

Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar

Family function and coping in patients with permanent disability in a Medical Familiar Unit

Funcionamento familiar e de afrontamento em pacientes com deficiência permanente em uma Unidade Médica da Família

Fonctionnalité familiale et adaptation chez les patients ayant une incapacité permanente dans une Unité de Médecine Familiale

Nadia Celeste Rosales-Córdova¹, Silvia María Guadalupe Garrido-Pérez², Fernando Carrillo-Ponte³

DOI: 10.19136/hs.v16i2.1592

ARTICULO ORIGINAL

Fecha de recibido: 27 de enero de 2017. Fecha de aceptado: 26 de abril de 2017.

Autor de correspondencia

Nadia Celeste Rosales-Córdova. Dirección postal: Unidad de Medicina Familiar No. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Calle Prolongación Ignacio Zaragoza esquina Carmen Cadena de Buendía 102, Col. Nueva Villahermosa, Villahermosa, Tabasco, C.P. 86070. Correo electrónico: nadiasahily@gmail.com, nadia_cordova1@hotmail.com.

Resumen

Objetivo: Determinar el afrontamiento y la funcionalidad familiar en pacientes con incapacidad permanente en la Unidad Médica Familiar 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco durante 2014 - 2015.

Materiales y métodos: Estudio de observación, transversal, analítico, en 65 derechohabientes con Incapacidad permanente, de 18 a 69 años, ambos sexos. Se evaluó la Funcionalidad Familiar (FF-SIL). Para el Afrontamiento se utilizó el CSI (Coping Strategies Questionnaire) Inventario de Estrategias de Afrontamiento, previo consentimiento informado. Se realizó estadística descriptiva y X^2 de Pearson.

Resultados: Las características del paciente estudiado fueron: edad media 39 años, masculino (89.8%), con pareja (84.7%), alfabetizados (98.3%), religión católica (64.4%), sin ocupación (57.6%), con ingreso mensual entre 3 y 10 mil pesos (67.8%), con promedio de 2 hijos (50.8%), con vivienda propia (76.3%), comorbilidad asociada (30.5%), con familia nuclear (78%), ciclo vital familiar en dispersión (50.8%), con 3 o más dependientes económicos (54.2%), con miembro familiar que trabaja (57.6%), porcentaje en dictamen de incapacidad permanente del 25 a 49% (44.1%), la lesión que provocó la IP fue fractura de miembro inferior (37.3%), tienen con incapacidad permanente de 12 a 18 meses, (25.4%), tipo de riesgo que sufrieron accidente de trabajo (74.6%), la incapacidad permanente dictaminada de tipo parcial (91.5%), pertenecen a una familia funcional. (93.2%), y emplearon un afrontamiento activo al estrés (69.5%). Se observó que las familias funcionales emplearon un afrontamiento activo del estrés en un 66.1%, $X^2 = .76$, $gl:1$ con $p: .001$, estadísticamente significativa.

Conclusiones: Los pacientes con dictamen de incapacidad permanente presentaron una Funcionalidad Familiar relacionada con la estrategia empleada de afrontamiento activo ante el estrés.

Palabras clave: Funcionalidad familiar; Afrontamiento; Incapacidad permanente; Riesgos de trabajo; Crisis familiar.

1. Médico de Familia adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

2. Doctora en Ciencias de la Salud adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

3. Médico Especialista adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Abstract

Objective: To determine the coping and the family functionality in permanent disability in the 39th Medical family Unit of the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) in Tabasco during 2014 – 2015.

Materials and Methods: An analytical transversal observational Study was made to 65 permanent disability right holder' workers, done in both genders from 18 to 69 years old. The Family Functionality (FF – SIL) was evaluated. A Coping Strategies Questionnaire (CSI) was used for Coping, with prior informed agreement. A descriptive statistic was done and the Pearson X^2 .

Results: the patient's studied characteristics were: media age, 39 years old, (89.8%) male, (84.7%) with couple, (98.3%) literate, (64.4%) Catholic religion, (57.6%) idle, (67.8%) from 3 to 10 thousand pesos monthly income, (50.8%) with 2 children, (76.3%) owned a house, (30.5%) associated comorbidity, (78%) nuclear family, (50.8%) scattered family, (54.2%) with 3 or more economic dependents, (57.6%) with a working family member, (44.1%) from a 25 to a 49% in a permanent disability, (37.3%) the IP provoked injury was in a lower member, (25.4%) has a permanent disability from 12 to 18 months, (74.6%) work accident risk, (91.5%) permanent partial type declared disability, (93.2%) belong to a functional family, (69.5%) applied an active coping stress. It was observed that functional families use an active coping stress in a 66.1%, $X^2 = .76$, *gl: 1* with *p: .001*, statistically significant.

Conclusions: Patients with a permanent disability report presented a Family Functionality related to the strategy used for active coping with stress.

Palabras clave: Family function; Coping; Permanent disability; Work risks.

Resumo

Objetivo: Determinar o enfrentamento e funcionamento familiar em pacientes com incapacidade permanente UMF 39, IMSS, Tabasco durante 2014 - 2015.

Materiais e métodos: Estudo de observação, transversal, analítico em 65 pessoas com deficiência permanente, de 18 a 69 anos, de ambos os sexos. Se avaliou a funcionalidade familiar (FF-SIL). Para o enfrentamento utilizou-se o CSI (Coping Strategies Questionnaire), a enquete sobre as Estratégias de Afrontamento, após o consentimento informado. Realizou-se estatística descritiva e X^2 de Pearson realizada.

Resultados: As características dos pacientes estudados foram: idade média de 39 anos, do sexo masculino (89,8%), em casal (84,7%), alfabetização (98,3%), católicos (64,4%), sem ocupação (57,6%), com renda mensal entre 3 e 10 mil pesos (67,8%), com em média 2 crianças (50,8%), com casa própria (76,3%), co-morbidade (30,5%), família nuclear (78%), ciclo vital em dispersão (50,8%), com 3 ou mais dependentes (54,2%), com membro da família trabalhando (57,6%), porcentagem opinião incapacidade permanente de 25 a 49% (44,1%), o prejuízo causado o IP foi quebrado membro inferior (37,3%), com licença de incapacidade permanente de 12 a 18 meses (25,4%), tipo de risco de acidente sofrido (74,6%), deficiência permanente do tipo parcial (91,5%), pertencem a uma família funcional. (93,2%), e utilizaram uma tensão ativa (69,5%) de enfrentamento do stress. Observou-se que as famílias funcionais utilizaram um afrotamento ativo do estresse em 66,1%, $X^2 = 0,76$, *gl: 1 p: .001*, estatisticamente significativa.

Conclusões: Os pacientes com certidão de incapacidade permanente tiveram uma funcionalidade familiar relacionadas com estratégia de enfrentamento ativo ao estresse.

Palavras-chaves: Função da família; enfrentamento; Invalidez permanente; riscos de trabalho.

Résumé

Objectif: Déterminer l'adaptation et le fonctionnement familial chez les patients ayant une incapacité permanente dans l'Unité Médicale Familiale 39 de l'«Instituto Mexicano del Seguro Social» (Institut Mexicain de Sécurité Social) de Tabasco, pendant la période 2014 - 2015.

Matériaux et méthodes: Étude observationnelle, transversale et analytique, réalisée avec 65 bénéficiaires ayant une incapacité permanente, de 18 à 69 ans, des deux sexes. Le fonctionnement familial a été évalué avec le FF-SIL, et l'adaptation avec le CSI (Coping Strategies Questionnaire), en comptant avec le consentement préalable des participants. Les résultats ont été analysés avec la statistique descriptive et la X^2 de Pearson.

Résultats: Les caractéristiques principales des patients étudiés ont été les suivantes: âge moyen 39 ans, sexe masculin (89,8%), en couple (84,7%), alphabète (98,3%), catholique (64,4%), sans occupation (57,6%), revenu mensuel de 3 à 10 mille pesos (67,8%), 2 enfants en moyenne (50,8%), propriétaire de leur logement (76,3%), avec des comorbidités (30,5%), de famille nucléaire (78%), dans l'étape de dispersion du cycle familiale (50,8%), un minimum de 3 personnes à charge (54,2%), un membre de la famille qui travaille (57,6%), une invalidité permanente évaluée de 25 à 49% (44,1%), une fracture de jambe à l'origine de cette incapacité (37,3%), une incapacité permanente établie depuis 12 à 18 mois (25,4%), un accident de travail à l'origine de l'incapacité (74,6%), une incapacité permanente partielle (91,5%), une famille fonctionnelle (93,2%), utilisation de stratégies actives d'adaptation (69,5%). On a observé que 66,1% des familles fonctionnelles ont utilisées des stratégies actives d'adaptation, $X^2 = .76$, *gl: 1 con p: .001*, statistiquement significatif.

Conclusions: Les patients ayant une incapacité permanente établie ont une fonctionnalité familiale liée à des stratégies actives d'adaptation au stress.

Mots-clés: Fonctionnalité familiale ; adaptation ; Invalidité permanente; Risques professionnels ; Crise familiale.

Introducción

La información de diversas realidades a nivel mundial considera a los accidentes de trabajo como una importante causa de ausentismo laboral. Las tasas o la gravedad de los accidentes siguen altas en muchos países los cuales, mantienen una política de prevención y reportes estadísticos que les permite implementar medidas de vigilancia médico-ocupacionales y preventivas. Según reportes estadísticos analizados, la naturaleza de los accidentes laborales afecta a gente joven y jefes de hogar en su gran mayoría, quienes son el principal motor de las economías en nuestros países. Para conocer el impacto de los accidentes de trabajo en una sociedad, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha informado que sólo en EE.UU., se estima que el costo de los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, representa aproximadamente el 4 % del PIB anual¹.

Lamentablemente hay accidentes laborales que derivan en una incapacidad permanente provocando una crisis paranormativa dentro del núcleo familiar ya que hay que recordar que la discapacidad implica tanto a quien es afectado, como a quien no es afectado. Involucra a todos, pues la discapacidad no es un simple asunto médico, sino un suceso social, económico, político y cultural. Estudiar la funcionalidad familiar de los pacientes que cuentan con dictamen de incapacidad permanente parcial o total tiene por objetivo determinar el nivel de funcionamiento familiar en la actualidad, valorando la cohesión, la armonía la comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y la adaptabilidad².

Ofrecer la atención multidisciplinaria al paciente con incapacidad permanente nos será más fácil si conocemos a qué tipo de familia pertenece, cuál es su red de apoyo y cómo es el funcionamiento de su familia.

Todas las personas respondemos de diferentes maneras ante una crisis; dentro de la siguiente investigación se pretende conocer la estrategia de afrontamiento utilizada por los pacientes que sufrieron accidente laboral y se hicieron meritorios de un dictamen de incapacidad permanente parcial o total. La finalidad de lograrlo y dárselo a conocer, es estimular al paciente a un autoanálisis para crisis futuras dentro de cualquier aspecto de la vida, haciendo énfasis en el campo laboral³. El estudio tuvo como objetivo determinar el afrontamiento y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con dictamen de incapacidad permanente adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 39 del IMSS Tabasco durante el periodo 2014 - 2015.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de observación transversal, analítico

en 65 derechohabientes con Incapacidad permanente por riesgos de trabajo de entre 18 a 69 años de edad, de ambos sexos de la Unidad de Medicina Familiar 39 del IMSS Tabasco, con previo consentimiento informado. La Funcionalidad Familiar se evaluó con el instrumento FF-SIL. Para el Afrontamiento se utilizó el CSI (Coping Strategies Questionnaire) Inventario de Estrategias de Afrontamiento, adaptado al español por Cano et al. en 2007⁴.

Se consideró el total de los casos observados durante el periodo 2014 y 2015 (65 casos). De la UMF 39 del IMSS Delegación Tabasco. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia obtenido de la UMF 39 del IMSS. Los criterios generales a considerar fueron facilidad y accesibilidad para obtener la recolección de los datos.

Los criterios de inclusión fueron los pacientes derechohabientes de ambos sexos, de 18 a 69 años de edad, que acudieron al servicio de salud en el trabajo, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2015 y que cuentan con dictamen de incapacidad permanente parcial o total, secundaria a riesgos de trabajo y que aceptaron participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron pacientes en quienes sus características físicas, como secuelas neurológicas: motoras y/o sensitivas, y las mentales, como deterioro cognitivo, que no les permitieron participar en el estudio.

Durante el estudio se obtuvo una tasa de no respuesta o pérdida aceptable del 9.2%, debido a fallecimiento de tres pacientes, que se encontraban contemplados en la población de estudio y tres que presentan deterioro cognitivo debido a secuelas neurológicas, los que fueron excluidos.

Recolección de la información. Una vez autorizado el estudio de investigación por el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro social (SIRELCIS), se procedió a obtener la base de datos de la población a estudiar en el área de Salud en el Trabajo de la UMF 39 del IMSS.

Los pacientes fueron contactados por vía telefónica para programar una cita y realizar la entrevista. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista a los pacientes; ésta se realizó en el consultorio de Salud en el trabajo de la UMF 39 del IMSS en Villahermosa, Tabasco, durante el turno matutino.

Al acudir el paciente, se realizaron las presentaciones pertinentes de ambas partes y se procedió a la obtención de los datos de la cédula sociodemográfica y clínica de cada uno; posteriormente se les explicó acerca de la investigación y su

objetivo. Se les dió a conocer el consentimiento informado (Clave: 2810-009-013) que fue aprobado por cada paciente entrevistado para su participación y una vez autorizada, se procedió a la aplicación de los instrumentos de evaluación FF-SIL e Inventario de estrategias de afrontamiento.

Finalmente, para la recolección de los datos socio-demográficos de los pacientes se utilizó un formato creado por el investigador, el cual consta de 20 ítems en los cuales se preguntó nombre, dirección, edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, ocupación, ingresos económicos mensuales, número de hijos, propiedad de la vivienda y de qué tipo, ser portador de alguna enfermedad, cuántas personas viven en su hogar y con qué parentesco, cuántas personas dependen económicamente de él o ella, si alguien más en su familia trabaja y quién, qué porcentaje se dictaminó de incapacidad permanente, el tipo de lesión que sufrió, fecha del dictamen, ya sea inicial o revaloración, tipo de riesgo de trabajo y tipo de incapacidad permanente dictaminada. El test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) por Ortega, de la Cuesta y Días. La prueba FF - SIL se diseñó en 1994, con la idea de que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de la Atención Primaria. En aquella oportunidad se realizó la primera comprobación de los procedimientos de confiabilidad y validez. El instrumento FF-SIL consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo dos a cada uno de los siete factores que mide este cuestionario. Para cada situación existe una escala de 5 opciones de respuestas, que tienen una calificación en puntos de menor a mayor, en la que Casi nunca: un punto, Pocas veces: dos puntos, A veces: tres puntos, Muchas veces: cuatro puntos, Casi siempre: cinco puntos. Número de situaciones: 1 y 8 miden la variable Cohesión, 2 y 13 miden la variable Armonía, 5 y 11 miden la variable Comunicación, 7 y 12 miden la variable Permeabilidad, 4 y 14 miden la variable Afectividad, 3 y 9 miden la variable Roles, 6 y 10 miden la variable Adaptabilidad. Cada una de las 14 situaciones que fueron presentadas al usuario, se respondió con una (x) en la escala de valores señalada; según la percepción del miembro de la familia. Posteriormente se sumaron las calificaciones de cada ítem, lo cual determinó en qué categoría se encontraba el funcionamiento familiar.

Resultados del cuestionario: Familia Funcional de 70 a 57 puntos, Familia Moderadamente Funcional de 56 a 43 puntos, Familia Disfuncional de 42 a 28 puntos, Familia Severamente Disfuncional de 27 a 14 puntos⁵. Tipo de Familia: Familia Funcional: Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por su cohesión con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las

tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo. Familia disfuncional: Es un espacio donde no se valora al otro, no se apoyó, no se cumple con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual, afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que se pueden generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida⁶.

Inventario de Estrategias de afrontamiento: este inventario de 40 ítems, fue hecho por Cano et al. (2007), tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita. Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Las ocho escalas primarias son las siguientes: 1) Resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce), 2) Reestructuración cognitiva (estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante), 3) Apoyo social (estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional), 4) Expresión emocional (estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés), 5) Evitación de problemas (estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante), 6) Pensamiento desiderativo (estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante), 7) Retirada social (estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante) y 8) Autocrítica (estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo). Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias: Manejo adecuado centrado en el problema: incluye las subescalas Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado; Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Apoyo social y Expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante; Manejo inadecuado, centrado en el problema: incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes o bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras; Manejo

inadecuado, centrado en la emoción: incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, reflejando un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación. Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias: Manejo adecuado: incluye las subescalas Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante; Manejo inadecuado: incluye las subescalas Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo⁷.

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento se evaluó de la siguiente manera: para cada respuesta "en absoluto" se dio puntuación de 0; para "poco", 1; para "bastante", 2; para "mucho", 3; y para "totalmente", 4. Se consideró presente la estrategia cuando de las cinco preguntas de cada subescala, tres se reportaban con respuestas de 2 a 4 (de "bastante" hasta "totalmente"), y se consideró que presentando 3 de 4 áreas estaba presente predominantemente la subescala activa o pasiva correspondiente. Se consideraron estrategias mixtas en aquellos que presentaron más de 2 subescalas de cada estrategia primaria simultáneamente. Aquellos que presentaron respuestas entre 0 y 1 en las diferentes subescalas fueron considerados como "ninguna"⁸.

Las escalas fueron validadas en población similar a la estudiada obteniendo su fiabilidad, con la prueba Alfa de Cronbach.

Una vez obtenidos los datos de la investigación estos fueron procesados con el software SPSS en su versión número 22. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva a partir de medidas de tendencia central y dispersión, así como distribución de frecuencias. Se realizó X² de Pearson para la comparación de datos⁹.

Resultados

Se agrupó a la población por décadas; dentro del grupo de edad de 30 a 39 años, representó un 45.8% del total de casos. La media de edad fue de \bar{x} =39.6, y DE=10.62, el valor mínimo fue de 21 y el máximo de 68 años. El sexo predominante fueron los hombres, lo que representó 89.8 % del total. El estado civil de los pacientes, fue de casados y aquellos en unión libre 84.7%. En su mayoría son alfabetizados, lo que equivale al 98.3%.

Se observó que la religión predominante fue la católica en 64.4%. La ocupación, en la mayoría de los pacientes fue; ninguna actividad laboral en el 57.6 % del total de la población. Los ingresos económicos mensuales fueron de

3,000 a 10,000 pesos; entre las categorías de 3,000 a 5,000 y de 5,000 a 10,000, representaron para cada categoría el 33.9%, lo que equivale al 67.8% del total. Se observó que la población estudiada tiene dos hijos, encontrando esta respuesta en un 37.3% del total. La media fue \bar{x} =2.59, con DE±1.428, el valor mínimo fue de cero y el máximo de ocho. Los pacientes cuentan con vivienda propia en 76.3%.

Respecto a la tipología familiar según su composición, se encontró que las familias a las que pertenecen son del tipo nuclear y corresponden a 78.0%. En la investigación se incluyó el estudio del ciclo vital familiar en que se encuentran las familias de los pacientes y la mayoría en etapa de dispersión, lo que corresponde al 50.8% del total.

Se observó que los pacientes tienen tres o más dependientes económicos en el 54.2%. Se preguntó a los pacientes si tienen otro miembro en la familia que trabaje y la respuesta más frecuente fue si en el 57.6% de los casos. Se investigó si los pacientes con IP tienen alguna otra enfermedad asociada a la lesión que provocó la incapacidad y la respuesta más frecuente fue: ninguna enfermedad, (69.5%).

El porcentaje de incapacidad en el que se encuentran los pacientes con IP está del 25 al 49 %, y representa el 44.1% de la población. Se observó que la lesión más frecuente que ocasionó la IP fue la fractura de miembros inferiores, ocupando el 37.3% de los casos. Los que tienen de 12 a 18 meses de inicio de la IP, de acuerdo a la fecha de emitido el dictamen ST-3, el 25.4%. Se observó que la causa externa de morbilidad y mortalidad más frecuente en pacientes que tienen dictamen de IP fue accidentes de transporte en 49.2%. El tipo de riesgo que ocasionó con mayor frecuencia la incapacidad permanente en los pacientes fue el accidente de trabajo, este representa el 74.6 %. El tipo de incapacidad permanente que poseen los pacientes de la UMF 39 es en su mayoría de tipo parcial, y corresponde al 91.5% del total.

Resultados FF-SIL: Se realizó coeficiente de fiabilidad del instrumento utilizado, obteniéndose un Alfa de Cronbach de nivel muy bueno con un coeficiente alfa de 0.89. Al realizar el análisis estadístico de los catorce elementos de la escala, se obtuvo una media del puntaje de calificación \bar{x} =58.07, y una DE=9.072. Como parte de la validación de la escala se observó que el análisis de varianza para la escala fue de 977.981, con gl:825 Con una prueba de F de 15.677 y una *p*:.001. Es decir, que los catorce factores obtenidos explican el valor de la varianza observada. La escala de funcionalidad familiar FF-SIL, consta de siete factores, los cuales se evalúan cada una por dos ítems con valor de cinco puntos cada uno. En cada factor el puntaje óptimo es de diez puntos entre ambos ítems¹⁰. En la tabla puede observarse que la media de respuesta por factores fue en su mayoría de cuatro, lo que indica que las familias

de los pacientes con IP encuestados se encuentran cerca del valor óptimo por factor, también puede observarse que en la factor adaptabilidad, la media fue $\bar{x}=4$, donde el resultado fue $\bar{x}=3.83$, esto traduce que las familias de los pacientes con IP encuestados tienen menor grado de adaptabilidad familiar (Tabla 1). En la escala de funcionalidad familiar aplicada, se observó que en su mayoría las familias de los pacientes con IP, se encuentran en el nivel de familia funcional, (67.8%). La variable Funcionalidad familiar se dicotomizó y se mostró que las familias de los pacientes con IP fueron funcionales en 93.2 % (Fig. 1).

Resultados Inventario de Estrategias de Afrontamiento: Los pacientes que se consideraron capaces de afrontar la situación, respondieron totalmente en 39.0% de los casos (Fig. 2). Se realizó coeficiente de fiabilidad de la escala de 40 elementos, con un Alfa de Cronbach de 0.844. En la estadística de la escala los valores obtenidos fueron $\bar{x}=74.27$, varianza 359.305, DE=18.955. El puntaje más alto se obtuvo en las escalas primarias de resolución de problemas, pensamiento desiderativo y reestructuración cognitiva; para las escalas secundarias, las puntuaciones más altas se encontraron en el manejo adecuado centrado en el problema y en la escala terciaria se puede observar que la puntuación más alta se obtuvo en el Pensamiento activo del estrés (Tabla 2).

Tabla 1. Resultados de acuerdo a los siete factores del FF-SIL

Dimensiones	Puntaje óptimo	Media
Cohesión (ítems 1 y 8)	10	4.38
Armonía (ítems 2 y 13)	10	4.44
Rol (ítems 3 y 9)	10	4.29
Afectividad (ítems 4 y 14)	10	4.39
Comunicación (ítems 5 y 10)	10	4.31
Adaptabilidad (ítems 6 y 10)	10	3.83
Permeabilidad (ítems 7 y 12)	10	3.37

Fuente: Cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL aplicado a pacientes con dictamen de IP de la UMF 39 del IMSS 2016

Figura 1. Nivel de Funcionalidad Familiar (Dicotómica)



Fuente: Cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL aplicado a pacientes con dictamen de IP de la UMF 39 del IMSS 2016

Figura 2. Distribución porcentual de pacientes que se consideraron capaz de afrontar la situación

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Aplicado a pacientes con dictamen de Incapacidad Permanente de la UMF 39, IMSS Tabasco 2016.

Tabla 2. Estrategias de Afrontamiento usadas por los pacientes con incapacidad Permanente de la UMF 39 del IMSS Tabasco.

Usada	f	%	No Usada	f	%	f	%
Resolución Problemas	52	88.1	Resolución Problemas	7	11.9	59	100
Autocrítica	12	20.3	Autocrítica	47	79.7	59	100
Expresión Emocional	34	57.6	Expresión Emocional	25	42.4	59	100
Pensamiento Desiderativo	50	84.7	Pensamiento Desiderativo	9	15.3	59	100
Apoyo Social	37	62.7	Apoyo Social	22	37.3	59	100
Reestructuración Cognitiva	35	59.3	Reestructuración Cognitiva	24	40.7	59	100
Evitación de Problemas	24	40.7	Evitación de Problemas	35	59.3	59	100
Retirada Social	9	15.3	Retirada Social	50	84.7	59	100

Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Aplicado a pacientes con dictamen de Incapacidad Permanente de la UMF 39, IMSS Tabasco 2016.

La estrategia Resolución de problemas fue utilizada en el 88.1% de los casos. La mayoría de los pacientes no utilizó la estrategia autocrítica; se observó que el 4% de estos, no la utilizaron. La estrategia Expresión emocional fue utilizada en 34%. Se observó que la estrategia Pensamiento desiderativo, fue utilizada en 84.7% de los pacientes. La estrategia Apoyo social, se observó en el 62.7%. Para el caso de la estrategia reestructuración cognitiva se observó que la utilizó 59.3 % de los pacientes. La estrategia Evitación de problemas se obtuvo como resultado que 59.3% de los

pacientes no la utilizaron. La estrategia Retirada social no fue utilizada en 84.7% de los pacientes (Tabla 2). De acuerdo a la calificación del instrumento en forma individual se observó que el 55.9% utilizó Afrontamiento activo del estrés. Para realizar el análisis bivariado se dicotomizó la variable Dependiente afrontamiento, como Afrontamiento activo y pasivo del estrés (Fig. 3).

Se pudo observar que la edad, por el tipo de afrontamiento empleado por el grupo de estudio, fue en la edad de 30 a

39 años, (45.8%) que emplearon un afrontamiento al estrés de tipo activo en 33.9%. con una $X^2=3.09$, $gl:4$ con $p: .54$, estadísticamente no significativa. La relación entre las variables sexo y afrontamiento, se observó en los hombres con 89.8%; de estos, emplearon un afrontamiento ante el estrés de tipo activo 62.7%. Se obtuvo una $X^2= .025$, $gl:1$ con valor de $p: .012$, estadísticamente significativa. Para el caso del Estado civil y Afrontamiento, se observó en los pacientes con pareja (casados y en unión libre) con 84.7% del total, utilizando Afrontamiento activo ante el estrés en 61%. Con una $X^2= .973$, $gl:1$ con $p: .064$, estadísticamente no significativa. En la relación de Escolaridad y Afrontamiento, se observó que los pacientes alfabetos fueron el 98.3% de los casos, que emplearon un Afrontamiento de tipo activo ante el estrés en 69.5%. La relación entre ambas variables obtuvo un valor de $X^2=231$, $gl:1$ con $p: .0001$, estadísticamente significativa.

La relación entre la Religión y Afrontamiento, la religión católica en 64.4% de los estudiados y emplearon un Afrontamiento Activo ante el estrés en 45.8%. La relación entre estas dos variables obtuvo una $X^2=.523$, $gl:2$ con $p: .77$, estadísticamente no significativa. En Ocupación y Afrontamiento, se observó que los pacientes que no realizan ningún tipo de actividad laboral fueron el 57.6% y presentaron Afrontamiento de tipo activo ante el estrés en 40.7% de los casos; la relación entre ambas variables obtuvo con $X^2= 2.96$, $gl:3$ con $p: .39$, estadísticamente no significativa. Al relacionar Ingreso económico mensual y Afrontamiento, se observó que los pacientes con un ingreso económico mensual entre 3 mil y 10 mil pesos, (67.8%), utilizaron un Afrontamiento activo del estrés en un 20.3% y 27.1% para los grupos de 3 mil a 5 mil y de 5 mil a 10 mil respectivamente. La relación entre ambas variables obtuvo un valor de $X^2= .57$, $gl:3$ con $p: .57$, estadísticamente no significativa. En la relación entre el Número de hijos y el Afrontamiento de los pacientes estudiados se observó que los pacientes que cuentan con dos hijos y que representaron el 37.3%, emplearon Afrontamiento de tipo activo ante el estrés en 33.9%, con $X^2=15.24$, $gl:7$ y $p: .033$, estadísticamente significativa. Los pacientes con IP que cuentan con una vivienda propia (76.3%) y su relación con el Afrontamiento activo ante el estrés utilizado fue 57.6%, con $X^2=3.28$, $gl:1$ y $p: .07$, estadísticamente no significativa.

La relación entre las enfermedades asociadas en pacientes con IP observado fue que los que no padecen ninguna enfermedad asociada (69.5%), utilizaron un Afrontamiento ante el estrés de tipo activo en 45.8%, con $X^2=1.04$, $gl:1$ y $p: .59$ estadísticamente no significativa. En la a tipología familiar, se observó que aquellos con una familia nuclear fueron el 78% del total, y emplearon ante el estrés un Afrontamiento activo en un 52.5% con $X^2=.47$ $gl:2$ y $p: .79$ estadísticamente no significativa. Los pacientes que se

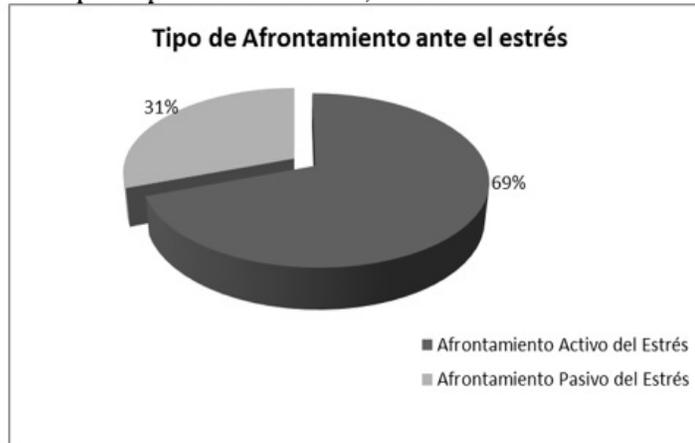
encuentran en la etapa de dispersión, según su ciclo vital familiar, de acuerdo a Geyman, representan el 50.8 % de la población; ellos emplearon un Afrontamiento de tipo activo ante el estrés en 37.3% de los casos. $X^2=2.55$, $gl:4$ y $p: .63$ estadísticamente no significativa. La relación entre estas dos variables obtuvo un valor de $p=.63$. La relación entre el número de dependientes económicos y el tipo de afrontamiento de los pacientes con IP, mostró que los que cuentan con 3 o más dependientes económicos son el 54.2%, y emplearon un afrontamiento activo del estrés en un 37.3%, $X^2=.01$ $gl:1$ y $p: .016$ estadísticamente significativa. Los pacientes que tienen otro miembro familiar que trabaja representan el 57.6%; estos emplearon un Afrontamiento de tipo activo ante el estrés del 42.4%. La relación entre estas variables, presenta $X^2=.61$, $gl:1$ y $p: .23$ estadísticamente no significativa.

No es estadísticamente significativo el valor de $p=.23$. La relación entre el porcentaje de incapacidad y el tipo de afrontamiento empleado, se observó que tiene el 25 al 49% de incapacidad el 44.1% de los casos estudiados, y tuvieron un Afrontamiento de tipo activo ante el estrés un 30.5%, con $X^2=1.94$, $gl:3$ y $p: .58$ estadísticamente no significativa. Se relacionó el tipo de lesión que ocasionó la IP, con el afrontamiento empleado y se observó que los pacientes que sufrieron fractura de miembro inferior (37.3%), emplearon un afrontamiento activo en el 27.1%, se observó $X^2=12.61$, $gl:9$ y $p: .18$ estadísticamente no significativa.

Los pacientes con IP, que cuentan con este dictamen desde hace más de 24 meses, son el 18.6%; ellos emplearon un Afrontamiento tipo activo del estrés en un 18.6%, con $X^2=1.04$, $gl:4$ y $p: .90$ estadísticamente no significativa. En los pacientes que sufrieron accidente de transporte, los cuales fueron el 49.2%, emplearon el Afrontamiento activo del estrés el 39%, $X^2=3.78$, $gl:3$ y $p: .28$ estadísticamente no significativa. Los pacientes que obtuvieron IP por accidente de trabajo fueron el 74.6%; se observó que estos emplearon Afrontamiento activo del estrés en 47.5%, $X^2=2.79$, $gl:1$ y $p: .094$ estadísticamente no significativa. Los pacientes que cuentan con IP de tipo parcial representaron el 91.5% del total de casos; estos pacientes emplearon un Afrontamiento activo del estrés en un 66.1%, $X^2=2.24$, $gl:1$ y $p: .002$ estadísticamente significativa.

Se analizó la relación entre la funcionalidad familiar y el tipo de afrontamiento empleado por los pacientes, previa transformación de la variable a dicotómicas. Se observó que las familias de los pacientes con IP estudiados son funcionales en un 93.2%; estos pacientes emplearon un Afrontamiento activo ante el estrés en el 66.1% de los casos, $X^2=.76$, $gl:1$ y $p: .001$, estadísticamente significativa. (Tabla 3 y Fig. 4).

Figura 3. Tipo de Afrontamiento ante el estrés observado en los pacientes con incapacidad permanente de la UMF 39, IMSS Tabasco.



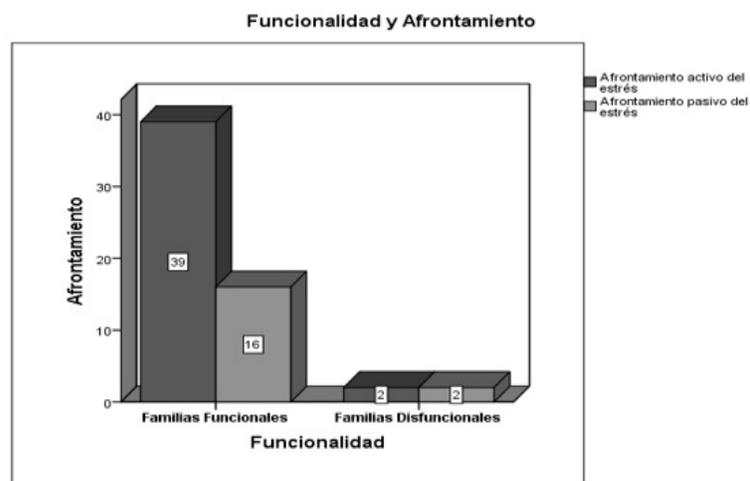
Fuente: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Aplicado a pacientes con dictamen de Incapacidad Permanente de la UMF 39, IMSS Tabasco 2016.

Tabla 3. Funcionalidad familiar y Afrontamiento en pacientes con Incapacidad Permanente de la UMF 39, IMSS Tabasco.

Variable	Univariado		Afrontamiento del estrés		x ²	v	p
	f	%	Activo	Pasivo			
Funcional	55	93.2	39	16	.76	1	.001
			66.1%	27.1%			
Disfuncional	4	6.8	2	2			
			3.4%	3.4%			
Total	59	100	41	18			
			69.5%	30.5%			

Fuente: FF-SIL e Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Aplicado a 59 pacientes con dictamen de IP de la UMF 39 del IMSS, Tabasco 2016.

Figura 4. Funcionalidad Familiar y Afrontamiento de pacientes con IP



Fuente: Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL e Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Aplicado a pacientes con dictamen de IP de la UMF 39 del IMSS, Tabasco 2016.

Discusión

Los resultados del estudio revelan que existe relación entre Funcionalidad Familiar y la Estrategia de Afrontamiento empleada en los pacientes con dictamen de Incapacidad Permanente de la UMF 39, IMSS, Delegación Tabasco.

El sexo predominante fue el masculino lo que es similar a lo reportado por Chamblás, Vidal y Álvarez. Las principales funciones alteradas en los pacientes fueron de tipo motora e intelectual en el estudio de Chamblás, Vidal y Álvarez, lo que difiere de la investigación realizada en pacientes de esta investigación ya que las principales funciones afectadas son únicamente motoras. No existe en la investigación actual, relación entre la funcionalidad familiar y el tipo de lesión lo que coincide con Chamblás, Vidal y Álvarez¹¹.

El funcionamiento familiar no se encuentra relacionado con la magnitud de la lesión, es decir con el tipo de lesión y daños que sufrieron los pacientes y la clasificación otorgada por medicina del trabajo, lo que difiere de lo observado por leode Chamblás, Vidal y Álvarez.

La crisis del accidente no afecta la funcionalidad familiar, lo que coincide con Chamblás, Vidal y Álvarez¹¹.

El mayor porcentaje de las familias de los pacientes estudiados fueron funcionales, lo que coincide con lo encontrado por Navarrete, Zicavo¹².

Las estrategias de afrontamiento empleadas con mayor frecuencia en la población estudiada que predominó fueron resolución de problemas, reestructuración cognitiva, pensamiento desiderativo y apoyo social lo que es similar a lo encontrado por Bohorquez, Espinosa, Turizo y Guampe, quienes observaron en su población estudiada, la aceptación de la responsabilidad, autocontrol y reevaluación positiva¹³. Resultados que pueden ser atribuibles a la capacidad del ser humano a afrontar las crisis y de resolverlas con apoyo de su red social y sobre todo de la funcionalidad con la que cuenta su familia.

Conclusiones

Los pacientes con dictamen de incapacidad permanente presentaron una Funcionalidad Familiar relacionada con la estrategia empleada de afrontamiento activo ante el estrés. Más sin embargo la incapacidad permanente no guarda relación con la funcionalidad familiar.

Los pacientes con IP que pertenecen a una familia funcional emplearon mayormente afrontamiento activo ante el estrés, y en menor manera emplearon el afrontamiento de tipo pasivo, al igual que aquellos que pertenecen a

una familia disfuncional quienes emplearon de la misma manera afrontamiento activo y pasivo. Lo que nos indica que, aunque el paciente pertenezca a una familia funcional, puede optar por estrategias que traduzcan un afrontamiento pasivo des adaptativo del estrés. Es decir, la manera en que cada quien enfrenta la crisis es más individual, como se observa en la actual investigación.

El mayor porcentaje de las familias de los pacientes estudiados son de tipo Funcional.

Al observar los resultados nos damos cuenta de que una familia en crisis no es siempre una familia disfuncional; son situaciones de cambio que implican transformaciones en el sistema familiar. Si la familia es capaz de asimilar estas reestructuraciones, pueden ser fuente de crecimiento y desarrollo familiar¹⁴.

Las estrategias de afrontamiento mayormente empleadas fueron resolución de problemas, pensamiento desiderativo, reestructuración cognitiva y apoyo social. La mayoría de estas estrategias empleadas forman parte del afrontamiento adecuado, activo adaptativo para el problema y la emoción. Es decir, el paciente el cual estudiamos se adapta al problema, no lo evita, busca solucionarlo recapitulando en su mente la manera de enfrentarlo, expresa sus sentimientos y busca ayuda en su entorno, ya sean familiares o amigos, lo que logra un equilibrio dentro del núcleo familiar y no permite sea interrumpida la homeostasis familiar¹⁵.

Referencias

- 1.- Jaramillo N. Costos de accidentes y Enfermedades en el trabajo [internet]. Academia.edu. 2017 [citado el 31 Mar. 2017]. Disponible en: http://www.academia.edu/9121731/Costos_de_accidentes_y_Enfermedades_en_el_trabajo
- 2.- Accidentes de Trabajo que Generan Discapacidad y Como Prevenirlos [internet] Mintra. 2017 [citado el 2 Abril de 2017]. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/dnrt/accidentes_que_generan_discapacidad.pdf
- 3.- Fierro A. Estrés, afrontamiento y adaptación. En: Hombrados MA, editora. Estrés y Salud. Valencia: Promolibro; 2012. p. 9-38.
- 4.- Nava-Quiroz C, Vega-Valero C, Soria-Trujano R. Escala de modos de afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas. Univ. Psychol. 2010; 9 Suppl 1:s 139-147.
- 5.- Ortega T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer. 1999; 15(3): 164-168.

- 6.- danalarcon.com [internet]. Chile: Daniel Alarcón; 2015 [actualizado 09 Feb 2015; citado 03 abril 2017]. Disponible en: <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>
- 7.- Cano-García F, Rodríguez-Franco L, García-Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007; 35(1):29-39.
- 8.- Sepúlveda-Vildósola A, Romero-Guerra A, Jaramillo-Villanueva L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol. Med. Hosp. Infant.* 2012; 69 (5).
- 9.- Pardo A. Ruiz M. SPSS 11 guía para el análisis de datos. 1st ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2002.
- 10.- Ortiz-Gómez M, Padilla-Torres M, Padilla-Ortiz E. Diseño de intervención en funcionamiento familiar. *Psicol. Am. Lat.* 2005; 3: 0-0.
- 11.- Chamblás-García I, Vidal-Gutiérrez D, Álvarez-Muñoz P. Accidente laboral y familia: sus efectos desde la mirada de la conyuge/pareja. *Revista Electronica de Trabajo Social, Universidad de Concepción (Chile).* 2006; 6.
- 12.- Navarrete C. C, Zicavo M. N. Discapacidad permanente del (a) jefe (a) de hogar, por accidente laboral: impacto en la funcionalidad familiar. *Academia.* 2007.
- 13.- Bohorquez-de Figueroa A, Espinoza-Narváez J, Turizo-Castillejo J, Guampe-Bayona L. Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron traumatismo craneoencefálico (TCE). *Ciencia y cuidado.* 2012; Vol.9 (No.1):79-87.
- 14.- González-Benítez I. Las crisis familiares. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2012;16(3):270-276.
- 15.- Inicio [Internet]. Ts.ucr.ac.cr. 2017[citado el 3 abril de 2017]. Disponible desde: <http://www.ts.ucr.ac.cr>