (119 casos), y el 32.6% al sexo femenino (51 casos). (Cuadro 2)

En lo que respecta a la edad más afectada, en los varones entre los 50 y 59 años se encontró el mayor porcentaje, correspondiendo al 22.1%. (cuadro 3).

En lo que se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, el mayor porcentaje lo ocupa el período comprendido entre los 5 y 9 años siendo éste de 36.3 %, con un total de 64 pacientes. (Cuadro 4).

En cuanto a la ocupación anterior a su invalidez, el grupo mayor corresponde a las actividades del campo, con un 34.6%, seguido del grupo de empleados con 22.7%. (Cuadro 5).

Al tabular los datos referentes al tiempo de realizar la actividad laboral antes de la pensión, observamos que el porcentaje más alto corresponde al período comprendido entre los 5 y 9 años con el 22.1%, seguido de 10 y 14 años con 21.5%, y en tercer lugar el período de 25 años y más con un 15%. (Cuadro 6).

En lo que respecta al tiempo de ser asegurado, ocupa el primer sitio el período de 20 años y más con un 47.5%, el segundo lugar es para el período entre 10 y 14 años, con un 22.5%, y el tercer lugar es entre los 15 y 19 años con el 15%. (Cuadro 7).

En cuanto al número de personas que dependen económicamente del invalidado, encontramos que el 30% es de 3 a 4 personas, seguido de un 27.5% de 1 a 2 personas, y el tercer lugar con 0 personas, con un 22.5%. (Cuadro 8).

Al investigar si el monto de la pensión cubre sus necesidades básicas, el 82.5% respondieron negativamente, siendo el resto afirmativo. (Cuadro 9).

Contribuyen otros miembros al ingreso familiar en un 52.5%, lo cual no sucede en el 47% de los casos. (Cuadro 10).

El monto de la pensión otorgada es en primer lugar para la cantidad de 2 001 a 5 000 pesos en un 70% de los casos, el segundo lugar correspondió a las cantidades de 5 001 a 10 000 pesos y de 15 001 a 20 000 pesos con un 10% ambas, y el tercer lugar es para la cantidad de 35 001 a 40 000 pesos con un 5%. (Cuadro 11).

Hubo repercusión en la dinámica familiar de acuerdo a lo siguiente: en un 42.5% la dinámica familiar permaneció inalterable, el 27.5 de los casos indicó que las relaciones interfamiliares habían mejorado, y en el 10% de los casos hubo repercusión negativa, llegando a la desintegración familiar. (Cuadro 12).

En cuanto al control médico del paciente invalidado observamos que lo efectúa frecuentemente en un 75% de los casos y en forma ocasional en un 25%. (Cuadro 13).

En lo referente a la Institución donde acuden a control médico, el 97.5% de los casos lo hacen en el I.M.S.S., y el 2.5% en forma particular. (Cuadro 14).

No desarrollan actividad el 60% de los invalidados, y del 40% que respondió afirmativamente, sólo el 75% reciben compensación económica.

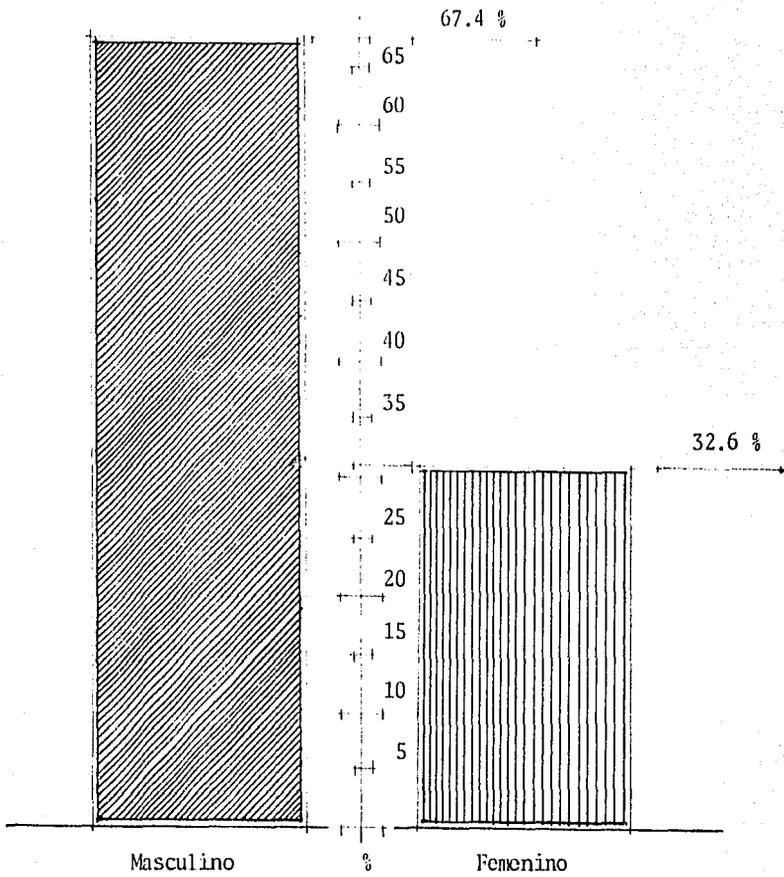
Al referir el paciente invalidado la actitud de su médico hacia ----  
él y su enfermedad, observamos que el 47.5% se interesa, el 27.5% es  
indiferente y el 22.5% lo orienta. (cuadro 15).

Por último, encontramos que el 90% de los pacientes no cambian de -  
médico familiar con frecuencia, y el 10% sí lo hace. (Cuadro 16)

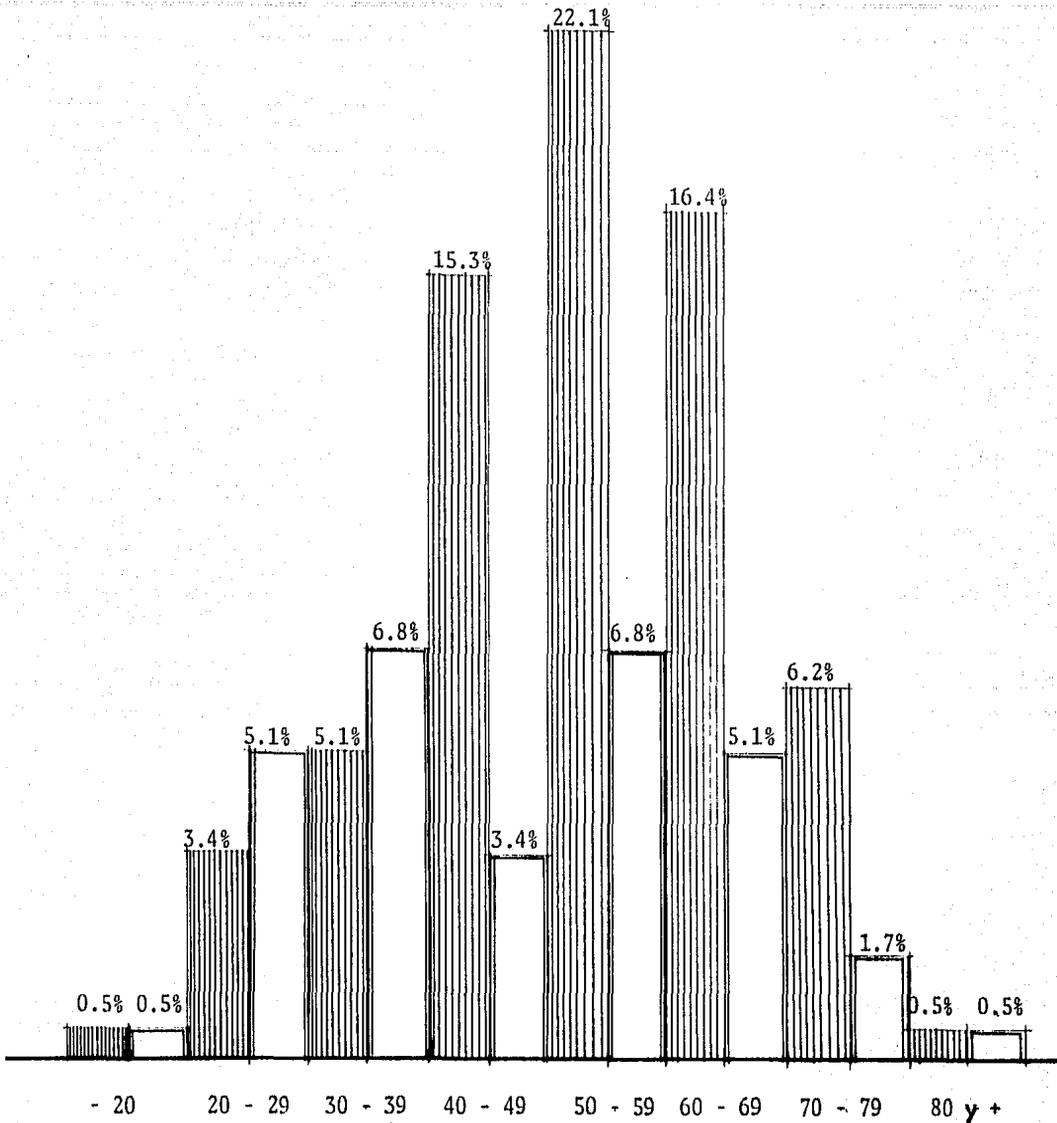
PRINCIPALES CAUSAS DE INVALIDEZ EN LA POBLACION DEL H.G.Z.IINUM.1, MEXICALI B.C.

P A D E C I M I E N T O :	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
1.- Enf. Articular Degenerativa	27	15.8	17	10.0	44	25.8
2.- Diabetes Mellitus	16	9.5	4	2.2	20	11.7
3.- Cardiopatía Isquémica	12	6.6	2	1.6	14	8.2
4.- Cardiopatía Hipertensiva	5	2.9	0	0	5	2.9
5.- E.V.C. Trombótico	12	6.6	1	1.0	13	7.6
6.- Esquizofrenia	3	1.6	2	1.3	5	2.9
7.- E.V.C. Hemorrágico	1	0.5	0	0	1	0.5
8.- Hipertensión Arterial	3	1.6	2	1.3	5	2.9
9.- Lumbalgia	4	2.3	4	2.3	8	4.7
10.- Oligofrenia	4	2.3	4	2.3	8	4.7
11.- Enfermedades Respiratorias	7	4.1	0	0	7	4.1
12.- Otros	20	11.7	20	11.7	40	23.5
T O T A L	114		56		170	99.5

PORCENTAJE DE ACUERDO AL SEXO.



Quadro #2

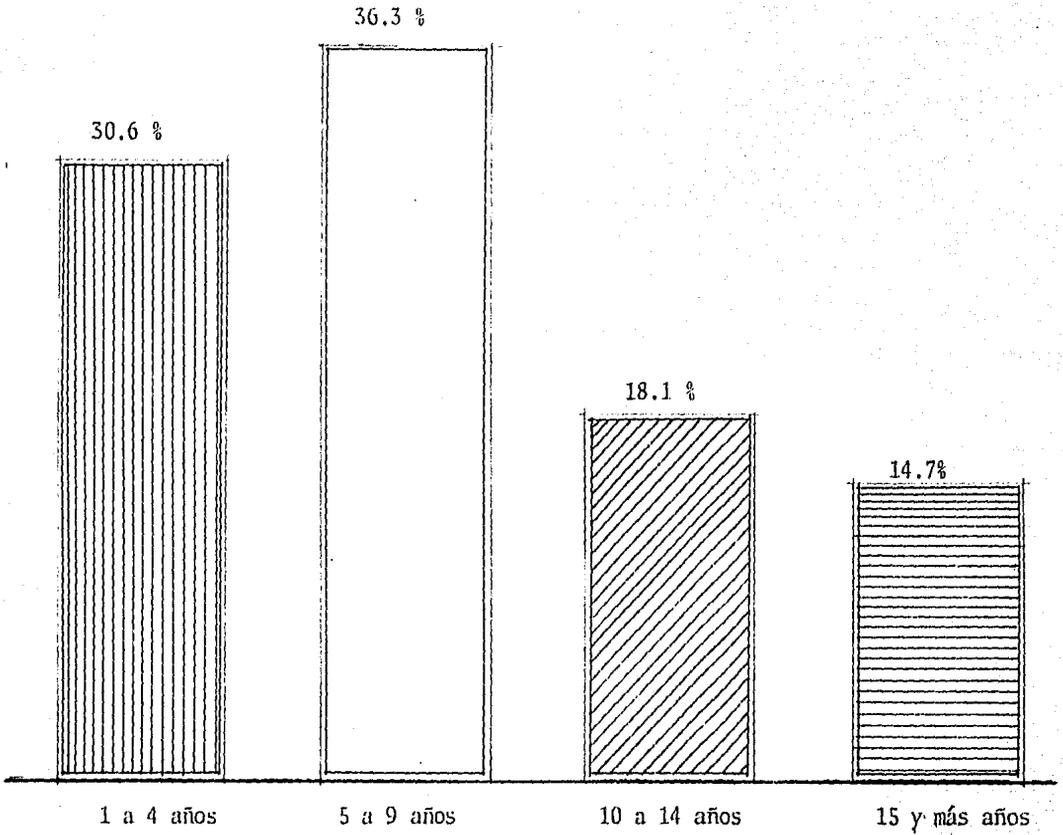


INCIDENCIA DE INVALIDEZ, POR EDAD Y SEXO

Masculino   
 Femenino 

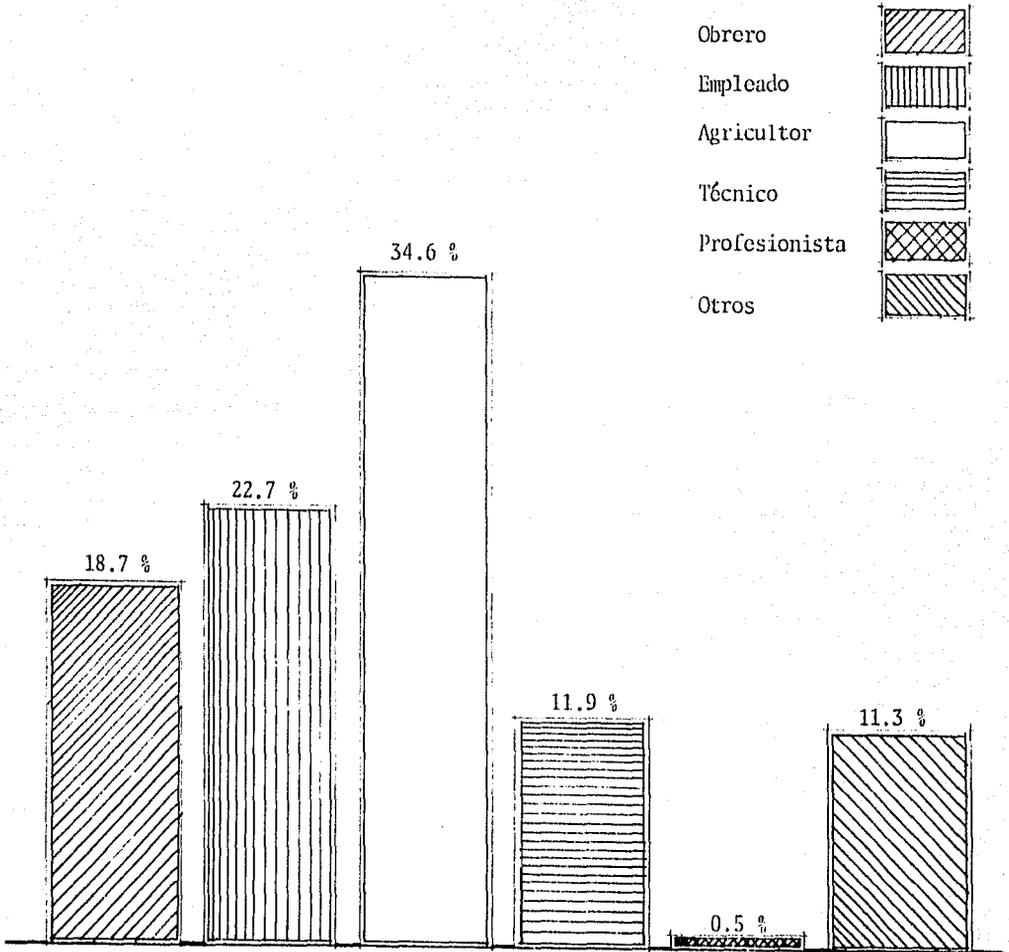
Cuadro #3

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.



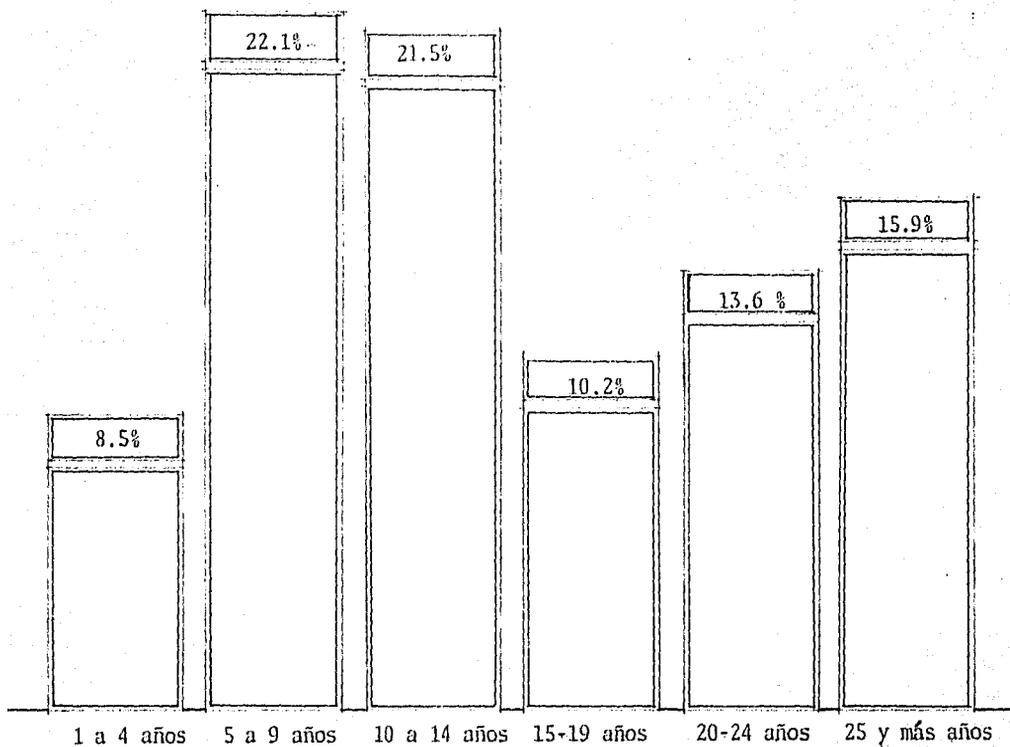
Cuadro #4

OCUPACION ANTERIOR A SU INVALIDEZ.

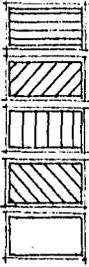


Cuadro # 5

TIEMPO DE REALIZAR LA ACTIVIDAD LABORAL ANTES DE LA PENSION.



Cuadro #6



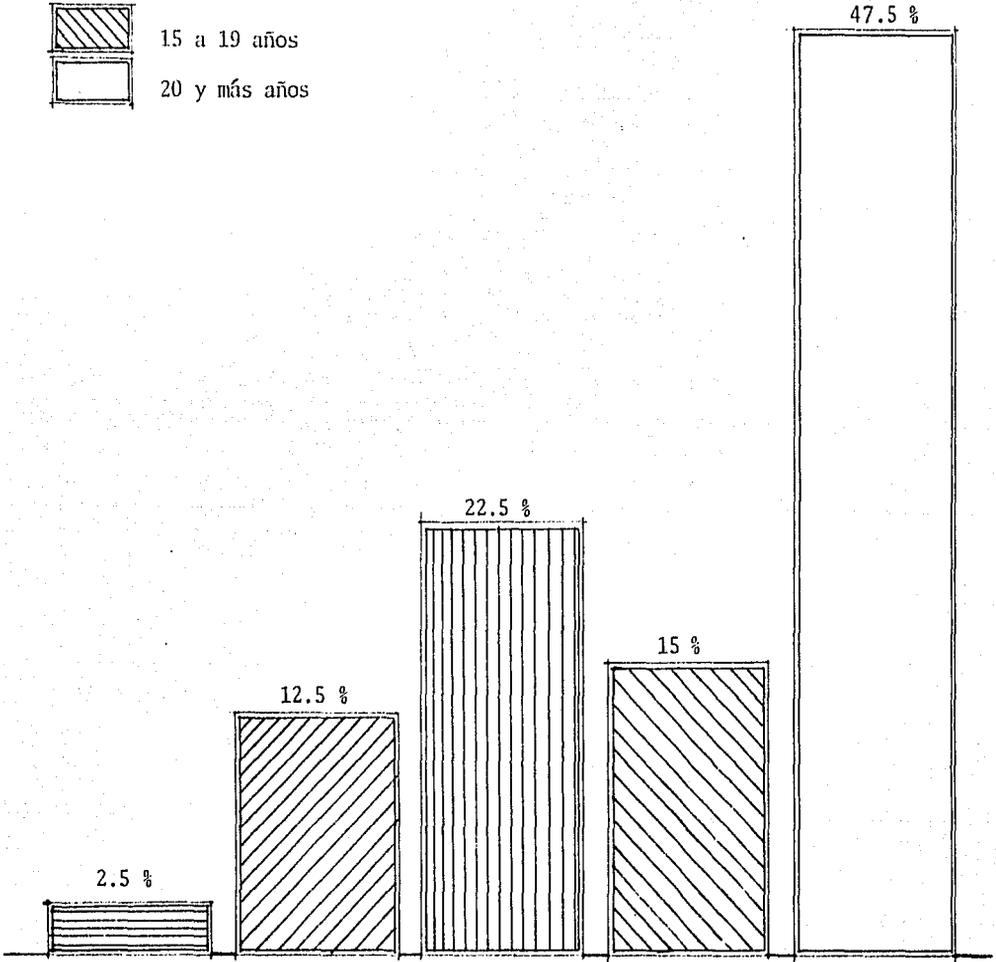
1 a 4 años

5 a 9 años

10 a 14 años

15 a 19 años

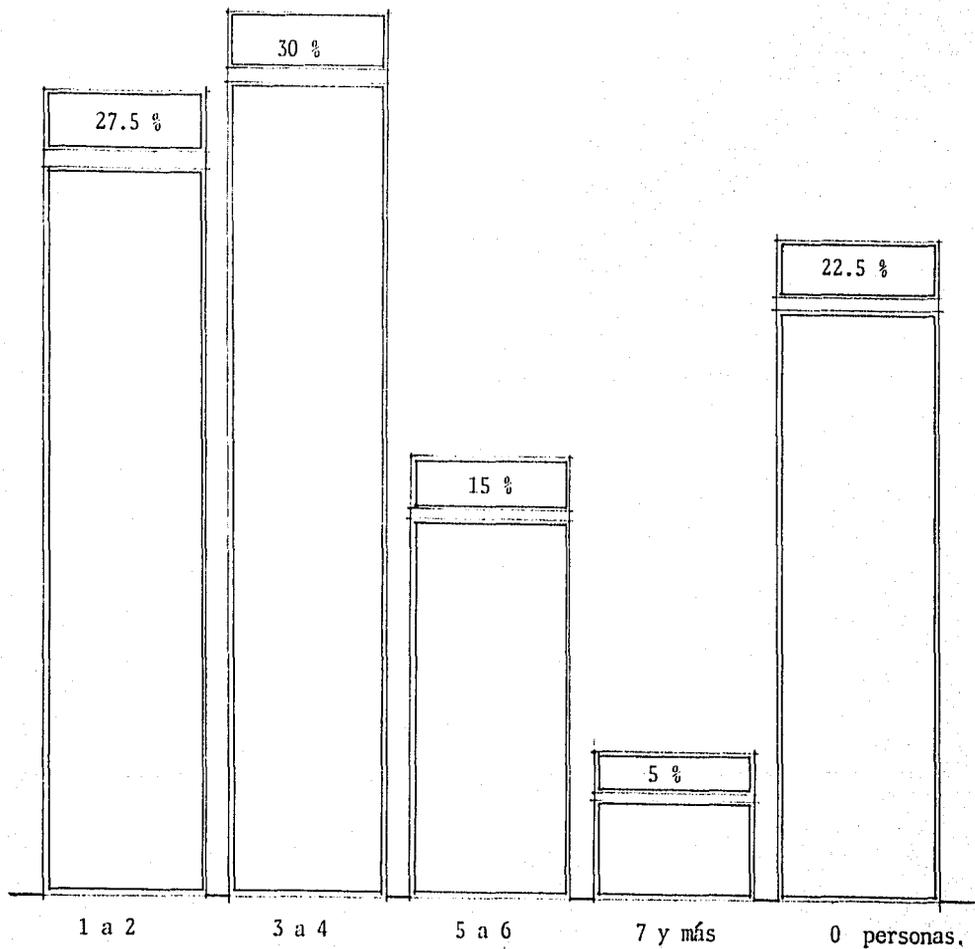
20 y más años



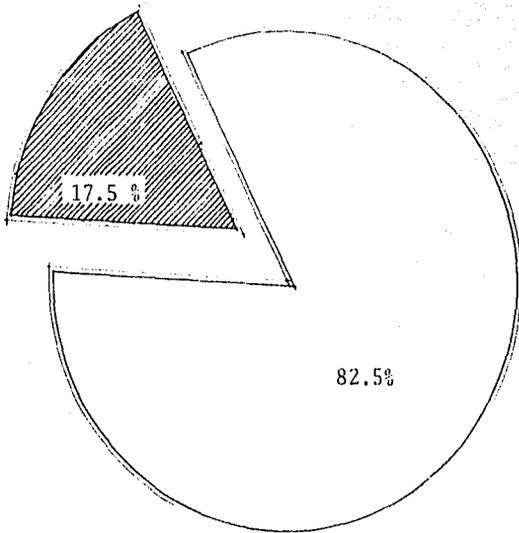
Cuadro # 7

TIEMPO DE SER ASEGURADO

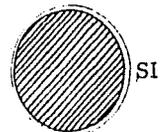
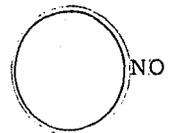
PERSONAS QUE DEPENDEN DEL INVALIDADO.



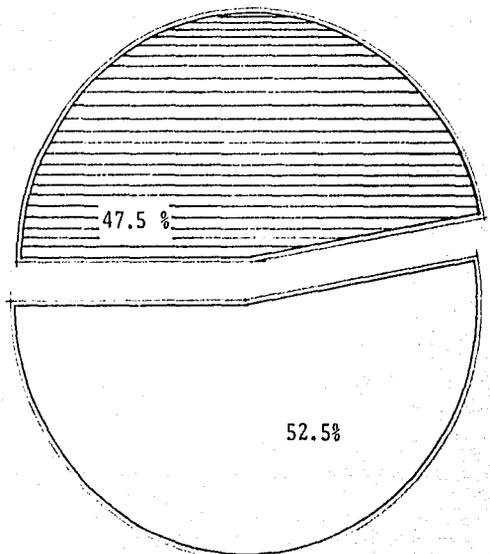
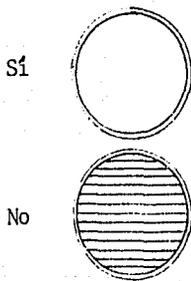
Cuadro #8



CUBRE LAS NECESIDADES BASICAS CON LA PENSION

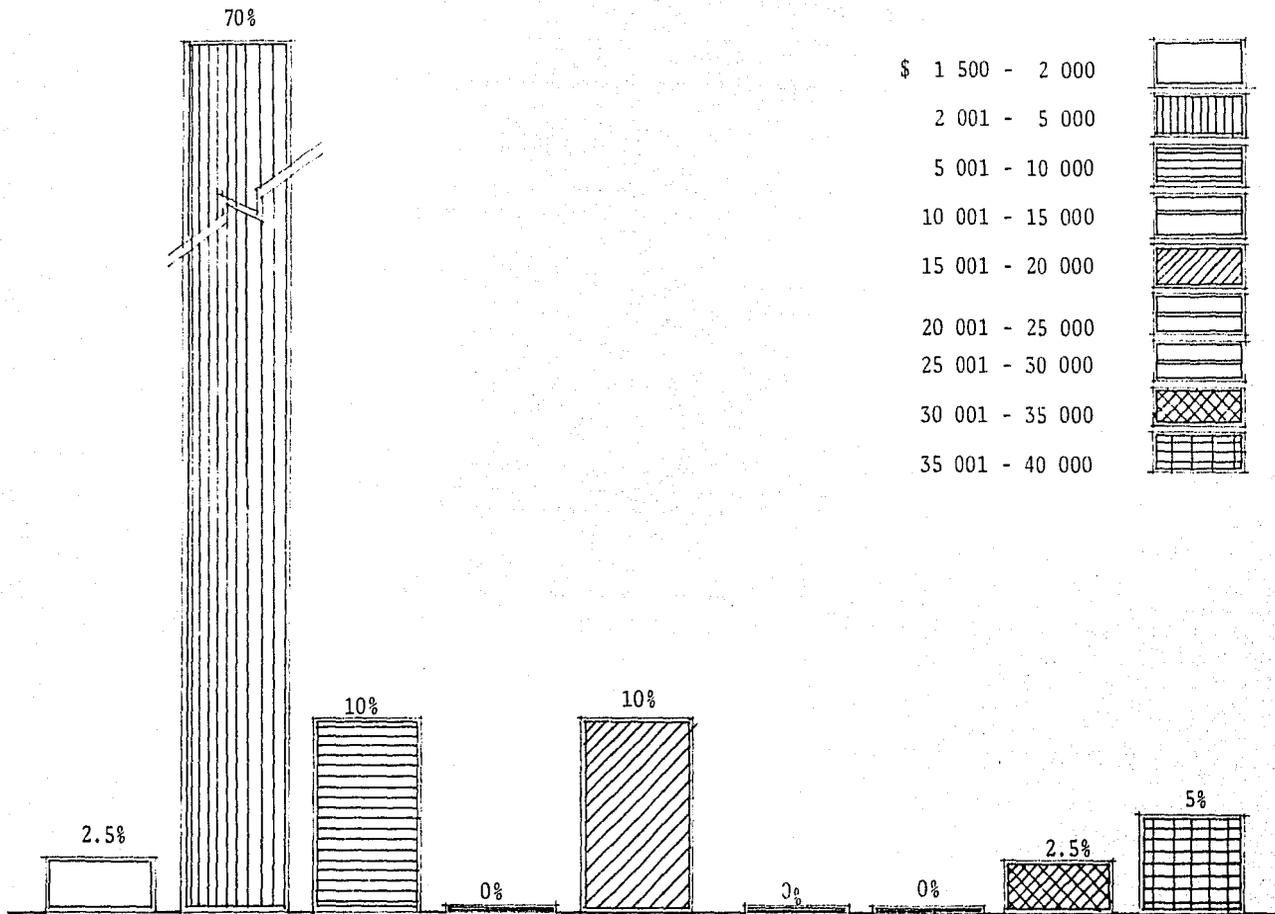


Cuadro # 9



CONTRIBUYEN OTROS MIEMBROS AL INGRESO FAMILIAR.

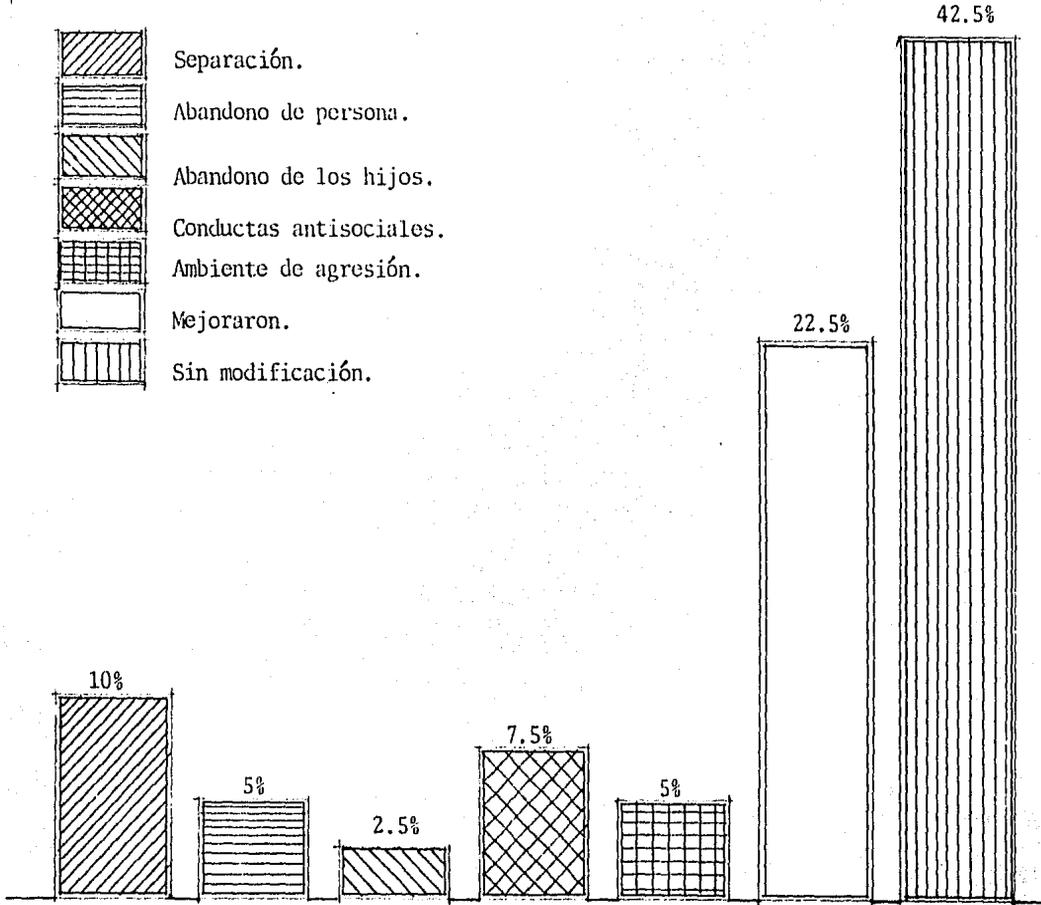
Cuadro #10



MONTO DE LA PENSION.

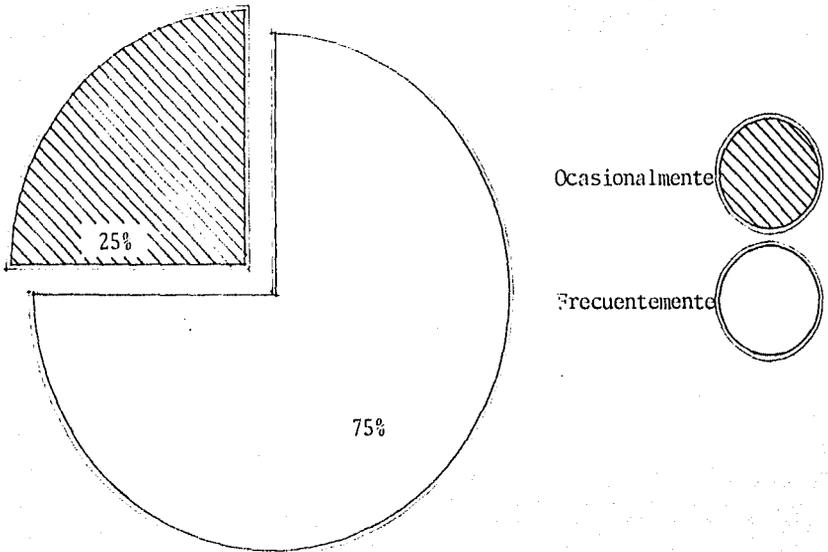
Quadro #11.

REPERCUSION EN LA DINAMICA FAMILIAR.



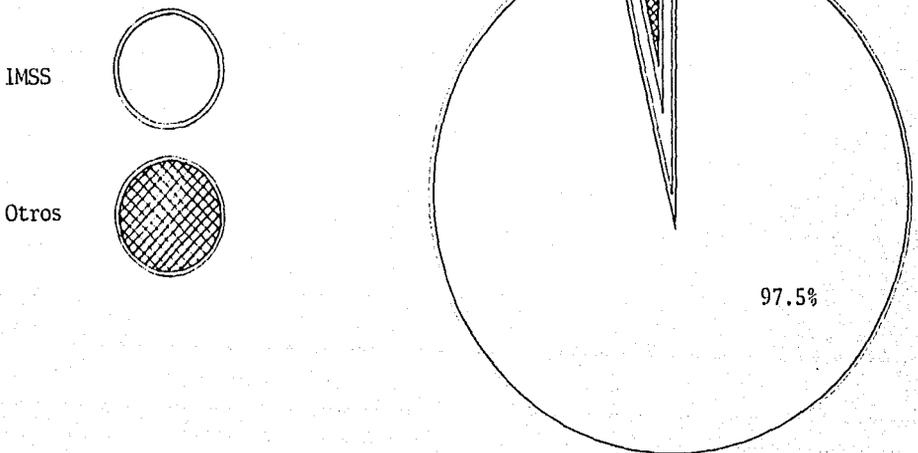
Cuadro #12.

ACUDEN A CONTROL MEDICO:



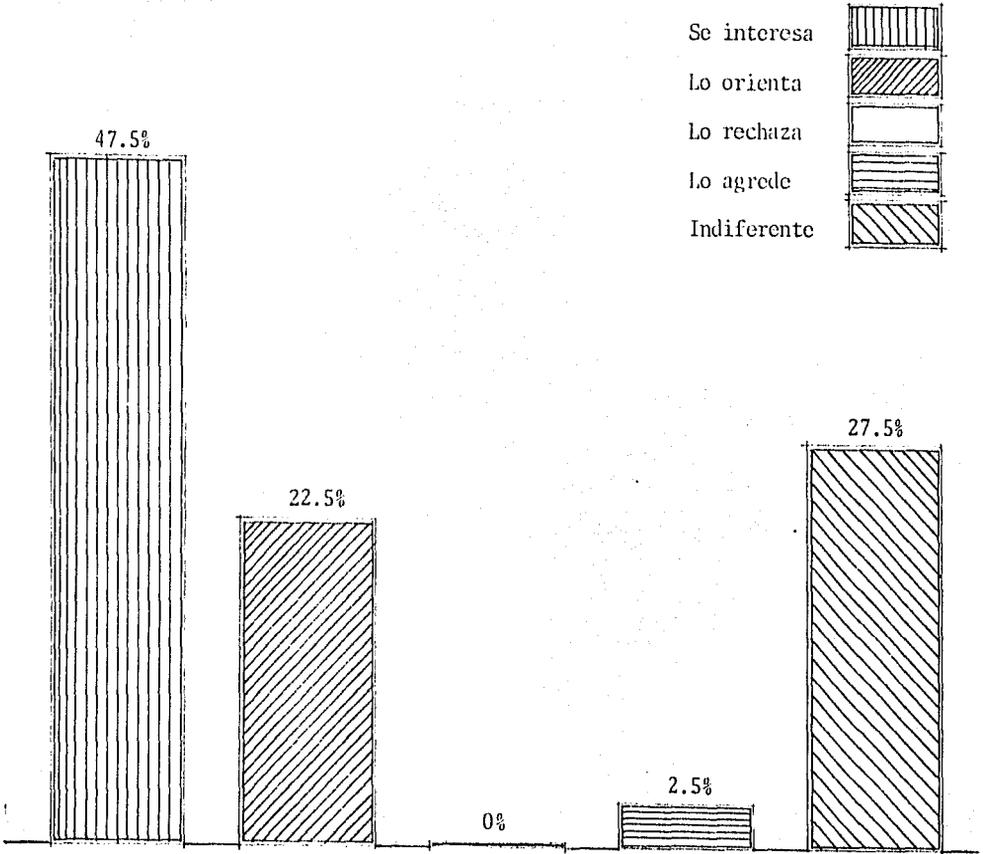
Cuadro # 13

INSTITUCION A DONDE ACUDEN A CONTROL MEDICO:



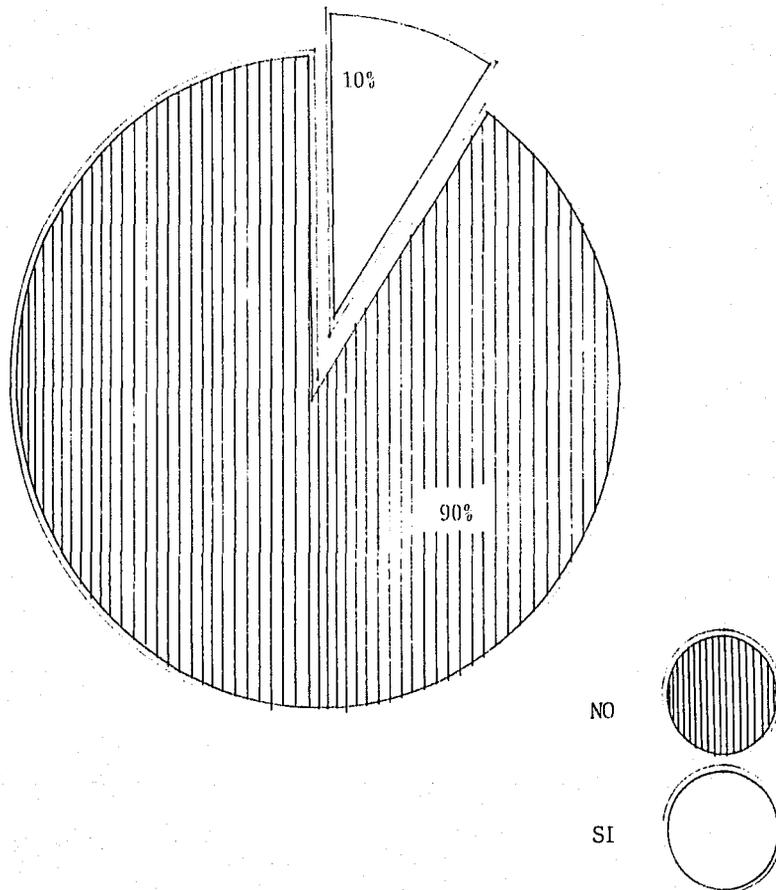
Cuadro #14

ACTITUD DEL MEDICO HACIA EL PACIENTE.



Cuadro #15.

### CAMBIO FRECUENTE DE MEDICO FAMILIAR.



Cuadro #16.

## D I S C U S I O N:

De acuerdo a los resultados obtenidos, el sexo masculino continúa --- generando el mayor número de incapacidades por invalidez, ya que continúan siendo ellos los que principalmente acuden a los centros de --trabajo, y la invalidez se presenta en edades en las que se consideran productivos aún, lo cuál repercute económicamente en el núcleo fami--liar.

La Enfermedad Articular Degenerativa, la Diabetes Mellitus y la Cardio patía Isquémica ocuparon los primeros lugares, lo cuál apoya lo encon--trado en estudios previos (13), y nuestra hipótesis de trabajo.

El tiempo de evolución de éstos padecimientos en la mayoría de los -- casos es de 1 a 9 años, lo que nos indica que no se llevan las medi--das preventivas adecuadas, y que se realizan un diagnóístico y trata--miento tardíos, lo cuál acelera la presentación de las complicacio--nes, y por consiguiente la invalidez temprana.

Además, la población del campo es la más afectada en cuanto a las -- pensiones por invalidez, quizá esto se determine por la deficiente --orientación médica de los campesinos y a que generalmente acuden a -- los centros de salud tardiamente.

Los trabajadores de los diferentes centros de trabajo estudiados -- tenían entre 5 y 9 años de realizar la última actividad, y 20 años y más de ser asegurados, teniendo importancia lo anterior para estable--cer el monto de la pensión, encontrándose el 70% de los casos perci--biendo de 2 001 a 5 000 pesos.

Si aunado al bajo monto de la pensión, existen de 1 a 4 personas que--dependen económicamente del invalidado, el problema se agrava, obli--gando a otros miembros del núcleo familiar a contribuir al ingreso, esto generalmente sucede en miembros jóvenes, lo cuál repercute en -- forma negativa , al modificar los roles de ésos jóvenes.

Lo anterior se confirma en los invalidados cuyos roles no se altera--ron, y en donde la familia funcionó sin modificación aparente; ésto sucedió más frecuentemente en los campesinos.

Y la dinámica familiar mejoró, cuando los pacientes regresaron a sus roles correspondientes, como por ejemplo en la mujer trabajadora, la cuál al pensionarla se reintegraba a su rol preestablecido socialmente, y que es en el hogar.

## CONCLUSIONES .

La Enfermedad Articular Degenerativa es la primer causa que genera pensiones por invalidez, lo cuál ya ha sido demostrado en estudios previos, incluso a nivel nacional (9, 7, 13).

Le siguen en orden de frecuencia enfermedades también crónicas, --- como la Diabetes Mellitus, las Cardiopatías Isquémicas, las cuales - obligan al paciente ha ausentarse de sus labores, generando incapacidades y posteriormente la invalidez en edad aún productiva.

El control médico de éstos pacientes generalmente es deficiente, --- debido a la pobre asistencia al consultorio médico, esto por la falta de aplicación de los niveles de promoción de salud.

El hombre, considerado tradicionalmente como el jefe de la familia, - es quien acude habitualmente a los centros de trabajo, y que al --- presentar una enfermedad invalidante percibe en la mayoría de los -- casos una pensión que economicamente no sufraga las necesidades - básicas de la familia, lo cuál repercute en las interrelaciones --- familiares, en algunos casos negativamente.

Es el médico familiar a quien corresponde la captación oportuna --- y aplicación de un tratamiento adecuado en estos padecimientos cró-- nicos y de evolución hacia la invalidez.

Por otro lado, la falta de motivación del paciente para que acuda -- en etapas tempranas de su enfermedad, es debida fundamentalmente --- a la escasa información que recibe de parte del personal de salud, -- o ha que posee información errónea acerca de su padecimiento.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUGERENCIAS.

- 1.- Insistir al personal de la salud en el beneficio para los individuos con padecimientos crónicos con evolución natural hacia la invalidez, si se detectan y tratan oportunamente, lo cuál redundaría en una vida productiva más larga.
- 2.- Aplicación de los niveles de promoción de salud.
- 3.- Información orientada hacia los pacientes, sobre su padecimiento y la importancia de un control adecuado, con participación activa --- tanto del médico como del paciente.
- 4.- Un programa de Rehabilitación dirigido a limitar o corregir la -- invalidez, para facilitar la reubicación laboral, y además alargar -- la vida productiva del individuo.

## B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Arreguín, Enrique: La seguridad y la cultura. Rev. Med. IMSS Vol.6 n°um.4: págs. 66-69, 1967.
- 2.- Arreguín, Enrique: Evolución del sistema protector de los riesgos profesionales en México. Rev. Med. IMSS. Vol. 6 núm.4: págs. -- 82-106, 1967.
- 3.- Baez Pacheco, Modesto: Investigación de hipertensión arterial en un Hospital de concentración. Bol. Méd. IMSS. Vol.21: pág.127-130, 1979.
- 4.- Flores Alvarado, Angel y cols.: La Medicina Preventiva en las Empresas. Salud Pública de México. Epoca V, Vol. 21, No.2: págs. 199-209, 1979.
- 5.- Ibarra, Luis G.: Invalidez y Rehabilitación . Rev. de la Facultad de Medicina. Vol. XXII Año 3: págs. 30-42, 1975.
- 6.- Ibarra, Luis G.: Registro Nacional de Inválidos. Salud Pública de México. Epoca V, VOL. XXII, Rev. No. 2:págs.179-189, 1980.
- 7.- Macotela Ruiz, Ernesto: Enfermedades del Trabajo. Gaceta Médica de México. Vol. 11, No. 8: págs. 371-82, 1978.
- 8.- Méndez, Luis: La Medicina Institucional. Rev. Méd. IMSS. Vol.4 núm. 4: pags. 259-263, 1963.
- 9.- Ordoñez de la Mora, Blanca: La Medicina Preventiva en las Enfermedades no transmisibles. Rev. Méd. IMSS. Vol. 8, n°um.1,pág.11-18 1969.
- 10.- Poulizac, Henri: La Economía Social, base de la Seguridad Social. REV. Méd. IMSS, Vol.4 núm. 4: págs. 164-174. 1965.
- 11.- Ruiz Salazar, Antonio: El ausentismo y su trascendencia económica y social. Rev. Med. IMSS. Vol. 3: págs. 248-251, 1964.
- 12.- Sáinz Jasini, José M.: Funciones del médico general en el sistema de atención médica. Bol. Med. IMSS, Vol. 20: 191,1978.
- 13.- Valle Echenique, Alejandro: Patología general y los estados de -- Invalidez en el IMSS. Simposio La Medicina del Trabajo en México, págs. 89-95, 1979.

- 14.- Vales Ancona, Luis y Bravo Brash, Josefina: La rehabilitación para el trabajo. Simposio de Medicina del Trabajo en México, págs. 97-104, 1979.
- 15.- Yáñez Martínez, Julio: La Medicina del Trabajo. Bol. Méd. IMSS. Vol. 20: págs. 153-156. 1978.