



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**EL TRABAJO SOCIAL Y LA IMPORTANCIA
DEL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE
ONCOLOGICO (UNA PROPUESTA
METODOLOGICA)**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A :

CARMEN FLORES CISNEROS

ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES
PROFESIONALES

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1989



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 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

Pág.

INTRODUCCION

CAPITULO I.-

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA FRENTE AL CANCER.

1

1.1. Aspectos Clínicos del Cáncer.

2

1.2. Algunas Localizaciones Primarias con mayor Incidencia en México.

6

1.3. Repercusiones Psicológicas del Cáncer en el Paciente.

10

1.4. Repercusiones Sociales del Cáncer.

17

1.4.1. La Familia.

17

1.4.2. El Trabajo, la Escuela, la Comunidad.

25

1.5. El Reto de Tratar Pacientes con Cáncer.

27

CAPITULO II.-

EL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

31

2.1. Definición de Trabajo Social en el Area de la Salud.

33

	Pág.
2.2. Objetivos del Trabajo Social en el Area de la Salud.	36
2.3. Funciones del Trabajador Social en el Area de la Salud.	39
2.3.1. Niveles de Intervención del Trabajo Social en el Area Médico - Hospitalaria.	41
2.3.2. Funciones Específicas del Trabajador Social en el campo Médico - Hospitalario.	44
2.4. Metodología de Trabajo Social.	46
2.4.1. Metodología de Trabajo Social en el Area de la Salud.	67

CAPITULO III.-

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO SOCIAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE.	71
3.1. Diseño de la Investigación.	72
3.1.1. Planteamiento del Problema.	72
3.1.2. Objetivos.	75
3.1.3. Hipótesis.	76
3.1.3.1 Variables, Indicadores e Indices.	77
3.1.4. Técnicas e Instrumentos para Recolección de la Información.	82

3.1.5.	Selección de la Muestra.	83
3.1.6.	Aplicación del Instrumento de Medición.	85
3.1.7.	Presentación de Resultados.	86
3.1.7.1.	Seguimiento Documental de los Casos 1981.	86
3.1.7.1.1.	Seguimiento Casos No Cáncer.	128
3.1.7.2.	Seguimiento de Campo-Estudio Social de Casos.	133
3.2.	Análisis e Interpretación de los Datos.	275

CAPITULO IV.-

	PROPUESTA METODOLOGICA DE TRABAJO SOCIAL.	309
4.1.	Fundamentación.	310
4.2.	Propuesta Metodológica.	318
4.3.	Seguimiento a Largo Plazo.	325
4.4.	Recursos Humanos.	339
4.5.	El Trabajo en Equipo.	341
4.6.	Evaluación del Proyecto.	348

Pág.

4.7. Esquema Propositivo del Modelo de Seguimiento de
Pacientes Oncológicos.

349 -1

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

349

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

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

El presente trabajo fué elaborado con la finalidad de sistematizar las funciones de Trabajo Social en la especialidad de Oncología, en tanto que el diagnóstico que se trata ahí desde hace muchos años y actualmente, demanda la necesidad de ser atendido en forma integral, ya que por la naturaleza y severidad con que se desarrolla la enfermedad del cáncer, al igual que los tratamientos, es indispensable el trabajo interdisciplinario.

No hay duda alguna el profundo impacto psicológico individual y familiar que propicia la confirmación de un diagnóstico de cáncer, pues el problema no sólo es enfermar o tener cáncer, el significado con el que relacionan la enfermedad hace más difícil la situación, lo asocian con dolor, mutilación, deformación, pérdida del atractivo y de la función sexual, hospitalización, aislamiento, problemas económicos, laborales, familiares, invalidez y muerte. El concepto de cáncer como un equivalente a muerte ha cambiado, actualmente se concibe como una enfermedad crónica, sin embargo, mucho tiene que ver el nivel cultural y social de las personas que lo enfrenten. Por lo tanto, el concepto de adaptación debe lograr en la práctica que el paciente y su grupo familiar aprendan a vivir con la enfermedad.

Los pacientes requieren de atención y control en el largo plazo por el tipo de enfermedad, por tal motivo y por

los mencionados previamente, éstos requieren de la educación y el apoyo necesario para evitar el ausentismo, el abandono y la deserción del tratamiento y/o control oncológico; situación que generalmente permite que la enfermedad se desarrolle rápidamente y el paciente pierda la oportunidad de una mayor sobrevida. De igual forma consideramos la situación interpersonal del paciente quien debe afrontar tales situaciones al mismo tiempo que su familia, en razón a que el cáncer no sólo afecta fisiológica y físicamente; en la gran mayoría de los casos la personalidad del individuo se afecta de manera importante, por lo tanto, su área psicosocial sufre las consecuencias del estado somático del organismo humano.

El cáncer no respeta edad, ni sexo, ni raza, ni condición social, por lo mismo no es casual encontrar que la situación económica y emocional en porcentajes considerables de pacientes es severamente afectada y generadora de inseguridad en él y en su familia al no poseer la información suficiente para manejarla antes, durante y después de la etapa de curación y rehabilitación.

La investigación de campo describe y hasta cierto punto permite analizar concretamente las condiciones psicosociales, económicas y familiares ocasionadas por el cáncer, en este sentido hemos retomado situaciones concretas mismas que nos han permitido sentar bases reales y objetivos en la planeación de una propuesta que considera las necesidades de muchos pacientes y familiares que día a

día afrontan la enfermedad crónica del cáncer, debiendo adaptarse a vivir con ella.

Toca al Trabajo Social en este caso, establecer los mecanismos necesarios que se dirijan a la búsqueda del enfermo y de su familia, de tal modo que existan las posibilidades y las alternativas de solución bien identificadas para la diversidad de problemas psicosociales.

El papel del profesional de Trabajo Social es relevante en esta área de Salud, sus funciones son insustituibles en el sentido de que debe manejar las cuestiones psicosociales propiciadas por la enfermedad en un alto grado de especialización, con un criterio profesional amplio, con la ética y el recato profesional "distinguible" en coordinación con el Médico, la Enfermera y demás terapeutas que atienden al paciente.

Actualmente el Trabajador Social ha escalado los peldaños de la Ciencia, ha logrado definir su objeto de estudio y su hacer profesional.

La profesión desde sus inicios, desde sus primeras manifestaciones de "ayuda" como surgiera, ha buscado estar acorde en la respuesta de necesidades humanas conforme al momento histórico de nuestra sociedad.

Hoy nuestra sociedad atraviesa por una etapa que trasciende no sólo en el ámbito económico y político o

demográfico, si no fundamentalmente en lo "social". Las grandes concentraciones de capital de las potencias mundiales, el lugar que ocupa nuestra sociedad en el ámbito internacional, nos coloca en la adopción de distintas formas de vida, unas "mejores" otras "peores", sin embargo, consideramos que en una gran mayoría las condiciones socioeconómicas no alcanzan ni tienen garantizado el beneficio de los indicadores mínimos del nivel de vida de una población, en este aspecto la salud, la pérdida de salud, se hace frecuente en distintas formas, por distintas influencias ambientales.

En las grandes urbes, el proceso de industrialización y urbanización, si bien ha traído importantes beneficios a la sociedad, también lleva implícitos sus propios perjuicios: la aparición constante de enfermedades crónicas, degenerativas y hasta fulminantes que han sustituido en buena parte a las infecciosas con los logros de la ciencia, pero desafortunadamente en nuestro caso no hemos podido alcanzar el nivel más óptimo de la atención a la Salud: LA PREVENCIÓN.

Nos encontramos incrustados en un nivel de CURACIÓN que requiere de completos equipos de profesionales con un alto grado de especialización y con una concepción integral del ser humano que se enferma y que demanda dicha atención: a pesar de ello, encontramos que todavía hay que dar mayor énfasis al sentido de interdisciplinaridad ya que en el tercer nivel de atención se requiere de equipos y

aparatos de super especialización que ya existen pero que no siempre hay la posibilidad de proveer de ellos a todas nuestras instituciones del Sector Salud.

La REHABILITACION, por excelencia es la continuación de un buen tratamiento médico - social que también se practica en forma restringida, de aquí que podamos subrayar la gran necesidad que existe en nuestro quehacer profesional de aplicar en la práctica las funciones para las que fuimos formados, haciendo énfasis en la función educativa para contribuir al logro de la práctica de la Medicina Social.

El Sector Salud en México está distribuido en tres niveles de atención, los que requieren de mayor integración y coordinación con respecto a los departamentos de Trabajo Social, estableciendo los necesarios y adecuados canales de comunicación con el fin de crear una verdadera y excelente "Red" de Trabajo Social a nivel institucional.

El profesional que forma parte de los grupos que buscan la científicidad en su hacer, tampoco pueden dejar la constancia en la continuación de conocimientos, la revisión periódica de ellos, la actualización, la formación que nunca termina y el perfeccionamiento necesario.

El Trabajo Social considerado dentro de las Ciencias Sociales como una Disciplina eminentemente humanitaria e integradora de los procesos psicosociales y culturales se

preocupa por mantener y elevar los niveles de salud y bienestar social siempre y cuando sus cimientos para conocer y atender los problemas sociales a que se aboque, tengan sus bases en la investigación científica, de tal forma que a partir de este método pueda definir la actitud profesional frente a las situaciones que le corresponden. Por esta razón nuestro trabajo de investigación trata en el primer capítulo de dar a conocer las características de las repercusiones psicológicas, sociales, laborales, escolares y comunitarias del paciente y la familia frente al cáncer.

La segunda parte de nuestra investigación social presenta la ubicación del trabajo y del Trabajador Social dentro del Area de la Salud destacando en forma especial nuestro hacer y el actuar en el campo médico - hospitalario donde el Trabajo Social viene a ser una especialidad de la Oncología que exige la aplicación de metodología científica, así como de el proceso de la Administración, que lleva implícita las funciones de planeación, dirección, control, supervisión y evaluación definidas propiamente dentro de la disciplina del Trabajo Social: al mismo tiempo que se valga de los métodos tradicionales de los que no puede ni debe prescindir: El Trabajo Social de Caso, Grupo y Comunidad, puesto que cada uno representa la forma de abordar las necesidades de la población desde la unidad de atención quizá más "Simple" y menos rentable por la cantidad a la que da alternativas de solución, pero una de las más importantes en esta área de investigación que es la INDIVIDUAL. el Grupo que también tienen sus características

muy propias y acordes a las necesidades que reportan los pacientes con diagnósticos crónicos, posibilita la proyección a la Comunidad.

Cabe mencionar que actualmente el profesional de Trabajo Social debe ejercer sus funciones comprometido con los objetivos de la profesión para los que fuimos preparados, aplicando el proceso de investigación científica y los métodos auxiliares, así como los tradicionales.

Es necesario reiterar a quienes concebimos innecesaria la función de PLANEACION en nuestro ejercicio profesional, que sin esta función no podremos ni siquiera intentar el participar en el nivel que busca contribuir al desarrollo social, pues la aplicación de planes y programas nos permiten actuar no sólo en el nivel de micro-actuación, sino también en el nivel de macro-actuación.

La ejecución de programas es todo un proceso que inicia precisamente con la planeación pero que requiere forzosamente de la dirección, el control, la supervisión y la evaluación, con lo que estaremos propiciando la húsqueda de la sistematización de nuestra práctica y con ello el lograr ver hasta dónde estamos actuando en forma adecuada, hasta dónde hemos avanzado, hasta dónde conocemos nuestra realidad nacional y hasta dónde deseamos seguir.

En el capítulo tercero hemos estudiado las

repercusiones sociales directamente en la investigación de campo, con lo que podemos corroborar la importancia del papel que juega el conocimiento de las condiciones de vida económicas, sociales, culturales y ambientales donde se enfatizan los efectos sociales derivados de la enfermedad y a través de los cuales podría el equipo de salud brindar la atención correspondiente a las demandas del paciente y la familia de manera integral.

La corroboración de la hipótesis de la investigación define la necesidad de establecer sistemáticamente y a través de un proyecto concreto de Seguimiento Social a Largo Plazo, para pacientes que ingresan a un Servicio de Oncología, que paralelo al Seguimiento Médico permita la atención integral de quienes nos ocupamos profesionalmente. Por lo que el capítulo cuarto nos presenta la Propuesta Metodológica de Seguimiento Social para los pacientes del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Asimismo, deseamos hacer llegar hasta los colegas nuestra forma de concebir la identidad en la profesión del Trabajo Social, especialmente a quienes laboran en el Área de la Salud y no sólo a ellos, sino a todos los profesionales que forman parte de los equipos de salud o a quienes en un futuro deseen hacerlo, para que conozcan qué es y qué hace el Trabajador Social y de esta forma ubiquen el Rol Profesional y conozcan el apoyo con el que pueden contar en sus sistemas de trabajo, que si bien su objeto es

el Bienestar del paciente ante la pérdida de la salud, esta búsqueda, este esfuerzo y este intento que en muchos casos se convierte felizmente en un gran logro, sea INTEGRAL e INTERDISCIPLINARIO.

No quisiéramos dejar de mencionar la consideración y el gran valor que nos hace presentes en este trabajo: Todos los pacientes con la enfermedad del cáncer, para quienes guardamos el más grande de los respetos y de quienes nos llevamos aprendida hasta esta etapa de nuestra vida y de nuestra formación profesional, la mejor de las experiencias; la mayor admiración de los seres que a través de la enfermedad evolucionan y alcanzan otras dimensiones en la vida, comprobando con ello, que el ser humano nace para ser feliz durante su estancia en esta etapa del género humano, que es la vida y que la va a buscar y a conseguir a través de muchos intentos, no importa de qué tipo sean: psicológicos, médicos, religiosos, espirituales o materiales, todos ellos son dentro de lo existencial válidos en su momento. Sin embargo, es muy grande el valor ético que guarda el que confía su vida en las manos de "Dios", llámese Médico, Oncólogo, Terapeuta, Enfermera, Trabajador Social; es decir, a un Equipo de Salud, puesto que cada quien, debería, de forma interrelacionada e intercomunicada mostrarse en uno sólo, al buscar el mismo objetivo.

Nuestra investigación, guarda el interés de la realización y la participación de muchas gentes, quienes

desinteresadamente y en determinada forma contribuyeron en su realización, fueron de igual importancia los momentos de atención brindados para leer nuestro anteproyecto de investigación, para dar una opinión, para facilitar la información y la consulta, el préstamo de libros como la dirección de todo el trabajo que recayera en el binomio inseparable en el proceso de enseñanza - aprendizaje: El Maestro y el alumno, que juntos, unas veces y al "parejo" otras, trabajan "juntos"; con tal de conocer algo, con tal de crear algo y con tal de aportar algo a la sociedad y a la profesión que aman. Con todo lo expuesto en la presentación de nuestro trabajo, sólo quisiéramos decir que estamos culminando la iniciación de una etapa y de una meta que nos abre la posibilidad de empezar a andar un camino forjado con el esfuerzo de nuestros padres y hermanos con el esfuerzo de verdaderos amigos y con el esfuerzo mismo.

Con amor y respeto para quienes admitimos que la obra no está terminada y para quienes pensamos que no estamos frente algo perfecto.

CAPITULO I

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

FRENTE AL CANCER

- 1.1. Aspectos Clínicos del Cáncer.
- 1.2. Algunas Localizaciones Primarias con mayor Incidencia en México.
- 1.3. Repercusiones Psicológicas del Cáncer en el Paciente.
- 1.4. Repercusiones Sociales del Cáncer.
 - 1.4.1. La Familia.
 - 1.4.2. El Trabajo, la Escuela y la Comunidad.
- 1.5. El Reto de tratar Pacientes con Cáncer.

CAPITULO I

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA
FRENTE AL CANCER

1.1. ASPECTOS CLINICOS DEL CANCER.

"El cáncer es un crecimiento descontrolado de células anormales, las cuales no tienen una función útil y que al reproducirse exageradamente, invaden las células vecinas normales, roban sus elementos nutritivos, las desalojan y forman un tumor, al cáncer se le designa también como tumor maligno, significando con ello que es una bola o exceso de tejido en constante crecimiento que es capaz de acabar con la vida del enfermo si no se trata; esto lo distingue de otros tumores llamados benignos, porque su crecimiento es lento, no invaden los tejidos vecinos y sólo son peligrosos si su tamaño o situación interfiere con funciones vitales".

El cáncer se caracteriza también porque en algún momento de su evolución algunas de las células que lo forman se desprenden del tumor principal o primario y siguiendo la corriente sanguínea por venas, arterias y vasos linfáticos se pueden formar nuevas siembras de ese tumor en otros sitios. Al tumor original se le llama "primario" y a sus derivados alejados de él "metástasis".

(1)

(1) TENORIO, Francisco. Cáncer, Edit. Vicova, México 1980
p.11.

Asimismo, el término general incluye más de cien enfermedades que se caracterizan por el crecimiento anormal y no controlado de las células. La masa o tumor resultante puede invadir y destruir los tejidos normales cercanos. Las células cancerosas del tumor pueden propagarse por la sangre o la linfa (líquido transparente que baña las células del cuerpo) para comenzar nuevos cánceres en otras partes del cuerpo. (2)

"La palabra cáncer se pronuncia siempre en voz baja, con temor y angustia y quien la escucha como diagnóstico la siente cual una sentencia de muerte". (3) El impacto que produce ésta enfermedad en el ser humano es tan fuerte que es necesaria la intervención profesional del especialista en la esfera de lo psicosocial; el Dr. Richard Cabot, Director del Massachusetts General Hospital en Norteamérica en 1905 expresaba el concepto de que todo caso patológico entraña problemas físicos, mentales, ambientales y morales, que el Médico únicamente va a tratar los dos primeros, mientras que el Trabajador Social Médico, tendrá como misión investigar y tratar los últimos. (4)

(2) Facts on Cancer Sites, National Cancer Institute U.S.A., 1984 p.12.

(3) Tenorio, Op cit. p.9.

(4) SANDOZEKY, Guadalupe A., Trabajo Médico Social, Hospital Infantil de México. Apuntes mineo. México, 1982.

El apoyo requerido por éstos pacientes debe buscar la ubicación del individuo en su realidad, que comprende la enfermedad y las repercusiones derivadas de ésta, sin olvidar a la familia.

El hombre considerado como Unidad BIOPSIOSOCIAL debe ser entendido y tratado siempre integralmente, a esta razón, se hace referencia a los principales aspectos que involucran a la palabra cáncer, tanto culturales como naturales.

La trágica connotación de la palabra cáncer, se explica en ciertos hechos, algunos son parte de la historia de la Medicina y otros son específicos de la problemática principal a la que el hombre se enfrenta actualmente dentro de la sociedad.

La palabra cáncer usada por primera vez por Hipócrates, 400 años A.C. para describir la morfología de los tumores avanzados tomó como ejemplo las patas de un cangrejo, al presentarse éstos por medio de ramificaciones y enraizamientos. La comparación es gráfica, pero provocó horror y repugnancia, sensaciones que actualmente permanecen ligadas al diagnóstico de cualquier tumor maligno.

Sumado a las anteriores se encuentra la impresión que ha dejado el exceso de muertes por la misma enfermedad desde hace muchos años, cuando no se disponía de los medios para diagnosticarla y tratarla temprana y oportunamente. Esto llevó a nuestra gente a desarrollar "creencias" que pasaron a formar parte importante de nuestra cultura, catalogando a la enfermedad del cáncer como una "Malignidad Mortal" que todavía muchos conciben de esta forma.

En la actualidad nuestra sociedad participa de innumerables problemas de diversa índole, siendo uno de los más importantes la falta de información del público, así como de algunos profesionales de la medicina respecto a los factores causales del cáncer, de sus manifestaciones iniciales y de las posibilidades de tratamiento. El desconocimiento y la falta de educación para participar en los programas de detección temprana y Educación para la Salud, todos estos son factores que contribuyen desfavorablemente en la prevención y control de esta enfermedad.

La situación antes mencionada, tampoco permite en la gente la toma de conciencia acerca del uso excesivo de sustancias químicas, alimentos y ciertos hábitos o factores de "Alto Riesgo" que deberían evitarse o usarse moderadamente, situación que influye para desarrollar el mismo impacto emocional que anteriormente.

Actualmente se considera que aproximadamente el 50% de los cánceres son curables o prevenibles. Para lograr esta situación es necesaria una importante labor de Equipo Interdisciplinario que cumpla con el logro de la atención integral preventiva y obtenga respuesta favorable de la comunidad.

1.2. ALGUNAS LOCALIZACIONES PRIMARIAS CON MAYOR INCIDENCIA EN MEXICO.

Para abordar este aspecto, se ha considerado conveniente solo señalar aquellos tipos de tumores o localizaciones cuya incidencia sea mayor en nuestro país.

Siendo la mujer quien constituye el primer grupo de riesgo frente al padecimiento habremos de esbozar los cánceres que en ésta se presentan.

Los cánceres que más frecuentemente se originan en la matriz de la mujer son: el cáncer del cuello uterino o cervix (carcinoma del cervix, o carcinoma cervico-uterino).
(5)

(5) TENORIO, F. Op cit. p. 66.

El carcinoma del cuello uterino es el cáncer más frecuente en México y la primera causa de muerte en la mujer mexicana después de los cuarenta y cinco años de edad. En México es más frecuente entre los treinta y cinco y cuarenta y cinco años de edad y en las mujeres con las siguientes características:

Iniciación de relaciones sexuales antes de los diecisiete años de edad, maternidad muy joven y muchos hijos, relaciones sexuales con pareja no circuncidada o múltiples parejas sexuales (promiscuidad sexual), infecciones frecuentes de la vagina y del cuello de la matriz, virocis genital (herpes genital). (6)

Después del cáncer cervico-uterino, ocupa el segundo lugar por causa de muerte por tumores malignos en la mujer mexicana el cáncer del seno, éste se observa predominantemente después de los treinta y cinco años de edad, puede presentarse antes pero en menor frecuencia. Los rasgos comunes que se han observado en la mujer que lo padecen son:

Antecedentes familiares (madre o hermana) de cáncer mamario, esterilidad o pocos hijos, no haber amamantado a los hijos y tumores benignos de los conductos de la mama (papilomatosis intracanalicular). (7)

(6) Ibidem p. 68.

(7) Ibidem p. 75.

Respecto a las principales manifestaciones en el hombre se observa que el cáncer broncogénico o del pulmón es la tercera causa de muerte por tumores malignos en nuestro país si se considera ambos sexos; pero el primero como causa de muerte por cáncer en el hombre. Sin embargo a pesar de ser más común en los hombres la frecuencia en mujeres aumenta cada año.

Característicamente el cáncer del pulmón se presenta en hombres alrededor de los sesenta años de edad y en las mujeres por los cincuenta y cinco; esto no quiere decir que no exista en personas de ambos sexos mucho más jóvenes.

Aunque el cáncer es un padecimiento raro en niños, representa la primera causa de mortalidad por enfermedad y la segunda después de los accidentes como motivo más frecuente entre los uno y catorce años de edad. El cáncer es de naturaleza letal, de comienzo incidioso, de un impacto emocional inmenso y uno de los desafíos más grandes de la práctica pediátrica, fundamentalmente por la edad de los pacientes y su repercusión en la familia.

Por orden de frecuencia, la leucemia ocupa el primer lugar con aproximadamente una tercera parte de los casos, los tumores cerebrales o del sistema nervioso central el segundo lugar con el 20% y los linfomas con el 15%, en

tercer lugar. (8)

Hablando de leucemias en adultos, por su frecuencia éstas no son en nuestro país un problema tan grave como en Estados Unidos de Norteamérica. Entre nosotros la tasa de mortalidad es de 2.2 por cien mil habitantes, menos de 2,000 enfermos por año; afecta a todas las edades pero predomina después de los cuarenta y cinco años de edad. (9)

En nuestro país el registro de linfomas se hace en conjunto con las leucemias por lo que no se puede individualizar su frecuencia; en los Estados Unidos de Norteamérica se registran aproximadamente 29,500 casos nuevos por año (4.4% del total de cánceres), 16,000 hombres y 13,500 mujeres con alrededor de 13,700 defunciones anuales. (10)

-
- (8) GROSSI, Mauro. El Cáncer en Pediatría; Roswell Park Memorial Institute, Rófaló - New York. U.S.A. 1982 p.111.
- (9) Tenorio Op. cit. p.103.
- (10) GROSSI, Op. cit. p.107

1.3. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DEL CÁNCER EN EL PACIENTE.

Al diagnosticársele a una persona cáncer, el impacto que le produce es muy fuerte, éste va seguido de ansiedad y depresión desde el momento que siente que ha perdido el control de su organismo y que su vida está limitada. Con frecuencia el enfermo con cáncer se siente aislado, sus necesidades emocionales no son comprendidas por sus familiares y amigos, que no saben cómo reaccionar, ni por el médico o personal especializado que lo está atendiendo; la edad del paciente tiene mucho que ver en la forma como afrontará el problema tanto él como su familia, muchos problemas pueden predecirse sobre ésta base. (11)

El calor humano, la honestidad y la empatía son elementos esenciales para el mejoramiento de la calidad y duración de la vida del paciente. El aislamiento al que se ve sometido, hace mucho más daño que la misma enfermedad.

La información precisa del diagnóstico, tratamiento y de las posibles reacciones a éste son muy importantes; el paciente responsable de una familia deberá ser informado de su estado para evitar problemas futuros.

(11) HERSH, Stephen P. "Psychosocial Aspects of Patients with Cancer".

Section I cap. 55 Vol. II, Lippincott Company
Philadelphia, U.S.A. 1985 p. 2053.

No hay duda que es mucho más fácil atender a un paciente que conoce su enfermedad y que con la esperanza de mejorar su salud está dispuesto a enfrentar los efectos colaterales de la terapia, que aquel que ignora su realidad. Lo anterior nos plantea la necesidad de una comunicación abierta con el paciente.

Si la relación médico-paciente es satisfactoria, el enfermo sentirá apoyo emocional y esto, aliviará parte de su ansiedad aún cuando el tratamiento deje de ser efectivo; el paciente reaccionará apoyado en la confianza que le tiene al médico tratante, en la que no caben reacciones de reproche ante el fracaso del tratamiento. (12)

Una persona con cáncer desea curarse y cuando ésta curación se presenta como difícil y la relación del médico no es satisfactoria, buscará otro medio de fortaleza, vemos entonces como dejan el tratamiento, acuden a automedicaciones o a tratamientos empíricos lo cual desvía o retrasa cualquier posibilidad de curación.

Los médicos al dar su diagnóstico consideran el asunto concluido y para que el paciente asimile una noticia de esta índole es necesario conversarlo repetidas veces hasta que comprendan y acepten la situación.

(12) DE MERENFELD, Lia K., Aspectos Psicológicos del Grupo Humano Involucrado, Sociedad Anticancerosa de Venezuela, 1982, p. 140.

Cuando el paciente no tiene con quien hablar, sufre a través de sus propios mecanismos de defensa: negación y depresión; la falla en la Comunicación interfiere negativamente en el tratamiento del paciente. Al paciente que se le dificulta entablar empatía con el médico, muchas veces puede encontrar la confianza con otro integrante del equipo interdisciplinario, lo que implica la necesaria coordinación profesional.

Una gran posibilidad hacia la recuperación es el deseo de vivir del paciente lo cual puede ser estimulado mediante el análisis en el que se le plantea la vida como un proceso evolutivo que comprende una serie de fenómenos naturales de los cuales el ser humano no puede prescindir, debiendo asimilarlos como parte de la dinámica de su propia vida; es necesario mencionar que en todas las razas, edades y sexos, las repercusiones sociales que este padecimiento genera en las distintas áreas del ser humano afecta severamente sus distintos roles sociales (familiares, personales, laborales, económicos, sociales, etc).

Autoimagen y Estado Psicológico General

En la forma en que una persona siente y piensa sobre sí misma define su autoimagen, la autoimagen influye en cada nivel de bienestar de la persona consigo misma y de los demás.

Esta, se deriva de experiencias de desarrollo de la infancia dentro del contexto de fuentes particulares, físicas e intelectuales, los mayores componentes incluyen la personalidad física, personalidad psicológica y social.

Algunos tipos de cáncer y sus tratamientos producen cambios en éstas tres áreas, algunos transitorios, otros permanentes; cuando estos cambios suceden, están basados tanto en la realidad inmediata como en la anticipación de posibles cambios futuros, vr.gr: amputación, impotencia y/o incapacidad para trabajar; todos éstos pueden ser cambios inmediatos con los cuales una persona puede tratar simultáneamente. El desfiguro, la habilidad futura de ser un compañero sexual y la pérdida actual de empleo son de mayor preocupación. Los ajustes requeridos para cambiar son importantes y algunas veces dramáticos, sin embargo, la descompensación psicológica de grado suficiente para dar como resultado un problema clínico se ve muy raramente. (13)

Los retos a la autoimagen de una persona a pesar de las alteraciones en el nivel de energía, fuerza, agilidad y humor, deben ser entendidos por el médico y los demás miembros del equipo de salud, por lo tanto, manejables.

(13) HERSH, S. Op. cit. p. 2054.

Todo ello depende de los mecanismos de defensa psicológicos, éstos son protectores y por lo general los procesos mentales inconscientes utilizados para proteger al paciente del sentimiento excesivo de ansiedad, al mismo tiempo los ayudan a tratar con tensiones internas y externas que producen la ansiedad.

Los mecanismos de defensa utilizados tradicionalmente son diez y nueve, en nuestra cultura los mecanismos de defensa movilizados frecuentemente, utilizados por pacientes de cáncer son: el rechazo, intelectualización y racionalización.

El rechazo o negación pueden ser entendidos como rechazos psicológicos de sentimientos asociados con ciertos acontecimientos o pensamientos, o pueden ser más generalizados a experiencias o realidades totales. Este es uno de los mecanismos de defensa más importantes, más adaptativos y más eficientes, generalmente el médico debe evitar retarlo o desencadenar el "duelo" a menos que el rechazo esté interfiriendo, ya sea con el proceso de tratamiento o con el manejo del paciente frente a sus responsabilidades esenciales en la familia, por ejemplo: financieras u otras.

La intelectualización y racionalización están estrechamente relacionadas, la primera, se refiere al uso de procesos intelectuales para controlar o evitar la experiencia y expresión de sentimientos; la última se

refiere al uso de procesos intelectuales para disminuirlo o encubrirlo de él mismo y de otros motivos instintivos para un comportamiento particular, por ejemplo: cuando una situación se percibe como peligrosa, una respuesta instintiva sería escapar de la situación, sin embargo, lo que presenta a él mismo y a los otros, puede ser una necesidad repentina de descanso o cambio de ambiente.

Sexo y Sexualidad

La sexualidad es un patrón de conducta humana aprendida, un conjunto de habilidades y sentimientos que relacionan tanto la identidad de género, el sentido de masculinidad o femineidad como al comportamiento sexual, dado a nuestro nacimiento común y las experiencias tempranas de crianza; la sexualidad incluye a aquellos comportamientos y sentimientos asociados con: tocar, juntarse, así como actos sexuales. Las demandas sexuales y las expectativas en la gente varían a través del ciclo de vida; la atención médica considerada al tema complejo de la sexualidad se necesita ahora más que nunca.

El cáncer y sus tratamientos pueden afectar cualquier aspecto de la imagen del cuerpo y fisiología que se relacionan con identidad sexual; para los pacientes antes de la pubertad pueden presentarse retrasos o cambios permanentes en el desarrollo, para los pacientes después de la pubertad las capacidades funcionales y los cambios de

interés sexual varían en significado dependiendo de la edad, etapa de desarrollo, personalidad, expectativas y papel social (esposa, pariente, amante, etc). dichos cambios pueden ser principalmente físicos vr. gr: por amputación, resección, etc. Los cambios también pueden ser fisiológicos, aunque ambos producen un trastorno emocional.

Los primeros incluyen características secundarias alteradas, más comunmente pecho y pérdida de cabello, éstos han sido estudiados durante largo tiempo. Otros cambios físicos importantes no así estudios incluyen habilidades sensoriales alteradas tales como: hipersensibilidad de la piel y otras.

Los cambios fisiológicos secundarios a la castración terapéutica provocan efectos de suma importancia en el paciente, como: la inestabilidad basomotora, dolores de cabeza, nerviosismo y depresión.

El sentido de integridad de una persona como ser sexual influye considerablemente en su sentido de integridad, fortaleza y salud, lo cual depende de su nivel cultural.

Actualmente el médico que trata enfermedades oncológicas debe considerar más el tema de la sexualidad que el tema de la muerte; la sexualidad es parte de la vida y de ahí que sea parte de los pacientes con cáncer y sus familias.

1.4. REPERCUSIONES SOCIALES DEL CANCER

1.4.1. La Familia

La familia es la célula social en la que nos movemos desde niños; es la unidad social que refleja en sí misma los grandes problemas de la sociedad global en la que vivimos. Es además una unidad de relaciones humanas que depende de miles de influencias internas y externas y que se relaciona prácticamente con todos los problemas y dimensiones de la vida humana.

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para alcanzar su desarrollo y crecimiento, todo ello ratifica la importancia de considerar como eje, como unidad epidemiológica y base de la estructura social; la conducta científica en la parte médica, por lo tanto, deberá procurar estudiar integralmente a la familia. (14)

Así la familia es una unidad biológica y social que comprende no sólo a los individuos emparentados por los lazos de matrimonio y de sangre, sino también algunos

(14) ALARID Humberto, IRIGOYEN A., Fundamentos de Medicina Familiar, 2a. Ed., Francisco Méndez Cervantes Edit ., México, 1985, p.3.

miembros que se adhieren a ella por adopción o "arrimamiento" y que adquiere de esta manera derechos y obligaciones parentales; además, puede ser concebida como un sistema porque todos sus elementos interactúan y presentan cierta interdependencia entre sí, su principal elemento es lo dinámico de estas relaciones. Por eso, Ackerman ha dicho que la familia es el grupo donde experimentamos nuestros amores más fuertes, nuestros odios más grandes, donde disfrutamos las satisfacciones más profundas y las penas más intensas.

En este sentido, la familia como unidad biológica y social cumple con diferentes y diversas funciones naturales: de regulación sexual; sustento económico (la que está estrechamente ligada a la de "cuidado"); reproducción; educación y socialización, así como de desarrollo y equilibrio emocional. Estas, se ven seriamente lesionadas cuando la enfermedad del cáncer se presenta en algunos de sus miembros, ya que la presencia de la enfermedad propicia que la célula social no funcione adecuadamente por las repercusiones que trae consigo, a nivel personal y familiar.

Las repercusiones se hacen más marcadas aún en unas funciones naturales que en otras, éstas básicamente son dañadas de acuerdo a la estructura y al ciclo vital de la familia (inicio o recién casados; periodo inicial de procreación, procreación avanzada; independencia y retiro, soledad o vejez), por el que están atravesando sus

miembros. No podemos comparar las repercusiones psicosociales por la muerte de algunos de los cónyuges con la muerte o la enfermedad del hijo pequeño o adolescente, como no podemos comparar la incapacidad física a causa de la enfermedad por mutilación en el principal sostén de la familia con la repercusión del tratamiento químico o radioterapéutico en el anciano solo o abandonado, que también sufren otras enfermedades crónicas paralelas al cáncer.

Es de relevancia pues, tener presente que ante situaciones o causas mencionadas el grupo social familiar sufre desquiciamientos sociales y psicológicos que lo afectan gravemente, por tanto, la Dinámica Familiar se ve inevitablemente afectada, ella demanda entonces un cambio o sustitución de roles en sus miembros, en la comunicación, en la expresión de afectos, en la toma de decisiones, en la manera de cómo deben afrontar la situación presente, para adaptarse a nuevas formas o estilos de vida. La dinámica familiar se verá afectada en cierta forma, de acuerdo al tipo de familia que se trate y a factores determinantes como son: la etapa de la enfermedad en que es diagnosticado el paciente, el pronóstico médico inicial a corto y a largo plazo, la naturaleza del cáncer que presente, al tipo de tratamiento al que será sometido, etc.

Los anteriores influenciarán con menor o mayor fuerza la dinámica del grupo, hasta llegar al momento en que éste deberá adaptarse nuevamente a otra etapa u otra forma de

vida, por los cambios sufridos.

Es necesario que el equipo de salud conciba a la familia en los términos más amplios y como unidad afectada básicamente por el paciente con cáncer; también es necesario que el Trabajador Social valore la situación familiar con el mayor grado de especialización posible para el manejo de todas y cada una de las situaciones al respecto, a fin de aportar al equipo tratante y de manera coordinada, los elementos necesarios que posibiliten el manejo del caso a nivel clínico y que además ofrezca alternativas concretas en el tratamiento social de acuerdo a cada caso. Tomando en cuenta que la lealtad hacia el grupo familiar es muy fuerte en cada uno de sus miembros, y la solidaridad entre ellos se traduce en la obligación de ayuda mutua para con sus allegados; es decir, esto es lo que podemos llamar, "solidaridad familiar" como recurso potencial.

Las familias son sistemas que existen dentro de sistemas más grandes: vecindarios, unidades habitacionales, comunidades, culturas; todos ellos influyen en la familia. Las mitologías culturales sobre el cáncer y la integración de estas mitologías de la comunidad son factores que influyen considerablemente en la asistencia dada, así como en el impacto sufrido por la familia.

Las familias difieren en sus características estructurales y de comportamiento, es decir, algunas son

sistemas cerrados con claras limitantes en el manejo de lo social, lo que puede ser perjudicial, pues presentan en una conducción muy selectiva de ideas dentro y fuera de ellas. Esta calidad las hace menos sensitivas a los sistemas más grandes y obviamente menos dependientes de ellos. Otras familias tienen menos definidos sus límites, a menudo dichas familias incluyen individuos que no son familiares, como los amigos que están más estrechamente relacionados que los miembros que son realmente familiares; dichas familias tienen grados mayores de flexibilidad que la familia de límites cerrados.

Por diversas razones es importante y factible considerar características como las siguientes:

Si es una familia formada por los dos padres o sólo uno, cómo están orientados sus miembros, cuál es la relación de adultos con los niños, es el paciente el principal sostén de la familia ?. Es una familia en la cual se comparte fácilmente la información ?. Se comparten los sentimientos y en qué forma ?. Cuáles son los estilos de comunicación de los miembros de la familia con respecto a otros ?.

Este tipo de conocimientos sobre la familia del paciente proporciona una penetración a la naturaleza del sistema de apoyo disponible para el paciente. Las familias tienen sus propias etapas de desarrollo, éstas etapas están asociadas con los valores cambiantes, las percepciones

cambiantes de sus miembros y comportamientos cambiantes.

Por lo general las familias se unen en momentos de crisis, su atención se enfoca en el miembro que está enfermo, simultáneamente, la red de relaciones de la familia, amigos, y relaciones de trabajo se establece en movimiento con las noticias y se prepara para un apoyo potencial.

El apoyo puede variar de donaciones y fracciones de sangre o médula espinal; una jerarquía en la intensidad de respuesta inicial al diagnóstico de cáncer parece existir basada ya sea en la edad o en el papel del miembro enfermo (niño, adolescente, adulto, anciano y/o principal sostén de la familia).

Una vez que el primer momento de la crisis ha pasado los miembros de la familia tienden a regresar a su antiguo ritmo, intereses y actividades, sin embargo, la red, conservada por el núcleo familiar (cualquier forma que ésta tome), permanece armonizada con la nueva crisis.

Cuando el diagnóstico conduce rápidamente al tratamiento seguido por la cura, el estrés en la familia permanece casi siempre dentro de sus capacidades de tolerancia. Igualmente sucede cuando el diagnóstico conduce rápidamente al tratamiento y a pesar de todos los tratamientos a la muerte.

Las situaciones que penosamente analizan los sistemas familiares, demandando todas sus capacidades de apoyo y aquellas de sus redes de apoyo, son situaciones en las que el curso del diagnóstico ya sea a la cura o a la muerte es prolongado. En tales circunstancias, las atenciones y las energías sufren altibajos; las relaciones (íntimas y distantes) son oprimidas y cambiadas. Actualmente éstas situaciones crónicas son la realidad más común para los pacientes con cáncer y sus familias, como resultado las principales alteraciones del sistema familiar se presentan debido a que ha incorporado e introducido por la fuerza el sistema de cuidado médico y otras partes del servicio humano como son los servicios sociales.

A pesar de que las familias responden bastante bien con el tiempo a las indicaciones de una atención especial para el enfermo, un ciclo frecuente de crisis provoca fatiga; ésta situación si se presenta constantemente puede ocasionar la insensibilidad de la familia. (15)

Una forma extrema de esto se ve en el desarrollo de culpabilidad, ansiedad consciente, hostilidad y deseos de que la persona enferma muera en respuesta al estrés del

(15) DE VITA, Vicent et. al., Cáncer Principes & Practice of Oncology, Vol. 2, J.B. Lippincott 2nd. Edit., Company Philadelphia, 1985 USA p. 2055.

proceso impredecible, doloroso y destructor de la enfermedad.

Los miembros de la familia sanos, en particular los adolescentes tienen comportamientos que se manifiestan de diferentes maneras, es decir, entre otros, mediante promiscuidad sexual, abuso de drogas o escapes. Existe una razón para cuestionar la creencia de que los padres de niños con cáncer sufren índices más altos de separación y divorcio, ya que muchas familias se adaptan muy bien a pesar de todos los retos y el dolor.

La adaptación exitosa tiene su precio también para algunos, esta adaptación está pagada cuando el miembro de la familia enfermo muere y el equilibrio de la familia entera, así como los miembros dentro de ésta deben cambiar dolorosamente sus estilos de vida para adaptarse a la nueva realidad después de la muerte. Para otros cuando la cura se convierte en una probabilidad, el ajuste puede a menudo probar que es un reto.

Las familias funcionan en términos de dinámicas de grupo con relaciones de formación, alianzas de fragmentación y después de reformación.

Las defensas psicológicas también son aplicadas por miembros de la familia, pero la mayoría de las familias proporcionan enormes recursos a sus miembros y algunas descubren por ellas mismas que son más vulnerables que

otras a los problemas de afrontamiento con el cáncer.

Las familias que tienen una víctima de cáncer, casi siempre tienen problemas preexistentes que las debilita como: un conflicto marital, dificultades económicas, abuso de alcohol, drogas y una franca psicopatología, es decir: esquizofrenia o severos desórdenes depresivos. (16)

Los soportes comunes a los sistemas familiares incluyen: sus valores, tradiciones, religión y el papel en la comunidad, todos éstos pueden utilizarse en momentos de estrés.

1.4.2. El Trabajo, la Escuela y la Comunidad.

El Trabajo, la Escuela y la Comunidad son tremendamente importantes para los pacientes con cáncer, las escuelas de cualquier nivel, desde maternal hasta la universidad, son ambientes especiales donde la gente se encuentra así mismo, en interacción estrecha con otros, todos los miembros de esos ambientes reaccionan y se afectan uno a otro.

(16) Idem.

Un paciente con cáncer frecuentemente debe enfrentar el ambiente de su trabajo, de la escuela, la familia y la comunidad, el que está determinado por los valores y el nivel cultural que ahí prevalezcan. En este sentido, el paciente recibirá respuestas positivas o negativas con quienes convive; por ésta razón, es importante que el Trabajo Social se interese por investigar y reunir la información necesaria relacionada con lo que actualmente esté sucediendo en cada uno de los ambientes en que se desenvuelva el paciente. Sobre todo por los antecedentes de las reacciones negativas que provoca la concepción del cáncer en la sociedad.

Es responsabilidad del Trabajador Social al mismo tiempo que investigar, es establecer los mecanismos de información, orientación, coordinación y educación, no sólo con los centros laborales, escolares y familiares sino con todas aquellas instituciones de carácter público y privado como: Sindicatos, Asociaciones, Grupos Religiosos, etc., que en un momento dado puedan conformar conscientemente una red de apoyo potencial para el paciente con cáncer, a nivel económico, social y emocional.

1.5. EL RETO DE TRATAR PACIENTES CON CANCER

Las bases que forman el reto de tratar pacientes con cáncer, están derivadas de la diversidad de elementos y factores involucrados, como son: las limitaciones y la naturaleza de los tratamientos disponibles, la necesidad de control médico minucioso y prolongado, el temor a la muerte, las limitaciones e incapacidades de nuestra cultura, etc.

El tratar pacientes con cáncer es un reto para todo el Equipo de Salud de Oncología, a nivel profesional y personal. Dicho reto varía de acuerdo al rol profesional que cada integrante tiene como parte del equipo de salud; el papel particular que el médico oncólogo tiene en un Servicio de Oncología, representa muchas veces un grado de responsabilidad mayor, por ser el responsable directo del control y cuidado de la enfermedad desde el punto de vista clínico. Entendiendo o delimitando así la función de este profesional, todos los integrantes del Equipo deben asumir su función específica y delimitar también sus funciones por medio de las acciones concretas y responsables en la concepción de interdisciplinariedad, es decir; que todas las acciones y funciones efectuadas por la especialización de cada integrante, estarán encaminadas al logro de un mismo objetivo: la atención y cuidado integral de la salud del paciente.

Este objetivo sólo se logrará gracias al establecimiento de canales de comunicación y coordinación adecuados entre todos los integrantes del equipo de salud en Oncología.

La pérdida de salud ocasionada por el cáncer en este caso, se da a través de las alteraciones físicas y fisiológicas del organismo, seguidas de manifestaciones psicológicas y sociales. Por otra parte olvidamos que dichas manifestaciones debieron tener su origen en una serie de situaciones, rasgos y factores de orden sociocultural y psicosomático.

A pesar de ello, hasta hace poco tiempo ha sido el médico el responsable directo y único de tratar no sólo con la situación clínica de la enfermedad, sino también con la demanda de situaciones psicológicas y sociales; al tratar de dar apoyo, estas situaciones, proporcionaban los vehículos a través de los cuales el médico era hostilizado como profesional, por ser la persona principal con quien el paciente y la familia podía compartir sus ansiedades, temores, angustias, debilidad y desesperanza.

Lo anterior es el resultado de la provocación de reacciones conscientes e inconscientes en el médico. Las ansiedades del médico, temores e impulsos, así como cambios de humor llegan a estar influenciados por la situación y estados psicológicos paralelos a los del paciente.

El médico como el paciente no tiene una persona primaria en quien confiar, con quien pueda desahogar sus ansiedades, temores, angustias, impotencia y desesperanza; el médico automática e inconscientemente moviliza varios mecanismos de defensa psicológicos. (17)

Esa situación por una parte puede contribuir a bloquear la comunicación con los demás miembros del equipo y por otra, debe visualizarse en forma objetiva a fin de proporcionar respuestas que eviten dicha situación. Al Trabajo Social como uno de los pilares principales del Servicio de Oncología, le confiere atender el manejo de los factores de orden psicosocial y la coordinación en la comunicación plena de todos los participantes.

El médico por su parte debe valorar las situaciones específicas de quienes demandan la atención clínica, sin dejar de lado la realidad de los tratamientos que con frecuencia cambian una clase de morbilidad por otra, vr. gr.: la amputación de un miembro sarcomatoso doloroso, con la incapacidad resultante de una amputación. O aún una clase de mortalidad por otra, vr. gr.: la muerte secundaria a la cardiotoxicidad producida por la quimioterapia en lugar de la muerte secundaria a la asfixia producida por las metástasis. (18)

(17) Ibidem p. 2056.

(18) DE VITA et al., Op. cit. p. 2057.

Entre más exitoso sea el afrontamiento del médico y de los demás integrantes del equipo de salud, mejor será el cuidado que presten a los pacientes y a las familias. Un primer paso necesario en el afrontamiento, es la aceptación de todos los miembros del equipo interdisciplinario, de ellos mismos como seres humanos al estrés del trabajo con pacientes de oncología.

CAPITULO II

EL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

2.1. Definición de Trabajo Social en el Area de la Salud.

2.2. Objetivos del Trabajo Social en el Area de la Salud.

2.3. Funciones del Trabajador Social en el Area de la Salud.

2.3.1. Niveles de Intervención del Trabajo Social en el Area Médico-Hospitalario.

2.3.2. Funciones específicas del Trabajador Social en el Campo Médico-Hospitalario.

2.4. Metodología de Trabajo Social.

2.4.1. Metodología de Trabajo Social en el Area de la Salud.

CAPITULO II. El Trabajo Social en el Area de la Salud.

Al hablar del Trabajo Social en el Area de la Salud nos conlleva a definir la profesión en sí, así como sus objetivos para después hacer mención específica tanto de la profesión como especialidad, sus funciones generales, así como de la metodología y aplicatividad en esta área. En este sentido hemos de considerar el Trabajo Social como: Disciplina de las Ciencias Sociales que estudia los problemas generados por las relaciones sociales, objetivados en carencias y necesidades concretas de los individuos, grupos y comunidades. Es a partir de identificar estas carencias y necesidades, vinculadas a las formas y medios para satisfacerlos, que se establecen alternativas de acción tendientes a la solución de tales problemas. (1)

La realización del objetivo mencionado nos lleva a:

- a) Desarrollar una metodología de acción, integrada por una etapa de investigación y otra de intervención.
- b) Implementando las funciones de investigación, administración y planeación, educación, promoción social y capacitación; asimismo a:

(1) VALERO Chávez Aida I; Trabajo Social en el Campo de la Salud, Apuntes como Supervisora Docente, Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM, 1985.

- c) Sistematizar las experiencias a través de la elaboración de modelos de intervención microsociaL.
(2)

2.1. DEFINICION DE TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

A lo largo del desarrollo del Trabajo Social en ésta área, se han precisado diferentes definiciones que reflejan hasta hace algunos años la concepción paramédica y organicista de ella, siendo más recientes las definiciones que hacen referencia a la concepción interdisciplinaria y de la salud integral, de tal modo que actualmente se define como:

"La acción ejercida mediante metodología científica para el conocimiento de los factores sociales que influyen en la salud, para intervenir en la investigación, planeación y administración de programas tendientes a concientizar, organizar y movilizar a la población, a efecto de contribuir a las transformaciones sociales necesarias para la salud integral". (3)

(2) Idem.

(3) Propuesta de Especialización de Trabajo Social en el Área de Salud, p. IV, ENTS - UNAM 1987.

Una definición más considera que: "El Trabajo Social en el Area de la Salud es el conjunto de procedimientos encaminados a investigar los factores sociales que afectan la salud de la colectividad a fin de proponer, coordinar y ejecutar alternativas viables que modifiquen dichos factores". (4)

Esta definición nos plantea una tendencia reciente entre el Sector Médico que va hacia una concepción social de la Medicina y que concibe el proceso salud - enfermedad no como una dicotomía, sino como un proceso inherente a un determinado modo de producción (5), por lo que se incluye una tercera definición:

"El Trabajo Social en el Area de la Salud estudia los problemas generados por las relaciones sociales, que objetivados en problemas y necesidades inciden en la salud, por lo que se requiere de identificar las formas y medios para preservarla, mantenerla y recuperarla; tratando de establecer alternativas de acción que tiendan a alcanzar la salud integral de los individuos". (6)

-
- (4) CASAS Torres Graciela. Propuesta de un Curso Monográfico para Licenciados en Trabajo Social en el Area de Salud, Tesis ENTS. UNAM, 1982.
- (5) VALERO Chávez, A. Op. cit. apuntes mimeo.
- (6) TERAN Trillo Margarita. Trabajo Social en el Campo de la Salud, Depto. de Investigación, ENTS - UNAM 1984.

Esta última definición, vincula más el objetivo planteado previamente en la definición de la profesión de Trabajo Social y se considera que puede apoyar la acción de los Trabajadores Sociales que se integren en Equipos que se orientan en esta concepción.

Finalmente, todas las orientaciones conceptuales, además de los factores sociales reconocen la intervención de elementos biológicos y psicológicos; por lo que se requiere como ya se indicó en el Capítulo anterior del trabajo en Equipo, a través de una plena integración, no como una mera sumatoria de esfuerzos, sino a partir del concepto de INTERDISCIPLINARIEDAD, lo que conlleva a la concurrencia de conocimientos y acciones en un marco de referencia lógico y bien estructurado, que permita la consecución de los fines propuestos (7) como son:

La higiene, el saneamiento y mejoramiento del ambiente; la educación para la salud, la nutrición, la salud materno-infantil, la planeación familiar, la salud bucal, la salud mental, la salud ocupacional, la higiene del deporte y la recreación; la prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles o crónicas, la prevención de accidentes, la rehabilitación, la seguridad social.

(7) Ibidem.

2.2. OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

Para poder comprender los objetivos del Trabajo Social en el Area de la Salud, es necesario partir de dos grupos de objetivos: Los que persiguen la Salud Pública, la Medicina y a mayor abundamiento, cada Institución médica en concreto y los que persigue en términos generales el Trabajo Social.

El Trabajo Social en el Area de Salud debe derivar sus objetivos de este campo, puesto que en esta área se está moviendo y en función de la que existe como una especialización profesional. Por otra parte, la actuación del Trabajador Social dentro de las Instituciones de Salud se justifica ampliamente si subrayamos que la definición universalmente aceptada de "salud", "es no sólo la ausencia de enfermedad, sino un completo estado de bienestar físico, psíquico y social" (OMS).

Los objetivos generales de los programas de salud son: prevenir, mantener y restaurar la salud.

Los objetivos generales del Trabajo Social según WW. Bohem, se orientan a Fortalecer el funcionamiento social de individuos, particularmente o en grupos, por actividades enfocadas hacia sus relaciones sociales, las cuales

constituyen la interacción entre el hombre y su ambiente.

(8)

Así tenemos como objetivo general del Trabajo Social en el Area de la Salud:

Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y recuperación de la salud.

Los objetivos específicos en el Area mencionada son:

1. Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación con un contexto social determinado.
2. Identificar las políticas del Estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
3. Participar en la Planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.

(8) Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Planeación, Dir. de Evaluación Operacional, Departamento de Evaluación de Recursos Humanos.
Rol del Trabajador Social en el Area de Salud.
México 1978.

4. Promover la educación y capacitación de los individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente en los programas de salud.

En el campo más específico y concreto del Trabajo Social Hospitalario se hace mención a los siguientes objetivos, según el Documento de la Secretaría de Salud que en 1978 definiera el "Rol del Trabajador Social" en ese Sector:

OBJETIVO MEDIATO:

Ayudar a los individuos y a los familiares de éstos a superar los problemas psicosociales que representa la enfermedad, para que logren su reincorporación social en los términos más aceptables y desde un punto de vista interdisciplinario del Equipo de Salud.

OBJETIVOS INMEDIATOS:

1. Capacitar al enfermo y a sus familiares para enfrentarse a la problemática del caso.
2. Fomentar su confianza en sus propias capacidades para manejar la situación.

3. Modificar estados emocionales negativos, así como actitudes ocasionadas por prejuicios y falsas ideas sobre la enfermedad.

4. Impulsar y estimular pensamientos y acciones que redunden en beneficio de la salud y/o de la superación de la problemática social de la familia del paciente.

2.3. FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

INVESTIGACION.- De los factores económicos sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la salud y la enfermedad. Determinar las necesidades y recursos para la salud. Conocer aspectos que dificultan la utilización de los servicios médicos.

ADMINISTRACION Y PLANEACION.- Participar en los planes, programas y proyectos del sector salud. Participar en la estimación de los presupuestos y costos de la salud en general. Establecer coordinación con instituciones de salud y bienestar en diferentes niveles. Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios. Controlar y ejecutar los procesos administrativos de servicios de Trabajo Social.

EDUCACION.- Mantener a la población informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad. Impulsar la educación para la salud física y mental. Prevenir problemas de desnutrición, accidentes, enfermedades profesionales y riesgos de trabajo. Promover la paternidad responsable. Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud. Participar en campañas de prevención de enfermedades. Integrar grupos para la prevención, control y rehabilitación de padecimientos (diabetes, cáncer, alcoholismo, etc).

PROMOCION SOCIAL.- Participar en campañas comunitarias, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental. Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades. Movilizar a la comunidad para obtener recursos en pro de la salud.

CAPACITACION.- Participar en programas de capacitación del Equipo de Salud. Fomentar la actualización y especialización del personal de Trabajo Social.

En ésta perspectiva, las acciones que realice el Trabajador Social en el Campo de la Salud deben desarrollarse en tres niveles de atención: Primer nivel, segundo nivel y tercer nivel. Estos aspectos se objetivizan en lo que se reconoce en el ámbito de Trabajo Social como: Trabajo Social Psiquiátrico, Trabajo Social

Médico Hospitalario, Trabajo Social en la Educación para la Salud, Trabajo Médico Social.

2.3.1. Los niveles de intervención del Trabajo Social en el Área Médico - Hospitalaria básicamente son:

a) Asistencial:

Es la acción que se realiza con los pacientes o familiares para prestar un servicio que puede ser paliativo, educativo o preventivo. En el caso de nuestra realidad social no se puede dejar de prestar "ayuda inmediata", sin embargo ésta debe ser encaminada a lograr de los solicitantes el inicio de un proceso que no permita la creación de dependencia.

b) Preventivo:

Es el proceso de intervención que pretende anteponerse a la aparición y consecuencias de determinados fenómenos, introduciendo elementos que puedan evitarlos, con el fin de mantener el equilibrio de la persona o grupo. La prevención busca el fomento de la salud y estos dos juntos a la elevación del nivel de vida de la población y especialmente de los niveles de salud.

c) Correctivo:

Se concibe como la intervención en la realidad para fines de remoción de causas que impiden o dificultan el desarrollo individual, grupal o colectivo. Así, el Trabajo Social actúa en los niveles de micro y macro estructura, respectivamente, cuando interviene en causas introducidas en su esfera de operaciones, de administración y prestación de servicios directos, y cuando participa en la corrección de causas que trascienden su posibilidad de acción a nivel de política para el desarrollo, supone su participación en la planeación, implantación y mejor utilización de la infraestructura social. Entendiendo ésta como las facilidades básicas, programas para la salud, educación, habitación y servicios sociales fundamentales que presuponen el atendimento de diversas condiciones humanas.

En este nivel de macroactuación debe participar de todas las fases de la programación, formular la metodología y estrategia de acción para elaborar e implementar la política social.

d) Promocional:

Promover es capacitar, por lo tanto, desde ese enfoque el Trabajador Social promueve cuando actúa para habilitar individuos, grupos y comunidades, haciéndoles alcanzar la plena realización de sus potencialidades, así la profesión

se introduce en el proceso de desarrollo, al llevar a la plena utilización de recursos naturales y humanos y consecuentemente, a una realización integral del hombre. La concientización como punto de partida se destaca a manera de proceso para la fundamentación ideológica del desarrollo social.

e) Rehabilitatorio:

Se refiere al estudio de los valores de la persona humana en su capacidad de crear y de hacer, tiene fé en que el individuo es rehabilitable en diversos grados y esferas. Considera que el organismo humano tiene una gran capacidad de adaptación a su proceso rehabilitatorio y que en algunos pacientes la afección severa del área física es debido a más problemas psicosociales que a incapacidades biológicas reales.

f) Investigación:

Se utiliza como la base principal para la planificación de las funciones de Trabajo Social, es la actividad que proporciona el conocimiento real de los grupos sociales, contribuye a descubrir las necesidades que deberán ser satisfechas y los recursos con los que se puede contar para resolver los conflictos humanos concretamente, no permite la improvisación al aportar datos objetivos a la especialidad normando en cierta forma las directrices a seguir en el desempeño de funciones.

g) Enseñanza:

Es el aspecto que mantiene vivas a las áreas mencionadas, se encarga de capacitar de manera continua al personal de base, de pre-grado y post-grado que interviene en el desarrollo de funciones de Trabajo Social, así como derivar la posibilidad en la sistematización de la práctica y por tanto, a nuevos aportes a la teoría.

Las áreas citadas constituyen una respuesta adecuada al contexto en que el profesional de Trabajo Social debe actuar.

2.3.2 Funciones específicas del Trabajador Social en el Campo Médico - Hospitalario.

- 1) Lograr que el paciente valore correctamente su enfermedad y la acepte del mejor modo posible, estimulándolo para que coopere adecuadamente en su tratamiento.
- 2) Tratar de disminuir sus tensiones emocionales.
- 3) Ayudarle a valorar en forma realista sus problemas familiares y sociales.
- 4) Crearle una actitud favorable hacia el médico y el tratamiento.

- 5) Ayudarlo a adaptarse a la vida hospitalaria, especialmente en aquellos casos que requieran largo periodo de hospitalización.
- 6) Orientarlo en la interpretación de órdenes y procedimientos médicos.
- 7) Servir de enlace entre el paciente y su medio familiar, a efecto de que la familia coopere lo mejor posible en su tratamiento y/o control.
- 8) Estudiar los factores ambientales que puedan interrumpir o interferir en el tratamiento, o incluso motivando el rechazo de éste a efecto de modificarlo favorablemente.
- 9) En los casos de enfermedades largas o invalidantes, ayudar al paciente cuando ya va a ser dado de alta, a prepararlo, a adaptarse a la idea, a formular planes constructivos para su regreso al ambiente familiar y social y alcanzar, en los mejores términos posibles su rehabilitación profesional o de trabajo.
- 10) Hacer sentir tanto al paciente, como a sus familiares, el interés de la Institución por su salud y bienestar.

Hemos establecido las funciones más comunes que el Trabajador Social va a desarrollar en la mayoría de las instituciones o casos, sin embargo, habrá muchas otras funciones derivadas de las particularidades de cada caso, de cada institución médica, así como del tipo de padecimientos que traten.

2.4. METODOLOGIA DE TRABAJO SOCIAL.

La metodología de Trabajo Social está representada básicamente por los denominados "métodos tradicionales": Trabajo Social de Casos, Trabajo Social de Grupos y Trabajo Social en la Comunidad; por los "métodos auxiliares", así como el método científico.

Cada uno de ellos es un instrumental valioso para el desarrollo del quehacer profesional de los Trabajadores Sociales en todos sus ámbitos de acción. Así, aunque los mencionados primeramente no posean la científicidad de otros, sí son recursos delimitados y caracterizados propiamente como parte del instrumental que permite aplicarse en ciertos niveles y situaciones inmediatas.

Trabajo Social de Casos

El Trabajo Social de Casos aplicado al paciente oncológico permite la investigación y atención que de

manera individual demanda el diagnóstico por la severidad de los problemas psicosociales y físicos que se derivan de él, éstos requieren de un tratamiento específico que generalmente se debe dar en distintas etapas, a través del seguimiento del caso en el largo plazo al paciente y a la familia.

Actualmente se concibe al caso, como una muestra de la problemática social que busca la solución de los problemas individuales a través de la investigación social científica, conduciéndonos a la planificación de programas de bienestar social, para permitir al hombre relacionarse con la sociedad que respetando sus valores y normas, le da la oportunidad de desenvolverse en forma plena, asumiendo el individuo una actitud crítica, positiva y activa frente a su problemática. Este concepto conduce a las medidas terapéuticas a través del grupo.

Aplicado al Trabajo Social Médico, es el que se encarga de detectar los factores sociales que provocan o están influyendo en la salud del paciente. Se trata del estudio minucioso de el medio ambiente que rodea al paciente y de sus relaciones familiares, la acción de tratamiento es de tipo educativo, tratando de evitar la dependencia y el "paternalismo".

Se denomina "Proceso de Caso" a la serie ordenada de pasos a seguir para elaborar un estudio social de caso de los denominados "Completo". Estos pasos son, por su

orden: investigación, diagnóstico, plan y tratamiento; algunos autores agregan pronóstico y evaluación del plan; pero otros afirman que esos quedan contenidos dentro de los cuatro primeros mencionados.

El proceso de conocimiento se refiere a la investigación, ésta, es la primera parte del proceso que constituye un aspecto básico porque de ella parten y dependen las otras fases. Sin una investigación profunda, que abarque todos los ángulos del problema y las características de la personalidad del sujeto será imposible lograr un correcto diagnóstico y en consecuencia, tampoco se logrará el tratamiento adecuado.

Toda investigación constituye en sí un proceso psicosocial, lo cual implica, una cuidadosa observación del sujeto, de sus reacciones, incluyendo la actitud que asume ante el Trabajador Social, pero con especial enfoque hacia las que se refieren a su posición respecto de la situación o problema central del caso. El estudio de los diferentes aspectos y modalidades que presenta la situación y el estudio y análisis del ambiente que le rodea.

Podemos decir que el proceso de reflexión está constituido por el diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico social, según L. Bray, es una síntesis de la descripción del sujeto y de su situación y tiende a

establecer las relaciones de causa - efecto; a determinar los factores que impulsan al sujeto a recurrir al servicio, a realizar un estudio crítico de sus posibilidades y a calcular las medidas que el Trabajador Social debe proponer y discutir con el sujeto o la familia para resolver el problema. También se puede definir el diagnóstico como un resumen de los problemas encontrados en el caso, de la actitud del sujeto frente a ellos y de los recursos familiares y extrafamiliares detectados en la investigación que pueden ser útiles para la resolución de los problemas.

Un diagnóstico social abarca, además de la descripción de los hechos, un juicio sobre sus causas probables, sus factores determinantes y los posibles significados de la sintomatología del caso.

El pronóstico social se refiere a la predicción o estimación futura, de los resultados a alcanzar por las acciones previstas en el plan.

El proceso de decisión se refiere a la intervención planeada o propiamente al plan, éste, es el planteamiento de una serie de medidas que se proponen para la resolución de un caso, basadas sobre el diagnóstico del mismo y que someten a una autoridad inmediata (generalmente al supervisor de Trabajo Social) para su discusión, aprobación o modificación si es necesario.

María Castellanos define el Plan como la exposición de principios o actividades recomendables con el objeto de resolver o atenuar el o los problemas del cliente del Servicio Social.

Algunos autores dividen el Plan en tentativo y definitivo. El primero tiene carácter experimental y transitorio; generalmente se refiere a medidas que se hace necesario tomar de emergencia. El definitivo resulta más estable; pero en manera alguna quiere decir que sea "definitivo" en el sentido estricto del vocablo; muchas veces tendremos que modificarlo e incluso recurrir nuevamente a otro tentativo antes de intentar de nuevo uno más estable. Esto resulta lógico si recordamos el dinamismo de todos los fenómenos sociales.

Finalmente aludimos al proceso de acción o Tratamiento Social, el tratamiento puede definirse como el plan propuesto en acción. De acuerdo con ésta definición podríamos pensar que se trata solamente de ir llevando a la práctica una serie de medidas, pero en realidad, no es solamente esto, el éxito se deberá no tanto a lo que se hizo, sino a la forma como fue hecho. Para comprender lo anterior, dividiremos los servicios proporcionados por el Trabajo Social en dos grupos: tangibles e intangibles, los primeros se refieren a medidas prácticas y los segundos son de tipo más abstracto.

Lo que se requiere expresar claramente, es que aún las medidas de tratamiento mejores y más útiles, si no van acompañadas y subrayadas por un interés real del Trabajador Social en el caso y por pequeñas atenciones que atestigüen al sujeto que es considerado como un ser humano digno de respeto, pueden fracasar o por lo menos dar un rendimiento menor que el que de ellas se esperaba.

Las finalidades del tratamiento no van encaminadas solamente a curar, sino de manera fundamental, a prevenir; así pues, un tratamiento social además de proveer las medidas urgentes para resolver el caso, deberá abarcar su acción hasta las causas que lo determinaron, con objeto de capacitar en nuestro caso al paciente y su familia para el afrontamiento de su situación.

El principal objetivo es encauzar al paciente para que logre el ajuste social que sea susceptible de alcanzar dentro de su medio y con vista a sus posibilidades personales y a las de la comunidad.

Trabajo Social de Grupos

Se destaca este método, dado que las características del diagnóstico en oncología presenta una gran variedad relacionada con la naturaleza de los tumores o localizaciones primarias, es decir; la etapa o fase en que se detecta, el tipo de tratamiento que requiere, la

repercusión física, psicología y social que implica la edad, el sexo y la procedencia de los pacientes, etc.. Todos éstos factores y especialmente el tomar en cuenta que la enfermedad es crónica y que requiere un tratamiento y control indefinido por lo que el grupo como unidad de atención no sólo es una alternativa, sino una necesidad en la forma de intervención por Trabajo Social de Oncología.

Anteriormente el proceso de grupo era considerado como la acción a través de la cual se lograba el desarrollo de la personalidad del individuo. Actualmente se le considera como un proceso de educación socializante en el que se pueden reforzar los valores sociales del individuo, ayudándolo a realizar una crítica positiva de la realidad social que le rodea para obtener la acción integradora al proceso de desarrollo. Esta acción está fundamentada en medidas preventivas que eviten nuevos conflictos.

Newsteter dice que el Trabajo Social de Grupos es el proceso socio-educativo que tiene por objeto la adaptación de un individuo a través de su asociación voluntaria con un grupo y el uso de esa asociación para otros fines socialmente deseables.

El Trabajo Social de Grupos es un método decisivo en el Area de la Salud y específicamente en el campo Médico - Hospitalario, el caso se deriva al grupo para su mejor tratamiento social. El manejo de grupos contribuye a la socialibilidad del paciente y de su grupo social y

familiar, los grupos se pueden y se deben manejar de acuerdo a diversos caracteres, tendrá mucho que ver el que si la enfermedad del paciente es crónica o no, el manejo del mismo, como paciente externo u hospitalizado, su edad, el diagnóstico y pronóstico médico, etc..

La finalidad del Trabajo Social de Grupos se fundamenta en el logro del desarrollo de la personalidad del individuo y de su adaptación al medio, el camino a seguir para alcanzar este fin es buscar la asociación de este con otras personas recurriendo a la formación de grupos que reúnan los requisitos suficientes para ser considerados como tales, de acuerdo con la técnica del Trabajo Social.

Para lograrlo se debe proporcionar orientación y estímulo al individuo, a fin de que haga uso de sus propios recursos y en caso necesario intente la planeación de otros servicios no existentes, y que podrían ser de utilidad para el desarrollo de la comunidad, lo cual constituye otra de las finalidades que el Trabajador Social de grupos persigue a través del conocimiento de los problemas y necesidades que afectan al grupo.

Otra finalidad del grupo es el aprovechamiento del tiempo libre de sus miembros propiciando actividades que estimulen la personalidad y que les enseñe a afrontar sus problemas de manera natural.

El proceso de formación y trabajo con grupos cumple con varias fases: Formación, Organización, e Integración.

La etapa de Formación se inicia con el origen del grupo, es decir, al establecer una serie de contactos entre los posibles miembros que procederán a integrarse. En ésta etapa se establecerán los objetivos del Trabajo Social de Grupos en el Campo Médico Hospitalario y las necesidades e intereses de los miembros del grupo; se deben utilizar distintas técnicas para la formación de grupos.

La etapa de Organización se ocupa de designar las funciones y especificar las relaciones que deben existir dentro de los grupos y los individuos. En esta etapa los socios son asesorados por el Trabajador Social, quien establece las funciones que cada uno realizará, el programa de trabajo, el cómo, cuándo y dónde se realizarán las reuniones y todo lo relacionado con el reglamento de la agrupación; la organización siempre se sustenta en una base normativa (reglamentos, leyes, estatutos, etc.) que le darán carácter formal u oficial.

El Trabajador Social toma en consideración esta base y por ello como primer paso en la organización se procede siempre a elaborar el reglamento del grupo, que debe comprender los siguientes puntos:

Funciones del grupo, objetivos de la asociación, integración del grupo, fijación del lugar, fecha, hora,

tiempo de duración de las reuniones, establecimiento de la directiva, etc. (9)

Los grupos y su duración serán de acuerdo a características y necesidades de los pacientes que se trate.

Al terminar la etapa de organización se inicia la Integración, durante esta etapa el Trabajador deberá separarse paulatinamente del grupo hasta que éste, sin advertirlo sea capaz de actuar por sí sólo, pues ya es capaz de autodirigirse, logrando así la etapa de integración, que culmina cuando el Trabajador Social se ha separado totalmente del grupo que ha alcanzado su madurez o etapa de emancipación.

En el medio hospitalario, esta etapa sólo se llega a alcanzar con pacientes de estancia más o menos prolongada, con enfermos crónicos o con los que acuden a consulta externa en forma periódica y por tiempo indefinido, ya que si se trabaja con pacientes de estancia corta se plantea el problema de la frecuente renovación de los grupos.

(9) ORTEGA, García Laura. Trabajo Social de Grupos en el Campo Hospitalario. Tesis Srta. de Trabajo y Previsión Social, México 1968.

Trabajo Social en Comunidad

Actualmente el Trabajo Social en comunidad trata de lograr el generar fuerzas vivas de cambio, que sean capaces de participar en la elaboración de programas sectoriales, en los cuales se desempeñan como agentes efectivos del cambio social.

Desde el punto de vista social se considera al hombre miembro participante de una comunidad a la cual modifica y ésta determina constantemente muchas de sus actitudes en el proceso vital. Lo humano en el ejercicio del Trabajador Social consiste precisamente en la comprensión del hombre en su integridad, como unidad biológica y cultural, como ente social y ser histórico.

La aplicación del Trabajador Social en la comunidad a partir del Area de la Salud es en la actualidad ,muy poco comprendido por los profesionales de la medicina, pues generalmente las funciones de Trabajo Social se realizan en forma reducida que no abarca a la comunidad.

A pesar de que el método en sí no es posible llevar a cabo su aplicación en forma total en el campo de la salud, sí se puede aplicar parte de él.

Algunas partes del proceso que se pueden aplicar son:

- Investigación de la comunidad.
- Estudio de recursos, especialmente médicos.
- Determinación de necesidades médicas.
- Planeación y propaganda o promoción de la salud.
- Ejecución de programas.
- Evaluación.

Es importante que éstas actividades no sean fragmentadas, a esta razón es necesaria la coordinación del trabajo como organismos o instituciones gubernamentales que cuenten con personal especializado y técnico, relacionado con el área de ingeniería sanitaria.

Así, las técnicas del desarrollo comunitario al estudiar los fenómenos sociales de un área geográfica determinada, permitirá conocer la extensión de la mortalidad en la población y en los grupos que la componen. Al igual que analizar las relaciones existentes entre los factores sociales y la patología social-médica, estudiando todas las variables que pueden influir sobre la salud de los grupos de la población.

La relevancia de la investigación parte del estudio de casos, de ellos, se observa en las enfermedades una patología individual y otra social, pero todas presentan relaciones con los factores sociales en dos sentidos: la influencia de los factores sobre la enfermedad y

repercusión de esta sobre el grupo social.

La repercusión individual o caso, es la representación específica de una larga secuencia de casos que se producen continuamente y que pueden tener causas comunes, susceptibles de modificarse socialmente.

La cantidad de factores sociales relacionados con la enfermedad es incontable y su naturaleza es diversa, la influencia de algunos en la salud es directa, la de otros indirecta. Algunos son inherentes al grupo familiar, otros son producidos por el trabajo, y otros son de origen puramente cultural, en un momento dado podemos considerar que los últimos son los más numerosos e importantes.

El Trabajo en Comunidad demanda la necesidad de efectuar el trabajo en equipo, especialmente un equipo interdisciplinario o multidisciplinario.

Algunos aspectos que se pueden investigar en el estudio de la comunidad son:

A. Factores presentes en el grupo biológico - social.

a) Características biológicas del grupo:

Susceptibilidad racial del grupo, factores genéticos adversos que tienden a desarrollar anomalías orgánicas, físicas o mentales, factores congénitos de madre a hijo.

b) Características Culturales:

Costumbres raciales, nacionales o de grupo religiosos u otros. Hábitos alimentarios, limitaciones educacionales, barreras del idioma, tamaño tradicional de la familia, condición social de los dos sexos y de los diversos grupos de edad, importancia de la organización familiar en el grupo, etc.

B. Factores dependientes de la actividad del grupo:

Profesión u ocupación, salario y renta, hábitos de reposo, recreación y posibilidades de realizarlo, hábitos domésticos.

C. Factores en el ambiente externo del grupo:

a) Geología y clima:

Severidad de estaciones, humedad relativa, lluvia y disponibilidad de aguas, contenido mineral del suelo, grado de aislamiento geográfico de los grupos.

b) Ambiente físico general:

Contaminación atmosférica del suelo y del agua, cantidad de tierra arable en relación a la disponible.

c) Ambiente doméstico:

Hacinamiento en la vivienda, calidad arquitectónica, disponibilidad de agua y servicios higiénicos, iluminación y ventilación.

D. Factores dependientes de la Organización Social:

Distribución equitativa de la riqueza nacional y de los medios de producción y trabajo, costo de vida, existencia de grupos económicos y culturales que dificultan la adaptación social del individuo y de grupos.

El derecho que tiene la población a la salud, implica la responsabilidad gubernamental de asegurar su participación en forma amplia y consciente, como posibilidad del logro de éxito en el desarrollo de programas y acciones relacionados con la salud. El objetivo fundamental de los servicios de salud frente a la comunidad debe ser de carácter eminentemente educativo a fin de capacitar a sus miembros para la prevención y resolución de sus problemas.

Por su parte, los "métodos auxiliares" de Trabajo Social son aún más, elementos importantes que siempre que se apliquen a manera de proceso en la labor profesional, estarán permitiendo y encausando las directrices del Trabajo Social, reforzando los métodos anteriores en un sentido más profesional y acorde con las necesidades que a la Disciplina

competen resolver.

La supervisión, es considerada como un método general, sin embargo, en Trabajo Social existe toda una teoría, misma que delimita su acción y especifica sus áreas de competencia. La supervisión es un proceso educativo y administrativo a través del cual se obtiene el crecimiento profesional del supervisado y el logro específico del programa. Este método se desarrolla gracias a la ejecución de diversas funciones comprendidas en el proceso, tanto por el supervisor como por el supervisado; dentro del proceso el supervisor tiene cuatro áreas de responsabilidad:

- 1) La administración de la institución (áreas bajo responsabilidad).
- 2) Los supervisados.
- 3) Los usuarios que acuden a la institución.
- 4) La comunidad como un todo.

La función del supervisor en el área médico social debe cumplirse dentro de límites establecidos, es decir; un supervisor por cada ocho trabajadores sociales, de ellos, la mitad debe manejar hospitalización con un máximo de veinte camas y la otra mitad la consulta externa.

Actualmente se observa la existencia del estancamiento de la especialidad en algunas instituciones puesto que no se cuenta con uno de los elementos más importantes que no solo dirige, sino enseña y administra los servicios de

bienestar y promoción social. Y en otro caso es muy probable que la supervisión no se conozca propiamente por quienes desempeñan tal función.

La administración a su vez se aplica como proceso que permite la conducción adecuada del desarrollo de programas médico sociales, así como el buen funcionamiento de la unidad.

El movimiento de Reconceptualización trajo una serie de posiciones y planteamientos metodológicos que reflejaban la búsqueda y los intentos de dar solución al problema tratando de superar la denominada "Metodología Tradicional" y recuperando los aportes técnicos de la misma; poco después fue caracterizado este momento metodológico por Boris Lima, como la "Metodología de Transición", misma que cubre otra etapa que también tuvo su influencia en el Área de Salud. Es aquí donde se ubican los métodos denominados como: Básico, Único e Integrado, caracterizados principalmente por la agrupación de los diferentes y diversos procedimientos utilizados por la profesión hasta ese momento en un sólo planteamiento. Esta etapa se caracterizó por hacer énfasis en la técnica y el procedimiento en cuanto a metodología, tratando de superar las visiones asistenciales y terapéuticas, sustituyéndolas por una visión más acorde a la época, momento en que se planteaba la Seguridad Social, como alternativa de solución a los problemas; no obstante la problemática se sigue agudizando en América Latina, particularmente en algunos

países de Sudamérica, lo que lleva a algunos científicos sociales a una nueva búsqueda para definir una alternativa metodológica, la misma que se definiera por la aplicación del Método Científico.

Lo anterior marcó la necesidad de iniciar un nuevo proceso de reflexión que ha ido definiendo un nuevo momento en la historia del Trabajo Social en el que se vislumbran nuevas alternativas, que a su vez responden a nuevos acontecimientos de la época.

La falta de visión integradora en la planeación de la sociedad y circunstancias políticas son propiciadoras de la aguda crisis que actualmente estamos viviendo en la economía nacional y por tanto en los otros sectores que integralmente conforman la sociedad, la cual recae cada vez en los sectores más empobrecidos, populares y mayoritarios los mismos que reflejan más pobreza como resultado del alto costo de la vida que no es acorde con el poder adquisitivo de los salarios actuales.

Esta situación se ha hecho acreedora de descontento por parte del sector mencionado, las instituciones no pueden dar respuesta a la demanda de los problemas aún cuando son concebidas como mecanismos de administración de servicios.

Este momento ha significado para los Trabajadores Sociales la profunda necesidad de conocer, analizar y

entender la dinámica institucional, así como el desarrollo de la política social, porque es en éste momento cuando la profesión dá un nuevo salto en la comprensión de su hacer y lo ubica como una tarea más generalizada y social superando la trascendencia de las formas de intervención individual y grupal.

"Es así que la profesión asume el nuevo reto de realizar su intervención en problemas de orden social y colectivo y clasifica la posibilidad de contribuir al conocimiento de las necesidades sociales que son el objeto de la política social".

"El Trabajo Social se ubica en el desarrollo y la modernización de las instituciones, las cuales exigen de él un nuevo perfil, más científico y profesional, que contribuya a la solución de la demanda social; para esto tiene que caracterizarse como un profesional eficiente y dinámico y romper con las concepciones asistenciales tradicionales para asumir la nueva tarea de PROMOCION SOCIAL".

La promoción social representa la concepción más avanzada de la política social y de la dinámica institucional y es aquella que recoge una concepción del hombre como un ser capaz de organizarse y movilizarse en la

búsqueda de solución a sus necesidades. (10)

En ese sentido, el concepto de promoción social rompe con el criterio de ayuda y voluntarismo, así como el de beneficencia que caracterizaron a la Asistencia Social y a la Seguridad Social y que determinaron en su momento las formas de intervención para insertarse como una tarea de carácter técnico, que evidentemente requiere insertar en ella los procesos de educación, concientización, capacitación y organización de la población para que esta sea sujeto participativo en la construcción de su propio proyecto que dé solución a sus necesidades y demandas sociales.

El Método Científico nos brinda uno de los aportes más grandes y válidos en la identificación estudio y predicción de las causas y fenómenos sociales que propician o interfieren al ser humano en sus distintas áreas. En nuestro caso particular de investigación, nos referimos al área de la salud del individuo; podemos predecir en relación con el proceso salud enfermedad, y de este modo, elaborar y ejecutar programas que busquen la prevención, tratamiento y rehabilitación oportuna y adecuada a la naturaleza de los fenómenos estudiados.

(10) MENDOZA, Rangel Ma. del Carmen, Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales. ATSMAC, Méx. 1986, p.37

No podemos dejar de mencionar que el Trabajo Social como todas las disciplinas relacionadas con las Ciencias Sociales, es eminentemente dinámico y está sujeto a continuos cambios y evoluciones, por tanto, su metodología, técnicas, instrumentos, etc. serán implementados y reformados de acuerdo a la realidad cambiante de nuestra sociedad.

Sin embargo, no por ello podemos prescindir de formas o métodos que en su esencia conservan elementos relevantes para investigar y atender las situaciones específicas a nivel individual que así lo requieren en nuestra sociedad actual, en el caso particular de los Hospitales del ISSSTE, sigue siendo necesaria la aplicación del método de Trabajo Social de Casos en razón a que el proceso salud - enfermedad en nuestro medio no ha logrado alcanzar el nivel óptimo de atención, o sea: la prevención y si en cambio, absorbe grandes números de pacientes que requieren de la aplicación de un nivel menos exitoso en la atención de la salud que es la curación y rehabilitación.

No por lo anterior, deja de ser importante la necesidad de reiterar la aplicación de los métodos que como unidades de atención, poseen los elementos para dar respuesta en forma grupal y colectiva, así como de aquellos concebidos como auxiliares: la supervisión y la administración.

El Trabajo Social ya no es más una disciplina que busca "adaptar solamente al individuo a su medio", sino que pretende prepararlo para que participe como persona activa y responsable en su propio desarrollo y en el de su comunidad. Su énfasis debe estar de acuerdo a la realidad ambiental, al momento social y a la región o área geográfica, para que de acuerdo a esto el Trabajador Social aplique el plan operacional específico.

La base del Trabajo Social debe ser la investigación social y el proceso educativo que conduzca al logro de cambios deseados en nuestra sociedad; todos los métodos analizados y aplicados en forma simultánea dentro del proceso operacional conforman un instrumental de relevancia profesional para nuestra Disciplina con los que podremos responder mediante acciones concretas y a nivel científico en cualquier tipo de institución que nos encontremos laborando.

2.4.1. METODOLOGIA DE TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD

Después de plantear el análisis histórico metodológico del Trabajo Social, es importante hacer breve mención a los métodos y/o procedimientos que actualmente responden a las necesidades que se vinculan entre la teoría y la praxis del quehacer profesional.

En el largo caminar de la experiencia profesional de los Trabajadores Sociales se han buscado formas y procedimientos acordes a las necesidades de cada momento histórico social, los que han ido respondiendo a la solución de las necesidades sociales pero cada vez con una intención más profesional y en mayor grado de especialización que ha tendido a un nivel más científico, en este sentido, la teoría y los métodos del Trabajo Social conforme se han ido implementando han ido seleccionando y retomando los "elementos valiosos" que forman parte importante en las formas de intervención tanto de la metodología tradicional, como de los métodos auxiliares y el propio método científico.

Actualmente el Trabajo Social se sigue instituyendo en las instituciones y en la comunidad mediante tres unidades de atención, que no son más que las formas cuantitativas mediante las que atiende las demandas de necesidades sociales; por una parte, en el sentido de que responde en forma individualizada, grupal o colectiva y por otra, cualitativa, en tanto que posee elementos específicos, algunos iniciales y otros más recientes, todos ellos valiosos, los mismos que se unen a la aplicación del método científico y del desarrollo de la investigación de fenómenos sociales que se estudian y se atienden con el fin primordial de diseñar, aplicar y evaluar los programas de desarrollo social a nivel micro y macro y que van encaminados al logro de alternativas y respuestas concretas a las necesidades demandadas en forma común y como respuesta a la política

social del país con la que se busca mejorar los niveles de vida de la población en distintas áreas: Salud, educación, vivienda, previsión social, cooperativismo, capacitación, etc.

En el Area de la Salud en México, el Trabajo Social ha seguido las pautas marcadas por otros países, sin embargo, es importante tomar en cuenta las características propias de nuestra realidad nacional y en forma conjunta se hace necesario definir nuestro diseño de trabajo y de igual forma identificar los objetivos y la metodología que vayan acordes a nuestra realidad económico-social, al Trabajo Social, a la Salud y a las demandas planteadas por la necesidad de políticas que promuevan el cambio en sistemas y estructuras sociales.

Con lo anterior debemos decir que el profesional de Trabajo Social debe poseer un alto grado de preparación científica, teórico-práctica que le permita dominar las concepciones filosófico-ideológicas y de este modo, su aplicación en los diseños de investigación que sean capaces de desarrollar el método científico.

El método científico comprende las tres etapas operacionales que sirven de fundamento y recursos a todas las ciencias y profesiones: conocimiento, sistematización y acción, el Trabajo Social como ya mencionamos comprende tres unidades de atención (individual, grupal y colectiva) y dos niveles de intervención: macro y micro, en el Sector

Salud su actuación se ve referida en tres niveles de atención a la misma, primer nivel, segundo nivel y tercer nivel.

CAPITULO III

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DE CANCER DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL "20
DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

3.1.1. Planteamiento del Problema.

3.1.2. Objetivos.

3.1.3. Hipótesis.

3.1.3.1. Variables, Indicadores e Índices.

3.1.4. Técnicas e Instrumentos para recolectar la información.

3.1.5. Selección de la Muestra.

3.1.6. Aplicación del Instrumento de Medición.

3.1.7. Presentación de Resultados.

3.1.7.1. Seguimiento Documental de los Casos.

3.1.7.2. Seguimiento de Campo-Estudio Social de Casos.

3.1.8. Análisis e interpretación de los Datos.

CAPITULO III

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO SOCIAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS EN EL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

3.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, la enfermedad del cáncer es una de las principales causas de muerte en México y en el mundo. Al presentarse en todas las edades, sexos y razas, surge la inquietud de plantearse el análisis sobre los efectos psicosociales que esta trae como consecuencia, tanto en el individuo afectado como en su familia; en el presente encontramos que el impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer es profundo, pues no es sólo "tener cáncer", esto implica para muchos casos: dolor, mutilación, hospitalización, problemas económicos, laborales, sociales, pérdida del atractivo y de la función sexual entre otros.

Y tomando en cuenta que el hombre está expuesto continuamente al contacto de agentes carcinógenos del ambiente y que la esperanza de vida se ha ido incrementando, así como a que la ignorancia de la población para acudir en forma oportuna a los servicios médicos o a problemas propios del sistema económico social, la tendencia al aumento de defunciones por tumores malignos crece. No obstante, de las diversas acciones e investigaciones que se realizan contra el cáncer, el Estado se ve obligado a invertir recursos mayores en el tratamiento que en la prevención de esta enfermedad crónica degenerativa; lo que exige una mejor atención al paciente en la restauración, conservación y prevención de su salud.

Así pues, resaltamos la necesidad de investigar en forma precisa los procedimientos establecidos en el Servicio de Oncología por Trabajo Social, relacionados con el seguimiento de pacientes oncológicos, que actualmente realicen en el Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, en tanto que sin la sistematización de ellos, no es posible asegurar la atención integral del paciente, limitado así las alternativas de solución y de apoyo a sus problemas sociales, interpersonales, económicos, laborales, familiares, etc. causados por la enfermedad.

Lo que en un momento dado, determina el logro del tratamiento médico, siendo que la naturaleza de la enfermedad se entorna agresiva en la mayoría de los casos y el tratamiento a veces más.

Al Trabajo Social como Disciplina y Profesión, compete integrarse al Equipo de Salud a fin de abocarse al estudio y tratamiento de los fenómenos sociales, específicamente en el caso de la enfermedad que nos ocupa, cobra particular importancia el conocer los efectos psicosociales en el proceso de diagnóstico y tratamiento a fin de lograr proponer un sistema de seguimiento social que permita el manejo integral del paciente y su familia.

Pues a pesar de el seguimiento médico establecido en el Servicio de Oncología no podríamos afirmar que el paciente es tratado integralmente, en tanto que hemos subrayado diversos efectos o problemas sociales generados por la enfermedad no sólo en pacientes sino también en familiares, en este sentido nos planteamos la importancia de la existencia del seguimiento social necesariamente paralelo a las funciones médicas de la Oncología.

Así nos preguntamos: ¿Hasta qué grado afectan las repercusiones sociales de la enfermedad al paciente y a su familia?.

¿Hasta dónde el Trabajador Social puede contribuir con alternativas concretas en el ámbito de la Oncología?.

¿Es necesaria la definición de funciones de trabajo Social al formar parte del Equipo Interdisciplinario de Oncología?.

¿Existen servicios institucionales especializados que satisfagan las necesidades psicosociales individuales o colectivas derivadas de la pérdida de salud por cáncer?

¿Hasta dónde el seguimiento social podría prevenir y evitar el ausentismo y la deserción del paciente con diagnóstico de cáncer?

3.1.2. OBJETIVOS

- 1.- Conocer los procedimientos de los controles de seguimiento de Trabajo Social para pacientes oncológicos, que actualmente desarrollen en el Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE y sobre esta base elaborar una propuesta metodológica funcional que contribuya al manejo integral del paciente, que evite el ausentismo y la deserción de éste.
- 2.- Efectuar el seguimiento de un corte de pacientes adscritos al Servicio de Oncología, mediante un estudio retrospectivo y documental que proporcione datos precisos y generalice las características de evolución y manejo de los casos en un período mínimo de cinco años.

- 3.- Conocer la problemática social del paciente oncológico, derivada de su enfermedad.
- 4.- Conocer los efectos sociales derivados de la enfermedad crónica de los pacientes oncológicos, a través de la investigación de sus condiciones de vida: sociales, económicas y ambientales.
- 5.- Analizar la forma conforme se realiza el seguimiento de pacientes oncológicos en el Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE.

3.1.3. HIPOTESIS

EL DESCONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE VIDA SOCIALES, ECONOMICAS Y AMBIENTALES DEL PACIENTE ONCOLOGICO IMPIDE LA ATENCION INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD.

3.1.3.1. VARIABLES, INDICADORES E INDICES.

VARIABLE
INDEPENDIENTE

1. Las condiciones de vida sociales, económicas y ambientales del paciente oncológico.

INDICADORES

- 1.1. Núcleo familiar
- 1.2. Dinámica familiar
- 1.3. Nivel cultural
- 1.4. Vivienda
- 1.5. Situación Económica
- 1.6. Actividades Laborales
- 1.7. Medidas familiares relacionadas con la atención del paciente.
- 1.8. Medios de transporte que utiliza para dirigirse al Hospital.
- 1.9. Tiempo que disponen los familiares para atención del paciente.

VARIABLE
DEPENDIENTE

2. La atención y/o tratamiento integral por parte del Equipo Interdisciplinario de Salud.

INDICADORES

- 2.1. Distribución y organización administrativa del Servicio de Oncología.
- 2.2. Calidad de atención brindada por el Servicio de Oncología.
- 2.3. Personal con que se relaciona el paciente y/o su familia.
- 2.4. Comunicación que establece el paciente y fam.
- 2.5. Trámites que debe realizar para obtener atención médica.
- 2.6. Tipo de control médico que establece el servicio de Oncología.

- 2.7. Mecanismos de control establecidos por el Servicio de Oncología.
- 2.8. Tipos de tratamiento que ofrece el Servicio de Oncología.
- 2.9. Tipo de apoyo que brinda el Equipo Interdisciplinario.
- 2.10. Estado de salud del paciente.
- 2.11. Problemática social individual y familiar.
- 2.12. Tipo de orientación, información y educación por la que se interesa el paciente y familia.
- 2.13. Programa de Trabajo Social en Oncología.

INDICES:

- 1.1.1. Conformación de la familia
- 1.1.2. Tipo de familia
- 1.1.3. Ciclo vital de la fam.
- 1.1.4. Núm. de miembros que forman la familia
- 1.2.1. Funciones naturales

INDICES:

- 2.1.1. Ubicación y distribución del personal de Equipo de Salud en:
Consulta Externa, Hospitalización, Areas de Admón. Tratamientos, Cir. ambulatoria, Qt. Rt, Ts.

- | | |
|--|---|
| 1.2.2. Tipo de dinámica fam. | 2.1.2. Trato y/o atención por parte del Equipo Interdisciplinario en Consulta Externa |
| 1.2.3. Rol del paciente dentro del núcleo familiar | |
| 1.3.1. Lugar de origen de la fam. | 2.1.3. Trato y atención del Equipo Interdisciplinario en Hospitalización. |
| 1.3.2. Escolaridad | |
| 1.3.3. Ocupación | 2.1.4. Efectividad de los tratamientos oncológicos |
| 1.3.4. Lugar de trabajo | 2.1.5. El diagnóstico del Médico Tratante era acertado |
| 1.3.5. Estado de salud de los miembros | 2.1.6. Motivos por los que no mejoraba el paciente |
| 1.3.6. Alimentación y nutrición | 2.2.1. Personal del Equipo de salud con que se relacionan |
| 1.3.7. Descanso y recreación | |
| 1.3.8. Religión | 2.3.1. Tipo de comunicación que establece el paciente y fam. |
| 1.4.1. Tipo de vivienda que habitan | 2.3.2. Forma en que el Médico comunica los resultados del diagnóstico |
| 1.4.2. Tenencia de la vivienda | |
| 1.4.3. Material de construcción | 2.4.1. Motivos por los que acude al Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre". |
| 1.4.4. Estado en que se encuentra la vivienda | |
| 1.4.5. Distribución de la vivienda | 2.5.1. Control subsecuente periódico en el largo plazo |
| 1.4.6. Tipo y uso del servicio sanitario | |
| 1.4.7. Presencia de animales en la vivienda | 2.6.1. Puntualidad en la hora y |
| 1.4.8. Tipo y uso del mobiliario | |
| 1.4.9. Servicios públicos con que cuenta la vivienda | |
| 1.4.10. Medios de transporte con que cuenta la colonia | |
| 1.4.11. Ubicación de la vivienda | |

- 1.5.1. No. personas que contribuyen al ingreso familiar
 - 1.5.2. Monto al que asciende el ingreso mensual
 - 1.5.3. Condiciones materiales de vida
 - 1.6.1. Puesto que desempeña el trabajador
 - 1.6.2. No. de horas a las que asciende la jornada de trabajo
 - 1.6.3. Salario del paciente
 - 1.6.4. Condiciones salariales del paciente en relación con la enfermedad
 - 1.6.5. No. de días que trabajan
 - 1.7.1. Afrontamiento de la fam. ante el diagnóstico
 - 1.7.2. Fam. directamente responsable
 - 1.8.1. Medio de transporte que usa para trasladarse al hospital
 - 1.9.1. Tiempo que necesita para trasladarse al hospital
 - 1.9.2. Frecuencia con que acude inicialmente al hospital
- fecha de las citas médicas
 - 2.6.2. Manejo del paciente como externo o interno
 - 2.6.3. Motivos de ausentismo y/o deserción del paciente
 - 2.6.4. Mecanismos de localización de pacientes con ausentismo o deserción
 - 2.7.1. Efecto de los tratamientos oncológicos ofrecidos en el servicio de oncología del Hospital "20 de Noviembre"
 - 2.8.1. Personal de Equipo Interdisciplinario que brinda apoyo (moral, físico, material, etc.) al paciente y familia.
 - 2.9.1. Estado de salud del paciente al iniciar tratamiento en el Servicio Oncológico Hospital "20 de Noviembre"
 - 2.9.2. Etapa de evolución de la enfermedad al confirmar el diagnóstico en Serv. de Oncología Hospital "20

1.9.3. Frecuencia con que acude después del tratamiento inicial

de Noviembre".

2.9.3. Estado de salud de acuerdo al seguimiento del paciente por cinco años a partir de su ingreso a Servicio Mencionado

2.9.4. Pronóstico inicial y actual del paciente

2.10.1. Problemática generada a causa de la enfermedad

2.11.1. Relacionada con el Diagnóstico del paciente

2.11.2. Relacionada con el manejo de la enfermedad

2.11.3. Relacionada con la obtención de atención y servicios del Instituto

2.12.1. Funciones y actividades que desarrolla Trabajo Social en el Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre".

3.1.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACION

En base a la hipótesis planteada en la investigación se hizo uso de algunas técnicas fundamentales como: la ENTREVISTA, la OBSERVACION y la ENCUESTA con el fin de llevar a cabo el análisis descriptivo y explicativo del problema de estudio que nos ocupará, en este caso específico, el conocimiento de los fenómenos psicosociales derivados de la enfermedad crónico-degenerativa del cáncer en el paciente y su familia, mediante el ESTUDIO DE CASOS, haciendo uso también de la VISITA DOMICILIARIA. El mismo procedimiento que permite centrar la atención en personas elegidas de manera intencional, para obtener información amplia y profunda y conocer con detalle los diversos aspectos, manifestaciones y/o situaciones que ha tenido o tiene el caso que se estudia, utilizando las técnicas mencionadas, así como el análisis de documentos, en nuestro caso, registros oncológicos y expedientes clínicos o microfilms de los mismos. Y la sistematización de dicha información a través del proceso estadístico.

Para ello se elaboró la cédula de entrevista, un cuestionario y la ficha de seguimiento.

De este modo se utilizaron las técnicas que permitieran obtener información directa, "cara a cara" para acercarnos al problema de estudio; la entrevista estructurada, se seleccionó por sus características

naturales y en base a la operacionalización de la hipótesis a fin de alcanzar los objetivos planteados.

También se auxilió de la observación ordinaria o no participante, a través de la consulta de expedientes y registros oncológicos y mediante la observación participante al entablar contacto directo con pacientes de cáncer y familiares o amigos allegados.

3.1.5 SELECCION DE LA MUESTRA

Para la selección de la muestra se usaron criterios de inclusión y de exclusión, mismos que permitieron delimitar la población universo de estudio, es decir; la investigación documental de seguimiento se efectuó con la revisión de todos los casos (2134) que ingresaron al Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE en 1981, para ello se diseñó una ficha de seguimiento donde se registraron los datos generales del paciente, así como los datos más importantes relacionados con el seguimiento desde su ingreso hasta la última nota de evolución que registrara el Expediente o Registro Oncológico, (Duplicado del Expediente Clínico), al finalizar esta investigación se formaron los siguientes grupos de casos:

- a) Pacientes con diagnóstico de cáncer confirmado.
- b) Pacientes con diagnóstico de NO cáncer (Tumores Benignos)

- c) Casos con diagnósticos No confirmados.
- d) Casos Sin datos de seguimiento.

Estos grupos se subdividieron al hacer la separación entre pacientes foráneos y pacientes del Distrito Federal, se excluyeron todos los grupos de pacientes foráneos, así como los casos del D.F. que formaban parte de los grupos "No cáncer, No confirmados y Sin datos de seguimiento", incluyendo únicamente al total de casos con diagnóstico de cáncer confirmado de pacientes del D.F. que es igual a 567 casos, mismos que representan la población universo de estudio.

El método de muestreo utilizado en esta investigación fue el muestreo aleatorio al azar simple, el tamaño de la muestra es igual a 134 casos, o sea, el 23.6% de la población universo.

3.1.6. APLICACION DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

El instrumento de captación de datos se aplicó inicialmente en forma piloto, lo que permitió valorar la necesidad de mínimas correcciones a éste para el estudio de la muestra. Asimismo se diseñó un instrumento de captación de datos derivado del primero mediante la visita del Trabajador Social al domicilio del paciente.

En algunos casos no fué posible aplicarlo, ya que por diversas razones no se logró el objetivo pretendido (cambio de domicilio, domicilios falsos, no se localizó el domicilio reportado en Expediente clínico, el expediente no reportó datos completos para localización de domicilios, los familiares no prestaron más información por que no desean saber nada más del Hospital "20 de Noviembre".

Es importante mencionar que antes de la aplicación del instrumento de medición hubo la necesidad de rectificar la información del seguimiento de los 134 casos de la muestra, así como de verificar o localizar los domicilios de los pacientes en el Expediente Clínico o en el Microfilm del Departamento de Bioestadística del Hospital "20 de Noviembre". No todos los casos se pudieron corroborar antes de la localización, ya que no aparecieron los expedientes clínicos en el archivo, ni en la bodega ni tampoco los rollos en el microfilm. Sin embargo, se intentó la localización de los pacientes a través de diversas formas de comunicación de las que se obtuvieron los siguientes

resultados:

Se trató de localizar por teléfono a todos los pacientes que registraban algún número en su expediente, sólo correspondían a esos números 37 pacientes (27.6%) de los cuales, gracias a la insistencia de llamadas o junto con las otras formas de localización se presentaron para el estudio social-familiar al Servicio de Oncología 20 pacientes o familiares (14.9%). A 30 pacientes o familiares se les envió telegrama (22.3%) presentándose a estudio socio-familiar 5 de ellos (3.7%); mediante el directorío azul se trató de localizar a 22 casos (16.4%), de los cuales sólo hubo respuesta de uno de estos además de haberle enviado telegrama previamente (0.74%). Ante la respuesta obtenida se intentó localizar a los pacientes directamente por medio de una visita a su domicilio, de éste modo se logró aplicar el estudio social-familiar en 12 casos.

3.1.7. PRESENTACION DE RESULTADOS

3.1.7.1 SEGUIMIENTO DOCUMENTAL DE LOS CASOS 1981

A continuación se presentan los datos correspondientes a la investigación documental efectuada directamente en el Registro Oncológico, Expediente Clínico y Microfilm, con la que se iniciara el Estudio de Seguimiento Social de los pacientes que ingresaron en 1981 al Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Cuadro No. 1

PACIENTES QUE INGRESARON AL SERVICIO DE ONCOLOGIA EN 1981

	f	%
POBLACION QUE INGRESO AL SERVICIO ONCOLOGICO EN 1981.		
A. Casos Cáncer D.F.	567	26.5
B. Casos Cáncer Foráneos.	666	31.2
C. Casos No Confirmados D.F.	48	2.2
D. Casos No Confirmados For.	38	1.7
E. Casos No Cáncer D.F.	387	18.1
F. Casos No Cáncer Foráneos.	247	11.5
G. Casos sin datos de seguimiento en R.O. Foráneos.	55	2.5
H. Casos sin datos de seguimiento en R.O. D.F.	66	3.0
I. Casos registrados en L.O. sin seguimiento D.F.	31	1.4
J. Casos registrados en L.O. sin seguimiento For.	29	1.3
SUBTOTAL CASOS D.F.	1,099	51.4
SUBTOTAL CASOS FORANEOS	1,035	48.5

Total Casos Cáncer D.F.	567	26.5
Total Casos Cáncer Foráneos	666	31.2

TOTAL CASOS CANCER EN 1981	1,233	57.6

=====		
TOTAL CASOS	2,134	100%
=====		

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

De la población que ingresó al Servicio de Oncología en 1981 se observa que el 51.4% son pacientes del Distrito Federal, de ellos sólo el 26.5% se les diagnosticó cáncer y además se llevó a cabo el seguimiento correspondiente por cinco años y/o todavía continúa.

Un 2.2% se refiere a casos no confirmados, un 18.1 % a los casos que presentaron problemas "benignos" (Cfr. cuadros No. 15, 16 y 17), un 4.4% incluye a casos registrados en el libro oncológico y a los que en su registro oncológico no reportaron ningún dato de seguimiento.

El otro 48.5% se refiere a los pacientes procedentes del interior de la República (Foráneos) incluyendo aquí a los pacientes del Estado de México, de donde tenemos que el 31.2% son pacientes con cáncer, 1.7% casos no confirmados, 11.5% casos de no cáncer o "benignos" y 3.8% casos registrados en libro oncológico y sin datos de

seguimiento en registro oncológico.

Es importante señalar que de la población total que ingresó al Servicio de Oncología en 1981 más de la mitad (57.7%) incidieron con cáncer, tomando en cuenta que la mayor parte de los casos positivos está representada por pacientes foráneos lo que ha propiciado una gran concentración de pacientes junto con los procedentes de las distintas regiones del área metropolitana en el Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, sumamos a éstos un 5.1% de casos "benignos" los cuales forman parte de la población cautiva mencionada. Estas grandes concentraciones de pacientes plantean la necesidad de un Hospital de Oncología y no de un Servicio de Oncología, puesto que por diversas razones propias del tipo de enfermedad, éste ya no responde a las necesidades demandantes.

Cuadro No. 2

FILTROS DE INGRESO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE ONCOLOGIA
DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"

CLINICAS DE DETECCION	f	%
A. Cabeza y Cuello.	21	15.5
B. Tumores Mixtos.	37	27.6
C. Ginecología Oncológica.	50	37.3
D. Consulta de Tumores Mamaríos.	25	18.6
E. Servicio de Radioterapia.	1	0.74
TOTAL	134	100%

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de
Noviembre".

Al observar el cuadro de datos que reporta los porcentajes de pacientes que ingresaron al Servicio de Oncología a través de los filtros establecidos, los agrupamos de acuerdo a la localización primaria del tumor, por lo que su ingreso fué necesariamente mediante alguna de las clínicas de "detección", así tenemos que el 55.9% se refiere a mujeres, este porcentaje incluye el 37.3% de pacientes adscritas a la clínica de Ginecología-Oncológica y al 18.6% adscritas a la Clínica de Tumores Mamaríos.

El 27.6% porcentaje que ocupa el segundo lugar en el cuadro y que se refiere a los pacientes adscritos a la Clínica de Tumores Mixtos, donde se atienden todos los tumores de tejidos o partes blandas y de huesos, muchos de ellos son frecuentes en hombres más que en mujeres.

El 15.6% se refiere a los pacientes adscritos a la Clínica de Tumores de Cabeza y Cuello. Y sólo un 0.74% de pacientes procedentes de otra unidad de atención del ISSSTE ingresan al servicio de Radioterapia para recibir el tratamiento mencionado.

Cuadro No. 3

TIPO DE DERECHOHABIENTES QUE HACEN USO DEL
SERVICIO DE ONCOLOGIA

TIPO DE DERECHOHABIENTES	f	%
A. (1) Trabajador.	19	14.1
B. (2) Trabajadora.	30	22.3
C. (3) Esposa.	13	9.7
D. (4) Padre.	17	12.6
E. (5) Madre.	9	6.7
F. (6) Pensionista.	29	21.6
G. (7) Hijo.	1	0.74
H. (8) Hija.	3	2.2
I. (N.D.H.) No Derechohabiente	5	3.7
J. No Especifica.	8	5.9
TOTAL	134	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de
Noviembre".

En relación a las personas que hacen uso del Servicio de Oncología se destaca que el 22.3% se refiere a mujeres trabajadoras, el 9.7% a esposas y el 6.7% a madres, lo que guarda relación con el tipo de casos de cáncer más frecuente en México en el sexo femenino.

Por otra parte, ocupa un lugar importante el grupo de los pensionistas con un 21.6%, explicable en función de los aspectos crónico degenerativos propios de la edad.

Asimismo destacamos los tres porcentajes más altos reportados en el cuadro, encontrando en primer lugar el 22.3% que se refiere a trabajadoras; en segundo lugar el 21.6% a pensionistas y en tercer lugar el 14.1% que representa a los trabajadores. Y tenemos que un 36.4% engloba a la población trabajadora que desempeña funciones importantes tanto en la familia como en la economía nacional. El otro 21.6% de pensionistas es un grupo considerable a quienes el estado brinda atención médica por enfermedades crónico-degenerativas, lo que implica una mayor inversión económica en relación al alto costo de los tratamientos oncológicos que proporciona a estos pacientes por el tipo de enfermedad, lo que hace necesariamente importante implementar los programas de salud a nivel preventivo.

Cuadro No. 4.

EDAD DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON AL
SERVICIO DE ONCOLOGIA EN 1981.

	RANGOS DE EDAD	f	%

A.	0- 4	1	0.74
B.	5- 9	0	---
C.	10-14	2	1.4
D.	15-19	0	---
E.	20-24	3	2.2
F.	25-29	5	3.7
G.	30-34	3	2.2
H.	35-39	9	6.7
I.	40-44	9	6.7
J.	45-49	5	3.7
K.	50-54	21	15.6
L.	55-59	13	9.7
M.	60-64	14	10.4
N.	65-69	14	10.4
Ñ.	70-74	20	14.9
O.	75-79	9	6.7
P.	80-84	4	2.9
Q.	85-89	1	0.74
R.	90 +	1	0.74

S.	Se Ignora	0	----
T.			

	TOTAL	134	100%

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

Si observamos nuestro cuadro de rangos de edad encontramos que las frecuencias son mayores entre los treinta y cinco y los setenta y nueve años de edad, sin embargo, se hace aún más marcada la frecuencia entre los cincuenta y los setenta y cuatro años, lo que se relaciona con factores riesgosos propios de la edad para enfermar de cáncer.

Asimismo, podemos observar que los porcentajes entre los rangos de cero a catorce años de edad son mínimos, ya que esto guarda especial relación con las características de los pacientes que generalmente acuden a recibir algún tratamiento pero son pacientes que en su mayoría son controlados en el servicio de oncología pediátrica del mismo hospital. Sin embargo forman parte de la población universo de este servicio.

De igual forma encontramos que los porcentajes que representan edades entre 80 y más de 90 años son mínimos lo que guarda importante relación entre estos y la esperanza de vida actual que es de 70 años para mujeres y de 65 años

para hombres.

También observamos que el inciso "S." se refiere a los pacientes cuya edad no fué reportada en el expediente o en el registro oncológico, la que nos reporta datos nulos en la muestra pero al efectuar la investigación documental en los expedientes encontramos que registra un 5.6% de pacientes a los que no se les pidió la edad al abrir su registro oncológico y/o su expediente clínico, siendo este un dato importante en cuestiones de atención al paciente y en cuestiones de investigación relacionada con los problemas propios de éstos desde diferentes ciencias o disciplinas.

Cuadro No. 5

SEXO DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON
AL SERVICIO DE ONCOLOGIA EN 1981.

SEXO	f	%
A. MASCULINO	38	28.3
B. FEMENINO	96	71.6
TOTAL	134	100%

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

El 71.6% de los pacientes atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE son de sexo femenino, característica que guarda estrecha relación con los tipos de cáncer más frecuente en la mujer en México (cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama).

El otro 28.3% se refiere a los pacientes de sexo masculino, éstos por su parte reportaron datos con mayor incidencia en cáncer de próstata, cáncer broncogénico, cáncer de estómago, entre otros.

Cuadro No. 6

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES DEL DISTRITO FEDERAL

REGIONES ISSSTE	f	%
A. Región Norte (I)	51	38.0
B. Región Oriente (II)	15	11.1
C. Región Sur (III)	28	20.8
D. Región Poniente (IV)	29	21.6
E. Se Ignora.	11	8.2
TOTAL	134	100%

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

Según el cuadro de datos reporta que los pacientes que llegaron al servicio de oncología del Hospital "20 de Noviembre" en 1981 el 38% son de la región Norte; el segundo lugar lo ocupa el 21.6% que pertenecen a la región IV o Poniente. El 20.8% representa a los pacientes de la región III o Sur del ISSSTE (es en donde está ubicado el hospital mencionado). El 11.1% se refiere a los pacientes que provienen de la región II u Oriente. Finalmente se registra el 8.2% para los pacientes que no se identificó su clínica de adscripción y por lo tanto tampoco la región que les corresponde. Así pues podemos tomar en cuenta que porcentajes importantes de todas las regiones de D.F. se

concentran en el servicio del Hospital citado, esto ha venido a determinar en los últimos años una baja en la calidad de atención que se brinda a los derechohabientes en ese hospital por la cantidad de pacientes no sólo del D.F., sino también del Estado de México y del interior de la República, por lo que reiteramos la necesidad de una institución dentro del sector que atienda exclusivamente a pacientes con cáncer.

Cuadro No. 7

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON AL
SERVICIO DE ONCOLOGIA EN 1981.

ENTIDAD FEDERATIVA	f	%
A. Aguas Calientes.	15	0.7
B. Baja California Nte.	7	0.3
C. Baja California Sur.	13	0.6
D. Campeche.	5	0.2
E. Coahuila.	7	0.3
F. Colima.	3	0.1
G. Chiapas.	73	3.4
H. Chihuahua.	35	1.6
I. Distrito Federal.	1,099	51.4
J. Durango.	45	2.1
K. Guanajuato.	35	1.6
L. Guerrero.	80	3.7
M. Hidalgo.	33	1.5
N. Jalisco.	6	0.2
R. México.	142	6.6
O. Michoacán.	28	1.3
P. Morelos.	36	1.6
Q. Nayarit.	6	0.2
R. Nuevo León.	1	0.04
S. Oaxaca.	44	2.0
T. Puebla.	22	1.0
U. Querétaro.	17	0.7

V. Quintana Roo.	6	0.2
W. San Luis Potosí.	5	0.2
X. Sinaloa.	14	0.6
Y. Sonora	7	0.3
Z. Tabasco.	28	1.3
. Tamaulipas.	61	2.8
. Tlaxcala.	8	0.3
. Veracruz.	68	3.1
. Yucatán.	10	0.4
. Zacatecas.	7	0.3
. Otro País.	0	---
. Se Ignora.	168	7.8

TOTAL	2,134	100%
-------	-------	------

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

Cuadro No. 7-A

PROCEDENCIA	f	%
A. Distrito Federal.	1,099	51.4
B. Foráneos.	867	40.6
C. Se Ignora.	168	7.8
SUBTOTAL	1,035	48.5
TOTAL	2,134	100%

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

De acuerdo a los datos que reporta el cuadro por estados de la República destacamos de mayor a menor algunos porcentajes:

Para pacientes procedentes del Distrito Federal el 51.4%; para la zona que abarca a los estados del sur y sureste un 14.3%; para la zona de estados del norte un 9.5%; un 8.5% para la zona que abarca los estados del centro y finalmente un 6.6% para los pacientes procedentes del estado de México.

Cabe destacar como un dato muy particular los estados de donde proceden los pacientes de provincia con mayor

porcentaje, siendo estos: Guerrero, Chiapas, Veracruz, Tamaulipas y Oaxaca, información que desde el punto de vista de la Salud Pública requerirá de estudios más profundos a fin de constatar las variables: Tipo de cáncer, valores culturales y medio ambiente.

Cuadro No. 8

DIAGNOSTICOS RELACIONADOS CON LA LOCALIZACION PRIMARIA DEL
TUMOR - 1981

DIAGNOSTICOS DETECTADOS EN PAC ONCO 1981

A. Dxs. RELACIONADOS CON CLINICA DE		
CABEZA Y CUELLO	f	%
a.1. Cáncer de Laringe	6	4.5
a.2. Cáncer de Tiroides	2	1.4
a.3. Cáncer Basocelular	4	2.9
a.4. Retinoblastoma (ojo)	1	0.74
a.5. Rinoscleroma Fosas Nasales	1	0.74
a.6. Glándula Submaxilar	1	0.74
a.7. Astrocitoma (Cerebro)	1	0.74

SUBTOTAL	16	11.76

B. Dxs. RELACIONADOS CON CLINICA DE		
TUMORES MIXTOS	f	%
b.1. Ca Estómago	3	2.2
b.2. Ca Broncogénico	8	5.9
b.3. Linfomas (Hodgkin y No Hodgkin)	3	2.2

b.4.	Ca Pene	1	0.74
b.5.	Ca Próstata	6	4.4
b.6.	Ca Riñón	4	2.9
b.7.	Ca Testículo	2	1.4
b.8.	Ca Vejiga	1	0.74
b.9.	Ca Encrucijada Biliopancreática	1	0.74
b.10.	Ca Basocelular	4	2.9
b.11.	Ca Partes Blandas	2	1.4
b.12.	Seminomas	1	0.74
b.13.	Recto	1	0.74
b.14.	Liposarcoma Mediastimal	1	0.74
b.15.	Primario Desconocido	1	0.74

SUBTOTAL 41 28.48

C. Dxs. RELACIONADOS CON CLINICA DE

GINECO-ONCOLOGIA

f

%

c.1.	Cáncer Cervico Uterino	34	25.3
c.2.	Ca Ovario	8	5.9
c.3.	Cáncer Endometrio	8	5.9
c.4.	Ca Vulva	1	0.74

SUBTOTAL 51 37.84

D. Dxs. RELACIONADOS CON CLINICA DE TUMORES MAMARIOS		
	f	%
d.1. Ca de Mama	24	17.9

SUBTOTAL	24	17.9

E. Dxs. CASOS NO CANCER E.I. NECROSIS E INFORMACION CRONICA		
	f	%
	1	0.74
F. Dxs. NO CONFIRMADOS F.I. CA PAPILAR (POSIBLE)		
	f	%
	1	0.74

SUBTOTAL	2	1.49

TOTAL	134	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

Los diagnósticos de los pacientes se encuentran agrupados en el cuadro de acuerdo a la localización o sitio primario relacionado con cada una de las clínicas de detección. Así tenemos que el 11.76% representa a todos los diagnósticos relacionados con la Clínica de Cabeza y Cuello, donde se destaca con mayor frecuencia el cáncer de laringe (4.5%), en segundo lugar el cáncer basocelular con el 2.9% y

en tercero el cáncer de tiroides con el 1.4%.

El 17.9% representa a los pacientes que se les diagnosticó cáncer de mama, este grupo ocupa el segundo lugar según las clínicas de detección en nuestro cuadro, lo que está relacionado con la alta incidencia de cáncer en la mujer en México.

El 28.48% representa a los pacientes del grupo de los diagnósticos relacionados con la Clínica de Tumores Mixtos, destacando los primeros cinco porcentajes con mayor frecuencia: el 5.9% para cáncer broncogénico, el 4.4% para cáncer de próstata, el 2.9% para cáncer basocelular, 2.2% para cáncer de estómago y linfomas respectivamente y el 1.4% respectivamente para cáncer de testículo y cáncer de partes blandas.

El 37.84% representa a los diagnósticos relacionados con la Clínica de Ginecología Oncológica ocupando dentro de este porcentaje el 25.3% el diagnóstico de cáncer cérvico-uterino (alto porcentaje relacionado también con la frecuente incidencia de cáncer en la mujer en México), y un 5.9% respectivamente para cáncer de ovario y cáncer de endometrio y sólo el 0.74% registra a los diagnósticos de cáncer de vulva.

A pesar de que la selección de la muestra se hizo en el grupo de pacientes de casos de cáncer confirmados, en el proceso de investigación encontramos que el 0.74% registró

en los diagnósticos como Necrosis o inflamación crónica, y otro 0.74% a casos no confirmados.

Cuadro No. 9

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DESDE SU INICIO HASTA
LA CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO EN EL SERVICIO DE
ONCOLOGIA DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE

TIEMPO	f	%
A. 15 - 30 Días	6	4.4
B. 1 - 3 Meses	32	23.8
C. 4 - 6 Meses	20	14.9
D. 7 - 9 Meses	12	8.9
E. 10 - 12 Meses	3	2.2
F. Entre 1 y 2 Años	17	12.6
G. Entre 2 y 3 Años	11	8.2
H. Entre 3 y 4 Años	5	3.7
I. Entre 4 y 5 Años	4	2.9
J. 5 o Más	13	9.7
k. Se ignora	11	8.7
TOTAL	134	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de
Noviembre".

Se observa en el cuadro que el porcentaje más elevado es el 23.8% y se refiere a los casos que evolucionaron con la enfermedad entre uno y tres meses de tiempo hasta su

confirmación histopatológica, enseguida citamos el 14.9% que representa a los que evolucionaron entre 4 y 6 meses de tiempo.

Citamos en tercer lugar al 12.6% que se refiere a los que evolucionaron entre un período de tiempo de 1 y 2 años. El 9.7% le sigue, abarcando períodos mayores de cinco años, en donde encontramos datos de pacientes que evolucionaron 20 años, hasta la confirmación de la enfermedad.

Es importante decir que al 54.2% se le confirmó el diagnóstico cuando los pacientes habían evolucionado con la enfermedad entre 1 y 12 meses.

Lo que quiere decir que en un momento dado esta situación dió lugar a mayores posibilidades de tratamiento oportuno.

El otro 37.1% evolucionó con la enfermedad entre uno y hasta cinco años, hasta la confirmación del diagnóstico. Y aparte se registra un 8.7% para aquellos casos de los que se ignora el tiempo de evolución porque no lo reportan los expedientes investigados en el Servicio de Oncología y en el archivo de Bioestadística del hospital.

Cuadro No. 10

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA CITA DE PRECONSULTA
Y LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ

TIEMPO	f	%
A. Menos de 1 Semana	21	15.6
B. Una Semana	26	19.4
C. 2 Semanas	20	14.9
D. 3 Semanas	4	2.9
E. 4 Semanas	1	0.74
F. Más de 4 Semanas	2	1.4
G. Se Ignora	60	44.7
TOTAL	134	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de
Noviembre".

Al observar el cuadro que reporta el tiempo aproximado que transcurre entre la cita de preconsulta y la consulta de primera vez, encontramos que el 15.6% de los casos fueron atendidos con un tiempo menor a una semana y una semana en el 19.4%, lo que equivale a que el 35% es atendido en un tiempo no mayor a una semana.

El 14.9% refiere a los casos atendidos dos semanas después de la preconsulta. El 2.1% suma a los casos atendidos a las cuatro semanas o más tiempo después de la preconsulta.

El otro 44.7% registra a los casos donde el tiempo transcurrido no pudo tomarse, ya que el paciente atendido en el Servicio de Oncología es manejado a través de un Registro Oncológico y además su Expediente Clínico, esta situación es benéfica para el paciente por una parte, ya que cuenta con un "doble expediente" o duplicado que supuestamente registra las notas de evolución al mismo tiempo que el expediente clínico, sin embargo, en muchas ocasiones sólo una de las dos fuentes está presente a la hora de la consulta médica, registrándose las notas en alguno de los dos. Por esta razón el Registro Oncológico o Duplicado no funciona eficazmente, en nuestro caso se reporta como una limitante de la investigación en tanto que la consulta de documentos de toda la población que ingresó al Servicio de Oncología en 1981 (2,134) casos se hizo en el archivo del servicio mencionado, no obstante, fué necesario recurrir a investigar en el expediente clínico o microfilm todos aquellos casos que resultaron seleccionados en la muestra lo que exigió una mayor dedicación de tiempo en la obtención de datos requeridos por el estudio y en varios no pudo determinarse el tiempo transcurrido entre la preconsulta y la consulta de primera vez, ya que las notas no correspondían con el tiempo ya registrado por el R.O., lo que asegura que muchas hojas de evolución se

"traspapelan" entre otros duplicados o se encuentran extraviadas al no estar sostenidas de algún broche o grapa.

Cuadro No. 11

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA CONFIRMACION DEL
DIAGNOSTICO Y EL TRATAMIENTO "INICIAL"

TIEMPO	f	%
A. Menos de 1 Semana	24	17.9
B. 1 Semana	22	16.4
C. 2 Semanas	23	17.1
D. 3 Semanas	18	13.4
E. 4 Semanas	18	13.4
F. 5 Semanas	5	3.7
G. 6 Semanas	3	2.2
H. 7 Semanas	0	0
I. 8 Semanas	3	2.2
J. Más de 8 Semanas	4	2.9
K. Pac. que no Iniciaron * Tx.	14	10.4
TOTAL	134	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de
Noviembre".

Al observar nuestro cuadro que registra el tiempo transcurrido entre la confirmación del diagnóstico del paciente y el inicio del tratamiento reportamos un 17.9% en

primer lugar para los casos que iniciaron con menos de una semana.

El 17.1% se refiere a los que lo recibieron dos semanas después de confirmar la enfermedad. El 16.4% recibió el tratamiento después de una semana de la confirmación del diagnóstico.

Los demás porcentajes registran periodos de tiempo mayores a los mencionados: el 13.4% para tres y cuatro semanas respectivamente. El 3.7% para cinco semanas después; 2.2% para seis y ocho semanas respectivamente después del diagnóstico y 2.9% para más de ocho semanas después de la confirmación.

El 10.4% representa a los pacientes que no iniciaron tratamiento por estar fuera de toda posibilidad oncológica de curación o que no aceptaron la intervención quirúrgica.

En relación a estos datos se observa que más de 50% de los pacientes reciben tratamiento durante las dos primeras semanas posteriores a la confirmación del diagnóstico lo que implica dos posibilidades: Que el grado de evolución de la enfermedad requería la inmediata intervención terapéutica, o bien, que la detección y confirmación del diagnóstico se auxilió oportunamente de los estudios para tal fin.

Cuadro No. 12

TRATAMIENTO INICIAL QUE RECIBIO EL PACIENTE EN EL
SERVICIO DE ONCOLOGIA

TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS	f	%
A. Quimioterapia	26	19.4
B. Radioterapia	57	42.5
C. Cirugía	35	26.1
D. Unicamente Control	2	1.4
E. Paciente fuera Tx Oncológico Inicial	5	3.7
F. No aceptó Tx Quirúrgico	9	6.7
TOTAL	134	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de
Noviembre".

En el presente cuadro se reportan los porcentajes relacionados con el tratamiento "inicial" que recibió el paciente en el servicio de oncología del Hospital "20 de Noviembre" ISSSTE, sin embargo es importante tomar en cuenta que muchos pacientes al llegar a este servicio ya han sido tratados previamente y en este sentido no se hablaría aquí del tratamiento inicial, pero sí del primero y tal vez del más agresivo o radical que le hayan

administrado bajo la responsabilidad y a consideración del personal médico del Equipo de Oncólogos y/o Terapeutas de este servicio.

A continuación destacamos en porcentaje mayor al 42.5% para aquellos pacientes que recibieron el Tratamiento de Radioterapia, en seguida tenemos con un 26.1% a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente.

El 19.4% ocupa el tercer lugar representando a los pacientes que recibieron tratamiento a base de Quimioterapia. Sólo el 1.4% fueron atendidos inicialmente bajo vigilancia o control oncológico, esto es sin ningún tratamiento específico.

El 6.7% se refiere a aquellos casos en los que el paciente no aceptó el tratamiento quirúrgico propuesto y en esta situación tuvieron que someterse a uno menos radical de acuerdo a las características propias de su caso.

El 3.7% representa a los pacientes que llegaron fuera de toda posibilidad de tratamiento oncológico, es decir, en fase terminal.

Cuadro No. 13

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ O
EL INICIO DEL TRATAMIENTO Y LA CONSULTA SUBSECUENTE

TIEMPO		f	%
A.	1 - 5 Días	17	12.6
B.	6 - 10 Días	18	13.4
C.	11 - 15 Días	14	10.4
D.	16 - 20 Días	9	6.7
E.	21 - 25 Días	9	6.7
F.	26 - 30 Días	14	10.4
G.	1 - 2 Meses	9	6.7
H.	3 - 4 Meses	5	3.7
I.	5 - 6 Meses	1	0.74
J.	1 Año Después	0	0
K.	No se encontró		
	Cita Subsecuente	20	14.9
L.	No se presentó	18	13.4
TOTAL		134	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

El 60.2% de los pacientes tuvieron su cita subsecuente antes de un mes. De estos, el 36.4% la tuvieron entre uno y quince días después de la cita de primera vez o el inicio

del tratamiento, y el 23.8% la tuvo entre diez y seis y treinta días, después de los mencionados.

El 11.1% hace mención de aquellos que se presentaron en forma programada a su cita subsecuente entre uno y seis meses de tiempo conforme se describe en el cuadro citado.

El 28.3% restante engloba a los que no se presentaron a su cita subconsecuente, con un 13.4% y a los casos que no se pudo determinar el período de tiempo transcurrido entre una y otra por características o factores mencionados anteriormente (14.9%), conforme los documentos consultados (Registro Oncológico, Expediente Clínico y Microfilms).

Cuadro No. 14

EVOLUCION DE LOS CASOS ENTRE 1981 - 1986-7

VARIABLES OBSERVADAS EN ULTIMA NOTA EVOLUCION	CON DATOS. A.T.		SIN DATOS. A.T.		NO ESPECI- FICA DATOS A.T.			
	f	%	f	%	f	%	f	%
A. ABANDONO EL TRATAMIENTO								
a.1. Quimioterapia	9	6.7	2	1.4	2	1.4	13	9.7
a.2. Radioterapia	4	2.9	3	2.2	2	1.4	9	6.7
a.3. Cirugía	-	---	-	---	-	---	--	---
SUBTOTAL	11	9.6	5	3.6	4	2.8	22	16.4
B. ABANDONO EL CONTROL								
b.1. Quimioterapia	-	---	1	0.74	-	---	1	0.74
b.2. Radioterapia	1	0.74	5	3.7	-	---	6	4.4
b.3. Clínicas de Detección	4	2.9	16	11.9	1	0.74	21	15.6
SUBTOTAL	5	3.7	22	16.4	1	0.74	28	20.8

A.T. = Actividad Tumoral.

C. ABANDONO EL SERVICIO (*)	f	%	f	%	f	%	f	%
c.1. En periodo de								
Estudios	-	--	-	--	-	--	7	5.2
c.2. No aceptó Tratamiento								
Planeado	-	--	-	--	-	--	3	2.2
c.3. Abandonó Tratamiento								
Planeado	-	--	-	--	-	--	5	3.7

SUBTOTAL							15	11.1

(*) Antes de confirmar el Diagnóstico y antes de iniciar el tratamiento.

D. INGRESO FUERA DE TRATAMIENTO							f	%
ONCOLOGICO	-	--	-	--	-	--	5	3.7
E. FASE PRETERMINAL	-	--	-	--	-	--	11	8.2
F. FASE TERMINAL	-	--	-	--	-	--	12	8.9
G. FALLECIO							8	5.9
H. EN TRATAMIENTO ONCOLOGICO (1986)								
h.1. Quimioterapia	-	--	-	--	-	--	3	2.2
h.2. Radioterapia	-	--	-	--	-	--	1	0.7
h.3. Cirugia	-	--	-	--	-	--	-	----
I. EN CONTROL ONCOLOGICO								
86-87	2	1.4	27	20.2	-	--	29	21.6
J. REINGRESO AL SERVICIO								
DE ONCOLOGIA	-	--	-	--	-	--	1	0.74
K. CONTINUA CONTROL EN								
OTRO SERVICIO	-	--	-	--	-	--	-	----

	f	%	f	%	f	%	f	%
L. ALTA VOLUNTARIA	-	--	-	--	-	--	1	0.74
M. EXTENSION HOSPITALARIA								
A DOMICILIO	-	--	-	--	-	--	7	5.2
N. PACIENTE EN MAL ESTADO								
GENERAL	-	--	-	--	-	--	22	16.4
O. PACIENTE CON ENFERMEDAD								
DISEMANADA	-	--	-	--	-	--	33	24.6
P. PACIENTE CON ENFERMEDAD								
METASTASICA	-	--	-	--	-	--	8	5.9
Q. PACIENTE CON OTROS DIAG-								
NOSTICOS CRONICOS	-	--	-	--	-	--	7	5.2
R. PACIENTE CON DOBLE TUMOR								
PRIMARIO	-	--	-	--	-	--	1	0.74
S. PACIENTE CON PRONOSTICO								
FATAL	-	--	-	--	-	--	2	1.4
T. SE IGNORA EVOLUCION EN								
R.O.	-	--	-	--	-	--	3	2.2
U. CASOS SE IGNORA EN '86	-	--	-	--	-	--	58	43.2
V. NO APARECIO EXPEDIENTE CLINICO								
PARA VERIFICACION	-	--	-	--	-	--	6	4.4
W. AUSENTISMO								
w.1. Ocasional								
(1 - 30 Dias)	-	--	-	--	-	--	10	7.4
w.2. 1 - 3 Meses	-	--	-	--	-	--	3	2.2
w.3. 3 - 6 Meses	-	--	-	--	-	--	2	1.4
w.4. 6 - 12 Meses	-	--	-	--	-	--	2	1.4
w.5. 12 - 24 Meses	-	--	-	--	-	--	1	0.74
w.6. 24 - 36 Meses	-	--	-	--	-	--	2	1.4

	f	%	f	%	f	%
w.7. 36 - 48 Meses	-	--	-	--	2	1.4
w.8. 48 + Meses	-	--	-	--	-	---

SUBTOTAL 22 16.4

X. TIEMPO QUE PERMANECE EL
PACIENTE EN EL SERVICIO
DE ONCOLOGIA

x.1. Después de diagnosticarlo

15 - 30 Días	-	--	-	--	20	14.9
x.2. 1 - 3 Meses	-	--	-	--	28	20.8
x.3. 3 - 6 Meses	-	--	-	--	7	5.2
x.4. 6 - 12 Meses	-	--	-	--	16	11.9
x.5. 12 - 24 Meses	-	--	-	--	11	8.2
x.6. 24 - 36 Meses	-	--	-	--	14	10.4
x.7. 36 - 48 Meses	-	--	-	--	5	3.7
x.8. 48 - 60 Meses	-	--	-	--	-	---
x.9. 5 Años y más	-	--	-	--	33	24.6

SUBTOTAL 134 100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de
Noviembre".

El análisis de nuestro cuadro nos describe que el 48.3% de los pacientes que ingresaron al servicio de oncología en 1981 lo abandonaron por algún motivo o en determinadas situaciones conforme mencionaremos más detalladamente. En tanto que sólo un 24.5% todavía permanece en el servicio. Hasta aquí sólo estamos hablando del 72.8% de la población estudiada, el otro 26.7% nos habla de los pacientes que por alguna razón "natural" de evolución de la enfermedad ya no están en el servicio y hasta aquí hemos mencionado a grandes rasgos qué pasó con el 100% de nuestros pacientes que ingresaron en 1981 al servicio. Sin embargo es importante mencionar más detenidamente cada uno de estos motivos que nos hablan de su evolución.

Del 20.8% de pacientes que abandonó su control oncológico tenemos que el 15.6% se controlaba en alguna de las Clínicas de Detección; la mayoría no reportaba datos de actividad tumoral (16.4%), el 2.9% sí reportaba A.T. y sólo el 0.74% no sabemos cómo se encontraba. De estos mismos sabemos que el 4.4% abandonaron su control en el servicio de Radioterapia y el 0.74% en el de Quimioterapia.

Del 16.4% que abandonaron el TRATAMIENTO, al 9.7% lo estaban tratando con Quimioterapia y al 6.7% con Radioterapia. De ellos el 9.6% reportaba datos de actividad tumoral, mientras que el 3.6% no reportaba y del 2.8% se ignora, ya que las notas de evolución no lo especifican.

Del 11.1% que abandonaron el Servicio, el 5.2% lo hizo en periodo de estudios para confirmar el diagnóstico, el 2.2% no aceptó el tratamiento planeado y el 3.7% abandonó el tratamiento planeado.

Del 26.7% ya mencionado, el 3.7% de los pacientes ingresó fuera de tratamiento oncológico, el 8.2% dejó de asistir en fase preterminal, el 8.9% en fase terminal y el 5.9% reporta a los que fallecieron en el hospital.

La letra H. nos habla de los pacientes que todavía están en tratamiento (2.9%) de radioterapia y quimioterapia, donde el 1.4% de ellos reporta datos de actividad tumoral y el 0.74% no especifica en notas de evolución, el 0.74% no presenta datos de actividad tumoral.

La letra I. se refiere a los casos que permanecen en control oncológico, o sea, el 21.6%, de estos el 20.2% no muestran datos de actividad tumoral mientras que 1.4% si los reportó.

Por otra parte haremos mención a algunas variables registradas en el cuadro, puesto que guardan estrecha relación con los datos registrados y tenemos que el 24.6% se refiere a pacientes con enfermedad diseminada, el 16.4% a pacientes en mal estado general, el 9.7% fueron dados de alta del servicio, el 5.9% pacientes con enfermedad metastásica, se refiere a pacientes que se les dió extensión hospitalaria a domicilio, otro 5.2% a pacientes que sufren

otras enfermedades crónicas aparte del cáncer.

El 1.4 son casos que registraron un pronóstico fatal. Porcentajes mínimos de 0.74% señala respectivamente a casos que reingresaron al servicio después de haberse ausentado algún período de tiempo, a los que pidieron alta voluntaria, y a los que presentan doble tumor primario.

A lo largo de nuestra investigación encontramos que el 2.2% registra a los casos cuya evolución se ignora en el Registro Oncológico (Duplicado del expediente Clínico oncológico) y tampoco se pudo constatar en el expediente clínico, ya que nos encontramos con la limitante de que en un 4.4% de nuestra muestra no aparecieron los expedientes clínicos en el archivo, o bodegas, ni en el microfilm del hospital. También mencionamos el 43.2% para los casos que a pesar de agotar todos los recursos de investigación documental y de campo, no se logró obtener el estado actual del paciente y por lo tanto se ignoran.

Al revisar los expedientes de los pacientes encontramos que un 16.4% se refiere a los casos que reportan datos de ausentismo que puede ser "ocasional" y que comprende de uno a treinta días con un 7.4%.

El 2.2% corresponde a uno a tres meses fuera de su cita programada. El 1.4% representa a los casos de ausentismo con diversos períodos de tiempo para cada uno de los que mencionaremos: de 3 a 6 meses, de 6 a 12 meses, de

24 a 36 meses, y de 36 a 48 meses.

El 0.74% se refiere a los que se ausentan entre 12 a 24 meses.

Finalmente mencionamos los porcentajes relacionados con el periodo de tiempo que permaneci6 o permanece en control el paciente en el servicio de oncologia:

El 24.6% representa a los pacientes que tienen cinco o m6s a6os en el servicio. El 20.8% a los que estuvieron de uno a tres meses. El 14.9% a los que estuvieron de quince a treinta d6as; el 11.9% a los que permanecieron de seis a doce meses. El 10.4% a los veinticuatro y treinta y seis meses; el 8.2% a los que estuvieron de uno a dos a6os.

El 5.2% a los estuvieron de 3 a 6 meses y el 3.7% a quienes estuvieron entre 3 y 4 a6os.

3.1.7.1.1. SEGUIMIENTO DE CASOS NO CANCER

Cuadro No. 15

ATENCIÓN Y/O TRATAMIENTO QUE RECIBIERON LOS
PACIENTES INICIALMENTE

TIPO DE ATENCION Y/O TRATAMIENTO	f	%
A. Sólo estudios	31	4.8
B. Cirugía	148	23.3
C. Radioterapia	207	32.6
D. Medicamentos	11	1.7
E. Vigilancia y/o Control	51	8.0
F. No aceptaron tratamiento propuesto	186	29.3
TOTAL	634	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

El presente cuadro refiere los datos relacionados con el tipo de atención y/o tratamiento que recibieron los pacientes a los que se les diagnóstico una enfermedad benigna. Tenemos en primer lugar al 32.6% que recibieron como tratamiento inicial la Radioterapia; un 29.3% se refiere a los pacientes que no aceptaron el tratamiento

propuesto, generalmente cirugía o radioterapia; el 23.3% de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente; un 8% sólo fueron vigilados periódicamente, mientras que al 1.7% sólo se les administraron medicamentos, en tanto que al 4.8% sólo se les efectuaron estudios para determinar el diagnóstico.

Cuadro No. 16

SEGUIMIENTO DE CASOS NO CANCER

EVOLUCION DEL CASO 1981 - 1986	f	%
A. Alta con cita abierta	61	9.6
B. Alta voluntaria	0	0
C. Alta del Servicio	184	29.0
D. Alta del Servicio y continuar Control en Clínica de Adscripción	14	2.2
E. Alta del Servicio con IC a otro Serv. para continuar Control	72	11.3
F. Abandonó Control	128	20.1
G. Abandonó el Servicio	90	14.1
H. Abandonó Tratamiento	15	2.3
I. En Control '86 - '87	27	4.2
J. Evolucionó con un Cáncer entre '81-'86	6	0.9
K. Se Ignora	37	5.8
TOTAL	634	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de Noviembre".

Si analizamos nuestro cuadro, encontramos que el 40.8% de los pacientes fueron dados de alta del servicio,

incluyendo aquí a los que se les dió alta con cita abierta (9.6%), alta del servicio (29%) y a los de alta para continuar atención en su clínica de adscripción (2.2%).

El 36.5% abandonó el servicio con las siguientes características:

El 20.1% abandonó su control periódico o de vigilancia, el 14.1% abandonó el servicio sin recibir ningún tratamiento y el 2.3% abandonó su tratamiento.

Un 11.3% fué dado de alta del servicio con interconsulta a otro servicio del mismo hospital para continuar control médico.

Otro 5.1% continúa en control periódico y de estos el 0.9% de los pacientes evolucionó con cáncer.

El otro 5.8% se ignora qué pasó con ellos, ya que el registro oncológico no reporta ningún dato.

SEGUIMIENTO DE CASOS NO CANCER

Cuadro No. 17

TIEMPO QUE PERMANECIERON O PERMANECEN LOS PACIENTES EN EL
SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"
(Con diagnóstico de enfermedad benigna)

	TIEMPO	f	%
A.	1 - 30 Días	83	13.0
B.	1 - 3 Meses	310	48.8
C.	3 - 6 Meses	49	7.7
D.	6- 12 Meses	68	10.7
E.	12 - 24 Meses	33	5.2
F.	24 - 36 Meses	21	3.3
G.	36 - 48 Meses	14	2.2
H.	48 - 60 Meses	7	1.1
I.	5 Años y +	31	4.8
J.	Se ignora	18	2.8
	TOTAL	634	100

Fuente: Registro Oncológico 1981-1987 Hospital "20 de
Noviembre".

Tenemos que el 48.8% de los pacientes permaneció en el
Servicio de Oncología entre uno y tres meses de tiempo. El

13% hasta un mes. El 10.7% entre 6 y 12 meses. El 7.7% entre 3 y 6 meses. El 5.2% entre uno y dos años; un 4.8% ha permanecido entre cinco y más años. El 3.3% de dos a tres años. Un 2.2% de 3 a 4 años; el 1.1% de 4 a 5 años y el 2.8% se ignora el tiempo que permaneció en el servicio puesto que no lo reporta el registro oncológico.

Es de vital importancia considerar el tiempo que este tipo de pacientes permanece en el servicio de oncología, ya que también ellos atraviesan por etapas de ansiedad por verse al límite de la enfermedad "temida", así como por algunos tipos de tratamiento a los que deben someterse (cirugía y radioterapia) que también les causa problemas de diversa índole y requieren de la atención de todo el equipo interdisciplinario y especialmente de un profesional que les brinde orientación, información y apoyo para la seguridad que el paciente necesita manejar al asistir a un servicio de oncología.

3.1.7.2. SEGUIMIENTO DE CAMPO ESTUDIO SOCIAL DE CASOS

De la misma manera que en el punto anterior se presentan los resultados de los datos obtenidos a través de la investigación de campo que se obtuviera con la aplicación del estudio profundo de cada uno de los casos seleccionados, exclusivamente por registrar en su expediente: diagnóstico de cáncer, estudiando solamente a pacientes procedentes del Área Metropolitana.

I. DATOS DEL ENTREVISTADO

Cuadro No. 1

FICHA DE IDENTIFICACION: EDAD, SEXO Y ROL
QUE OCUPA EN LA FAMILIA

A. EDAD EN AROS	f	%
18 - 22	-	----
23 - 27	1	3.4
28 - 32	1	3.4
33 - 37	3	10.3
38 - 42	3	10.3
43 - 47	6	20.6
48 - 52	3	10.3
53 - 57	3	10.3
58 - 62	4	13.7
63 - 67	4	13.7
68 - 72	-	----
73 - 77	1	3.4
78 - 82	-	----
82 +	-	----

B. SEXO	f	%
1.- Masculino	9	31.0
2.- Femenino	20	68.9

C. PARENTESCO CON		
EL PACIENTE	f	%
1.- Esposo(a)	--	----
2.- Hijo(a)	9	31.0
3.- Padre o Madre	1	3.4
4.- Hermano(a)	4	13.7
5.- Otro	--	----
5.1. Paciente	15	51.7

D. ROL QUE OCUPA		
EN LA FAMILIA	f	%
1.- Padre o Madre	21	72.4
2.- Esposo(a)	--	----
3.- Hijo(a)	6	20.6
4.- Otro	2	6.8

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La entrevista se aplicó a personas mayores de 18 años de edad, el 31% de sexo masculino y el 69% de sexo femenino, registrando aquí exclusivamente al familiar directo del paciente o al paciente, de ellos más del 50% fueron entrevistados, en algunos casos estuvo presente el esposo o la esposa, un hijo u otro familiar del paciente, esta

posibilidad permitió recoger información precisa, veraz y confiable, ya que se obtuvo de los pacientes quienes directamente viven el problema del cáncer; la presencia de algún familiar en la entrevista fué provechosa al permitirnos tener de cerca la información relacionada con el problema y el rol que cada miembro desempeña en la familia, según la situación que han vivido a partir de que se sucitó la enfermedad en los pacientes, sin embargo, en algunos casos pudimos captar que la presencia de los dos cónyuges inhibe las respuestas reales de alguno de los dos.

El desempeño de los roles familiares o laborales determinaron la disponibilidad del tiempo de aquellos familiares que se reportaban como responsables del paciente y que en algunos casos ya de agotar todos los recursos para el logro de la entrevista por Trabajo Social se obtuvo respuesta -aunque no todos-, encontrándose que el 72.4% son padres o madres de familia, 20.6% Hijos y 6.8% Otro familiar, en la mayoría de los casos el motivo de la entrevista causó curiosidad, desconcierto, interés, desconfianza y hasta preocupación después de varios años de haber vivido el problema o de vivir con él.

31% de los entrevistados son hijos de paciente, 13.7% hermanos, 3.4% Padre o Madre de paciente; y el porcentaje

mayor es del 51.7% representado por los propios pacientes, quienes contribuyeron con la información requerida para conocer los efectos sociales de la enfermedad a través del estudio social familiar.

II. ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR

Cuadro No. 2

CONFORMACION DE LA FAMILIA

TIPO DE FAMILIA	f	%
a. Familia nuclear	18	60
b. Familia extensa	9	30
c. Familia extensa compuesta	3	10
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

En la población estudiada se observa que predomina la familia nuclear (60%) que corresponde a más de la mitad, la otra parte se refiere a la familia extensa (30%) y sólo un 10% está representado por familias cuyo grupo es el más amplio de los tres estudiados; esto quiere decir, que las características de la familia nuclear, grupo formado únicamente por el padre, la madre y los hijos, guarda estrecha relación con las características del medio ambiente y socio-cultural de las grandes urbes, donde se hace cada

vez más marcada la reducción del grupo humano primario, pero a pesar de los factores económicos, sociales, culturales, políticos, demográficos, etc., que en las últimas décadas han venido determinando estas características, todavía encontramos que existe un porcentaje considerable de familias en las que el grupo está formado no sólo por parientes de línea directa, sino, también por aquellos que guardan lazos de consanguinidad y parientes colaterales, en este caso nos referimos especialmente a los abuelos paternos o maternos, personas que por su edad forman parte de uno de los grupos de mayor riesgo al cáncer, asimismo observamos que la familia extensa compuesta no se ha extinguido, por el contrario, podemos decir que es considerable el porcentaje registrado en la investigación y a ello es importante señalar que los pacientes con cáncer que pertenecen a este tipo de familias podrían tener más probabilidades de apoyo familiar-moral que el grupo(s) antes mencionado(s), pero por otra parte se encontró que es el grupo familiar que se enfrenta a otro tipo de problemas quizá más "serios", ya que el medio en el que se da la convivencia humana, no es propicio ni reúne las características mínimas implicadas dentro del nivel de vida de la población (alimentación, vivienda, condiciones salubres, educación, seguridad social, etc.), sumamos a esto las características y condiciones propias de la enfermedad y del tratamiento oncológico por las que atraviesa el paciente y encontramos que sufre o se enfrenta a situaciones, difíciles, deprimentes y escabrosas, mismas que lo hacen sentir como un "estorbo" en la familia.

contribuyendo todo esto muchas veces a la pérdida de interés por su tratamiento y/o control oncológico y por la vida.

Cuadro No. 3

CICLO DE VIDA EN QUE SE ENCUENTRA (ABA) LA
FAMILIA DEL PACIENTE

ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA	f	%
a. Inicio o recién casados	1	3.3
b. Procreación	8	26.6
c. Procreación avanzada	2	6.6
d. Independencia	13	43.3
e. Retiro o Muerte	6	20.0
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Los pacientes investigados cuyas familias atraviesan por alguna etapa del ciclo vital de la familia están íntimamente relacionados con la edad de los pacientes que se atienden en el servicio de oncología del hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, generalmente adultos. El 43.3% porcentaje más alto que se refiere a la etapa familiar final llamada de INDEPENDENCIA y/o REENCUENTRO, cuando se da la ausencia de los hijos y la pareja debe sobreponerse

al "Síndrome de nido vacío", no obstante de que pueda presentarse la crisis individual en alguno de los cónyuges o en los dos, esto implica la aceptación de ciertas limitaciones, así como de la fortaleza para la elaboración del duelo por la "pérdida" de los hijos.

Si sumamos a esta etapa los problemas del cónyuge que tiene cáncer y en ocasiones esta enfermedad se hace presente al mismo tiempo tanto en el esposo como en la esposa, un 3.3% de parejas se registraron en nuestra investigación con esta situación quienes argumentaron la difícil situación emocional que se genera no sólo ante la pérdida de los hijos sino también de la salud. A este grupo sumamos el 20% de las familias que atraviesan o atravesaban la última fase del ciclo mencionado en este apartado, tenemos que son el 63.3% de las familias estudiadas.

El 33.2% corresponde a la etapa de procreación, el 26.6% abarca aquellas familias en las que los padres apenas iniciaban sus roles desde el nacimiento de los hijos hasta la edad escolar primaria y 6.6% procreación avanzada y final, la llegada de los hijos a la adolescencia y su separación paulatina del hogar. Sólo 3.3% se refiere a la etapa constitutiva de la familia, que marca la base y el futuro de la familia.

Cuadro No. 4

TIPO DE FAMILIA POR SU DESARROLLO

TIPO DE FAMILIA	f	%
a. Moderna	20	66
b. Tradicional	10	34
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La familia moderna representada por el 66% de familias estudiadas son aquellas, en la que tanto el padre como la madre comparten roles económicos fuera del hogar. La otra parte el 34% refiere a la familia tradicional donde básicamente el padre es el único proveedor económico y la madre permanece en el hogar cumpliendo con las tareas propias de éste sin ser remunerada. Podemos observar aquí la importancia de los roles económicos dentro de la organización familiar actual y a pesar de que una mayoría de mujeres se sume al trabajo remunerado, se ven afectadas laboral y económicamente pues muchas de ellas pasan a formar parte del grupo de pacientes oncológicos, además de ser población de alto riesgo, específicamente en cáncer

cérvico uterino y mamario. Las repercusiones económicas cobran igual importancia en aquellas familias donde el padre trabajador es afectado por la pérdida de salud, lo que ocasiona inseguridad en el medio familiar, no sólo en el paciente.

Cuadro No. 5

NUMERO DE INTEGRANTES POR LOS QUE ESTA (ABA)
FORMADA LA FAMILIA

NUMERO DE INTEGRANTES	f	%
a. 1 a 2 personas	3	10
b. 3 a 5 personas	13	43.3
c. 6 a más personas	14	46.6
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar el cuadro tenemos que 46.6% de familias están formadas por seis y más miembros, en tanto que 43.3% agrupa a aquellas de 3 a 5 miembros y el otro 10% se refiere a familias de 1 y 2 miembros, grupo reducido en cuanto a integrantes y que por esta característica frecuentemente presentan problemas sociales serios como falta de apoyo moral y material, aislamiento y falta de interés por la vida, ya que esto contribuye a una situación poco llevadera de la enfermedad, que se agudiza mayormente en etapas en las que el paciente recibe o se somete a la administración de algún tratamiento oncológico y en las fases terminales de la enfermedad.

Cuadro No. 6

FUNCIONAMIENTO NATURAL DE LA FAMILIA

FUNCIONES NATURALES DE LA FAMILIA	f	%
a. Cumple todas sus funciones naturales	7	23.3
b. Cumple con más del 50% de las funciones naturales	16	53.3
c. Cumple con menos del 50% de las funciones naturales	7	23.3
d. No cumple con ninguna de las funciones naturales	0	0
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Tomando en cuenta que son cinco las funciones naturales de la familia: Socialización, sustento económico, reproducción, regulación sexual y equilibrio emocional y afectivo, todas ellas al conjugarse van a determinar por una parte la personalidad del individuo y por la otra la del grupo familiar, proporcionando determinadas características en la dinámica de este.

El 76.6% de las familias estudiadas incluye a aquellas que cumplen todas sus funciones naturales (23.3%) y a las que cumplen con más de la mitad de funciones (53.3% porcentaje mayor de todos los reportados en este cuadro); el 23.3% pertenece a aquellas familias que cumplen por debajo de la mitad de funciones; con lo anterior tenemos que en término promedio son familias funcionales.

Cuadro No. 7

DINAMICA FAMILIAR

DINAMICA FAMILIAR	f	%
a. Excelente	7	23.3
b. Buena	13	43.3
c. Regular	5	16.6
d. Mala	5	16.6
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Sólo a un 23.3% de las familias estudiadas se les diagnosticó una dinámica familiar excelente, es decir, que cumplen con todas sus funciones naturales así como con los diferentes criterios de funcionalidad (buena comunicación, respeto a la individualidad, toma de decisiones, etc.) y ausencia de problemas serios en alguno de los subsistemas familiares.

El porcentaje mayor está referido al 43.3% con una dinámica familiar más o menos funcional o "BUENA" lo que nos dice que no siempre o que difícilmente el grupo

familiar logra desarrollar todas sus funciones naturales, ni es capaz de propiciar los elementos necesarios para el proceso de convivencia, desarrollo y crecimiento de sus miembros dentro del grupo primario.

Muy poco funcional (regular) y disfuncional (mala) suma al 33.2% de los casos estudiados, situación que demuestra la presencia de problemas familiares como producto o resultado de los obstáculos que se tienen en el desarrollo de funciones y elementos necesarios dentro de la organización familiar que generan problemas en los subsistemas, pero que además muchos de ellos tienen sus causas en problemas de integración familiar y madurez psicosocial de los pilares principales del núcleo familiar como son el padre y la madre.

Es importante hacer mención en este aspecto, al valor que guarda esta situación con la falta de información y orientación profesional respecto al manejo de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes para hacer más llevadera su vida, ya que en muchos casos la presencia de este tipo de enfermedad viene a replantear el sentido de nuestra existencia no sólo en la familia sino también, en el trabajo, en la escuela y en todos los ámbitos donde convive el paciente, quien debe descubrir una vida interior profunda, gracias a las situaciones muchas veces "dolorosas" que tienen que enfrentar en esta etapa de su vida.

Cuadro No. 8

INTEGRACION DE LA FAMILIA

FAMILIA	f	%
a. Integrada	15	50
b. Semi-integrada	1	3.3
c. Desintegrada	14	46.6
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La mitad de los pacientes estudiados pertenecen a familias integradas, la otra mitad incluye en su mayoría 46.6% a pacientes de familias desintegradas y sólo una minoría 3.3% al caso de los pacientes que pertenecen a familias semi-integradas.

Las familias desintegradas están caracterizadas por la falta de alguno de los cónyuges ocasionada por muerte, divorcio, separación o abandono, en nuestra investigación tenemos que las familias desintegradas en 30% fué a causa de la muerte de los pacientes y el otro 16.6% por razones citadas.

Al citar un 50% de pacientes que enfrentan los problemas de la situación que modifica la dinámica familiar no sólo por el rompimiento que trae consigo la desintegración en el ciclo natural de evolución, sino por la pérdida de funciones que obstaculizan el desarrollo del grupo primario.

Cuadro No. 9

ROL DEL PACIENTE DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR

ROL O PAPEL SOCIAL	f	%
a. Padre	6	20
b. Madre	15	50
c. Hijo(a)	3	10
d. Esposo(a)	1	3.3
e. Otro (Abuelo)	5	16.6
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 70% de los pacientes desempeñan el rol de padre (20%) o madre (50%), todo ellos se ven en la necesidad de aprender a convivir no sólo con su enfermedad, sino con diversas funciones y actividades dentro y fuera del hogar, sin olvidar que en algunos casos el paciente se torna incapaz de cumplir con sus roles principales, lo que afecta no sólo a nivel individual sino también a nivel familiar, cuestión que propicia el desequilibrio emocional frecuentemente por la inestabilidad económica principalmente.

El 16.6% porcentaje que ocupa el segundo lugar en nuestro cuadro de datos y que hace mención al rol del abuelo abarca a nuestros pacientes de edad avanzada o viejos, personas que para nuestra sociedad actual están "relegados" por que se trata de aquellos seres humanos que ya no producen, que ya no aportan de ninguna forma, por el contrario, ahora son el estorbo de la familia o de la comunidad a la que antes sirvieron y que varios casos después del retiro laboral se desocuparon formalmente para esperar la enfermedad.

10% son pacientes cuyo rol es el de hijo(a) las repercusiones en este grupo son a nivel escolar, así como en el desarrollo de la independencia personal. Por último tenemos que el 3.3% desempeñan roles de esposos.

Cabe decir que la etapa más difícil para el paciente y la familia ante el cambio de roles se suscita al comienzo de la enfermedad y en las etapas terminales de la misma porque ninguno conoce la evolución de esta, sin saber como afrontar el problema, lo que nos reporta la necesidad de educación y manejo de la misma, especializada y profesional.

Cuadro No. 10
TOTAL DE MIEMBROS EN LA FAMILIA

TOTAL DE MIEMBROS EN LA FAMILIA		f	%
a.	1 Miembro	1	3.3
b.	2 Miembros	2	6.6
c.	3 Miembros	4	13.3
d.	4 Miembros	4	13.3
e.	5 Miembros	6	20
f.	6 Miembros	6	20
g.	7 Miembros	3	10
h.	8 Miembros	0	0
i.	9 Miembros	2	6.6
j.	10 Miembros	0	0
k.	11 Miembros	2	6.6
l.	12 Miembros	0	0
TOTAL		30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 40% representa a las familias integradas por cinco y seis miembros, en segundo lugar tenemos el 13.3% para aquellas familias formadas por tres y cuatro miembros respectivamente; lo que caracteriza a la familia urbana moderna, constituida por burócratas.

III. NIVEL CULTURAL

Cuadro No. 11

ALIMENTACION Y NUTRICION QUE ACOSTUMBRAN EN LA FAMILIA

ALIMENTOS		f7	X	f6	X	f5	X	f4	X	f3	X	f2	X	f1	X	f0	X	f0P	X	TOTAL	TOTAL
																				FRECUENCIAS	X
a. Leche	PACIENTE	15	50	2	6.6	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3	0	0	1	3.3	10	33.3	50	100
	FAMILIA	20	66.6	2	6.6	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3	0	0	0	0	6	20	30	100
b. Derivados de la Leche	PACIENTE	5	16.6	3	10	3	10	1	3.3	3	10	2	6.6	2	6.6	1	3.3	10	33.3	30	100
	FAMILIA	6	20	3	10	5	16.6	1	3.3	3	10	2	6.6	3	10	1	3.3	6	20	30	100
c. Huevo	PACIENTE	6	20	3	10	1	3.3	3	10	4	13.3	1	3.3	0	0	2	6.6	10	33.3	30	100
	FAMILIA	8	26.6	3	10	2	6.6	3	10	4	13.3	3	10	1	3.3	0	0	4	20	30	100
d. Carnes Rojas	PACIENTE	2	6.6	1	3.3	1	3.3	5	16.6	2	6.6	6	20	2	6.6	1	3.3	10	33.3	30	100
	FAMILIA	2	6.6	1	3.3	3	10	6	20	2	6.6	7	23.3	1	3.3	2	6.6	6	20	30	100
e. Carnes Blancas	PACIENTE	1	3.3	1	3.3	0	0	0	0	7	23.3	6	20	4	13.3	1	3.3	10	33.3	30	100
	FAMILIA	1	3.3	1	3.3	0	0	0	0	8	26.6	9	30	4	13.3	1	3.3	6	20	30	100
f. Frijoles	PACIENTE	16	46.6	1	3.3	1	3.3	1	3.3	2	6.6	0	0	0	0	1	3.3	10	33.3	30	100
	FAMILIA	15	50	1	3.3	0	0	3	10	2	6.6	2	6.6	1	3.3	0	0	4	20	30	100
g. Arroz	PACIENTE	3	10	0	0	0	0	6	20	4	13.3	5	16.6	1	3.3	1	3.3	10	33.3	30	100
	FAMILIA	2	6.6	0	0	0	0	6	20	6	20	9	30	2	6.6	0	0	8	26.6	30	100
h. Pastas	PACIENTE	1	3.3	3	10	2	6.6	2	6.6	5	16.6	3	10	4	13.3	0	0	8	26.6	30	100
	FAMILIA	1	3.3	3	10	4	13.3	3	10	5	16.6	5	16.6	3	10	0	0	8	26.6	30	100
i. Textiles	PACIENTE	17	54.6	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3	10	33.3	30	100
	FAMILIA	22	73.3	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	0	0	1	3.3	6	20	30	100
j. Pan	PACIENTE	28	80	1	3.3	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	10	33.3	50	100
	FAMILIA	22	73.3	1	3.3	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	6	20	30	100
k. Frutas	PACIENTE	12	40	4	13.3	0	0	0	0	2	6.6	2	6.6	0	0	0	0	10	33.3	30	100
	FAMILIA	14	46.6	5	16.6	1	3.3	0	0	2	6.6	2	6.6	0	0	0	0	8	26.6	30	100
l. Verduras	PACIENTE	7	23.3	3	10	2	6.6	0	0	1	3.3	3	10	3	10	1	3.3	10	33.3	30	100
	FAMILIA	10	33.3	3	10	2	6.6	2	6.6	3	10	2	6.6	2	6.6	0	0	6	20	30	100
m. Chileas	PACIENTE	15	50	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3	1	3.3	0	0	2	6.6	10	33.3	30	100
	FAMILIA	19	63.3	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3	2	6.6	6	20	30	100
n. Agua Natural	PACIENTE	17	54.6	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10	1	3.3	1	3.3	0	26.6	30	100
	FAMILIA	17	54.6	1	3.3	0	0	0	0	0	0	2	6.6	1	3.3	1	3.3	0	26.6	30	100
o. Otros (*)	PACIENTE	4	20	4	13.3	1	3.3	0	0	1	3.3	2	6.6	3	10	3	10	10	33.3	30	100
	FAMILIA	5	16.6	3	10	0	0	0	0	1	3.3	3	10	3	10	5	16.6	10	33.3	30	100

(*) Incluye café, té, atolón, envajitos medicados, cerveza, vino, etc.

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

En el cuadro de alimentación se habla del consumo que hace el 70% de los pacientes estudiados y que todavía viven, el otro 30% NO PROCEDE, puesto que representa a los pacientes fallecidos entre 1981 y 1986. Por lo que respecta a las familias de pacientes se registran porcentajes de consumo relacionados con el 80% que son las que reportaron información, el otro 20% NO PROCEDE por que no fuê posible obtener datos.

De acuerdo a los porcentajes en el cuadro observamos que casi no existe diferencia entre la dieta del paciente y la de su familia, de igual forma subrayamos que en el transcurso de la investigación, algunos pacientes mayores de 60 años dijeron no poder seguir la dieta indicada por su médico tratante por falta de recursos económicos y si consumen una dieta basada en frijoles, tortillas, pan, chiles, poca verdura y pocas frutas.

Independientemente de que la alimentación y la nutrición de los pacientes cancerosos deba ser de acuerdo al tipo de tumor y de la localización primaria del mismo, así como del tratamiento oncológico que se encuentre recibiendo y de sus condiciones generales de salud, la mayoría de los pacientes no se basan en esta variable.

Sabemos que el agua es el elemento indispensable para el funcionamiento celular y en nuestra investigación encontramos que sólo un poco más de la mitad de los pacientes y sus familiares la consumen diariamente y

porcentajes mínimos la acostumbraban consumir con muy poca frecuencia o no la consumen, substituyéndola por refrescos o cerveza.

Consideramos de antemano que existen ciertos factores que vienen a condicionar el aspecto de alimentación y nutrición y que van desde rasgos culturales, hábitos, costumbres, creencias hasta condiciones socioeconómicas; el ISSSTE es una institución que presta sus servicios a población de todos los niveles sociales y por esta razón encontramos que no sólo la capacidad de poder adquisitivo sea la única condicionante para que los pacientes al igual que sus familias lleven una dieta suficiente y balanceada que no perjudique su condición humana, sino también a los aspectos socioculturales mencionados y especialmente a falta de información a cerca del padecimiento y los ciudadanos de salud, de aquí la importancia de que toda la población conozca el tipo de alimentación que deben acostumbrar, ya que dentro de esta hay factores carcinógenos determinantes.

Cuadro No. 12

CONSUMO DE ALIMENTOS DURANTE EL DIA

NUMERO DE VECES	f-Pac.	%-Pac.	f-Fam	%-Fam
a. 3	16	53.3	22	73.3
b. 2	3	10	2	6.6
c. Una	0	0	1	3.3
d. Más de 3	1	3.3	0	0
e. No procede	10	33.3	5	16.6
TOTALES	30	100	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

En los dos casos, es decir, los pacientes y sus familias, la mayoría acostumbra tomar alimentos tres veces al día, así tenemos un 53.3% y un 73.3% respectivamente. La diferencia entre estas dos cifras estriba en que la primera es menor puesto que es proporcional al porcentaje de pacientes vivos para 1987 y mayor la de familias, ya que sólo en 16.6% no se pudo obtener información porque estas ya no pertenecen a la familia de origen del paciente; tenemos que el 10% de los pacientes y el 6.6% de los familiares toman alimentos dos veces al día y sólo un 3.3%

de los pacientes ingieren alimentos más de tres veces al día, esto se relaciona especialmente con aquellos casos de pacientes que se encuentran en algún tratamiento oncológico y que se les dificulta ingerir alimentos en la forma establecida.

También encontramos que en el caso de las familias se reportan un 3.3% para aquellas que sólo toman alimentos una vez durante el día, a pesar de que es un porcentaje mínimo, observamos que se dá el caso, condicionando realmente esta situación el nivel socioeconómico de esa clase social y el deficiente poder adquisitivo al que se enfrenta este tipo de familias quienes por sus características se tornan más susceptibles ante los problemas que se suscitan en la relación salud-enfermedad.

Cuadro No. 13

HORAS DIARIAS QUE LE DEDICAN AL SUERO COMO MINIMO

NUMERO DE HORAS	PACIENTE		FAMILIAR	
	f	%	f	%
a. Más de 8 Hrs.	7	23.3	5	16.6
b. 8 horas	3	10	8	26.6
c. Menos de 8 horas	11	36.6	11	36.6
d. No procede	9	30	6	20
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La investigación registra un 36.6% para los pacientes que duermen menos de 8 horas, entre las variables presentadas en el cuadro según número de horas ésta es la mayor en relación al porcentaje, la que guarda una estrecha correspondencia con el estado emocional del paciente canceroso que se enfrenta al manejo de constante "estrés" que en muchos casos no sabe canalizar, en este grupo de pacientes hubo quienes reportaron dormir máximo tres horas.

El 23.3% se refiere a aquellos que descansan más de 8 horas y sólo un 10% lo hace durante un promedio de 8 horas. Estos porcentajes abarcan únicamente al 70% de pacientes, el otro 30% no procede.

En el caso de las familias también el porcentaje mayor se refiere a la variable de menos de 8 horas con un 36.6%; en segundo término tenemos un 26.6% con 8 horas y el menor que es de 16.6% a más de 8 horas, sumando estos tres el 80% de familias mientras que el otro 20% no guardan relación con los fines de la investigación.

Cuadro No. 14

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE PRACTICAN

TIPO DE ACTIVIDAD	PACIENTE		FAMILIAR	
	f	%	f	%
a. Actividad al Aire Libre	8	26.6	17	56.6
b. Culturales	17	56.6	25	83.3
c. Manuales	9	30	5	16.6
d. Otras	--	----	--	----
e. Ninguna	1	3.3	--	----
d. No procede	9	29.9	6	20

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al analizar los cuadros relacionados con la recreación y el tiempo que dedican diariamente los pacientes oncológicos y sus familiares, hemos encontrado que de un 70% de pacientes vivos y más del 80% de familias estudiadas, las actividades culturales predominan con el porcentaje de 56.6% para pacientes y el 83.3% para familias. En segundo lugar tenemos el 30% en actividades manuales para pacientes y 56.6% en actividades al aire libre para familias; en tercero: las actividades al aire libre para pacientes con un 26.6% y actividades manuales para

familiares con un 20%. Sólo en el caso de los pacientes encontramos que un 3.3% no realizan ninguna actividad recreativa.

Observamos que aproximadamente el 45% de los pacientes practica dos actividades recreativas, aunque no muy alto el porcentaje de actividades al aire libre, -sólo caminar-, es mayor el porcentaje que refiere actividades que no requieren de ejercicio corporal como ver televisión, escuchar la radio, leer, etc. y actividades manuales, los hay quienes no practican ninguna actividad recreativa.

Cuadro No. 15

TIEMPO QUE DEDICAN PARA LA RECREACION DURANTE EL DIA

TIEMPO Y/O MOTIVOS	PACIENTE		FAMILIAR	
	f	%	f	%
1. Si	20	66.6	24	80
a. Más de una hora	13	43.3	19	63.3
b. Una hora	6	20	4	13.3
c. Menos de una hora	1	3.3	1	3.3
2. No	10	33.3	6	20
a. Le es costoso	1	3.3	--	----
b. No tiene tiempo	--	----	--	----
c. Su salud no se lo permite	--	----	--	----
d. No procede	9	30	6	20
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Asimismo citamos el tiempo que dedican a realizar estas actividades y encontramos que 43.3% de pacientes y 63.3% de familias lo hacen durante más de una hora. El 20% representa a los pacientes y el 13.3% a las familias que

dedican sólo una hora de su tiempo durante el día para recrearse. El 3.3% en los dos casos lo hace menos de una hora.

El otro 3.3% que representa a los pacientes que no practican ninguna actividad recreativa dijeron que no lo hacen porque les es costoso. Se observa que algunas de las actividades señaladas son realizadas paralelamente, vr.gr.: ver televisión y hacer una actividad manual.

RELIGION

Cuadro No. 16

RELIGION QUE PROFESA EL PACIENTE

RELIGIONES	f	%
a. Católica	21	70
b. Otra	--	--
c. No procede	9	30
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Partiendo de que el paciente oncológico necesita mucho apoyo emocional, tiene que considerarse su religión como uno de los elementos de su vida interior en el que puede encontrar más fuerza en la búsqueda de su salud o en la aceptación de su enfermedad.

Al interpretar nuestro cuadro tenemos que arroja a un 70%, es decir, todos los que actualmente viven, practican la religión católica, el otro 30% se refiere a pacientes fallecidos que también practicaban esta religión. Aunque

en nuestro cuadro no se registran datos para otras religiones, en la praxis encontramos las evidencias de las limitaciones de otras religiones que les son impuestas a sus seguidores, como el recibir transfusiones de sangre o trasplantes de otros órganos, etc., lo que en caso de nuestro padecimiento limita considerablemente su tratamiento.

VIVIENDA

Cuadro No. 17

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA QUE HABITA (ABA)
EL PACIENTE Y FAMILIA

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA	f	%
1. TIPO DE VIVIENDA		
a. Casa sola	19	63.3
b. Departamento	9	30
c. Vecindad	2	6.6
2. TENENCIA DE LA VIVIENDA		
a. Propia	18	60
b. Rentada	7	23.3
c. Pagándose	1	3.3
d. Prestada	4	13.3
e. Otra	--	----

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 63.3% de las viviendas de los pacientes son casas solas, el 30% departamentos y el 6.6% vecindades, de estas, el 60% son propias; un 23.3% son rentadas; el 13.3%

prestadas y el 3.3% son viviendas que están pagando. Al respecto señalamos la importancia que tiene el hecho de que una vivienda sea propia o no lo sea, así tenemos que de las citadas el 40% de la población no posee una vivienda propia, para lo que reportaron los entrevistados su preocupación por la inseguridad económica y psicológica tanto de los pacientes como de sus familiares ante la incertidumbre y la "amenaza de muerte" que les genera su estado de salud sobre todo en aquellos casos en que la enfermedad ha mutilado o imposibilitado al paciente para continuar con el desempeño de sus roles laborales y por tanto económicos, viéndose imposibilitados de en un futuro tener una vivienda como patrimonio.

Cuadro No. 18

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

ESTADO EN QUE SE ENCUENTRA		
LA CONSTRUCCION	f	%

a. Bien construída	26	86.6
b. Semi construída	2	6.6
c. Semi derruída	0	0
d. Derruída	2	6.6

TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

En relación con el tipo de construcción y estado en que se encuentran las mencionadas viviendas obtuvimos que la mayoría están construídas con material de concreto, pisos de cemento o mozaicos; sólo una minoría son viviendas prefabricadas con material propio de este tipo de construcciones, asbesto, láminas, etc. El 86.6% de las viviendas se encuentran bien construídas, un 6.6% semiconstruídas, es decir, son viviendas que no están aún terminadas, les faltan puertas, ventanas, pisos, etc.; otro 6.6% reporta a las viviendas derruídas y aunque en el cuadro

no aparece ningún porcentaje que refiera a las viviendas semiderruidas en nuestra investigación piloto captamos un porcentaje de este tipo de viviendas que están cayéndose o que sus condiciones son preocupantes según informaron los entrevistados, más en el caso de familias que ahora sólo viven con la aportación de una pensión por muerte del paciente y que se sienten desamparados, puesto que su vivienda no llena sus necesidades. Por su parte los entrevistados dijeron que para ellos es difícil que el ISSSTE les proporcione ayuda menos cuando se capta que sus derechohabientes "andan mal orientados y se sienten desvinculados de la institución para acercarse a solicitar ayuda".

Cuadro No. 19

DISTRIBUCION DE LA VIVIENDA

DISTRIBUCION DE LA VIVIENDA	f	%
a. Una sola habitación	3	10
b. Sala y Comedor	25	83.3
c. Cocina	27	90
d. Baño	26	86.6
e. Recámaras		
e.1. una	5	16.6
e.2. dos	12	40
e.3. tres	6	20
e.4. cuatro	6	20

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La distribución de estas viviendas en la mayoría de los casos registró contar con una sala y/o comedor (83.3%), cocina 90%; baño 86.6% y según el número de recámaras, el 56.6% cuentan con una o dos recámaras, el 20% con tres recámaras. El otro 10% son viviendas que cuentan con una sola habitación, que aunque no les permita vivir plenamente por problemas de hacinamiento, promiscuidad sexual y falta de espacio vital, tiene que vivir ahí al no

tener otro sitio mejor para hacerlo, estas situaciones son la causa de problemas para nuestros pacientes, causas que tienen efectos determinantes en la interrelación del paciente con su tratamiento, obstaculizan su situación física y emocional, así como su proceso de salud-enfermedad-salud.

Es necesario recordar que el promedio de miembros por familia es de 5 a 7 personas, mismas que tienen que desarrollarse o convivir en un espacio reducido (1 a 2 recámaras).

Cuadro No. 20

TIPO DE SERVICIO SANITARIO CON QUE CUENTA
LA VIVIENDA

SERVICIO SANITARIO	f	%
a. Baño completo	27	90
b. W.C.	2	6.6
c. Letrina	0	0
d. Fosa séptica	1	3.3
e. Fecalismo al aire libre	--	---
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

En nuestro cuadro podemos observar que el 90% de las viviendas cuentan con baño completo, el otro 10% no gozan de esta comodidad, ya que el 6.6% son W.C. y el 3.3% son fosas sépticas; esto nos dice que son viviendas ubicadas en zonas suburbanas donde todavía la población carece de la infraestructura básica, esta situación enfrenta a un 10% de familias y pacientes a factores que no son favorables como parte de su medio ambiente.

Cuadro No. 21

USO DEL SERVICIO SANITARIO

USO DEL SERVICIO SANITARIO	f	%
a. Privado	29	96.6
b. Colectivo	1	3.3
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Afortunadamente la mayor parte de las familias investigadas, es decir, el 96.6% hacen uso privado del servicio sanitario, sin embargo, existe un 3.3% que no goza de éste, y están sujetas a compartir el servicio con otras familias, situación que crea condiciones riesgosas en un grupo de personas con bajo nivel sociocultural, el que no garantiza condiciones favorables para mantener un alto índice de Salubridad como parte de su ambiente.

Cuadro No. 22

TIPO DE MOBILIARIO CON QUE CUENTA LA VIVIENDA

MOBILIARIO	f	%
a. Completo	27	90
b. Incompleto	3	10
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 90% de las familias estudiadas reportó que el mobiliario con que cuenta su vivienda es completo porque sí satisface las necesidades de las mismas y sólo un 10% dijo que No, ya que este no llena sus necesidades, al analizar la situación de este grupo, tenemos que es el que en cierta forma nos está reportando problemas a nivel social.

Cuadro No. 23

SATISFACCION DE NECESIDADES FAMILIARES CON
RESPECTO A LA VIVIENDA

OPCIONES	f	%
a. Si	25	83.3
b. No	5	16.6
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 83.3% de nuestras familias de paciente contestó que sus viviendas sí satisfacen sus necesidades en forma general y el 16.6% refirió que NO, ya que algunas son muy reducidas, otras están en mal estado físico, no cuentan con el mobiliario necesario, viven hacinados, etc.

Cuadro No. 24

SERVICIOS PUBLICOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA

SERVICIOS PUBLICOS	f	%
a. Agua potable	26	86.6
b. Drenaje	25	83.3
c. Alumbrado Público	27	90
d. Pavimento	27	90
e. Recolección de Basura	26	86.6

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar nuestro cuadro de servicios públicos nos percatamos de que todos los porcentajes fluctúan entre 80 y 90%, pero ninguno alcanza el 100%; tomando en cuenta que nuestro estudio estuvo delimitado en el área metropolitana del D.F., podemos mencionar que nos abocamos a una de las regiones más urbanizadas de México, sin embargo, todavía encontramos diversas zonas clasificables como "marginal", mismas que todavía no cuentan con la infraestructura básica de una comunidad, aquí lo podemos constatar un 10% de nuestra población derechohabiente habita en estos lugares.

Subrayamos en forma especial estos aspectos junto con los de vivienda como punto relevante en la conformación del medio ambiente del paciente y su familia.

Cuadro No. 25

ANIMALES QUE HABITAN EN LA VIVIENDA DE LOS PACIENTES

ANIMALES	f	%
1. Sí		
a. Felinos	5	16.6
b. Pájaros	9	30
c. Aves de Corral	--	----
d. Bovinos	--	----
e. Roedores	2	6.6
f. Caninos	11	36.6
g. Otros	1	3.3
2. No	11	36.6

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Tomando en cuenta que el paciente con cáncer requiere de un espacio vital delimitado por condiciones de salubridad y por las necesidades derivadas de la enfermedad nos permitimos investigar si existe la presencia de algún animal en la vivienda con el fin de valorar con mayor amplitud las condiciones generales y ambientales que rodean al paciente.

Sabemos que cierta clase de animales son responsables de enfermedades que sufre el hombre porque ellos las producen y lo contagian, o porque son los vectores de estas, se ha comprobado que los gatos no sólo crean esterilidad en la mujer, sino aparte son portadores de enfermedades propias de los niños, al igual que los perros, además se ha encontrado que los gatos guardan relación directa con la enfermedad del glaucoma o cáncer en los ojos; en el cuadro observamos que el 16.6% de nuestras familias estudiadas tienen gatos, en sus viviendas; 36.6% perros.

En relación a las aves hay que señalar que su presencia en los hogares de las familias significan o representan un valor cultural donde el ser humano está acostumbrado a comunicarse y a compartir relaciones afectivas en la convivencia con estos animales y que se presenta con más frecuencia en las personas de mayor edad.

Cuadro No. 26

MEDIOS DE TRANSPORTE CON QUE CUENTA (ABA) LA COLONIA

MEDIOS DE TRANSPORTE	f	%
a. Metro	18	60
b. Trolebús	20	66.6
c. Ruta 100	30	100
d. Colectivos	30	100
e. Taxi	28	93.3

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La importancia de investigar los diversos medios de transporte con que cuenta cada una de las colonias donde viven los pacientes que asisten al servicio de oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, fué con el fin de valorar las posibilidades de desplazamiento que estos tienen, así como el gasto económico y de este modo considerar el desgaste físico y económico que representa para nuestros pacientes, así tenemos que el 100% de colonias referidas cuentan con los servicios de la Ruta 100 y de colectivos respectivamente; 93.3% con el servicio de taxi; 66.6% con servicio de trolebuses y sólo el 60% de estas colonias cuentan con el servicio de Metro.

IV. CONDICIONES ECONOMICAS

Cuadro No. 27

PERSONAS QUE CONTRIBUYEN AL INGRESO FAMILIAR MENSUAL

NUM. DE PERSONAS	f	%
a. Una	10	33.3
b. Dos	10	33.3
c. Tres	5	16.6
d. Más de tres	5	16.6
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 66.6% se refiere a familias donde una o dos personas contribuyen al ingreso familiar mensual, generalmente se trata en este caso del padre o la madre, o de los dos, cuando es uno de ellos el paciente oncológico la familia se ve afectada sumamente ante la inseguridad económica a la que se enfrentan. El 16.6% representa al grupo de familias

donde aportan al ingreso familiar hasta tres miembros y el 16.6% restante a familias donde más de tres personas desempeñan roles económicos y contribuyen al ingreso familiar mensual.

Cuadro No. 28

MONTO AL QUE ASCIENDE EL INGRESO FAMILIAR MENSUAL

INGRESO FAMILIAR	f	%
a. Menor al salario mínimo	1	3.3
b. Salario mínimo	6	20
c. Dos veces el salario mínimo	13	43.3
d. Más dos veces el salario mínimo	10	33.3
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 23.3% porcentaje que suma a las familias cuyo ingreso mensual es el salario mínimo o menos; el salario mínimo debe ser suficiente para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia en el orden material, social, cultural y educación obligatoria a los hijos, lo que nos dice de este grupo citado, que no es posible en razón a que los salarios mínimos actuales no alcanzan ni siquiera a cubrir la canasta básica, mucho menos otros satisfactores, esto quiere decir que más del 20% de la población derechohabiente está desprotegida en el sentido del

deterioro de su bienestar social, factor riesgoso a la susceptibilidad de la enfermedad -especialmente los que se relacionan con casos de leucemia-.

El 43.3% percibe dos veces el salario mínimo, este grupo supuestamente alcanza a satisfacer las necesidades básicas. Sólo el 33.3% percibe más de dos veces el salario mínimo, contando con una mayor capacidad de poder adquisitivo.

Cuadro No. 29

CONDICIONES MATERIALES DE VIDA DE LA FAMILIA
EN RELACION A SITUACION ECONOMICA

CONDICIONES MATERIALES DE VIDA	f	%
a. Precarias	6	20
b. Suficientes	16	53.3
c. Confortables	6	20
d. Solventes	2	6.6
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar nuestro cuadro tenemos que sólo el 26% de la población derechohabiente vive en condiciones materiales de vida "confortables" o "solventes", las que les permiten cubrir los satisfactores básicos y otros más del nivel de vida de una familia. Mientras que el 53.3% únicamente puede satisfacer sus necesidades básicas familiares de alimento, vestido, calzado, no tanto de educación, recreación, seguridad social, etc., como los primeros; así tendremos que un 20% de las familias viven en condiciones precarias, o sea que el ingreso mensual no es suficiente para adquirir los satisfactores mínimos mencionados.

V. ASPECTO LABORAL DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR
RESPONSABLE DE LA FAMILIA

Cuadro No. 30

PUESTO QUE DESEMPEÑA EL TRABAJADOR

PUESTO	f	%
a. (11) Profesionales	4	13.3
b. (12) Técnicos y personal especializado	2	6.3
c. (13) Trabajadores de la enseñanza	4	13.3
d. (84) Trabajadores de las Fuerzas Armadas y Servicio de Protección y Vigilancia	0	----
e. (21) Funciones superiores	0	----
f. (61) Oficinistas y Trabajos Administrativos a Nivel intermedio o inferior	2	6.6
g. (81) Trabajo en Servicio al Público y en Servicio perso- nales excepto domésticos	16	53.3
h. Otros	3	10
i. No procede	9	30

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer
del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov."
1987-1988.

El 53.3% de los trabajadores presentan(ban) servicios relacionados con la preparación de alimentos, servicios de comedor y hospedaje, limpieza general de la ropa, cuidado y arreglo de las personas, así como otros servicios al público como el cuidado y limpieza de lugares públicos, etc.

El 13.3% se refiere a trabajadores que han recibido enseñanza y formación profesional a nivel superior y que desempeñan(ron) funciones directamente relacionados con su preparación.

Otro 13.3% son trabajadores que incluyen a los profesores que dan clases a nivel superior, medio, primario y pre-escolar, así como a las personas que se encargan de la instrucción de personas física o mentalmente deficientes y a las que realizan investigaciones y dirigen las actividades educativas en las escuelas y llevan a cabo tareas afines.

El 6.6% incluye a todas aquellas personas que desarrollan actividades de carácter administrativo. Se refiere a técnicos y personal especializado, personas que desempeñan labores especializadas pre-establecidas o auxiliares.

Otro 10% incluye a personas, entre otros roles dentro del último porcentaje (30%) se hace referencia al grupo de pacientes que no cuentan(aban) con una relación laboral formal.

Cuadro No. 31

SALARIO DEL PACIENTE

SALARIO DEL PACIENTE	f	%
3.- Si el paciente es trabajador		
¿ Cuánto asciende su salario ?		
a. Salario mínimo	10	33.3
b. Dos veces el salario mínimo	6	20
c. Más de dos veces el salario mínimo	1	3.3
d. Jubilación y/o Pensionados	4	13.3
e. No procede	9	30
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Del 56.6% de los pacientes que eran trabajadores tenemos que la mayoría (33.3%) perciben(ían) un salario mínimo 20% dos veces el salario mínimo y sólo 3.3% obtiene(ían) más de dos veces el salario mínimo. En tanto que el 43.3% engloba al 13.3% que corresponde a jubilados y/o pensionados mientras que el otro 30% representa al grupo de pacientes que no cantaban con una relación laboral formal o simplemente no trabajaban.

VI. ASPECTO LABORAL

Cuadro No. 32

NUMERO DE HORAS A LAS QUE ASCIENDE(IA) LA
JORNADA DE TRABAJO

TIEMPO LIBRE	f	%
2. Tiempo horas		
a. Menor a 8 horas	7	23.3
b. 8 horas	14	46.6
c. Mayor a 8 horas	8	26.6
d. No procede	1	3.3
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El porcentaje más alto es de 46.6% y se refiere a la jornada de trabajo de 8 horas, lo que guarda relación directa con la Ley Federal del Trabajo, en segundo término tenemos el 26.6% que representa a los trabajadores que prestan sus servicios durante más de 8 horas; un 23.3% de trabajadores lo hace en un tiempo menor a 8 horas. El 3.3% no procede porque los entrevistados no reportaron este dato.

Cuadro No. 33

V. NUMERO DE DIAS QUE TRABAJA EL PACIENTE Y
FAMILIARES A LA SEMANA

	PACIENTE		FAMILIA	
	f	%	f	%
a. Uno a tres	1	3.3	1	3.3
b. Cuatro	--	---	--	---
c. Cinco	10	33.3	12	40
d. Más de cinco	6	20	10	33.3
e. No trabaja	3	10	2	6.6
f. No procede	10	33.3	5	16.6
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Los porcentajes mayores que reporta el cuadro son: 33.3% para pacientes y 40% para familiares que trabajan cinco días a la semana, así tendremos que 3.3% en los dos casos trabajan de uno a tres días no siendo los directamente responsables del sostenimiento del hogar. El 20% de pacientes y el 33.3% de familiares trabajan más de cinco días. Esto nos permite decir que los pacientes que

trabajan, la mayor parte de ellos 53.3% lo hacen entre cinco y más días cosa que demuestra el compromiso formal de trabajo frente a las necesidades familiares.

Cuadro No. 34

MODIFICACION DE LAS CONDICIONES SALARIALES DEL PACIENTE

CONDICIONES SALARIALES DEL PACIENTE		
DESPUES DE Dx.	f	%

1. Sí		
1.a. Recibe sólo parte de su sueldo por incapacidad temporal	2	6.6
1.b. Se pensionó por incapacidad permanente	1	3.3
1.c. Renunció a su trabajo por incapacidad laboral	4	13.3
2. No		
2.a. Recibe su sueldo completo laborando igual que antes del Dx.	10	33.3
2.b. Recibe su sueldo completo laborando una parte de su horario.	0	---
2.c. Recibe su sueldo completo sin laborar (apoyo sindical)	1	3.3

2.d. Otro	12	40

TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 40% de los pacientes no se vió afectado laboralmente, ya que no son trabajadores, o bien, ya estaban pensionados por el ISSSTE o en su caso, fallecieron.

Como podemos observar en el cuadro, el 26.5% de los pacientes sí se vieron afectados laboralmente, según la descripción que se hace, tenemos: el 13.3% renunció a su trabajo por incapacidad laboral, el 3.3% se tuvo que pensionar por incapacidad permanente, 6.6% recibe sólo una parte de su sueldo por incapacidad temporal y un 3.3% aunque dijo no haber modificado sus condiciones salariales por recibir apoyo sindical.

Dentro del grupo de afectados en nuestro estudio tenemos casos específicos como el del padre o de la madre que percibe la mitad de su salario durante periodos largos -seis meses o más- por cuidados materno-oncológicos; casos de pacientes que fueron mutilados sin posibilidad de rehabilitación total, quienes se encontraban en la disyuntiva al tener que estar presentes en su centro laboral -para checar- o renunciar al trabajo en forma

definitiva sin aspirar a una pensión puesto que no llenan los requisitos para proceder a la misma, en estos casos subrayamos la falta de una ley que norme el criterio de la empresa y del trabajador afectado directa o indirectamente por el cáncer.

Por otra parte tenemos al grupo de pacientes trabajadores representado por un 33.3% que no modificó sus condiciones salariales puesto que pudo seguir laborando igual que antes del diagnóstico o al menos se le permitió un cambio de actividades relacionado con su estado de salud, -lamentablemente hay casos en los que esta opción no procede por que la institución no tiene esta posibilidad, o la capacidad del paciente no le permite desempeñar lo que la institución puede ofrecerle.

VI. MEDIDAS RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD EN SI

Cuadro No. 35

AFRONTAMIENTO DE LA FAMILIA ANTE LA CONFIRMACION
DEL DIAGNOSTICO

ACTITUD DE LA FAMILIA	f	%
a. Se alarmaron relacionándolo con su "muerte inmediata"	19	63.3
b. Mantuvieron cuidado entre Ellos y el equipo interdisciplinario para que el paciente no se enterara de su enfermedad	12	40
c. Despertaron un estado de ansiedad	20	66.6
d. Afrontaron la realidad de su paciente como enfermo crónico	13	43.3
e. Le comunicaron al paciente la realidad de su dx tratándolo como persona normal	6	20
f. Actuaron en forma sobre protectora con el paciente	4	13.3
g. Otra	4	13.3

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Analizando nuestro cuadro observamos que los porcentajes más altos: 66.6% y 63.3% se relacionan con las variables c. y a. respectivamente, pues la confirmación del diagnóstico a la familia provoca un fuerte impacto emocional que se traduce en un estado de ansiedad al relacionar el cáncer con "Amenaza o sentencia de muerte" y en muchos casos con "muerte inmediata", esto nos dice que la familia entra en conflicto e inestabilidad que cambia la dinámica familiar. En segundo término tenemos al 43.3% y al 40% relacionados con las variables d. y b., la primera nos dice que la familia afrontó la realidad de su paciente como enfermo crónico, la segunda nos habla del cuidado que mantuvieron los familiares y el equipo interdisciplinario para que el paciente no se enterara del tipo de enfermedad por determinación de sus familiares. Al hacer una comparación del porcentaje que refiere estos casos con el de la variable e. que es un 20%, nos damos cuenta que a este grupo de pacientes sí se les pudo comunicar su diagnóstico tratándolos después como personas normales.

Tenemos que el 13.3% de las familias trataron en forma sobreprotectora a sus pacientes, condición que repercute negativamente en éste y en la familia, ya que la naturaleza de la enfermedad y su evolución exige un manejo específico desde sus inicios hasta sus etapas terminales. La actitud mencionada por parte de estas familias para con sus pacientes marca el desgaste físico desde el principio y finalmente se torna en desinterés, lo que trae consigo una falta de apoyo familiar al paciente en una de las etapas

más difíciles para él. El 13.3% se refiere al inciso q., o sea, a los casos donde los pacientes y familiares ignoran el diagnóstico, manifestando que inicialmente hubo un poco de preocupación por parte del paciente al saber que estaba enfermo, asimismo la familia tampoco se enteró del tipo de enfermedad que tenía su paciente, no brindando ningún apoyo familiar a éste.

Lo anterior viene a constatar la escasez de información con que se enfrentan nuestros pacientes oncológicos y sus familiares, así como la falta de interés por parte de la familia al no investigar acerca del problema o enfermedad de su paciente, y la falta de apoyo familiar, tomando en cuenta que es uno de los más importantes en el logro de un buen tratamiento o control. Este aspecto señala la escasez de información en primera instancia y educación social, ya que la información es el aspecto primordial dentro del proceso educativo oncológico y social.

Cuadro No. 36

PROBLEMAS QUE SE LE PRESENTARON AL PACIENTE Y A LA
FAMILIA A PARTIR DE QUE SE LES COMUNICO EL DIAGNOSTICO

PROBLEMAS DEL PACIENTE Y LA FAMILIA	PACIENTE		FAMILIA	
	f	%	f	%
a. El manejo de constante "estrés" o angustia	18	60	18	60
b. El desconocimiento de información acerca de la enfermedad	19	63.3	20	66.6
c. El desconocimiento de las posibilidades de Tx. curación y control de la enfermedad	16	53.3	17	56.6
d. Manejo de información inadecuada sobre el pa- decimiento	8	26.6	9	30
e. Incapacidad laboral	17	56.6	9	30
f. Dejar de asumir su rol dentro de la familia	15	16.6	3	10
g. Asumir el rol del paciente dentro de la familia	--	----	7	23.3

h. Desconocimiento del diagnóstico por parte del paciente y la familia	10	33.3	--	----
i. Falta de interés para el tratamiento	3	10	3	10
j. No preparado(s) emocionalmente para el afrontamiento y manejo de la enfermedad	7	23.3	10	33.3
k. Falta de orientación personal y familiar acerca del padecimiento y su manejo	17	56.6	18	60
l. Falta de educación al paciente y a la familia que le permita(iera) hacer conciencia para responsabilizarse de su Tx y control "disciplinado" a largo plazo	7	23.3	7	23.3
m. La sobreprotección excesiva del paciente por la familia	0	----	4	13.3
n. El manipuleo del paciente para con la familia	3	10	--	----
ñ. La falta de disposición de tiempo del que debían				

	disponer para la atención y/o Tx del paciente en casa y en el hospital	1	3.3	3	10
p.	La familia se mostró de manera "servil" en las etapas iniciales de la enfermedad del paciente	--	----	2	6.6
q.	La familia muestra rechazo en las etapas finales o terminales de la enfermedad del paciente	--	----	1	3.3
r.	La familia muestra falta de tolerancia y/o desgaste físico o emocional	--	----	3	10
s.	La familia o el paciente muestran o manifiestan miedo a la muerte	6	20	8	26.6
t.	Los familiares muestran sentimientos de culpa	--	----	1	3.3
u.	Falta de apoyo familiar	7	23.3	5	16.6

 Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar nuestro cuadro de problemas a los que tiene que enfrentarse no sólo el paciente, sino también la familia, después de que se confirma un caso de cáncer, nos percatamos de que la tercera parte de nuestros

derechohabientes reporta porcentajes mayores de 50% en problemas de incertidumbre o inseguridad emocional que tiene sus causas en la falta e conocimiento de la enfermedad (naturaleza, comportamiento, evolución, posibilidad de curación y rehabilitación) y la manera de afrontar estas situaciones se unen a la falta de un criterio que permite apropiarse de las situaciones ajenas al caso de un individuo, muchas de estas actitudes del paciente y su familia, están predispuestas por una serie de valores de orden sociocultural y nos referimos al atraso cultural en problemas de salud condicionados por falsos prejuicios, tabûes reliqiosos, como el hecho de sentirse "castigados por Dios" al enfermarse de cáncer, esto hace que el paciente y la familia se sientan motivados e incapaces de aprender a vivir con la enfermedad.

Porcentajes entre 10%, 20% y más de 30% refieren problemas como falta de interés por el tratamiento, cambio de roles familiares o substitución de estos por parte de la familia, falta e apoyo de la familia para el paciente, etc.

Porcentajes menores de 10% como los incisos p., q., t., se refieren a situaciones cuyas causas tienen su origen en el mal manejo de los pacientes desde inicios de la enfermedad.

Cuadro No. 37

PROFESIONAL QUE COMUNICO LOS RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO

RESPONSABLES DE LA COMUNICACION DEL DIAGNOSTICO	PACIENTE		FAMILIA	
	f	%	f	%
a. Se los comunicaron en la clínica a Hospital de procedencia	7	23.3	10	33.3
b. Lo observaron en documen- tos que le(s) entregaron en el Hospital	0	----	1	3.3
c. Su médico tratante en el Hospital "20 de Noviembre"	10	33.2	12	40
d. Algún médico Residente en el Hospital "20 de Noviembre"	0	----	0	0
e. La enfermera de Consulto- rio Hospital "20 de Noviembre"	0	----	0	0
f. El Trabajador Social Hos- pital "20 de Noviembre"	0	----	0	0
g. Otro integrante del Equi- po interdisciplinario	2	6.6	2	6.6

h. No se los comunicaron	11	36.6	10	33.3
i. Otro	1	3.3	6	20

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Ouién comunica los resultados del diagnóstico y cómo se los comunica reviste gran importancia para los pacientes y sus familiares, ya que mucho depende de este aspecto, el grado de confianza que el médico o el responsable de hacerlo despierte en unos y otros y de ello depende el logro en la cooperación que el paciente y su familia ponga para el tratamiento. Así tenemos que el 23.3% de pacientes y 33.3% de familias conocieron el diagnóstico desde su clínica u hospital de procedencia; al 33.3% de pacientes y al 40% de familias se los comunicó el médico tratante en el hospital "20 de Noviembre". A un 6.6% se los comunicó otro integrante del equipo interdisciplinario y en este caso nos referimos al patólogo. Finalmente citaremos los porcentajes que se relacionan con los incisos h., e., i., que son unos de los principales en este cuadro, ya que hemos encontrado que son los que por sus características ocasionan más problemas sociales en el afrontamiento, manejo y falta de cooperación al tratamiento de la enfermedad. Tenemos al 36.6% para pacientes y 33.3% para familiares a quienes nunca les comunicaron el diagnóstico, porcentaje significativo dado que consideramos que es fundamental que el paciente o su familia conozcan el diagnóstico para que participen en

el tratamiento a que haya lugar. Por otra parte, un 3.3% para pacientes y un 20% para familiares que se enteraron del tipo de enfermedad que padecen por algún familiar o en las salas de espera o áreas de tratamiento. No obstante, habremos de señalar que a ese 40% de pacientes y más del 50% de familiares que no les comunicaron el diagnóstico ni les habló el médico del tipo de enfermedad en muchos casos está relacionado con el nivel socio-cultural de estas personas que no permite o que no es favorable hablarles de la realidad del problema puesto que repercute desfavorablemente en su estado emocional y genera actitudes negativas en el comportamiento, lo que ocasiona falta de cooperación e interés en el tratamiento al asumir el paciente la espera de su muerte y el manejo de muchos problemas personales y familiares como enfermo sin capacidad de hacer sus funciones normales; y por otra parte estos porcentajes también nos hablan de la falta de comunicación que existe en la relación médico - paciente según reportaron los entrevistados.

Cuadro No. 38

COMUNICACION SIMULTANEA DEL DIAGNOSTICO
A FAMILIARES Y PACIENTE

OPCION	f	%
a. Sí	5	16.6
b. No	15	50
c. No procede	10	33.3
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Sólo el 16.6% de la población entrevistada en nuestra investigación respondió que sí les comunicaron los resultados del diagnóstico al mismo tiempo al paciente y a su familiar. En tanto que el 50% dijo que no fué así.

El 33.3% como indicamos en el cuadro anterior se refiere a quienes no fueron enterados del diagnóstico de la enfermedad.

Cuadro No. 39

FORMA EN QUE EL MEDICO COMUNICO EL DIAGNOSTICO

FORMA	f	%
a. Adecuada	17	56.6
b. Inadecuada	3	10
c. No procede	10	33.3
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Los resultados referentes a la forma en que el médico comunicó el diagnóstico nos permiten abordar la importancia que guarda la relación médico - paciente - familia, la comunicación de los resultados del diagnóstico es el momento determinante en el que el médico debe considerar ampliamente, tomando en cuenta el nivel cultural, el estado emocional y el nivel socioeconómico de quienes escuchan, poniendo así las bases de confianza y seguridad para que el paciente acepte positivamente su enfermedad con la cual tiene que aprender a vivir. Al observar el cuadro encontramos que aunque el 56.6% contestó que la comunicación del diagnóstico fue adecuada, tenemos que un

10% manifestó su descontento en este punto, asegurando que el médico descuidó la forma de comunicación, haciéndoles sentir hostilidad de su parte, desagrado, agresión y hasta crueldad.

Cuadro No. 40

REACCION DEL PACIENTE ANTE LA CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO

REACCION DEL PACIENTE	f	%
a. Con tranquilidad	9	30
b. Con desesperación	--	----
c. Con agresión	1	3.3
d. Con indiferencia	1	3.3
e. Con tristeza	6	20
f. Se deprimió	13	43.3
g. Otro	7	23.3

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Aunque no todos los pacientes se llegan a enterar de la enfermedad que padecen porque el médico no se los comunique o porque sus familiares decidan no hacerlo tenemos que sólo el 30% de los pacientes asumió tranquilamente su realidad. Mientras que un 20% registró datos relacionados con una reacción de tristeza y un 43.3%, es decir, la mayoría de pacientes se deprimen considerablemente al enterarse de la enfermedad. El 3.3% manifestó actitudes de agresión, asimismo con las personas que conviven; otro 3.3% fué indiferente a su enfermedad y

en estos casos se relacionó con pacientes que presentaban problemas de la personalidad (neuropsicológicos).

Es necesario agregar que a la confirmación del diagnóstico en los pacientes, la mayoría le causa disminución en sus actividades físicas, intelectuales y/o emocionales, mismas que se tornan negativas para él y para quienes lo rodean o conviven junto con él, se muestran "ansiosos, llorosos", sin deseos de hablar, ni de comer, se aíslan y hasta se llegan a sentir como una carga en la familia. También dijeron que a partir de el momento de que ellos se enteran del tipo de enfermedad que tienen toda su vida cambia, porque a partir de ese día piensan en un período corto de vida y que la muerte será próxima.

Cuadro No. 41

TIEMPO QUE NECESITA (ABA) PARA TRASLADARSE AL HOSPITAL

TIEMPO	f	%
a. Menos de una hora	6	20
b. Una hora	5	16.6
c. Más de una hora	19	63.3
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Respecto al tiempo que necesitan para trasladarse al hospital se observa que la mayoría de los pacientes, el 63.3% hace más de una hora de tiempo para trasladarse al servicio de oncología. A este grupo sumamos el 16.6% con una hora y así tenemos que el 79.9% de los pacientes, destinan entre 2 y más horas tiempo únicamente para el traslado de su casa al hospital y el regreso; sólo un 20% vive más cerca y debe disponer de una hora para ir y regresar.

Cuadro No. 42

MEDIOS DE TRANSPORTE PARA TRASLADARSE AL HOSPITAL

MEDIOS DE TRANSPORTE	f	%
a. Automóvil particular	13	43.3
b. Taxi	8	26.6
c. Colectivo	7	23.3
d. Ruta 100 o Trolebús	14	46.6
e. Metro	10	33.3
f. Ambulancia	3	10
g. Otro	0	---

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar los porcentajes reportados en el cuadro que especifica el medio de transporte que utilizaban nuestros pacientes encontramos que 46.6% lo hacen en la Ruta 100 o en el Trolebús y un 33.3% utilizan metro, así tenemos que 26.6% utilizan taxi, 23.3% usan colectivos, 43.3% usan automóvil particular y sólo un 10% son transportados por ambulancia del ISSSTE.

La investigación reporta que la mayoría de los pacientes se ven obligados a hacer uso de dos medios de

transporte, tanto el tiempo como el tipo de transporte implican un desgaste económico que repercute a nivel familiar, laboral y en la economía nacional, por otra parte, es importante considerar otros factores que en un momento dado están determinado y obstaculizando el seguimiento del paciente oncológico, ya sea en el tratamiento o en el control, los mencionados son generadores de ausentismo y deserción al servicio de oncología, en muchos casos las características de nuestros medios de transporte, especialmente los colectivos no proporcionan un servicio que brinde un mínimo de comodidad al usuario.

A pesar de que el ISSSTE cuenta con ambulancias sabemos que estas son muy escasas y con dificultad trasladan a los pacientes que presenten determinadas situaciones en su estado de salud para autorizar este servicio, sin embargo estos pacientes también tienen que soportar la larga espera y en ocasiones hasta abandono por incapacidad física y falta de orientación, así como del acompañante que realice los trámites administrativos y que se responsabilice del traslado del paciente.

Cuadro No. 43

FRECUENCIA CON QUE ACUDIA AL HOSPITAL AL INICIO
DE SU TRATAMIENTO

PERIDO DE TIEMPO	f	%
a. Diario	15	50
b. Cada tercer día	1	3.3
c. Una vez por semana	4	13.3
d. Cada quince días	3	10
e. Cada mes	5	16.6
f. No procede	2	6.6
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La mitad de los pacientes lo hacía diariamente, 16% cada mes, 13.3% una vez por semana, 10% cada quince días y 3.3% cada tercer día; el otro 6.6% no procede puesto que se refiere a pacientes que llegaron al hospital en fase terminal o fuera de tratamiento oncológico.

Los porcentajes citados guardan relación con el tipo de tratamiento o control oncológico al que hayan tenido que

someterse los pacientes, tal y como es el caso de Radioterapia que se aplica en muchos casos diariamente.

Cuadro No. 44

FRECUENCIA CON QUE ACUDIA AL SERVICIO DE ONCOLOGIA
DESPUES DEL TRATAMIENTO INICIAL

PERIODOS DE TIEMPO	f	%
a. Cada que se siente mal	1	3.3
b. Cada vez que le programan cita		
b.1. Dos o tres veces por semana	6	20
b.2. Cada 8 días	3	10
b.3. Cada 15 días	2	6.6
b.4. Mensualmente	12	40
b.5. Bimestralmente	0	----
b.6. Trimestralmente	2	6.6
b.7. Semestral	2	6.6
b.8. Anual	1	3.3
c. Acude a los 5 años	--	----
d. No acude nunca más	--	----
e. Alta del servicio	1	3.3
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 93.1% de los pacientes siguió acudiendo al servicio de oncología después de su tratamiento inicial cada vez que

les programaban cita, así tenemos que un 40% lo hacía mensualmente, un 20% dos o tres veces por semana, un 10% cada ocho días. Del otro 20% cada 6.6% lo hacía como sigue: cada quince días, trimestralmente y semestralmente.

En el otro 6.6%, la mitad acude cada año y la otra mitad fueron dados de alta del servicio después del tratamiento inicial, enviándolos a su clínica de adscripción.

Sólo 3.3% reportó una irregularidad en su asistencia al servicio de oncología, ya que se presentan cada que se siente mal, esto quiere decir, que no lo hacen en forma adecuada conforme a la programación de citas registradas en su carnet de acuerdo y que responden al criterio médico oncológico.

VII. RELACION QUE ESTABLECE EL PACIENTE Y SU FAMILIA EN
EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Cuadro No. 45

TIPO DE PERSONAL CON EL QUE ESTABLECE COMUNICACION
EL PACIENTE Y LA FAMILIA

PERSONAL DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	DIRECTA		INDIRECTA		DIRECTA		INDIRECTA	
	PACIENTE		PACIENTE		F A M I L I A		F A M I L I A	
	f	%	f	%	f	%	f	%
a. Personal								
Administrativo	21	70	3	10	12	40	3	10
b. Personal Médico	26	86.6	2	6.6	13	43.3	3	10
c. Personal Paramédico	5	16.6	--	---	5	16.6	--	--
d. Autoridades del								
Hospital	1	3.3	--	---	--	----	--	--
e. Otros	--	----	--	---	--	----	--	--
f. No procede	1	3.3	--	---	1	3.3	2	6.6

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del
Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La mayoría de los pacientes (70%) entabla relaciones directas con el personal administrativo y el 85% con el personal médico, los demás lo hacen en forma indirecta. Sólo 16.6% de pacientes se relaciona directamente con personal paramédico (T.S., dietistas, etc.) y 3.3% con autoridades del hospital.

Por su parte los familiares aunque en menor porcentaje que los pacientes también la mayoría establece una comunicación directa con administrativos 40%, con el personal médico 43.3%, y en el 16.6% con paramédicos.

El 13.3% No procede por que el entrevistado ignora esta información.

Cuadro No. 46

TRATO Y/O ATENCION DE PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN CONSULTA EXTERNA

PERSONAL DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	EXCELENTE		BUENO		REGULAR		MALO		PESIMO		NO PROCEDE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
a. Vigencia de derechos	8	26.6	15	50	3	10	1	3.3	-	---	3	10
b. Bioestadística	5	16.6	11	36.6	1	3.3	-	---	1	3.3	12	40
c. Recepción	7	23.3	12	40	7	23.3	3	10	-	---	1	3.3
d. Enfermera de Consultorio	8	26.6	13	43.3	5	16.6	2	6.6	1	3.3	1	3.3
e. Jefe de Enfermeras	8	26.6	10	33.3	4	13.3	-	---	-	---	8	26.6
f. Médico Adscrito	10	33.3	14	46.6	3	10	1	3.3	0	0	2	6.6
g. Médico Residente	8	26.6	15	50	3	10	1	3.3	-	---	3	10
h. Trabajador Social	2	6.6	1	3.3	-	---	-	---	-	---	27	90
i. Otros												

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar nuestro cuadro tenemos que el 50% los pacientes y sus familiares contestaron que el personal de vigencia de derechos les dió BUENA atención; el 26.6% EXCELENTE; REGULAR 10% y MALA 3%, el 10% restante no tuvo relación con este personal o el entrevistado ignora el trato.

Los porcentajes reportados de acuerdo a la atención y trato brindado por el personal de BIOESTADISTICA se describe a continuación: 36.6% BUENO, 16.6% EXCELENTE, 3.3% REGULAR y 3.3% PESIMO, en tanto que un 40% NO PROCEDE por que no tuvieron ningún trato con ellos o porque el familiar lo ignora.

Por lo que respecta al personal de enfermería de consultorio que tiene más trato con el paciente y la familia tenemos que: el 43.3% es BUENO, el 26.6% EXCELENTE, 16.6 REGULAR, 6.6% MALO, 3.3% PESIMO y 3.3 NO PROCEDE.

En cuanto a la JEFE DE ENFERMERAS encontramos que el 33.3% es BUENO, el 26.6% EXCELENTE, 13.3% REGULAR y 26.6% NO PROCEDE.

MEDICO ADSCRITO: 46.6 BUENO, 33.3% EXCELENTE, 10% REGULAR, 3.3% MALO, 6.6% NO PROCEDE, los familiares lo ignoran.

MEDICO RESIDENTE: 50% BUENO, 26.6 EXCELENTE, 10% REGULAR, 3.3 MALO, 10% NO PROCEDE.

TRABAJO SOCIAL: Sólo un 10% de la población investigada tuvo contacto con personal de este servicio contestando que el 6.6% recibió EXCELENTE atención y el otro 3.3% BUENO; el otro 90% No procede puesto que no hicieron uso de este servicio o Trabajo Social no estuvo en contacto con el paciente o su familia.

Cuadro No. 47
TRATO Y/O ATENCION DE PARTE DE EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO EN CONSULTA EXTERNA

TERMINOS GENERALES	f	%	f	%
	PERCEPCION DEL PACIENTE		CRITERIOS IDEALES	
a. Excelente	6	20	6	20
b. Buena	15	50	11	36.6
c. Regular	5	16.6	9	30
d. Mala	2	6.6	1	3.3
e. Pésima	1	3.3	2	6.6
f. No procede	1	3.3	1	3.3
TOTALES	30	100	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

De acuerdo a la comparación entre la percepción del paciente o sus familiares a "simple vista" y a los "criterios ideales" o rasgos elementales que deberían brindársele a los pacientes en el trato y la atención que ofrece el personal del hospital encontramos que en los dos casos se obtuvo el 20% para EXCELENTE, incluyendo aquí a

todos aquellos que dijeron y sumaron datos de acuerdo a lo establecido en nuestro marco referencial, lo que afirma el criterio ideal.

50% según percepción del paciente para BUENA atención, en tanto que 36.6% de acuerdo a criterios ideales. Las cifras se invierten de menor a mayor al hablar de una atención REGULAR con un 16.6% para los primeros y un 30% según lo establecido en los segundos, lo que implica que se respondió con cierta subjetividad o emotividad respecto al servicio recibido.

El 10% de la población manifestó ser atendido con un trato que va de MALO a PESIMO en las dos formas de evaluación de nuestra pregunta. Sólo que según la percepción del paciente es un tanto mayor el porcentaje para MALA atención 6.6% y 3.3% para atención PESIMA, mientras que de acuerdo a los criterios ideales los porcentajes se invierten nuevamente, dejando el menor para la primera (3.3% MALA) y el mayor para la segunda (6.6% PESIMA).

Finalmente tenemos que 3.3% de los entrevistados no contestaron la pregunta puesto que lo ignoran a cinco años de nuestra investigación.

Cuadro No. 48
HOSPITALIZACION DE LOS PACIENTES DURANTE EL TIEMPO QUE
HAN SIDO O FUERON TRATADOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA
DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"

AÑO	1981		1982		1983		1984		1985		1986	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
a. 1 - 2 veces	13	43.3	6	20	3	10	3	10	2	6.6	2	6.6
b. 3 - 4 veces	1	3.3	-	--	-	--	-	--	-	---	-	---
c. 5 más veces	--	----	-	--	-	--	-	--	-	---	-	---
d. Ninguna	11	36.6	16	53.3	18	60	18	60	19	63.3	20	66.6
e. No procede	5	16.6	8	26.6	9	30	9	30	9	30	8	26.6
TOTALES	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El análisis de nuestro cuadro nos permite señalar la decreción o disminución de internamientos entre mayor es el tiempo de evolución de la enfermedad, esto nos dice que el fenómeno de relación que se dá entre la sobrevivida de los pacientes y los años transcurridos entre el primero y el quinto es cada vez menor, relación que guarda con el inciso e. que registra los porcentajes que engloban a los pacientes fallecidos para esos periodos de tiempo.

De igual forma, la disminución en la frecuencia de hospitalización está relacionada con la situación en que la mayoría de los casos después de recibir un tratamiento quirúrgico inicial es más probable que sean sometidos a otros tratamientos como Radioterapia, Quimioterapia u otro, así como al control periódico oncológico que a nuevas intervenciones quirúrgicas. Aunque no olvidamos que estos porcentajes también incluyen a los pacientes que se internan para someterse a tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia o a la mejoración del estado general, así como a estudios especiales para diagnóstico.

Así tenemos que para 1981 el 47% de los pacientes fueron hospitalizados, de ellos el 43.3% de 1 a 2 veces y 3.3% de 3 a 4 veces, el 36.6% no se hospitalizó en ese año. En 1982 sólo 20% fueron hospitalizados de 1 a 2 veces y un 53.3% ninguna.

Para 1983 el grupo de hospitalizados disminuyó a la mitad del año anterior, conformándose por un 10% y un 60% no se hospitalizó. En 1984 se hospitalizó el mismo porcentaje de pacientes que el año anterior, mismo que decreció para 1985 representado por un 6.6% de pacientes y que se mantuvo con la misma cifra para 1986. De los no hospitalizados en los mismos años tenemos del 60% al 66.6% en 1986.

Esta situación nos conduce a considerar que el número de pacientes que requiere ser hospitalizado ha estado desunido conforme los años comprendidos en el seguimiento dado que se detecta oportunamente el padecimiento y puede ser tratado como paciente ambulatorio.

Cuadro No. 49

TRATO Y/O ATENCION DE PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN HOSPITALIZACION

	EXCELENTE		BUENA		REGULAR		MALA		PESIMA		NO PROCEDE	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
a. Vigencia de derechos	4	13.3	11	36.6	1	3.3	0	0	0	0	14	46.6
b. Admisión	5	16.6	12	40	1	3.3	0	0	0	0	12	40
c. Jefe de Enfermeras	5	16.6	12	40	2	6.6	0	0	0	0	11	36.6
d. Enfermera de Piso	4	13.3	11	36.6	2	6.6	2	6.6	2	6.6	9	30
e. Médico Tratante	-	----	--	----	-	----	-	----	-	----	--	----
e.1. Adscrito	7	23.3	10	33.3	0	0	2	6.6	1	3.3	10	33.3
e.2. Residente	3	10	13	43.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	11	36.6
f. Médico de Guardia	3	10	13	43.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	11	36.6
g. Trabajador Social	2	6.6	6	20	0	0	0	0	0	0	22	73.3
h. Otro	-	----	--	----	-	----	-	----	1	3.3	29	96.6
i. No procede	-	----	--	----	-	----	-	----	-	----	5	16.6

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar nuestro cuadro encontramos que el 53.2% de la población fué atendida por el personal de vigilancia de derechos, de ésta un 36.6% señaló que la atención fue buena, el 13.3% dijo que la atención fué excelente y el 3.3% regular. El 46.6% no fué hospitalizado.

En Admisión fué atendida el 60% de la población, de estos, tenemos que el 40% recibió buena atención; un 16.6% excelente y 3.3% regular.

Por lo que respecta a la Jefe de Enfermeras el 40% dijo que la atención fué buena, 16.6% atención excelente y el 6.6% atención regular.

La enfermera de piso brindó buena atención al 36.6% de los pacientes; excelente atención al 13.3%; regular atención al 6.6% y el 13.2% de los pacientes fueron atendidos entre mal y pésimamente, (ver instructivo o marco conceptual de referencia).

El 56.6% de los pacientes hospitalizados recibió una atención excelente y buena por parte de su médico tratante (adscrito) y casi un 10% dijo que le atendió entre mal y pésimo.

La atención que recibieron por parte del médico de guardia (residente) fué buena según dijo un 43.3%; excelente contestó el 10%; el 9.9% representa a los que contestaron que la atención fué regular; mala y pésima con

3.3% para cada una.

El personal de Trabajo Social sólo atendió al 26.6% de los pacientes, brindando a un 20% de ellos buena atención y al 6.6% excelente atención.

Sólo un 3.3% recibió atención de parte de otro personal (camilleros) y dijo que fué pésima.

Cuadro No. 50

TRATO Y/O ATENCION POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
EN HOSPITALIZACION EN TERMINOS GENERALES

TERMINOS GENERALES	PERCEPCION DE PACIENTE		CRITERIOS IDEALES	
	f	%	f	%
	a. Excelente	4	13.3	8
b. Buena	13	43.3	7	23.3
c. Regular	1	3.3	2	6.6
d. Mala	1	3.3	0	----
e. Pésima	1	3.3	3	10
f. No procede	10	33.3	10	33.3
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 56.6% de los pacientes que fueron hospitalizados dijo que recibió atención entre excelente y buena calidad. El otro 10% refiere a que fueron atendidos entre regular, mala y pésimamente.

Cuadro No. 51

¿ ERA ACERTADO O NO EL MEDICO EN EL DIAGNOSTICO ?

	f	%
a. Si	24	80
b. No	5	16.6
c. No procede	1	3.3
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Tenemos en nuestro cuadro que un 80% de los pacientes o sus familiares dijeron que su médico sí acertó al diagnóstico y además dió un buen manejo a sus casos con relación al tratamiento. Tenemos que el 16.6% refirió que su médico no acertó al diagnóstico de su padecimiento, manejando de forma inadecuada la administración del tratamiento ofrecido, v.gr.: operación quirúrgica incompleta, o mal manejo de sus casos, enviándolos primero (equivocadamente) a radioterapia en vez de recibir tratamiento de quimioterapia o viceversa. Un 3.3% no supo cómo fué el manejo de su paciente en relación con el médico.

Cuadro No. 52

ACCION DE LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS RECIBIDOS
EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA

TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS	SI		NO		N.P.	
	f	%	f	%	f	%
a. Cirugía	13	43.3	2	6.6	5	16.6
b. Quimioterapia	9	30	2	6.6	3	10
c. Radioterapia	17	56.6	4	13.3	1	3.3
d. Otro	1	3.3	-	----	-	----
e. No procede	--	----	-	----	1	3.3

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al preguntar a nuestros pacientes y familiares que si los tratamientos recibidos en el servicio de oncología mejoraban al paciente encontramos que del 50% que recibieron o fueron intervenidos quirúrgicamente el 43.3% si fué beneficiado y sólo 6.6% no mejoró. Casi un 40% recibió el tratamiento de quimioterapia y de éstos el 30% recibió los beneficios mencionados en tanto que un 6.6% no mejoró, por el contrario, la reacción fué negativa por efectos secundarios o colaterales de éste tipo de tratamiento (toxicidad, vómito, caída del pelo, infiltración necrótica,

anemia, etc).

Los pacientes que recibieron Radioterapia fueron casi un 70%, de ellos el 56.6% resultaron beneficiados y el 13.3% no obtuvieron respuesta favorable por diversas causas, como presentar tumores radioresistentes, es decir, a pesar del tratamiento el tumor sigue en actividad tumoral y no desaparece, o les produjo efectos colaterales pero no benéficos.

Un 3.3% dijo que recibió otro tratamiento como hormonoterapia y obtuvo resultados benéficos.

Cuadro No. 53

MOTIVOS POR LOS QUE NO MEJORABA EL PACIENTE A PESAR DE
QUE ESTUVIERA RECIBIENDO ALGUN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

MOTIVOS POR LOS QUE NO MEJORABA EL PACIENTE

	f	%
a. No aceptaba el tratamiento ofrecido	--	--
b. No había el medicamento en el hospital	--	--
c. No conseguía el medicamento en otras farmacias	--	--
d. Era costoso y no lo podía comprar	--	--
e. Otros	9	30
f. No procede	21	70
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar el resultado de nuestros datos en el cuadro citado, tenemos que de los casos investigados el 70% de la población estudiada no registró ningún factor que repercutiera en el mejoramiento del paciente, sin embargo el otro grupo aunque menor, reporta el 30% de los pacientes presentaron diversas causas por las que no mejoró al

paciente, como recibir algún tratamiento oncológico sin poder detener la evolución de la enfermedad; recibir tratamiento quirúrgico y posterior a este intensificar el dolor físico en el paciente hasta morir; no resistir la intervención quirúrgica o recibir algún tratamiento oncológico relacionado con Radioterapia y/o Quimioterapia que aparte de los efectos secundarios que estos ocasionan en el paciente y que no logran sobrellevar, precipitarán el deceso de los mismos por un alto grado de toxicidad o quemaduras de magnitud irresistibles.

Cuadro No. 54

MANIFESTACIONES SECUNDARIAS QUE SE LE PRESENTARON
AL PACIENTE EN ALGUNA DE LAS ETAPAS RELACIONADAS CON
EL PADECIMIENTO

AREA	INICIO ENF.		DURANTE TX.		POST. TX.	
	f	%	f	%	f	%
BIOPSIICOSOCIAL						
a. Psicológico						
- emocionales	6	20	13	43.3	13	43.3
b. Físico -						
sociales	14	46.6	14	46.6	13	43.3
c. Bio -						
fisiológicos	4	13.3	21	70	18	60
d. No procede	-	----	--	----	--	----

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Según el cuadro de datos reporta que los efectos secundarios de tipo psicológico se presentan con mayor frecuencia durante el tratamiento que reciben los pacientes y después de este, 43.3% para cada momento y en menor frecuencia en un 20% al inicio de la enfermedad, todos estos efectos relacionados con el área psicológica y emocional de la persona que manifiesta actitudes de

tristeza, angustia, miedo, tensión, llanto, insomnio, desesperación y depresión.

Las manifestaciones físicas y sociales tienen mayor repercusión que las anteriores, estas se presentan en igual frecuencia al inicio y durante el tratamiento de la enfermedad de los que tenemos un 46.6% y sólo registran una diferencia mínima después del tratamiento con un 43.3%, todas estas se hacen presentes a nivel físico con la aparición de grandes tumoraciones que deforman a la persona o que le impiden un ritmo de vida normal.

Repercuten seriamente las manifestaciones físicas a partir de que recibe el tratamiento quirúrgico y es mutilado o deformado el paciente o cuando se hacen presentes las manifestaciones secundarias como la pérdida del pelo, de la movilidad de alguna articulación, la presencia de dolor constante, las quemaduras, la infiltración necrótica. Todos ellos generadores de problemas y repercusiones sociales que modifican la integración del individuo con sí mismo y con su grupo(s) en donde se desenvolvía socialmente y que van desde el cambio con la dinámica familiar, en el medio laboral, en lo económico y en cada uno de sus roles, esta modificación es generadora de aislamiento, así como de la declinación del estatus social de la persona, mientras no logra la superación o sobreposición a las implicaciones que le causa la enfermedad con la que deberá aprender a vivir.

Asimismo tenemos que los efectos secundarios de tipo bio-fisiológico como la náusea, vómito, diarrea, debilidad, constipación, fiebre, desnutrición, hemorragias, insuficiencia hepática o renal, esterilidad, entre otros muchos efectos que sufre el paciente canceroso, ocupan el lugar más alto en relación a los que se hacen presentes en las otras dos áreas del ser humano; tenemos que el 70% de los pacientes manifestaron la presencia de alguno o varios estados fisiológicos de los mencionados durante la etapa de tratamiento, el 60% reportó que las manifestaciones se hicieron presentes después del tratamiento y hasta la fecha, sobre todo en aquellos que recibieron tratamiento a base de radiaciones son característicos de manifestaciones como diarrea y hemorragias intestinales a cinco años de evolucionar con la enfermedad. Tenemos que sólo 13.3%, grupo pequeño registró manifestaciones bio-fisiológicas al inicio de la enfermedad.

Cuadro No. 55

PERSONAL QUE BRINDO APOYO EN CONSULTA EXTERNA
Y HOSPITALIZACION

PROFESIONALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD	PACIENTE		FAMILIA	
	f	%	f	%
a. Médico	10	33.3	5	16.6
b. Enfermera	7	23.3	1	3.3
c. Trabajador Social	3	10	1	3.3
d. Psicólogo	--	----	0	----
e. Otro	--	----	0	----
f. Ninguno	7	23.3	20	66.6
g. No procede	3	10	3	10
TOTALES	30	100	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar el presente cuadro tenemos que el 66.6% de los pacientes recibieron apoyo psicológico por algún profesional del equipo interdisciplinario, de estos tenemos que el 33.3% fué apoyado por el médico, 23.3% por la enfermera y el 10% recibió apoyo de alguna trabajadora social. El 23.3% no recibió apoyo de ningún profesional,

situación que se estima delicada dado que las condiciones psicológicas frente al problema requieren atención.

Por lo que respecta a los familiares de los pacientes tenemos que un 23.2% fué apoyado por los mismos profesionales que brindaron esta atención a sus pacientes; el 66.6% de los familiares no recibió ningún apoyo u orientación respecto a su actitud frente a la enfermedad y al propio paciente lo que resulta desfavorable para el manejo adecuado del paciente.

Cuadro No. 56

MOTIVOS POR LOS QUE EL PACIENTE DEJO DE ASISTIR
AL SERVICIO DE ONCOLOGIA

MOTIVOS	f	%
a. No aceptó el tratamiento propuesto	0	--
b. Los estudios previos al tratamiento eran dolorosos	0	--
c. No tenía(n) confianza en el equipo de salud que le atendía	1	3.3
d. Le cambiaban de médico cada vez que iba a consulta	1	3.3
e. El tratamiento era doloroso	0	---
f. Se sentía mal después de recibir el tratamiento	4	13.3
g. Otro	11	36.6
h. No procede	13	43.3
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El presente cuadro nos reporta datos de suma importancia, ya que a cinco años de haber ingresado nuestros pacientes al servicio de oncología del Hospital "20 de Noviembre" del

ISSSTE, podemos valorar el porcentaje de pacientes que han dejado de asistir en el transcurso de 1981 a 1986, así como los motivos que determinaron abandonar el servicio de oncología. Al mismo tiempo, estos datos nos permiten conocer el porcentaje de pacientes que aún se encuentran cautivos aquí.

El 56.6% se refiere a la cantidad de pacientes que dejaron de asistir al servicio de oncología por diversos motivos que a continuación describimos más detalladamente: Un 3.3% lo hizo porque no tenían confianza en el equipo de salud que le atendía; otro 3.3% se fueron porque le cambiaban de médico cada vez que asistía a consulta. Un 13.3% abandonó el servicio porque se sentía mal después de recibir el tratamiento. Y el 36.6% engloba diversas causas: tener experiencias desagradables con el tratamiento de radioterapia (3.3%), por haber estado internados durante un tiempo considerable y recibir malos tratos (3.3%), por encontrarse el paciente en malas condiciones generales (3.3%), por no aceptar tratamiento propuesto (3.3%), por falta de tiempo (3.3%), por sufrir otra enfermedad que le impidió continuar con su control oncológico (3.3%), porque se sentían curados (3.3%), por que fué enviado a su clínica de adscripción (3.3%), porque falleció (3.3%).

El otro 43.3% de pacientes aún se encuentra dentro del servicio, en control oncológico o en algún tratamiento oncológico, es decir, es la población cautiva.

Cuadro No. 57

ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DEL PACIENTE A SUS
CITAS PROGRAMADAS

ACUDE O ACUDIA PUNTUALMENTE A SUS		
CITAS TOMANDO EN CUENTA HORA Y FECHA	f	%

a. Si		
a.1. Le llamaban y le atendían a la hora de su cita	10	33.3
a.2. Le llamaban y le atendían después de una hora de su cita	3	10
a.3. Le llamaban y le atendían después de hora y media de su cita	4	13.3
a.4. Le llamaban y le atendían después de 2 a 3 horas de su cita	7	23.3
b. No		
b.1. Llegaba tarde	2	6.6
b.2. Se olvidaba de la cita	1	3.3
b.3. Una vez mejorado el paciente ya no acudía	--	----
b.4. No tenía importancia la cita, pues si la perdía volvía a sacar otra	--	----
b.5. Le cambiaban de médico cada consulta	--	----

b.6.	Se le negaba la consulta	--	----
b.7.	Lo dejaban al final de todas las citas programadas	--	----
c.	No procede		
c.1.	El paciente llegó al Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" fuera de tratamiento oncológico	3	10
c.2.	Otro	--	----
TOTAL		30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 80% de los pacientes reportaron que acuden (en algunos casos acudían) puntualmente a la fecha y hora de sus citas programadas en el servicio de oncología, pero de todos estos, sólo el 33.3% dijo que se les atiende a la hora de la cita, el 10% son atendidos después de una hora de la cita, el 13.3% después de una hora y media y el 23.3% después de dos o tres horas de la cita.

El 10% dijo que no acude (o acudía) a la fecha y hora de la cita por que al 6.6% llega tarde y el 3.3% se olvida de las citas. El otro 10% no procede, ya que se refiere a pacientes que ingresaron al servicio fuera de tratamiento oncológico.

Cuadro No. 58

MOTIVO POR EL CUAL ACUDE (IA) AL HOSPITAL

MOTIVOS POR LOS QUE ACUDE O ACUDIA
AL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"

	f	%
a. Por ser derechohabiente	29	96.6
b. Por recomendación	2	6.6
c. Por carecer de otro servicio médico	1	3.3
d. Por no poder pagar otro tipo de atención médica	1	3.3
e. Por prestigio de la institución	1	3.3
f. Por que la atención le parece o le parecía de buena calidad	2	6.6
g. Por que algún familiar trabajaba en el hospital	2	6.6
h. Por que el tratamiento no le cuesta o costaba nada	2	6.6
i. Por que fué canalizado de otra institución	23	76.6
j. Por que este hospital cuenta con todos los laboratorios y especiali- dades que el paciente necesitaba	23	76.6
k. Otro	2	6.6

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Casi todos los pacientes que acuden al servicio de oncología del Hospital "20 de Noviembre" lo hacen porque son derechohabientes (96.6%), lo que implica que sólo un mínimo de pacientes tiene esta prestación y si son atendidos. El 76.6% son canalizados de otra unidad del ISSSTE y por que este hospital cuenta con todos los laboratorios, equipos de tratamiento y especialidades que el paciente oncológico necesita.

Además de los motivos mencionados reportaron otros porcentajes menores tales como ingresar a este servicio por recomendación (6.6%), por que la atención le parece de buena calidad (6.6%), por que algún familiar trabaja en el hospital (6.6%) o porque el tratamiento no le costara nada (6.6%). Un 9.9% dijo que ingresó por motivos descritos en los incisos c., d. y e. respectivamente.

Cuadro No. 59

ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE AL INGRESAR AL
SERVICIO DE ONCOLOGIA

ESTADO DE SALUD	f	%
a. Actividad normal	19	63.3
b. Síntomas pero ambulatorio	6	20
c. En cama menos del 50% del tiempo	2	6.6
d. En cama más del 50% del tiempo	1	3.3
e. 100% en cama	2	6.6
f. Muerte	0	----
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El 63.3% de los pacientes ingresaron al servicio de oncología del hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE en actividad normal, es decir, según la escala de rendimiento o de Karnovsfki, son personas completamente activas, sin restricciones y sin ayuda de analgésicos. El 20% ya presentaba síntomas, teniendo restricciones en actividades arduas, pero sí con la capacidad de realizar actividades ligeras y con ayuda de analgésicos; un 6.6% ya se

encontraba en cama menos de la mitad del tiempo durante el día, todavía deambulatorio y con posibilidad de trabajar la mitad del tiempo acostumbrado en actividades muy ligeras. Un 3.3% ya se encontraba confinado a la cama más de la mitad del tiempo, limitados al cuidado de sí mismos. Y el otro 6.6% completamente incapacitado, incapaz de cualquier cuidado de sí mismo, todo el tiempo en cama o silla.

Cuadro No. 60

ETAPA DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD EN LA QUE SE LE
CONFIRMO EL DIAGNOSTICO AL PACIENTE EN EL
SERVICIO DE ONCOLOGIA

ETAPAS DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD	f	%
a. Temprana (E-0 y I)	8	26.6
b. Intermedia (II y III)	13	43.3
c. Tardia (E-IV)	4	13.3
d. Desconocido	5	16.6
TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La investigación reporta que el 26.6% de nuestros pacientes llegaron al servicio de oncología al hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE en una etapa temprana de su enfermedad, esto quiere decir que el tumor se encontraba en un estadio que va desde cero a uno según la clasificación histopatológica, incluyendo aquí al "In situ", Invasor y localizando.

El 43.3% de los pacientes se les confirmó el diagnóstico en una etapa intermedia, etapa que abarca el estadio II y III, o sea, que la enfermedad ya ha dado metástasis regionales, es decir, hacia los ganglios linfáticos que drenan la región afectada. Esta situación implica una menor posibilidad de control a la enfermedad.

A un 13.3% de pacientes se les confirmó el diagnóstico en el servicio mencionado en una etapa tardía o IV, etapa en que hay metástasis o siembras a distancia, el tumor se ha diseminado a otros órganos o estructuras diferentes al sitio del primario o ganglios regionales, lo que hace aún más con la etapa(s) anterior menores posibilidades de controlar la enfermedad o administrar tratamientos oncológicos radiales, más bien son aptos para recibir tratamientos paliativos.

Finalmente tenemos a un 16.6% de pacientes con etapa desconocida, es decir, se ignora el estadio por causas que imposibilitaron determinar la etapa de evolución tales como: la falta de datos o si el paciente recibió un tratamiento previo, mismos que son factores que no permiten establecer su etapa al mismo tiempo las posibilidades de curación son más remotas.

Cuadro No. 61.

PRONOSTICO DEL PACIENTE AL INICIO DEL TRATAMIENTO

PRONOSTICO	CORTO		MEDIANO		LARGO	
	PLAZO		PLAZO		PLAZO	
	f	%	f	%	f	%
a. Bueno	2	6.6	-	---	2	6.6
b. Regular	1	3.3	1	3.3	-	---
c. Malo	2	6.6	1	3.3	-	---
d. Muy malo	2	6.6	-	---	-	---
e. Lo ignora	18	60	-	---	-	---
f. No lo reporta el expediente	18	60	-	---	-	---
g. Incierto	1	3.3	-	---	-	---

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

La investigación registró que sólo a un 39.6% de nuestros casos se les manejó el pronóstico, de éstos tenemos que el 6.6% presentó un pronóstico bueno a corto plazo (uno a tres meses posterior al tratamiento); a un 6.6% un pronóstico bueno a largo plazo (más de doce meses posteriormente al tratamiento). A un 3.3% se le dió un

pronóstico regular a corto plazo, o sea, el tumor presentaba una agresividad regular, ya había metástasis regionales y el tratamiento fué malo porque no respondió óptimamente; a un 3.3% se le dió un pronóstico regular a mediano plazo.

El 6.6% de los pacientes tenía un pronóstico muy malo a corto plazo, es decir, que el tumor estaba diseminado y el paciente ya se encontraba muy mal, estaba fuera de todo tratamiento oncológico. Y para el 3.3% del grupo mencionado el pronóstico era incierto, no se podía establecer las posibilidades de mejoría por las características propios de la enfermedad y del paciente.

El otro 60% de los pacientes dijo que ignoraron siempre el pronóstico del paciente porque su médico nunca se los dió, asimismo encontramos que al revisar el expediente clínico, el pronóstico no se maneja ahí tampoco sólo en excepciones de algunos casos. Con lo que se puede asegurar que las acciones de Trabajo Social se ven entorpecidas puesto que es el punto clave de donde parten sus alternativas y su plan de acción.

Cuadro No. 62

REPORTE DEL ESTADO DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DE 1981-1987

ESTADO Y CONDICION ACTUAL DEL PACIENTE		f	%				
a.	Vive	21	70				
a.1.	No inició tratamiento	0	--				
a.2.	Abandonó el tratamiento	0	--				
a.3.	Presentó Ausentismo ocasional	5	16.6				
a.4.	Abandonó control oncológico	1	3.3				
a.5.	Continúa en tratamiento oncológico	3	10				
a.5'	Continúa en control oncológico	15	50				
a.6.	Fuera de tratamiento oncológico	1	3.3				
a.7.	Pidió Alta voluntaria	--	----				
a.8.	Alta del Servicio, continúa control en clínica Adscripción	1	3.3				
b.	Falleció	9	30				

1981	1982	1983	1984	1985 *	1986	1987	
f	%	f	%	f	%	f	%
2	6.6	3	10	2	6.6	--	--
		-----		-----		-----	
b.1.	No inició tratamiento	0	---				
b.2.	Abandonó el tratamiento	2	6.6				
b.3.	Presentó ausentismo ocasional	0	---				

b.4. Abandonó control	1	3.3
b.5. Continuó control o tratamiento pero tuvo repercusiones que ocasionaron su muerte	3	10
b.6. Paciente fuera de tratamiento oncológico INICIAL	1	3.3
b.7. Paciente fuera de tratamiento oncológico	2	6.6

TOTAL	30	100

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al analizar nuestro cuadro observamos que para 1987 se reporta un 70% de pacientes vivos, de los cuales el 50% se encuentra todavía en control oncológico periódico; un 10% continúa con tratamiento oncológico permanente el 3.3% abandonaron el control oncológico, el 3.3% de pacientes que quedaron fuera de tratamiento oncológico y al 3.3% de pacientes que fueron dados de alta del servicio de oncología y enviados a su clínica de adscripción. Dentro de este grupo de pacientes vivos encontramos que un 16.6% presentó o ha presentado AUSENTISMO OCASIONAL, estos pacientes refirieron que su ausencia está relacionada con la no aceptación a la administración de RADIOTERAPIA INTERCAVITARIA, y al miedo que les causa recibir este tipo de tratamiento oncológico. Así tenemos pues que actualmente

todavía hay un 60% de pacientes en el servicio de oncología que ingresaron en 1981, a los que podemos denominar "población cautiva".

La otra parte del grupo, es decir, el 30% se refiere a los pacientes que fallecieron entre 1981 y 1987 por diferentes causas que en el cuadro se reportan: el 10% a pesar de que continuaba en tratamiento o control tuvo repercusiones secundarias que ocasionaron su muerte.

Un 6.6% fueron pacientes que habían abandonado el tratamiento; otro 6.6% se refiere a los pacientes que fallecieron por diseminación de la enfermedad y quedaron fuera de todo tratamiento oncológico. Por otra parte tenemos un 3.3% de pacientes que fallecieron por no poderles ofrecer ningún tratamiento oncológico en el servicio puesto que llegaron ya sin ninguna posibilidad, es decir, en fase IV. Y el 3.3% que fallecieron por haber abandonado su control oncológico.

Cuadro No. 63

CONDICIONES DE SALUD EN LAS QUE SE LE PRESENTO LA DEFUNCION

SE LE PRESENTO LA DEFUNCION	f	%
a. Con la enfermedad desarrollada	8	26.6
b. Por problemas agregados	5	16.6
c. Por complicaciones del tratamiento	-	----
d. Otra causa	1	3.3
e. No procede	-	70

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Del 30% de los pacientes fallecidos tenemos que el 26.6% murió con la enfermedad desarrollada (Fase IV). El 16.6% pudo haber presentado la situación mencionada pero además su deceso fué ocasionado por problemas agregados, o sea, por complicación de otras enfermedades que sufriera el paciente por causa del cáncer (insuficiencia renal crónica, alteraciones hematológicas, neurológicas, etc.) o por otras enfermedades crónico degenerativas que ya padeciera. El 3.3% falleció por otra causa (paro cardiaco).

Cuadro No. 64

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE PARA 1987

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD		
DEL PACIENTE	f	%
a. Curación	17	56.6
b. Persistencia	1	3.3
c. Recurrencia	3	10
c.1. Mejoría	1	3.3
c.2. Estabilización	1	3.3
c.3. Progresión	1	3.3
d. Fuera de tratamiento oncológico inicial	-	----
e. Fuera de tratamiento oncológico por progresión de la enfermedad	-	----
f. No procede	9	30

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Con respecto a la evolución de la enfermedad de los pacientes que viven actualmente, tenemos que el 56.6% de ellos están curados. Un 3.3% sigue con persistencia de la enfermedad, es decir, que aunque estos pacientes han estado en tratamiento oncológico la enfermedad presenta actividad tumoral. Otro 10% ha presentado recurrencia, esto quiere

decir, que una vez obtenida la aparente remisión, se ha diagnosticado médicamente la presencia de actividad tumoral, presentando la siguiente evolución: el 3.3% de los pacientes evolucionaron con mejoría, el 3.3% han presentado estabilización de la enfermedad y el 3.3% a pesar del tratamiento presentan progresión de la misma.

Cuadro No. 65

PRONOSTICO ACTUAL DEL PACIENTE REFERIDO
POR SU MEDICO TRATANTE

PRONOSTICO ACTUAL	CORTO		MEDIANO		LARGO	
	PLAZO		PLAZO		PLAZO	
	f	%	f	%	f	%
a. Bueno	2	6.6	1	3.3	1	3.3
b. Regular	-	---	-	---	-	---
c. Malo	-	---	-	---	-	---
d. Muy malo	-	---	-	---	-	---
e. Lo ignora	16	53.3	-	---	-	---
f. No lo reporta expediente clinico	17	56.6	-	---	-	---
g. Incierto	9	30	-	---	-	---

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

De acuerdo a la información arrojada por el presente cuadro encontramos que del 70% de los pacientes que viven, sólo el 13.3% conoce su pronóstico médico conforme se describe: el 6.6% de los pacientes presentan un pronóstico bueno a corto plazo, es decir, de 1 a 3 meses después de recibir el tratamiento. El 3.3% un pronóstico bueno a

mediano plazo, un promedio de tiempo de tres a doce meses posteriores a la comunicación de este. Otro 3.3% con un pronóstico bueno a largo plazo, o sea con un tiempo mayor a un año después de comunicárselos el médico. Por otra parte tenemos que el 53.3% de los pacientes ignoran este dato ya sea porque el médico no se los comunica o porque ellos no lo preguntan, pero no lo conocen. Y revisando los expedientes clínicos encontramos que el mismo porcentaje no reporta este dato tan importante para el manejo del paciente a nivel integral e interdisciplinario.

Los casos que sí conocen su pronóstico fue el médico quien se los comunicó verbalmente, porque es excepcional encontrar este dato en cualquier expediente clínico.

Cuadro No. 66

PROBLEMAS MAS IMPORTANTES QUE SE GENERARON A CAUSA DE
LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA SEGUN
CONTESTACION DE LOS ENTREVISTADOS

TIPO DE PROBLEMAS	PACIENTE		FAMILIA	
	f	%	f	%
a. Físicos	10	33.3	2	6.6
b. Fisiológicos	10	33.3	0	---
c. Psicológicos	16	53.3	13	43.3
d. Sociales	3	10	1	3.3
e. Económicos	6	20	5	16.6
f. Laborales	4	13.3	2	6.6
g. Otros	3	10	4	13.3
i. Ninguno	5	16.6	10	33.3

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

Al observar nuestro cuadro de problemas que presentaron los pacientes y sus familias a consecuencia del diagnóstico de cáncer tenemos el problema cuyo porcentaje ocupa el lugar más alto en los dos niveles y es el de problemas psicológicos con un 53.3% para pacientes y un 43.3% para familias.

Otro 53.3% engloba a los problemas sociales, económicos laborales, sexuales y otros en pacientes, en tanto que a familias se refiere reportaron un 39.9% para los mismos.

Sólo el 16.6% representa a los pacientes que aparentemente no presentaron problemas de ninguna índole y un 33.3% a las familias que tampoco presentaron problemas a causa de la enfermedad. Sin embargo, en el siguiente cuadro observaremos que las respuestas difieren, ya que los datos reportados ahí fueron captados únicamente por el trabajador social responsable de la investigación, en donde hemos percatado que en muchos casos los entrevistados no son capaces de identificar los problemas presentados o que el tiempo transcurrido entre los inicios de la enfermedad y el presente han superado los problemas afrontados y ya no los reportan como problema.

Cuadro No. 67

PROBLEMAS DETECTADOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL EN
LA INVESTIGACION SOCIAL DE PACIENTES Y FAMILIARES

TIPO DE PROBLEMAS	PACIENTE		FAMILIA	
	f	%	f	%
a. Físicos	11	36.6	2	6.6
b. Fisiológicos	20	66.6	0	---
c. Psicológicos	21	70	23	76.6
d. Sociales	11	36.6	6	20
e. Económicos	7	23.3	5	16.6
f. Laborales	13	43.3	3	10
g. Otros	3	16.6	4	13.3
i. Ninguno	0	---	0	---

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

En el presente cuadro hemos registrado los datos acerca de los problemas más importantes ocasionados por la enfermedad objeto de estudio en pacientes y familias de los mismos de acuerdo al criterio del Trabajador Social encontrando que, igual que en el cuadro anterior el problema que ocupa el primer lugar por orden de importancia es el PSICOLOGICO, sólo que aquí el porcentaje se eleva

considerablemente en razón a los dos niveles mencionados, un 70% para pacientes y un 76.6% para familias.

El segundo lugar lo ocupan los problemas fisiológicos con un 66.6%, referidos por la naturaleza de la enfermedad y los tratamientos oncológicos. Mientras que en familias el 20% refiere a problemas sociales.

El 43.3% en pacientes representa los problemas laborales de estos y el 16.6% a los económicos en familias, mismos que ocupan un tercer lugar.

Así ubicamos en cuarto término al 36.6% en pacientes con problemas físicos y sociales respectivamente; el 13.3% en familias con otros problemas.

Por último, los porcentajes de 23.3% y 16.6% en pacientes se refieren problemas económicos y otros, especialmente sexuales.

Finalmente, nos percatamos de que las cifras señalan una importante diferencia en relación con el cuadro Núm. 66 donde los problemas no reportados todos por diversos motivos y además este cuadro refiere que no hay caso que no presente ningún problema.

Cuadro No. 68

VISITAS A DOMICILIO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER INGRESADOS AL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE EN 1981; VISITAS REALIZADAS EN 1987

A. RESULTADOS DE LAS VISITAS A DOMICILIO DE PACIENTE		
COM DIAGNOSTICO DE CANCER 1981 - 1987	f	%
a.1. Si se logró el objetivo de la visita al domicilio	67	59.2
a.1.1. Se logró obtener el estado de salud del paciente	67	59.2
a.1.2. Se aplicó estudio social - familiar	11	9.7
a.2. No se logró el objetivo de la visita al domicilio	46	40.7
a.2.1. No se localizó el domicilio reportado en Expediente Clínico	12	10.6
a.2.2. Se localizó domicilio pero no corresponde a paciente y/o familiares	5	4.4
a.2.3. Los familiares negaron información "NO DESEAN SABER NADA DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE".	7	6.1
a.2.4. El entrevistado sólo proporcionó algunos datos (no todos)	3	2.6
a.2.5. El Expediente Clínico no se localizó o no reporta el domicilio completo del paciente	8	7.0

a.2.6. Se cambió de domicilio	11	9.7
a.2.7. No se aplicó estudio social-familiar	102	90.2

**B. REPORTE DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE A LA FECHA
DE LA VISITA (1987)**

B.1. Vive	27	23.8
¿ En qué situación ?		
a. No inició tratamiento	1	0.8
b. Abandonó el tratamiento	4	3.5
c. Abandonó el control oncológico	3	2.6
d. Continúa en tratamiento oncológico (Qt, Rt, Cir)	3	2.6
e. Continúa en control oncológico	16	14.1
f. Paciente fuera de tratamiento oncológico por Fase IV	0	----
g. Lo dieron de alta	0	----
h. Pidió alta voluntaria	0	----

B.2. Falleció	40	35.3											
1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987							
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
13	11.5	13	11.5	7	6.1	3	2.6	2	1.7	1	0.8	1	0.8

Motivo:

a. Fuera tratamiento oncológico inicial	1	0.8
b. No inició Tx planeado	1	0.8
c. Abandonó tratamiento (Qt, Rt, Cír)	7	6.1
d. Abandonó control oncológico	4	3.5
e. Continuaba en Tx o control pero tuvo repercusiones que ocasionaron la muerte	7	6.1
f. Quedó fuera de Tx Oncológico por F-IV	11	9.7
g. Lo dieron de Alta y Ext. Hospitalaría Domicilio	9	7.9
h. Pidió Alta Voluntaria	0	---

B.3. Se Ignora 46 40.7

1981		1982		1983		1984		1985		1986		1987	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
21	18.5	11	9.7	5	4.4	5	4.4	2	1.7	1	0.8	1	0.8

Motivo:

a. Abandonó el Tratamiento	14	12.3
b. Abandonó el control oncológico	10	8.8
c. No se localizó familiar	20	17.6
d. Le dieron de Alta Voluntaria	0	---

e. El paciente habfa quedado fuera de Tx oncol6gico	2	1.7

B.1 + B.2. + B.3. = TOTAL	113	100

B.4. SÍ vive el paciente (1987) como se presenta la evoluci6n de la enfermedad		
a. Est6 cuadrada	15	13.7
b. La enfermedad persiste.	5	4.4
c. Nunca le dieron tratamiento oncol6gico por fase IV	0	---
d. Paciente fuera de tratamiento oncol6gico por F-IV	1	0.8
e. Se ignora	5	4.4

SUBTOTAL	26	23.0

B.5. SÍ el paciente falleci6 en qu6 condiciones de salvo se present6 la defunci6n		
a. Con la enfermedad desarrollada F-IV	33	29.2
b. Por problemas agregados	1	0.8
c. Por complicaciones del tratamiento	2	1.7
d. Otra causa	4	3.5

SUBTOTAL	40	35.3

B.6. Problemas sociales a causa de la enfermedad reportados por el entrevistado	PACIENTE		FAMILIA	
	f	%	f	%
a. Físicos	14	12.3	0	----
b. Fisiológicos	18	15.9	0	----
c. Psicológicos	19	16.8	17	15.0
d. Sociales	5	4.4	5	4.4
e. Económicos	3	2.6	6	5.3
f. Laborales	6	5.9	0	----
g. Otros	0	----	0	----
h. Ninguno	5	4.4	5	4.4
i. Se ignora	48	42.7	75	66.3

Fuente: Familiares y Pacientes con Diagnóstico de Cáncer del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Nov." 1987-1988.

El presente cuadro nos reporta los datos correspondientes a los resultados que se obtuvieron después de visitar el domicilio de los pacientes. De un total de 134 casos, es decir, 23.6% que representa la población muestra de nuestra investigación, se realizaron 113 visitas (19.9) a domicilio.

Del 100% de visitas planeadas (113) tenemos que en el 59.2% de ellas sí se logró el objetivo pretendido en éstas, es decir, se obtuvo el estado de salud del paciente a la fecha de la visita del Trabajador Social (1987), de estos 67 casos visitados, tenemos que el 23.3% representa a los pacientes que todavía viven, de los cuales el 16.7% refiere a los que se encuentran en tratamiento y/o control oncológico periódico; el 6.1% refiere a los que abandonaron su tratamiento o control oncológico y el 0.8% a los que no iniciaron su tratamiento planeado. De estos, al 9.7% se les aplicó el estudio social de caso. De los pacientes que viven encontramos que el 13.2% están curados, el 4.4% todavía muestra datos de actividad tumoral (la enfermedad persiste); del 4.4% se ignora la evolución de su enfermedad y del 0.8% nos informaron que están fuera de tratamiento oncológico.

El 35.3% se refiere a los pacientes que fallecieron entre 1981 y 1987, así tenemos que el 9.7% fallecieron por llegar a la etapa final de la enfermedad y quedar fuera de toda posibilidad de tratamiento oncológico. El 9.6% fallecieron después de haber abandonado el tratamiento y/o

control oncológico, el 7.9% lo habían dado de alta con extensión hospitalaria a domicilio por fase preterminal o terminal. El 6.1% a pesar de continuar su tratamiento presentaron repercusiones que ocasionaron su muerte. Y el 1.6% fallecieron por estar fuera de tratamiento oncológico inicial o por no iniciar tratamiento planeado. Cabe mencionar que el 29.2% de los pacientes fallecidos se les presentó la defunción con la enfermedad desarrollada. El 3.5% de ellos por complicaciones del tratamiento. El 3.5% por otra causa, relacionada con otra enfermedad del paciente y por paro cardiorespiratorio.

En los casos mencionados, no fué posible obtener en todos la información necesaria para determinar la presencia de problemas generados por la enfermedad en el paciente y la familia de éste, los casos que sí lo permitieron reportan un 16.8% para problemas psicológicos en el paciente como en el porcentaje más alto al igual que en las familias con un 15.0%, 15.9% para problemas fisiológicos en los pacientes, 12.3% problemas físicos en éstos y 12.9% suman los problemas laborales, económicos y sociales de los mismos pacientes. En sus familias un 9.7% reporta a los problemas económicos y sociales por causa de la enfermedad de los mencionados. Un 4.4% respectivamente registra a los casos que supuestamente no reportaron problemas de ninguna índole.

Es importante mencionar que el 42.4% de los pacientes visitados y un 66.3% de familias se ignora el tipo de

problemática que presentarán a consecuencia de la enfermedad por diversas causas.

Los pacientes que fallecieron según nuestro cuadro nos reporta mayores frecuencias en los años 1981 y 1982, un 11.5% respectivamente, las frecuencias disminuyen conforme se registran nuevos años y así tenemos que para 1983 se reporta el 6.1%; para 1984, el 2.6%; para 1985; el 1.7%; para 1986 0.8% y para 1987 el 0.8% lo que de alguna forma guarda relación con la naturaleza de la enfermedad y su control oncológico.

Los casos donde no fué posible obtener el estado de salud a la fecha de la visita del trabajador social (1987) se debió a diversas causas, tenemos que el 40% representa a todos los casos que SE IGNORAN entre 1981 y 1987, la información no se pudo obtener porque en 10.6% no se localizó el domicilio reportado en el expediente clínico, en 9.7% los pacientes cambiaron de domicilio, en 7.0% el expediente clínico no apareció o no reportaba datos completos para localización del domicilio, en 6.1% de los casos los familiares negaron información argumentando que "no desean saber nada del Hospital "20 de Noviembre" por mal trato a su paciente", en 4.4% se localizaron los domicilios pero no corresponden a los pacientes y en 2.6% los entrevistados sólo proporcionaron algunos datos que no hicieron posible el logro de nuestro objetivo.

Y de acuerdo a los datos de seguimiento que registran los expedientes clínicos en notas de evolución encontramos que el 18.5% de los pacientes dejaron el Servicio de Oncología abandonando su tratamiento en 1981, el 9.7% en 1982, un 4.4% respectivamente en 1983 y 1984. El 1.7% en 1985 y el 0.8% en 1986 y 1987 respectivamente. El 17.6% se ignora, ya que a pesar de la visita domiciliaria y el expediente clínico reportaba datos. El 12.3% abandonó el tratamiento, el 8.8% abandonó el control oncológico y el 11.7% había quedado fuera de tratamiento oncológico.

3.2. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

Después de estudiar a un grupo considerable de pacientes del Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE y de observar el seguimiento oncológico instituido por ese servicio, referimos los siguientes resultados:

La mayor parte de los pacientes procedentes del interior de la República Mexicana y del Distrito Federal se encuentran "cautivos" en el Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE por el tipo de enfermedad que se atiende allí y por ser esta una de las Unidades Hospitalarias de tercer nivel de atención dentro del Instituto que cuenta con todos los servicios de especialidad, laboratorios y equipos de tratamiento que requieren estos pacientes.

Más del 50% de la población que ingresara en 1981 a ese Servicio era del D.F. y el resto se diluye en los demás estados que conforman el territorio mexicano, un total de 57.7% representa a los casos diagnosticados con cáncer, subrayando que el 31.2% eran foráneos.

La gran afluencia de pacientes de todo el Instituto que se concentra en el Servicio de Oncología, así como la ubicación física del mismo, propicia cierta incomodidad y falta de atención integral por parte del Equipo Interdisciplinario, al reportarse problemas de diversa índole que en muchas ocasiones quedan sin alternativa de solución y que se derivan por dicha concentración.

Independientemente de la regionalización que supuestamente está vigente en el ISSSTE para atender a los pacientes de acuerdo a la zona geográfica que les corresponde, encontramos que de todas las regiones tanto del Area Metropolitana como de la Provincia, acuden o son enviados al Servicio de Oncología del Hospital Regional "20 de Noviembre".

Un poco menos de la mitad de los pacientes (40.6%) que llegan al mencionado Servicio, son procedentes del interior de la República, hacemos hincapié en los Estados que reportaron más pacientes y tenemos que el 15% está representado por: Guerrero, Chiapas, Veracruz, Tamaulipas y Oaxaca en ese orden jerárquico, después con el 6.6% el Estado de México; llama la atención este dato

específicamente en las variables tipo de cáncer, valores culturales y medio ambiente.

A más de cinco años de Seguimiento Médico en casos "Benignos" se reporta un 5% de pacientes que todavía continúan siendo tratados en el Servicio; de esos el 0.9% han evolucionado con diagnóstico de cáncer, sin embargo, los pacientes cuyos diagnósticos son de "Benignidad" han recibido los beneficios de la Radioterapia más frecuentemente y de la cirugía en menor escala, los que les provocan estados de ansiedad parecidos a los casos positivos de cáncer, al sentirse al borde de la enfermedad que despierta miedo en los pacientes y que además nos hablan de una falta de educación para la salud en este renglón.

El 71.6% de los pacientes tratados en el Servicio de Oncología son mujeres, lo que guarda estrecha relación con la frecuente incidencia de cáncer cervice-uterino y cáncer mamario en México, asimismo podemos aseverar que este dato también está apoyado por resultados de la investigación que reportaron que de acuerdo a la clasificación de pacientes por Clínica de Detección (localización primaria del tumor), el 55.9% suma a las pacientes adscritas a Ginecología Oncológica (G.O.) y a Tumores Mamarios (C.T.M.); en este apartado cabe señalar que es la Clínica de Tumores Mixtos la que se ubica en segundo lugar por número de pacientes adscritos a ella, en tercer lugar se ubica la de C.T.M. y en cuarto por las mismas características de cantidad tenemos

las Clínica de Cabeza y Cuello (C y C).

Así explicitamos que de acuerdo al tipo de derechohabiente el porcentaje mayor de pacientes lo ocupan las mujeres Trabajadoras, cabe mencionar que el sexo femenino es más susceptible de enfermar de cáncer en tanto que sólo un 28.3% refirió al sexo masculino. El segundo con una diferencia mínima los Pensionistas; la esperanza de vida al nacer actualmente es el factor que en gran medida determina esta enfermedad, ya que tenemos que los rangos de edad entre 50 y 74 años arrojados en la investigación con mayor frecuencia están relacionados también con las décadas de vida más riesgosas para padecer la enfermedad. En tercer lugar encontramos a los hombres en su clasificación de Trabajadores. Así tenemos que es un 36.4% la cantidad de pacientes cuya fuerza de trabajo se ha visto afectada tanto en la economía nacional como a nivel socio-familiar, ya que estos pacientes cumplen con roles importantes a nivel económico y de sostén principalmente.

La investigación registra en los primeros lugares los siguientes diagnósticos: Cáncer cérico-uterino (25.3%), cáncer de mama (17.9%), cáncer de ovario (5.9%), cáncer de mama endometrio (5.9%), cáncer broncogénico (5.9%), cáncer de laringe (4.5%), cáncer de próstata (4.4%), cáncer basocelular de cabeza y cuello (2.9%), cáncer basocelular de tumores mixtos (2.9%), cáncer de riñón (2.9%), linfomas (2.2%) y cáncer de estómago (2.2%), entre 80 diagnósticos

manejados.

En cuanto al tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y la confirmación del diagnóstico en el Servicio de Estudio se encontró que a más de la mitad de los pacientes (54.2%) se le confirmó el diagnóstico de cáncer con un período de tiempo entre uno y doce meses de evolución, lo que en un momento dado pudiera permitir una mayor posibilidad de curación o tratamiento oportuno al paciente.

En cuanto al tiempo entre la cita de pre-consulta y la cita de primera vez encontramos que el 35% de los pacientes son atendidos en un tiempo no mayor a una semana, el 14.9% refiere a los casos atendidos dos semanas después de la pre-consulta, el 2.1% de los casos atendidos cuatro o más semanas después de la pre-consulta. De un porcentaje importante (44.7%) no pudo establecerse el tiempo transcurrido en este aspecto, ya que el Registro Oncológico (R.O.) no funciona óptimamente. A pesar de este último dato, se destaca que más de la tercera parte de los pacientes referidos son atendidos en la primera semana en que fueron canalizados al Hospital, lo que supone un oportuno manejo del padecimiento.

En relación al tiempo transcurrido entre la confirmación del diagnóstico y el tratamiento "Inicial", se observó que más del 50% de los pacientes reciben tratamiento durante las dos semanas posteriores a la confirmación del

diagnóstico.

El tratamiento oncológico que con mayor frecuencia es aplicado según la investigación, es la RADIOTERAPIA (42.5% de los pacientes la reciben), en segundo lugar se registró el Tratamiento QUIRURGICO (26.1%) y en tercero se reportó la QUIMIOTERAPIA con un 19.4%. Es importante destacar en este apartado que el 6.7% de los pacientes no aceptan tratamiento quirúrgico, lo que está muy relacionado con el miedo de la mutilación o deformación que implica esta enfermedad, así como al estado emocional que puede generar este tipo de tratamiento.

El tiempo transcurrido entre la consulta de primera vez y/o el inicio de tratamiento y la consulta subsecuente, más del 60% de los pacientes fueron programados en el período correspondiente a 1 mes o menos tiempo, el 11.1 fueron programados a cita entre uno y seis meses y el 28.3% restante se refiere a los que no se presentaron a su cita subsecuente (13.4% que puede ser catalogado como ausentismo ocasional) y a los casos que no se pudo determinar el período de tiempo por razones mencionadas del R.O. (14.9%).

En cuanto a la evolución de los casos entre 1981-1987 y después de analizar el seguimiento documental (Notas de evolución del R.O.), se concluye lo siguiente:

Casi la mitad (48.3%) de los pacientes que ingresaron al Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del

ISSSTE en 1981, abandonaron el Servicio por diversas causas y en diferentes fechas, de estos pacientes se precisó que un 12.5% lo abandonó con actividad tumoral (A.T.) lo que constituye un grave problema por el riesgo de que en poco tiempo se desarrolle rápidamente el cáncer.

El 26.7% se refiere a los pacientes que por "evolución natural" de la enfermedad, ya no están en el Servicio, incluyendo aquí a los que llegaron fuera de toda posibilidad de tratamiento a los que quedaron fuera de tratamiento oncológico, así como a los que fallecieron en el mismo Servicio de Oncología del Hospital.

Un 75% de los pacientes adscritos a este Servicio Oncológico en 1981 ya no son parte de la "Población Cautiva" del mismo. No así un 25%, del que 21.6% continúa en control oncológico periódico y 2.9% en tratamiento oncológico de donde se precisó que el 2.8% de los pacientes muestran datos de Actividad Tumoral.

Además encontramos que en un 5.2% de la población estudiada los pacientes sufren otras enfermedades crónicas junto con el cáncer, lo que hace más difícil la sobrevivencia de éstos.

El 52.8% de los pacientes permanecen en control oncológico entre uno y doce meses de tiempo. La otra parte entre doce y más de sesenta meses, es decir, entre uno y más de cinco años, cabe destacar que el 24.6% de éstos

específicamente ha permanecido cinco años o más tiempo. Durante estos periodos se registran porcentajes de 16.4% relacionados con el ausentismo de los pacientes en forma ocasional o en mediano plazo. Por la deserción de los al Servicio tenemos que en 43.2% aún al agotar los recursos de la investigación de campo no logramos obtener su estado actual de salud (Ver cuadro de Visitas a Domicilio).

Al efectuar la mencionada investigación documental en el Registro Oncológico y en el Expediente Clínico, observamos que existe un 4.4% de limitantes para obtener la información requerida en la investigación, porque se encontró el R.O. no registraba el seguimiento de los casos y el otro no apareció.

En base a los datos arrojados por la investigación documental (Consulta de Expedientes), surgen los resultados de la investigación de campo, lo que establece la relación causa - efecto de la investigación del problema de estudio, que se refiere a las consecuencias o efectos psicosociales de la enfermedad del cáncer.

En necesario tomar en cuenta que las características arrojadas por la investigación son específicas y están determinadas por las variables de la población estudiada en el Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE (edad, sexo, rol familiar, laboral y social, tipos de diagnóstico, así como: estructura familiar, aspectó

laboral, aspectos sociales, relación equipo de salud-paciente-familia, etc.), ya que no se investigó el caso específico del Servicio de Oncología pediátrica. Asimismo debemos considerar que las variables estudiadas mediante la operacionalización de la hipótesis de trabajo y a través del estudio social de caso, están íntimamente relacionadas unas con otras y en un momento dado ocasionan situaciones muy específicas, así podemos mencionar que un promedio de 10% de la población oncológica cursa con problemas psicosociales "serios".

En cuanto a la estructura y dinámica familiar encontramos que el 60% de las familias son de tipo nuclear, característica predominante en el medio urbano, sólo una minoría (10%) se refiere a la familia Extensa Compuesta, mismas que por la naturaleza de su confirmación son poseedoras de problemas sociales que se agudizan ante el espacio físico a que se reduce a cada día más en cuestión de vivienda principalmente.

De las familias estudiadas el 66% son catalogadas como Modernas, ya que los roles económicos son compartidos por los dos cónyuges o únicamente por la madre. El 63.3% comprende a las familias cuya etapa del ciclo vital atraviesan es el final, este comprende dos sub-etapas, es decir, el de independencia (43.3) y el de retiro o muerte (20%), lo que está estrechamente relacionado con las décadas más susceptibles de cáncer, cfr.: edad y tipos de padecimientos. También estudiamos la estructura familiar,

encontrando que 46.6% de las familias están integradas por 6 miembros y en 43.3% integradas de 3 a 5 miembros y en 10% por una y dos personas.

En promedio hemos obtenido que la familia urbana, moderna, en 40% está compuesta entre 5 y 6 miembros y en 13% por 3 y 4 miembros.

Para fines de esta investigación se destaca a las de uno y dos miembros, ya que presentan problemas de diferente orden en las diversas etapas de evolución de la enfermedad puesto que se registran casos donde nadie se responsabiliza del paciente o que le brinden apoyo familiar y que corresponde al 9.9%, cfr.: número de miembros en la familia.

Por otra parte observamos que en aspecto de Dinámica Familiar obtuvimos en términos promedio son familias funcionales, pero aún así la respuesta a la variable mencionada requiere de la consideración profesional para dar un tratamiento adecuado a los casos que lo demandan en esta cuestión, pues se registró un 33.2% de casos con dinámica regular y mala, estipulando estos parámetros por términos de funcionalidad natural. En el estudio relacionado con la Integración Familiar hemos obtenido que el 50% son familias integradas y el otro 50% están desintegradas (30%) especialmente por la muerte de pacientes que ocupaban el rol de padre o madre en la familia. Una minoría está referida a las familias semi-integradas (3.3%). No podemos dejar de mencionar que

la naturaleza de la enfermedad propicia un cambio de roles en la dinámica familiar mismo que genera situaciones de ansiedad para el paciente y la familia especialmente en las etapas iniciales y terminales de la enfermedad, al no estar preparados ni capacitados para afrontar estas situaciones.

Respecto al nivel cultural la mayoría de los casos investigados reportó su grado de escolaridad desde primaria completa hasta estudios a nivel superior, un 20% suma a integrantes de las familias sin estudios, sabe leer y escribir y/o primaria incompleta.

Respecto a la alimentación del paciente y la familia encontramos que casi no existe diferencia entre la dieta de unos y otros, a pesar de que el consumo de ésta guarda estrecha relación con la enfermedad, ya que puede beneficiar o repercutir negativamente en el paciente.

El nivel socioeconómico en algunos casos determina el tipo de alimentación a consumir, así encontramos que varios pacientes mayores de 60 años de edad no pueden seguir la dieta que su médico tratante les indica precisamente por esta razón, teniendo que depender de: tortillas, frijoles, chiles, poca verdura y poca fruta. Aspectos socioeconómicos y culturales condicionan la dieta del paciente junto con la falta de información y educación acerca de la enfermedad, lo que no les permite comer el tipo de alimentación que deben consumir. Generalmente acostumbran tomar alimentos tres veces al día, sin embargo, el 3.3% de las familias lo hacen

solamente una vez al día por problemas socioeconómicos y de quienes podemos opinar que es un grupo susceptible de enfermar, ya que su alimentación no es adecuada ni en cantidad ni en calidad.

Un poco más de la mitad de las familias y pacientes investigados consume agua diariamente y la otra porción de la población no la consume o lo hacen con muy poca frecuencia, substituyéndola por refrescos o cerveza, siendo que el agua es el principal elemento para el funcionamiento celular en el organismo, lo que está íntimamente relacionado con la enfermedad objeto de estudio. Así observemos la importancia que guarda el nivel cultural de los pacientes con sus hábitos, costumbres, creencias, valores, etc., lo que repercute en su concepción de la enfermedad.

Descanso y recreación también se estudiaron en este apartado encontrando que la mayoría de los casos dedican un tiempo suficiente, para el sueño un promedio de 8 horas con excepción de un grupo representado por el 3.3% quienes por su estado emocional "estresante" alcanzan un máximo de 3 horas. Y para el segundo, el tiempo promedio de una hora diaria especialmente a actividades culturales tanto en el caso de los pacientes como de los familiares y en muchos casos practican actividades en forma simultánea vr.gr. ver T.V. y efectuar alguna actividad manual. También se registró un grupo de pacientes representado por el 3.3% que no practican ninguna actividad recreativa porque les es

costoso.

La religión juega en papel importante desde diferente esferas en el manejo de la enfermedad, así la que para muchos resultó ser uno de los recursos más grandes para sobrellevar el problema emocional causado por el diagnóstico, para otros resultó como una limitante tanto en la aceptación del tratamiento médico como en la forma de concebir su enfermedad, pensando que "es una forma de castigo por Dios", concepción que desmotiva el interés por la vida.

El estudio de las condiciones de vivienda del paciente y su familia nos han permitido observar diferentes y diversas variables relacionadas todas con las condiciones materiales de vida, así como de los factores que conforman de manera importante el medio ambiente de quienes nos ocupamos, por lo tanto mencionaremos los siguientes datos:

Aunque el 60% de los derechohabientes son propietarios de la vivienda que habitan, un 40% no lo son, esta situación nos reportó -según los entrevistados- el manejo de inseguridad económica y psicológica tanto para el paciente como para la familia, al verse los primeros imposibilitados por su enfermedad, de en un futuro poseer una vivienda como patrimonio. El investigar si la vivienda satisface las necesidades familiares en cuanto a la situación, distribución, ubicación, así como tipo y uso tanto del mobiliario como del servicio sanitario y

servicios públicos concluimos que:

El 86% de las viviendas están bien construidas, mientras que del 14%; la mitad están semi-construidas y la otra mitad están semi-derruidas o derruidas, lo que como primer problema de este grupo, no llena sus necesidades. Si hablamos de distribución de espacios, la mayoría de las viviendas cuentan con una sala y/o comedor, cocina, baño y una o dos recámaras, en tanto que el promedio de miembros por familia es de cinco a seis, lo que quiere decir, que no corresponde con el espacio donde deben convivir estos, situación a la que se hizo referencia cuando se abordó la estructura familiar. El 10% de las familias cuentan con viviendas de una sola habitación las mismas que reportan problemas de hacinamiento, promiscuidad sexual, falta de espacio vital en relación con el número de miembros promedio por familia, que ya mencionamos.

A lo anterior también agregamos que más del 60% de los casos estudiados tienen en sus casas animales, permitiéndonos decir que el medio ambiente en el que se desenvuelve el paciente no es propicio en tanto que las condiciones de salubridad no son favorables, éste requiere de un espacio vital delimitado, ya que así lo exige en la mayoría de los casos las necesidades naturales de la enfermedad crónica de los pacientes.

Encontramos que el 3.3% hacen uso del servicio sanitario en forma colectiva con otras familias. Luego el

10% registra una situación de considerar puesto que sólo cuenta con un WC o una letrina, tomando en cuenta que el estudio estuvo referido en una de las zonas más urbanizadas del país, este grupo de personas todavía no cuenta con la infraestructura básica que le permitiera tener mejores condiciones ambientales.

El mobiliario también presenta su importancia en la satisfacción de necesidades encontrando que en un grupo de 10% no cuenta con lo indispensable para su confort.

Entre el 80% y 90% de las viviendas cuentan con todos los servicios públicos, sin embargo el 10% pertenece a la zona "marginal" donde todavía tienen que enfrentar las situaciones propias o carencias en el renglón mencionado.

Por lo que toca a medios de transporte hacia el Hospital, según las colonias donde se ubica la vivienda de los pacientes, todos tienen acceso a la Ruta 100 y a los colectivos ("Pesero"), el 93.3% a taxis, el 60% al metro y a los trolebuses, sin embargo, es importante considerar que aún cuando hay medios de transporte, el desplazamiento, el recorrido de grandes distancias equivalentes a una hora o más tiempo, la espera y las aglomeraciones implican un desgaste físico y emocional tanto del paciente como de su familia, asimismo un desgaste económico en ocasiones mayor, ante situaciones propias de las grandes urbes como el DF, factor que también es parte del medio ambiente del paciente y que no sólo tiene influencia a nivel

económico-material, sino también a nivel físico, social y emocional, situación importante y determinante dentro de las condiciones llevaderas o no, del paciente para continuar o desertar de su atención médica.

El 80% de los pacientes destinan dos o más horas de tiempo para trasladarse al Hospital y regresar a su casa, la mayoría de ellos hacen uso de dos medios de transporte; tanto el tiempo como el tipo de transporte que utilizan son generadores de estados de ansiedad que repercuten negativamente en el interés del paciente por su seguimiento médico, un 10% hace uso del servicio de Ambulancias del Hospital.

No podemos dejar de mencionar en este apartado que aproximadamente un 20% de las familias estudiadas dijo con respecto a sus viviendas que éstas no satisfacen sus necesidades y que la presencia del paciente con cáncer implica situaciones mucho más difíciles de sobrellevar por las dos partes, influyendo inmediatamente en la dinámica familiar que se vuelve de "desgaste y tensión" para todos los miembros.

Las cuestiones económicas son factores determinantes en las condiciones de vida de la familia, en el orden material, especialmente, y desde luego luego tiene sus repercusiones en otros sentidos como lo es en la seguridad psicológica del grupo humano, hemos encontrado que en el 33.3% de los casos una persona contribuye al ingreso

mensual, lo que nos dice que se trata de familias tradicionales donde sólo el padre o la madre es el proveedor económico. En los casos donde uno de ellos es el paciente es preocupante la situación al verse afectados laboralmente.

Es parecida la situación de la familia moderna donde el padre y la madre cumplen y contribuyen con sus roles económicos.

El monto al que ascienden los ingresos mensualmente no significa mayor problema en el 66.6% de las familias porque el ingreso es equivalente a dos o más veces el salario mínimo y si en cambio, lo es problemático para el 23.3% que sólo dependen de un salario mínimo o menos de éste; las condiciones de vida de estas familias en el 20% son "precarias" y en el 53.3% "suficientes"; lo que nos dice que en el primer caso, los ingresos no son aptos para cubrir ni siquiera los satisfactores mínimos de la canasta básica, mucho menos los de educación, recreación, seguridad social, etc., en tanto que el ingreso equivalente al salario mínimo actualmente no alcanza a cubrir los satisfactores que supuestamente está estipulado para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia en el orden material, social, cultural y educación obligatoria a los hijos.

Aunque el 53.3% nos reporta condiciones materiales suficientes en suma tenemos que el 73.3% de las familias

cada día están expuestas al deterioro del nivel de vida al no tener acceso a disfrutar de los indicadores que lo garantizan mínimamente.

ASPECTO LABORAL

Resultados de la investigación demostraron en el orden laboral que el 23.2% de los pacientes fueron afectados en este aspecto, al tener que afrontar situaciones como el recibir sólo parte de su sueldo por incapacidad temporal (6.6%), pensión por incapacidad permanente (3.3%), o tener que renunciar al trabajo por incapacidad laboral (13.3%), estas situaciones son generadoras de problemas económico-familiares, propician el cambio de roles y de la dinámica familiar y se tienen que enfrentar a la inseguridad psicológica al verse desprotegidos con estas situaciones.

El 46.6% de los trabajadores cumplen con la jornada que marca la Ley Federal del Trabajo, o sea, ocho horas, un 26.6% trabajaba más de ocho horas. El 20% de los pacientes trabaja más de cinco días a la semana, compromiso formal que exigen las necesidades familiares, a pesar de la enfermedad.

Es importante destacar que observamos consecuencias sociales de la enfermedad en los pacientes como lo es el rechazo tanto en su grupo familiar como el laboral o

social, en tanto que dichas personas conciben al cáncer como una enfermedad contagiosa, demostrándose así la falta de información en forma precisa y general de la población.

MEDIDAS RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD EN SI

Las actitudes de la familia ante la confirmación del diagnóstico generalmente son de relación con "sentencia o amenaza de muerte" del paciente y/o ansiedad, y así tenemos que el 60% de las familias reaccionan de esta forma al no conocer qué es la enfermedad del cáncer, el 40% de las familias no permitieron que su paciente se enterara de su diagnóstico, sólo un 20% de los casos comunicaron el diagnóstico al paciente tratándolo normalmente; también nos encontramos que existe un grupo de pacientes (13.3%) que ignoran qué enfermedad padecen, al suponer que "cáncer no es porque de lo contrario ya se hubiesen muerto", sus familias tampoco lo saben porque inicialmente no demostraron su apoyo al paciente, manejándose éste en forma independiente.

Los problemas que mayormente se presentan al paciente y a su familia después de conocer el diagnóstico son muchos y de diversa índole, por lo que destacaremos lo que más frecuencias registraron:

Desconocimiento acerca de la enfermedad 63.3%
pacientes, 66.6% familias manejo de constante "estrés",

desconocimiento de las posibilidades de tratamiento, curación y control de la enfermedad, incapacidad laboral, falta de orientación personal y familiar acerca del padecimiento, falta de apoyo familiar, etc. El paciente y la familia se ven influenciados por la incertidumbre, que tiene sus principales causas en la falta de conocimiento acerca de la enfermedad (naturaleza, comportamiento, evolución, posibilidad de curación y rehabilitación), muchas de estas actitudes son producto o predisposiciones de valores de orden socio-cultural, condicionados por falsos prejuicios o tabúes de naturaleza "divina", los problemas que se suscitan desmotivan al paciente para continuar y adaptarse a vivir con su enfermedad.

La comunicación del diagnóstico guarda significativa consideración dado que es fundamental que el paciente o su familia conozcan ésta para que participen en el tratamiento y manejo al que haya lugar, sin embargo, la investigación nos dice que al 36.6% pacientes y 33.3% familias no se les han comunicado, algunos de ellos lo conocen porque se enteraron en las salas de espera o áreas de tratamiento, lo que exige una mejor comunicación entre el Equipo de Salud Oncológica y los pacientes o familiares. El 10% de los casos nos reportaron que la comunicación del diagnóstico fué adecuada, puesto que el Médico descuidó la relación con el paciente al hacerle sentir hostilidad de su parte, desagrado, agresión y hasta crueldad a éste y/o a la familia.

No siempre son comunicados los resultados del diagnóstico al paciente junto con su familia en este caso sólo al 16.6% les comunicaron los resultados en forma conjunta.

La actitud de los pacientes al enterarse de la enfermedad en la mayoría de los casos fué de depresión (43.3%) o reaccionaron con tristeza (20%), sólo un 30% ha afrontado la noticia tranquilamente, los primeros manifestaron un cambio importante en su estado emocional y por tanto en su vida, pensando en un periodo corto de vida, o que la muerte sería próxima, se sintieron como "una carga en la familia".

La frecuencia de tiempo en que acuden los pacientes al inicio del tratamiento, el 50% lo hacían diariamente acudiendo al tratamiento de Radioterapia externa, así observamos que según el tipo de tratamiento que reciben inicialmente es la frecuencia con que acuden al Hospital, lo que implica mayor o menor desgaste e inversión económica y psicológica del paciente y los responsables de este, aparte del "estrés" que sienten al asistir a las áreas de tratamiento.

Más del 90% de los pacientes continúan asistiendo al Servicio de Oncología después del tratamiento inicial, cada vez que su médico tratante les programa cita, ya sea mensualmente (40%), dos o tres veces por semana (20%), cada ocho días (10%), etc. Un 3.3% nos reportó problemas en

tanto que su asistencia al Servicio mencionado es cada que se sientan mal, sin apegarse a la programación que responde a un criterio médico-oncológico.

El paciente y la familia al llegar el Servicio de Oncología establece relaciones directas o indirectas con el personal que brinda la atención al derechohabiente, el 70% de los pacientes lo hacen directamente con el personal administrativo y 86.6% con el personal médico, los demás lo hacen indirectamente, el 16.6% se relaciona con personal paramédico, los familiares en menor porcentaje que los primeros también entablan relaciones directas o indirectas con los mencionados. Lo que nos indica que se establece comunicación por las dos partes; sin embargo, en ese sentido preguntamos cómo es el trato y/o atención por parte del Equipo Interdisciplinario de Salud tanto en la Consulta Externa como en Hospitalización, encontrando que entre el 3.3% y el 10% reportaron este dato atención mala a pésima con los diferentes miembros del Equipo Interdisciplinario y el resto (90%) se distribuye desde atención excelente hasta regular en Consulta Externa.

Por lo que respecta a Trabajo Social, el 10% que recibió atención de este servicio dijo que fué bueno y/o excelente, el otro 90% no hizo uso del Servicio mencionado o Trabajo Social no estuvo en contacto con el paciente o su familia. Este dato es de suma importancia para la investigación, puesto que como acabamos de constatar sólo una minoría de los pacientes recibieron atención por

Trabajo Social, por tanto, es necesario considerar aquellas situaciones que están determinando esta realidad.

Además de que ya mencionamos la cantidad de pacientes que es extensa en el Servicio de Oncología, el personal de Trabajo Social comisionado es mínimo para atender la problemática psicosocial que le compete en esta especialidad de nuestra Area, lo que determina o hace muchas veces que tampoco éste se ponga en contacto con los pacientes y sus familiares. Por otra parte se observa la necesidad de la definición de roles profesionales entre el Médico, el Trabajador Social, el Psicólogo, la Enfermera (etc.). Los pacientes foráneos requieren especialmente del apoyo de Trabajo Social a nivel administrativo (orientación, información, educación) y psicosocial de igual forma que los procedentes del área metropolitana, para lo que se debe mantener estrecha coordinación con los profesionales responsables de las clínicas u hospitales de origen.

De acuerdo a la comparación entre la percepción del paciente o familiares a "simple vista" y a los "criterios ideales" o rasgos elementales que debían brindárseles en el trato y/o atención en Consulta Externa por parte del personal, obtuvimos: el 20% para atención excelente, el 70% abarca a las variables de Buena a regular, captando en estas respuestas cierta emotividad de los entrevistados con respecto al servicio recibido y coincidimos nuevamente con el 10% mencionado anteriormente o evaluado a través de

otros criterios para un trato y/o atención de MALO a pésimo, lo que afirma la veracidad de nuestra investigación en este dato.

En relación al trato y/o a los recibidos en Hospitalización tenemos que no todos los pacientes recibieron atención en ésta área, ya que algunos no requieren la hospitalización; los atendidos aquí reportaron: Buena atención en el 36.6% tanto por Admisión, Vigencia de Derechos, como por Jefe de Enfermeras.

La Enfermera de Piso fué considerada en el 36.6% como que brindó buena atención; el 13.2% representa a quienes dijeron que la atención fué mala y pésima. La porción restante dijo que recibió regular atención.

El Médico de Guardia brindó buena atención en el 43.3%. El 13.2% reportó mala y pésima atención.

El Médico Tratante dió en el 56.6% excelente y buena atención pero el 10% reportó que recibió mala y pésima atención.

Cuando el personal de Trabajo Social brindó atención, esta fué considerada como buena en el 20%; sólo el 3.3% recibieron atención por parte de Camilleros, registrando que fué pésima.

El trato y/o atención en Hospitalización evaluado mediante percepción del paciente a "simple vista" y por "criterios ideales" en el 56.6% informaron que la atención fué de excelente a buena, el 10% refirió que fueron atendidos entre mala y pésimamente.

Analizando la frecuencia de hospitalizaciones por paciente, se registró una disminución de internamientos a mayor tiempo transcurrido entre el año de ingreso del paciente al Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" y la evolución de la enfermedad en los años posteriores.

En 1981 el 47% de los pacientes fueron hospitalizados en tanto que el 36.6% no se hospitalizó; en 1982 sólo un 20% se hospitalizaron y un 53.3% no lo hizo.

Para 1983 sólo el 10% fué hospitalizado mientras que el 60% no lo requirió; para 1984 igual que el año anterior, mismo que decreció para 1985 al 6.6%, el que se mantuvo igual para hospitalizaciones en 1986. De los no hospitalizados en los mismos años tenemos del 60% al 66.6% en 1986, situación que nos conduce a considerar que el número de pacientes que requiere de hospitalización ha disminuído conforme los años comprendidos en el seguimiento, dado que se detecta oportunamente el padecimiento y puede ser tratado como paciente ambulatorio.

Al preguntar a nuestros entrevistados, cuáles fueron los motivos por los que no mejoraba el paciente a pesar de recibir algún tratamiento oncológico, obtuvimos que este problema se presentó en el 30% de la población estudiada por diversa causas como:

Recibir tratamiento oncológico sin obtener respuesta en el control de la evolución de la enfermedad, recibir tratamiento quirúrgico e intensificar el dolor físico hasta el fallecimiento del paciente, no resistir la intervención quirúrgica; por toxicidad o quemaduras de magnitudes irresistibles que apresuraron el deceso del paciente.

El estado de salud de los pacientes al ingresar al Servicio de Oncología según el estado de rendimiento o Escala de Karnovsfki, el 63.3% llegó en actividad normal, personas completamente activas; el 20% presentaba síntomas pero deambulaba y el resto podemos decir que se trata de los casos en los que la enfermedad ya había avanzado considerablemente causando limitaciones a su estado normal:

El 6.6% permanecía en cama la mitad del tiempo; el 3.3% más de la mitad y el otro 6.6% confinados a la cama o silla todo el tiempo, ellos, podríamos decir, son o eran el grupo de pacientes con menores posibilidades de éxito en el restablecimiento de su salud, mediante tratamientos oncológicos.

La confirmación del diagnóstico, así como del pronóstico del paciente son dos indicadores muy importantes con los que el equipo Interdisciplinario de Salud Oncológica puede o debe partir para ofrecer alternativas en forma integral al paciente y a su familia. La etapa de evolución de la enfermedad, es una de las variables más relevantes en este caso; los pacientes que son atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre", muchos de ellos llegan procedentes de otras Unidades Oncológicas del ISSSTE, donde ya fueron tratados o intervenidos quirúrgicamente, sin embargo, es necesario para el Equipo de Médicos Tratantes confirmar la etapa de la enfermedad, así como el tipo histológico de la tumoración primaria.

En este caso el 26.6% de los pacientes llegaron en una Etapa temprana (E-0 y I), la que ofrece muchas posibilidades de tratamiento.

El 43.3% se les confirmó el diagnóstico en etapa INTERMEDIA (E-II y III), estadio que implica menores posibilidades de control de la enfermedad. Un grupo considerable representa a los que llegaron en Fase Tardía (E-IV) y en Etapa Desconocida, para estos dos las posibilidades de curación son más remotas, a los primeros generalmente se les somete a tratamientos paliativos y a los segundos no se les pueden ofrecer tratamientos radicales por la naturaleza de extensión de la enfermedad; de estos últimos lo más probable es que el pronóstico sea incierto o poco claro.

El pronóstico del paciente es un indicador de relevancia para las acciones de Trabajo Social, específicamente en la orientación y manejo del paciente y su familia, por consiguiente este debe conocerlo siempre. La investigación reporta que sólo en el 39.6% de los casos se les manejó el pronóstico inicial por parte del Médico tratante y en forma verbal; los expedientes en su mayoría no lo registran, salvo como una excepción por parte del Servicio de Quimioterapia.

El 80% de los casos reportó que el Médico era acertado en el diagnóstico y en el manejo del paciente con respecto al tratamiento. El 16.6% refirió que el Médico no era acertado en el diagnóstico de su padecimiento porque fueron manejados inadecuadamente los pacientes vr.gr.: la administración de tratamiento no oportuna, intervención quirúrgica incompleta, etc.

El apoyo psicológico que el Equipo Interdisciplinario de Salud brinda al paciente y a su familia tiene su importancia en los resultados del tratamiento médico, así como en el afrontamiento personal y familiar del problema. El 23.3% de nuestros pacientes NO recibieron apoyo de ningún profesional, situación que se estima delicada dado que las condiciones psicológicas frente a la enfermedad requieren atención; en el caso de las familias de los pacientes la mayoría no recibieron ningún apoyo respecto a su actitud frente al problema y al propio paciente, lo que resulta desfavorable para el manejo adecuado del paciente.

Hablando de tratamientos oncológicos y de su acción benéfica o negativa encontramos que de los tratamientos administrados en el Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre", que se refiere especialmente a Radioterapia, Cirugía y Quimioterapia, en el primer tratamiento mencionado, del total de pacientes que se sometieron a este tratamiento el 13.3% no obtuvieron respuestas favorables a su enfermedad; en los otros dos tratamientos el 6.6% de los pacientes en cada tratamiento no se beneficiaron, la reacción fué negativa.

Asimismo reportamos la información obtenida según las manifestaciones secundarias o colaterales que se le presentaron o se le presentan al paciente en alguna de las etapas de la enfermedad:

La investigación señala que los efectos de tipo psicológico ocupan un lugar importante en los inicios de la enfermedad pero son mucho más fuertes durante el tratamiento y después de él.

Las manifestaciones físico-sociales son más frecuentes que las anteriores en inicios de la enfermedad y durante el tratamiento, presentando la misma frecuencia que las psicológicas después del tratamiento, y éstas repercuten seriamente a partir de que el paciente recibe el tratamiento quirúrgico y es mutilado o deformado o cuando se hacen presentes las manifestaciones secundarias como la pérdida del pelo, de la movilidad en alguna articulación,

la presencia de dolor constante, quemaduras, infiltración necrótica, etc. Todos ellos generadores de problemas y repercusiones sociales que modifican la integración del individuo, con él mismo y con su grupo(s) donde se desenvolvía socialmente y que van desde el cambio en la dinámica familiar, en el medio laboral, en lo económico y en cada uno de sus roles, así como de la declinación del status social de la persona, mientras no logra la superación de las implicaciones que le causa la enfermedad con la que deberá aprender a vivir.

Los efectos de tipo BIO-FISIOLOGICO como la náusea, el vómito, las diarreas, hasta la insuficiencia renal crónica y la esterilidad, ocupan los lugares más importantes en cuanto a la frecuencia con que se presentan durante la etapa de tratamiento y después de este.

Con respecto a la evolución de la enfermedad, actualmente el 56.6% están curados, el 3.3% sigue con persistencia de la enfermedad y un 10% presentaron recurrencia, la aparente remisión obtenida se tornó médicamente en Actividad Tumoral, éstos han evolucionado con mejoría, estabilización y progresión.

Del 30% de los pacientes que registraron defunción, el 26.6% murió con la enfermedad desarrollada (F-IV) y/o por complicación de otras enfermedades causadas por el cáncer, vr.gr.: Insuficiencia renal crónica, alteraciones hematológicas o neurológicas, etc. o por otras enfermedades

crónico-degenerativas paralelas al cáncer.

El pronóstico actual del paciente según nos dice la información a grandes rasgos NO lo conocemos ante la carencia de datos acerca de este indicador en el expediente, sólo el 13.3% de los pacientes saben sobre su pronóstico que verbalmente el médico les comunicara, situación que coincide con el pronóstico después de la confirmación del diagnóstico.

Casi todos los pacientes acuden al Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" ISSSTE porque son derechohabientes, lo que implica que sólo un mínimo de pacientes no tiene esta presentación y sí son atendidos en esta institución. El 76.6% de la población oncológica es canalizada al mencionado Servicio de Oncología de otras Unidades del ISSSTE porque ellos no cuentan con todos los equipos de tratamiento y especialidades que el paciente oncológico necesita; porcentajes más pequeños registran otros motivos por los que el paciente acude a este Servicio, por ejemplo: Por recomendación (6.6%), porque el tratamiento no le costara nada (6.6%), por carecer de otro servicio médico, por prestigio de la Institución, etc.

La asistencia y puntualidad del paciente al Servicio de Oncología son básicos en el Seguimiento Médico de éste, aunque en la práctica encontramos que el segundo no se apega rigurosamente al criterio de puntualidad, en tanto que el 80% de los pacientes que acuden o acudían

puntualmente a la fecha y hora de la cita programada sólo el 33.3% es atendido puntualmente; el 10% son atendidos después de una hora, el 13.3% después de hora y media y el 23.3% después de dos o tres horas de la cita, estos aspectos muchas veces contribuyen a la pérdida de interés del paciente por su tratamiento y en algunos casos propician el ausentismo y/o deserción del paciente.

También los hay quienes no acuden a la fecha y hora de su cita, un 10% se refiere a estos pacientes quienes llegan tarde o se olvidan de la cita.

Dentro de los motivos por los que dejará de asistir el paciente al Servicio de Oncología, podríamos mencionar varios: No tener confianza en el Equipo de Salud que le atendía; le cambiaban de Médico cada vez que asistía a consulta; un porcentaje mayor abandonó el servicio porque se sentía mal después de recibir el tratamiento, etc. podemos concluir que el 56.6% de los pacientes abandonaron el Servicio y que el 43.3% corresponde a la población cautiva actual que ingresara en 1981.

EFFECTOS SOCIALES

Después de comparar nuestros cuadros cuyos resultados arrojan la información cuantitativa y cualitativa de los problemas más importantes que se generaron en el paciente y la familia por causa de la enfermedad objeto de estudio, concluimos lo siguiente:

Los entrevistados no reportaron todos los problemas suscitados por la enfermedad porque en varios casos no los saben identificar y en otros, después del período transcurrido entre 1981 y 1986 ya no los reportan a pesar de que los hayan afrontado o continuaran todavía con ellos.

Según las observaciones del Trabajador Social responsable de la investigación hubo o hay problemas en todos los casos que se estudiaron, es importante destacar el orden de estos según el tamaño de la frecuencia en que se presentaron de mayor a menor para cada nivel en el que se investigó.

EN PACIENTES: Los problemas psicológicos ocuparon el primer lugar (70%) le siguen los fisiológicos (66.6%), los problemas laborales ocupan el tercer lugar (43.3%), en cuarto lugar tenemos los problemas físicos (36.6%), en quinto los problemas sociales (36.6%), en sexto lugar los problemas de tipo económico (23.3%) y en séptimo lugar los problemas sexuales, encontrándose en ocasiones interrelacionados varios de éstos.

EN FAMILIAS: También los problemas psicológicos ocupan el primer lugar (76.6%), el segundo los problemas sociales (20%), en tercer lugar los económicos (16.6%), en cuarto los problemas de tipo escolar y sexual (13.3%) en quinto los problemas laborales (10%) y en sexto lugar los de tipo físico (6.6%).

Como podemos observar en los dos casos es marcada la presencia de problemas por causa del cáncer, lo que confirma la aseveración de nuestra hipótesis: "En tanto que el Equipo responsable de la Salud del paciente conozca el medio de vida de éste, habrá mayor posibilidad de brindarle una mejor atención integral no sólo en el ámbito puramente médico; sino abarcando los aspectos biopsicosociales que conforman al ser humano en el proceso salud - enfermedad".

CAPITULO IV

PROPUESTA METODOLOGICA DE TRABAJO SOCIAL

4.1. Fundamentación

4.2. Propuesta Metodológica.

4.3. Seguimiento a Largo Plazo.

4.4. Recursos Humanos.

4.5. El Trabajo en Equipo.

4.6. Evaluación del Proyecto.

4.7. Cuadro de Categorías identificadas en el Servicio de
Oncología del Hospital "20 de Noviembre" ISSSTE.

CAPITULO IV.- PROPUESTA METODOLOGICA

4.1. Fundamentación

Después de analizar los resultados de la investigación mismos que nos permitieron comprobar la hipótesis planteada, es importante considerar las necesidades del grupo de paciente en estudio, con el fin de establecer alternativas acerca del seguimiento de éste que permitan su atención integral y de la familia.

Los cambios que ocurren continuamente en la sociedad, traen como consecuencia el surgimiento de nuevas situaciones, de nuevas formas de concebir los fenómenos en las diferentes épocas y nuevas formas de abordarlos para contribuir con el orden social. Así la ciencia médica que antes se limitaba a estudiar las causas y efectos de las enfermedades desde un punto de vista meramente fisiológico y anatómico del individuo, ahora concibe al hombre como "un ser social" inmerso en un medio ambiente, en quien influye y de quien recibe influencias, deja de ser una ciencia meramente individualista para convertirse en una acción científica "de y "para" la sociedad, dirigida a comprender, conocer, medir y controlar una serie de factores ambientales capaces de provocar o contribuir a generar estados patológicos que afectan el proceso de salud. (1)

(1) VELASQUEZ, F. Sonia, "El Trabajo Social en Oncología",
Ministerio de Asistencia Social de la Dirección de
Oncología Caracas Venezuela, 1982 p. 176.

Al Trabajo Social como disciplina de las Ciencias Sociales compete integrarse en el equipo de salud a fin de abocarse a la investigación, estudio y tratamiento de los fenómenos sociales, en tanto que se objeto de intervención se refierè precisamente a la búsqueda de alternativas demandadas por un sujeto individual, grupal o colectivo ante una necesidad, en este caso provocada por la pérdida de salud, que responda a su satisfacción a través de la solicitud de un servicio institucional. (2)

El nuevo enfoque de la medicina social (3) con respecto a la etiología multifactorial de las enfermedades y la salud del individuo, propició el desempeño profesional de otras ciencias o disciplinas en el área de la salud; sin embargo, el desempeño profesional del trabajador social en esta área, que actualmente es una especialidad en nuestra disciplina, se ha concebido como de auxiliar de las funciones médicas; siendo importante que se comprenda como necesidad insustituible debido a que los tratamientos médicos deben ser por naturaleza de origen social y por lo tanto la función del trabajador social se hace tan indispensable como la del clínico mismo, sin olvidar esta conjugación de esfuerzos desde una concepción de INTERDISCIPLINARIDAD donde los propósitos van encaminados

- (2) MENDOZA R. María del Carmen, Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales, Ed. ATSMAC, México 1985 p.17.
- (3) CONTRERAS, Yolanda, El Trabajo Social Contemporáneo, TESIS ENTS/UNAM, 1984 p.. 2 y 4.

en forma coordinada hacia un mismo fin: la salud y el bienestar social.

Se ha considerado que ninguna ciencia posee el monopolio de los objetivos de un amplio bienestar social; el propósito de la medicina es lograr una buena salud, pero son muchas las ciencias y tecnologías que cooperan para realizar este propósito.

La medicina social: "Es la ciencia que se encarga de la preservación curación y rehabilitación de la enfermedad del ser humano en su contexto social, tomando grupos humanos como unidad biológica de trabajo".

La Medicina Social: "Es considerada como doble actividad que comprende a la vez el desarrollo de la medicina en relación con la vida social y la influencia de la vida social en relación con la salud humana, física y mental".

Las necesidades del ser humano son múltiples y por ello convergen en la concepción BIOPSIOSOCIAL, en ella los factores se interactúan unos a otros alterando la dinámica del individuo, por tanto unas determinan otras; no se puede pedir que un ser enfermo realice un trabajo efectivo, como no se puede educar al ser humano hambriento.

Cada caso clínico presenta una problemática enlazada con las relaciones interpersonales y de la familia, el

ambiente higiénico, el status económico y el nivel cultural; este último constituye el éxito o el fracaso de los esfuerzos médicos hacia la atención del enfermo. La personalidad del paciente adquiere características propias de los patrones culturales y de su ambiente, esto se refleja principalmente en lo psicosocial, dando origen a diversas enfermedades. (4)

La familia es uno de los grupos de mayor influencia en el desarrollo de la personalidad, a esta razón la ciencia social plantea al médico la necesidad de considerar al paciente no sólo como un organismo enfermo sino como una personalidad y como miembro de una familia con características propias. Por otra parte la función social del médico exige que considere ante todo el bienestar de su paciente, así como el grado de confianza que le deposite, pues el grado de transferencia afectiva determinará en gran parte la comunicación entre estos dos y en este sentido el éxito del tratamiento.

Las actitudes de la población frente a los problemas en el proceso salud - enfermedad están determinados básicamente por el tipo de cultura de esa sociedad y por el lugar que ocupa la medicina de esa sociedad de acuerdo a la estructura social y económica de la misma, así, es necesario plantearse como objetivo específico la modificación favorable de los hábitos humanos sin dejar de

(4) Ibidem p.2.

lado factores relevantes que corresponden a valores sociales de diversa índole: éticos, morales, religiosos, aspectos de la personalidad, conducta, sentimientos, otros relacionados con la familia, el trabajo, la escuela, etc.

El Trabajo Social en Oncología es concebido como una especialidad de nuestra disciplina, misma que se fundamenta en el principio y fin de nuestra profesión, cuya nueva tarea debe ser la PROMOCION SOCIAL, la que lleva implícitos los procesos de educación, concientización, capacitación y organización de la población. (5)

El Trabajo Social en Oncología debe aplicar sus métodos, técnicas y objetivos, así como el proceso de investigación científica con el fin de investigar, conocer, estudiar y tratar los fenómenos sociales en el campo de la Oncología, para contribuir con la restauración, conservación y promoción de la salud mediante programas específicos en el nivel de micro-actuación.

El Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE es uno de los que tienen mayor afluencia de pacientes dentro del Instituto y un gran porcentaje de ellos son foráneos. La mayoría de esta población llega al servicio con fuertes cargas emocionales ocasionadas por la palabra "cáncer", cuyo total significado desconocen pero a la que asocian con dolor y

(5) MENDOZA, Rangel, Op. Cit. p. 37.

muerte: esta situación generadora de angustia y ansiedad en muchos casos de desesperación en pacientes y familiares, así como de problemas de diversa índole: económica, social, administrativos, laborales, sexuales, etc., ocasionados por el diagnóstico, son considerados ampliamente por Trabajo Social a fin de poder participar con eficiencia en el manejo integral del paciente y de su familia.

Tomando en cuenta que el cáncer es un padecimiento crónico y severo, donde el control médico oncológico se hace en forma permanente y periódica, lo que ha dado como resultado que la población de este servicio sea "cautiva" y se incremente diariamente. Esta es una característica particular del servicio que determina en gran medida su dinámica y el grado elevado de productividad, pero que por lo mismo, recursos humanos y materiales no son acordes a dicha situación.

Es importante tomar en cuenta que el apoyo al paciente oncológico es fundamental en los aspectos: Biológico, Psicológico y Social del mismo, alternativa que se propone estableciendo mecanismos idóneos funcionales en forma permanente y sistemática y tomando como punto de partida para las acciones de Trabajo Social el diagnóstico y pronóstico médico a corto, mediano y a largo plazo, ya que de estos dos aspectos depende la intervención profesional del especialista del Area Social en el sentido de que en base a las características de los mencionados se manejan situaciones diversas y específicas

para cada paciente y familia.

Al manejar la realidad del caso de la forma mencionada Trabajo Social podrá implementar el tratamiento social necesario, que no buscará mas que coadyuvar al buen manejo del caso en el aspecto clínico, a la aceptación, manejo y afrontamiento del diagnóstico por pacientes y familiares para alcanzar el éxito requerido en el tratamiento y control oncológico, a través del apoyo de métodos, funciones y actividades en un nivel profesional.

El Trabajador Social como parte importante del equipo de salud en Oncología constituye un recurso de vital importancia en los diferentes renglones a los que debe abocar su participación: a nivel asistencial, (6) entendiéndose como la acción que se realiza con los solicitantes para prestar un servicio que puede ser paliativo, educativo, preventivo. Promoción social, entendiéndola como la capacitación que se debe dar al respecto y al desarrollo de pacientes tendientes a la prevención y diagnóstico temprano a las lesiones neoplásicas.

Es de relevancia para lograr el éxito en los programas oncológicos la integración y coordinación de esfuerzos humanos de distintos profesionales de diversas especialidades que permitan la concepción del ser humano

como unidad total: física, mental, emocional, espiritual y social (7) y por ende la aplicación de un tratamiento don de el médico, la enfermera y el trabajador social constituyan el pilar donde se apoye la acción asistencial, educativa y promocional de los programas oncológicos.

Con la finalidad de dar atención integral y sistemática en un sentido humano y profesional al paciente oncológico, se propone establecer los mecanismos que instituyan el seguimiento social en razón a que la investigación demuestra la necesidad de la delimitación del rol profesional de Trabajo Social para dar respuesta concreta a las necesidades de la realidad observada en nuestro estudio-investigación de seguimiento en ese Hospital del ISSSTE, que nos permitiera sistematizar las funciones a ejecutar en esta área del Trabajo Social, tomando en cuenta primordialmente las situaciones psicosociales identificadas, las repercusiones emocionales que se han derivado de la enfermedad y el tratamiento.

Para ello es necesario abocarnos a la búsqueda de alternativas que coadyuven en el funcionamiento del equipo interdisciplinario, en la labor médica como en el apoyo del paciente y su familia, de acuerdo al caso y circunstancia de que se trate.

(7) VELASQUEZ F. Op. Cit. p. 176.

4.2. Propuesta Metodológica

El seguimiento social como objetivos mediatos pretende coadyuvar en el manejo integral del paciente y su familia, así como de brindar la atención profesional que asegure alternativas concretas en la restauración, rehabilitación y conservación de la salud de los pacientes del Servicio de Oncología y en lo inmediato desarrollar el proyecto específico de Trabajo Social que contemple cada una de las necesidades de los distintos grupos y etapas de la enfermedad, para ello es importante diferenciar los siguientes aspectos:

- a) El proceso administrativo que debe seguir el paciente para que reciba atención médica.
- b) El tipo de enfermedad que se le tratará (Diagnóstico-Tumor primario).
- c) La etapa de evolución de la enfermedad.
- d) El pronóstico médico a corto, mediano o largo plazo (esperanza de supervivencia y calidad que puede ofrecércele).
- e) Características personales: edad, sexo, estado civil.
- f) Situación personal: rol familiar, social y laboral, características de la personalidad, dependencia o independencia moral y material.
- g) Situación familiar: condiciones morales y materiales.- Integración familiar, dinámica familiar, ciclo vital familiar, número de miembros en la familia; tipo de familia: abierta, cerrada, con algún problema especial.

- h) Situación económica.
- i) Caracterización cultural.
- j) Espacio físico, condiciones e influencia ambiental.
- k) Procedencia (área metropolitana y foráneos).
- m) Área de atención donde recibirá los servicios médicos el paciente, inmediata y posterior:
 - Consulta externa - Urgencias
 - Hospitalización - Áreas de tratamiento
(RT., QT., CIR.)

La identificación de los aspectos mencionados es sumamente importante en el sentido de que éstos permitirán determinar al tipo de atención y tratamiento que se le brindará a los problemas con relación a las unidades de atención y los métodos del Trabajador Social.

Es necesario considerar que actualmente el Trabajador Social se debe apoyar más en el método de grupos que en el caso individual, sin embargo, en el capítulo II analizamos cómo en esta área y especialmente en el tipo de diagnóstico al que nos abocamos, es de vital importancia la aplicación del método de caso individual, esto implica una mayor inversión de recursos humanos y materiales, así como la necesidad de un nivel de especialización de los profesionales del área Psicosocial que forman parte del equipo de Salud Oncológica, tanto en la especialidad disciplina de formación, cuanto en el área oncológica, con lo que se asegurará la calidad de la atención integral adecuada.

Para ello, hacemos la diferenciación de los grupos de acuerdo a la procedencia de los pacientes:

- A. Pacientes del Area metropolitana.
- B. Pacientes Foráneos.
- A y B. Pacientes con diagnósticos de cáncer.
- A y B. Pacientes con diagnósticos Benignos.

Subgrupos importantes se formarán de acuerdo al tipo de diagnóstico y pronóstico, con lo cual recibirán determinado tipo de tratamiento médico:

- A. Cirugia.
- B. Quimioterapia.
- C. Radioterapia.
- D. Control Oncológico.
- E. Rehabilitación.

Trabajo Social deberá seleccionar los miembros de los subgrupos a los que brindará atención y/o tratamiento:

- I. Pacientes.
- II. Familiares.

Específicamente mencionaremos de manera general los momentos de atención especializada:

- a) Orientación e información antes del tratamiento médico.

- b) Apoyo psicosocial previo al tratamiento médico planeado.
- c) Apoyo psicosocial durante el tratamiento médico.
- d) Apoyo psicosocial después o posterior al tratamiento médico.
- e) Rehabilitación: apoyo a la rehabilitación psicológica, social, económica, laboral, familiar, física, estética, sexual, etc. del paciente.

La rehabilitación familiar posterior al deceso del paciente es un punto que la investigación permitió captar como algo necesario o al menos debe estar abierto para quienes lo requieren.

En la etapa previa al tratamiento(s) para el que fueron planeados los pacientes, Trabajo Social podrá apoyar en forma general a través de pláticas audiovisuales, resolución de dudas, etc., acerca de qué es el cáncer.

Durante el tratamiento Trabajo Social buscará la posibilidad de apoyar biopsicosocialmente a los pacientes y familiares, ya sea a nivel de grupo o a nivel individual. De acuerdo al área de atención en la que se encuentre el paciente y según lo requiera.

Posterior al tratamiento Trabajo Social propiciará acciones que vayan en busca de la rehabilitación física, psicológica, social, material, sexual, ética de los pacientes a través de grupos y talleres principalmente:

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| a.- Laringectomizados | e.- Orquitectomizados |
| b.- Mastectomizadas | f.- Colostomizados |
| c.- Amputados | g.- Mutilados, etc. |
| d.- Histerectomizadas | |

Para el manejo de los pacientes es necesario que el Servicio de Trabajo Social de Oncología diseñe y maneje los mecanismos de registro y control mediante los cuales pueda identificar la clasificación de pacientes y sistematizar la información, así como evaluaciones y acciones necesarias con el fin de perfeccionar y actualizar las acciones y funciones de su área.

Instrumentos de control:

- a) Directorio de pacientes con diagnóstico de cáncer.- Foráneos.
- b) Directorio de pacientes con cáncer del Area Metropolitana.
- c) Registro de fichas de seguimiento.
- d) Carpeta de Atención Integral.
- e) Nota de Trabajo Social en Expediente Clínico y Registro Oncológico.
- f) Coordinación interdisciplinaria a través de formatos.
- g) Libretas de enlace.
- h) Citatorios, telegramas, telefonemas.
- i) Visita al domicilio del paciente.

Es relevante el cumplimiento de la tarea de ENSEÑANZA por parte de la coordinación del Programa de T.S. con el grupo de estudiantes o pasantes a su cargo, misma que permitirá sobrellevar y orientar las directrices del proyecto a manera de Supervisión, entendiéndolo como un proceso de Enseñanza-Aprendizaje y que además hará posible la evaluación periódica y final de las actividades realizadas por los estudiantes, así como la valoración de la aplicatividad del programa de Trabajo Social en Oncología.

Los estudiantes deberán conocer y manejar la Ley del ISSSTE, la organización y funcionamiento del Instituto, del hospital, del Servicio de Oncología, del Departamento de Trabajo Social y del Servicio de Trabajo Social al que prestarán su servicio. Con el fin de hacer mejor uso de los recursos institucionales y humanos con quien deban coordinarse y apoyarse en el sentido de que Trabajo Social debe dar respuestas inmediatas y concretas a la demanda de las necesidades y problemas sociales derivados del diagnóstico que traten a manera de una "Red" estructurada no sólo por el grupo de Trabajadores Sociales de Oncología, sino todos los que se encuentran en el Hospital, en tanto que el paciente frecuentemente no es manejado única y exclusivamente por el Servicio tratante, sino que requiere de la atención de otras especialidades en cualesquiera de las áreas de atención del Nosocomio.

El Coordinador del Programa en Oncología deberá cumplir con las funciones de ADMINISTRACION, dicho proceso es requerido por la intervención profesional de los Trabajadores Sociales; deberá PLANEAR el funcionamiento de su equipo y COORDINACION con el Jefe de Servicio al igual que con los Jefes de Areas de Tratamiento directa o indirectamente. DISEÑAR los instrumentos de trabajo para el control de la práctica y la sistematización. SUPERVISION del manejo de instrumentos la ejecución de actividades mediante reuniones de trabajo por equipos, entrevistas, exámenes, talleres, mesas redondas, todas ellas implícitas también en la tarea de ENSEÑANZA: la coordinación del trabajo es básica con las responsables de todas las áreas cubiertas por Trabajo Social en Oncología y en Urgencias.

La función de INVESTIGACION de y para Trabajo Social deberá ser desempeñada por los Trabajadores Sociales Comisionados y apoyada por los estudiantes, sustentándose en la metodología científica. El trabajo Administrativo (valoración de albergues, traslados, incapacidades, trámites para pensión, jubilación, etc) es función específica de los profesionales mencionados.

El uso y manejo de instrumentos como el Diario de Gabinete, el Diario de Campo, la elaboración, manejo y entrega de informes de actividades, así como de los instrumentos que permitirán cuantificar y cualificar las acciones del equipo de Trabajadores Sociales estarán bajo la supervisión del o la Coordinadora del Servicio.

4.3. Seguimiento a Largo Plazo

Dadas las dificultades que se observaron en el manejo de los pacientes foráneos y del área metropolitana, por la carencia de mecanismos de seguimiento, consideramos la necesidad fundamental de establecer algunos instrumentos de control que facilitan el manejo sistemático de los casos que se incluyan en seguimiento a largo plazo.

a) El Directorio de Pacientes que ingresen al Servicio de Oncología.-

A. Pacientes Foráneos.

B. Pacientes del Area Metropolitana.

Mediante el uso de una ficha individual que contenga los siguientes datos: (Usar fichas de diferente color para cada grupo de pacientes: A y B).

ANVERSO DE LA FICHA

DIRECTORIO DE PACIENTES ONCOLOGICOS - TRABAJO SOCIAL

Nombre del Paciente _____

Edad _____ Sexo _____ No. Expediente _____

Cama _____ Servicio _____

No. R.O. _____ Hospitalización, Consulta Externa-
Clínicas

Médico Tratante _____

Domicilio _____

En lugar de residencia, registrar Calle, No.,
Col., Localidad-

o Ciudad, Código Postal, Entidad Federativa; Teléfono(s)

Domicilio Temporal _____

(En D.F. o donde se le pueda localizar)

Teléfono(s)

REVERSO DE LA FICHA

Clínica de Adscripción _____

Teléfono _____

Ocupación _____ Secretaría _____

Adscripción _____ Teléfono _____

Persona Responsable _____

(Registrar nombre completo, domicilio
y teléfono)

Trabajador Social que registró la información _____

Control de llamadas telefónicas, Telegráficas, Visitas a
Domicilio:

1a. _____
(Registrar el tipo de servicio utilizado y motivo del
llamado)

2a. _____

3a. _____

4a. _____

5a. _____

6a. _____

b) La ficha de Seguimiento Integral.- Para pacientes que
presenten problemas de ausentismo ocasional o frecuente
y/o problemas personales o familiares, dentro del
servicio.

FICHA DE SEGUIMIENTO INTEGRAL DE TRABAJO
SOCIAL - ONCOLOGIA
ANVERSO DE LA FICHA
SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DE ONCOLOGIA

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____
Nombre(s) Apellido Paterno Materno

Edad _____ Sexo _____

Domicilio en lugar de origen

Calle y Núm. Col., Barrio Cd., Pob. C.P.
Localidad).

Domicilio Temporal en México _____
_____ Teléfono _____

Domicilio para localizar (en caso de cambio o ausentismo)

Teléfonos (especificar parentesco o relación del registrado)

Persona responsable(s) del paciente _____

especificar nombre y parentesco de dos personas mínimamente

Dependencia o Institución del Trabajador(a) _____

_____ Teléfono _____

Clinica de Adscripción _____

Teléfono _____

Nombre del(a) Trabajador(a) Social _____

II. DATOS CLINICOS

Tipo Paciente _____

Nuevo ingreso, Reingreso, Cautivo
(especificar tiempo)

Clinica de detección _____

CTM, CyC, TM, G.O.

Servicio _____

C.E., RT, QT/HOSPITAL

No. Expediente Clínico _____ No. R.O. _____

Diagnóstico _____

Pronostico _____

especificar: Corto Plazo, Mediano Plazo, Largo Plazo

Tratamiento(s) recibido(s) previamente _____

Tratamiento Indicado(s) _____

Tratamiento Subsecuente _____

REVERSO DE LA FICHA

III. EVOLUCION MEDICO - SOCIAL

Personal Diagnóstico Tratamiento

Biológico _____

Psicológico _____

Social _____

Familiar:

Psicológico _____

Social _____

Económico _____

IV. EVALUACION: Especificar el nivel de intervención:

Personal o Familiar

Inmediata _____

Mediata _____

V. Profesional de Trabajo Social

Número de Intervenciones

	Nombre del(a) Trabajador(a) Social	Fecha de Intervención
1a.	_____	_____
2a.	_____	_____
3a.	_____	_____
4a.	_____	_____
5a.	_____	_____
6a.	_____	_____

c) La Carpeta de Atención Integral.- Se trata de implementar como un instrumento real y objetivo en el sentido de que aporta los aspectos socioeconómicos, culturales, ambientales y psicosociales tanto del paciente como de su grupo familiar, en este sentido se pretende integrar la función y el área psicosocial a la médica y al mismo tiempo propiciar la integración en el otro sentido, es decir: que también debe de incluir los datos clínicos y médicos que servirán de referencia precisa para el manejo de los otros profesionales del equipo de salud.

La carpeta de atención integral es un valioso instrumento que puede facilitar por su diseño la dinámica de seguimiento integral longitudinal durante el tiempo necesario en el Servicio de Oncología.

Además de prestarnos la sistematización y objetividad de la información para fines mencionados, nos permite su utilización con fines de investigación, supervisión y evaluación de acciones.

LA CARPETA DE ATENCION INTEGRAL

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Número _____

Servicio Tratante _____

Nombre del Paciente _____

Dirección _____

Ocupación _____ Escolaridad _____

Estado Civil _____ Sexo _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____

Adscripción _____ Teléfono _____

Grupo Familiar

Nombres Escolaridad Ocupación Estado Civil

Parentesco Salud Sexo Edad

Total de Miembros en la Familia _____

II. ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR

- a. Ciclo evolutivo de la familia: Inicio, Procreación, Procreación avanzada, Independencia, Retiro o Muerte.
- b. Tipo de familia: Nuclear, Extensa, Compuesta.
- c. Caracterización: Moderna, Tradicional.
- d. Relaciones Internas: Integrada, Semi-integradas, Desintegrada.
- e. Dinámica familiar: Registrar aquí las disfunciones que presenta la familia de estudio en el subsistema identificado.
- f. Familiograma: Presentar el esquema de la composición de la familia, utilizando el formato del pedigree o generograma, con la simbología respectiva.

III. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y ECONOMICOS

- a. Cuantificación y tipo de ingresos familiares quincenales o mensuales.
- b. Distribución del ingreso.
- c. Tipo de alimentación que acostumbraban.

- d. Hábitos familiares.
- e. Tipo y condiciones de la vivienda.
- f. Religión que practican.

IV. FACTORES DE RIESGO

Destacar los antecedentes heredo-familiares de mayor importancia en orden de ascendencia, abuelos paternos, abuelos maternos, padre, madre, hermanos y otros (Tfos. primos en primero, segundo y tercer grado). Los factores considerados son: diabetes, hipertensión, sífilis, cáncer, tuberculosis, congénitos y enfermedad mental.

V. ACCIONES MEDICO PREVENTIVAS DETECTADAS

Vacunas, detección de Fiebre reumática, detección de diabetes, detección de enfermedades venéreas, cáncer cérvico uterino y de mama.

VI. PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

Educación higiénica, orientación nutricional, orientación institucional y acciones para el trabajo.

VII. HISTORIA CLINICA

Documento conocido y en este caso determinado y elaborado por el médico oncólogo.

VIII. DATOS CLINICOS DE RELEVANCIA

Registrar en este apartado los datos que sirven como clave para las acciones no sólo del médico sino también del trabajador social u otro profesional del equipo que derive sus acciones de la siguiente información:

- a. Diagnóstico.
- b. Pronóstico a corto, mediano o largo plazo.
- c. Tratamiento(s) Previo(s).
- d. Estudios a realizar.
- e. Tratamiento(s) indicado(s) y/o tipo de control oncológico.

IX. EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ENFERMEDAD Y DEL TRATAMIENTO

SINTOMAS

SIGNOS

- a. Sociales.
- b. Físicos.
- c. Psicológicos.

X. TRATAMIENTO INDICADO POR TRABAJO SOCIAL

- a. Paciente.
- b. Familia.

XI. VALORACION

- a. Mejoría.
- b. Estabilización.
- c. Agravamiento.

XII. EVALUACION

- a. Inmediata.
 - b. Mediata.
- d) Cabe mencionar que otros de los mecanismos de control y coordinación del seguimiento social oncológico estarán determinados y se usarán de acuerdo a la naturaleza de los casos estudiados. Pues no en todos los casos será necesario aplicar cada uno de ellos; la Nota de Trabajo Social debe usarse preferentemente cuando no se ha utilizado ningún mecanismo de coordinación con el equipo de salud, esta debe ser clara, concreta y precisa, ya que de este modo facilitará conocer la información a cualquier integrante del equipo inter o

multidisciplinario.

e) Las libretas de Enlace.- Son el medio de comunicación preciso a través del cual los demás integrantes del equipo pueden mantener la coordinación del trabajo y de las acciones, evitando con ello el desfase de atención por cuestiones de tiempo y horarios, por lo que deberán manejarse cuidadosamente.

f) Los mecanismos de comunicación.- A través de los cuales se establece contacto con el paciente o sus familiares usarán de acuerdo a la disponibilidad de recursos existentes y a la urgencia que reporta cada caso.

g) Los Estudios Sociales y la Visita al Domicilio del Paciente, deberán realizarse de acuerdo a la necesidad de los pacientes u del equipo tratante, cuidando que los responsables de aplicarlos sean Trabajadores sociales especializados o capacitados para el área de oncología. Específicamente en el caso de que reporten ausentismo o problemas de magnitud importante debe efectuarse la visita a domicilio para investigar las causas y brindar el apoyo especializado, tomando en cuenta que el Servicio de Trabajo Social debe disponer de recursos humanos "de apoyo" suficientes y capacitados.

4.4. Recursos Humanos:

De acuerdo a la extensión física y al número de áreas de atención que conforman el Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE se considera la necesidad de acrecentar los recursos humanos de Trabajo Social de la siguiente forma:

CANTIDAD DE RECURSOS	NIVEL PRO-FESIONAL	SERVICIO	FUNCIONES	TIEMPO
1 T.S.	Licenciatura	Consulta Externa	Coordinador del Programa de T.S. en Oncología	8:00 15:00 Hrs.
1 T.S.	Licenciatura	Hospitalización	Responsable del Area	8:00 15:00 Hrs.
1 T.S.	Licenciatura	Areas de Tratamiento (RT., QT. Cir menor)	Responsable de Areas que atienden a pacientes ambulatorios	8:00 15:00 Hrs.

4	Pasante o estudiante Licenciatura y/o Técnico	C. Externa Hospita- lización Radioter- apia Quimio- terapia y Cir Menor	Auxiliar del Area Auxiliar del Area Auxiliar del Area Auxiliar del Area	Turno Matutino (Servicio Social Prácti- cas Pro- fesion- ales, etc
---	--	--	--	---

4	Pasantes o estudiantes Licenciatura y/o Técnico	C. Externa Hospita- lización Radioter- apia Quimio- terapia.	Encargados de cada Area	Turno Vespertino (Servicio Social Prácti- cas Pro- fesion- ales
---	--	--	-------------------------------	--

ORGANIZACION Y FUNCIONES:

Los cuatro estudiantes o pasantes en Servicio social restantes deberán asistir en el turno vespertino permaneciendo de igual forma:

Un estudiante por cada área: Consulta Externa, Hospitalización, Servicio de Radioterapia y Servicio de Quimioterapia.

El grupo de Trabajadores Sociales en Servicio Social o prácticas profesionales se incorporará como personal de apoyo en la aplicación del programa de Trabajo Social de Oncología; es requisito ineludible someter a los estudiantes y/o pasantes primeramente a un curso de capacitación en Oncología, que sea impartido por un equipo interdisciplinario del mismo servicio (Trabajador Social, Médico Oncólogo, Quimioterapeuta, Radioterapeuta, Patólogo, Cirujano Oncólogo, Terapeuta, etc), de tal forma que éste, les permita integrarse en equipo interdisciplinario.

El Coordinador del programa deberá delimitar las funciones en cada nivel de la profesión para el mejor aprovechamiento de los recursos.

4.5. El Trabajo en Equipo

La atención del paciente requiere de la intervención de un equipo de profesionales que como ya hemos mencionado necesitan partir de la concepción integral de éste para que sus objetivos vayan encaminados al mismo fin: La restauración de la salud y el bienestar del paciente.

El trabajo de equipo no puede ni debe prescindir de una buena coordinación, misma que lleva implícita el establecimiento de niveles adecuados de comunicación.

El trabajo en Equipo Inter y multidisciplinario permite por una parte la asesoría entre los integrantes y la retroalimentación, por la otra, con lo que se propicia asegurar acciones más veraces y seguras para el paciente y la familia, asimismo el logro de la especialización en el Area y la definición y delimitación de roles profesionales.

SESIONES CLINICAS

Es de vital importancia la participación del Trabajador Social en las sesiones clínicas que se llevan a cabo en el Servicio de Oncología, puesto que esta posibilidad permite no sólo al profesional mencionado, sino al equipo inter o multidisciplinario, el conocimiento y manejo integral de los casos a través de la apertura en la comunicación, mediante la exposición y el diálogo a cerca del manejo de cada caso en el estudio especializado de cada una de las áreas del ser humano de manera interrelacionada.

Características Generales de los Integrantes del Equipo de Salud

- Identificarse con las bases filosóficas de la Seguridad y Solidaridad.
- Identificarse con los objetivos de la institución.
- Mantenerse dentro del marco ético institucional.
- Realizar sus acciones dentro de un marco humanista.

- Desarrollar acciones con espíritu de servicio constante.
- Poseer preparación técnica adecuada según su área.
- Realizar sus acciones con bases científicas.
- Sentirse parte del equipo de salud.
- Interesarse por optimizar los recursos.
- Poseer espíritu de crítica constructiva.
- Interesarse en la promoción y participación de la Educación Continua.

Funciones del Equipo de Salud:

- Los equipos de salud deben ser multidisciplinarios con acción interdisciplinaria.
- Las actividades deben ser acordes con la filosofía del IMSS y del ISSSTE de dar atención integral a la salud.
- Considerar al paciente y a la familia como la unidad de atención médico-social integral.
- Dentro de las funciones del equipo de salud se deben contemplar lo s siguientes: Planificar, realizar y evaluar baja atención integral a la salud, proponer objetivos en base a la información de la problemática.
- Con respecto a la Atención Médico-Social, se debe promover y participar en el análisis estadístico de la Unidad Médica.
- Coordinar acciones conjuntas con los equipos de salud.
- Promoción de la salud prevención de la enfermedad.
- Solucionar integralmente el problema del enfermo y del familiar.

- Hacer participar al derechohabiente en los programas de salud.
- Con respecto a la función de Educación, realizar educación médico-social del paciente y la familia con una proyección a la comunidad.
- Realizar Programas de Educación Continua para el personal.
- Con respecto a la Investigación, realizar investigación clínica y social.
- Proponer y establecer indicadores de calidad de la atención médica y social.
- Establecer sistemas de evaluación.

Organización del equipo de Salud:

- División en el trabajo del equipo multidisciplinario con especificación precisa de las actividades de acuerdo al tercer nivel de atención médica.
- Conducción y coordinación adecuada de las acciones interdisciplinarias para poner a disposición de cualquier individuo, todos los recursos institucionales para el cuidado integral de la salud.
- Desarrollo de actividades bajo normas congruentes.
- Mecanismos efectivos de supervisión y evaluación de la operación.

Integrantes del equipo de Salud:

Médicos oncólogos, enfermeras o auxiliares, trabajadores sociales, asistentes de consultorio, terapeutas, psicólogo. El equipo de salud de Oncología debe estar integrado por todos aquellos profesionales que posibilitan el logro de los objetivos en este servicio.

Liderazgo del Equipo de Salud:

El médico puede ser el coordinador y guía de las actividades del equipo de salud para optimizar su acción, sin embargo cada uno de los miembros del equipo de salud asume el liderazgo en cuanto se aborde su área.

Integración del Derechohabiente al Equipo de Salud:

En virtud de que el derechohabiente es un ser racional con el cual debemos podernos comunicar y de que las Unidades Médicas existen para otorgar atención médica integral, la educación médica, la educación para la salud, constituyen una parte de gran importancia y trascendencia de esta atención médica, ya que a través de ella será posible lograr a mediano plazo que los derechohabientes participen en el fomento y la conservación de un buen estado de salud que le permita un bienestar físico, mental y social.

Al lograr que participe el derechohabiente en las acciones preventivas en sus diferentes niveles, se estará logrando un beneficio incalculable para él y la familia que a su vez repercutirá en beneficio del Equipo de Salud al no permitir que el paciente se ausente o abandone el tratamiento o control oncológico y que además estén preparados para el manejo adecuado de la enfermedad tanto a nivel personal como familiar.

La educación o promoción de la salud, es a final de cuentas, el único procedimiento que puede lograr este objetivo. Para que la educación para la salud que se imparta, logre el cambio de hábitos y actitudes en los derechohabientes, es absolutamente indispensable que se establezca la comunicación positiva en ambos sentidos, es decir, el médico hacia el derechohabiente y el derechohabiente hacia el médico o personal de Equipo de Salud.

El establecimiento de una comunicación positiva es posible si el personal que la va a realizar tiene una actitud de paciencia, de tolerancia sobre todo de comprensión a su labor como transmisor de un conocimiento nuevo y probablemente no muy fácil de entender por su interlocutor. Es básico tener presente siempre que el estado de ánimo de un individuo sano y de uno enfermo es diferente siendo menos receptivo y más susceptible el individuo enfermo, de manera que se requiere más tacto, para no aumentar la angustia que causa la enfermedad y

poder establecer esa comunicación favorable que permita el aprendizaje o la retención y aplicación del mensaje que se requiere hacer llegar.

Puntos clave que permitirán llegar el mensaje al receptor:

- 1.- Emplear un lenguaje comprensible, preciso y concreto.
- 2.- Transmitir uno o dos conocimientos básicos como máximo a la vez.
- 3.- Explicar razones médicas comprensibles para el receptor.
- 4.- Hacer ver el beneficio que recibirá al acatar las indicaciones dadas.
- 5.- Convencer al receptor de que la responsabilidad de su estado de salud es compartida tanto por él como por el personal que le otorga la atención médica-social.
- 6.- El asistente del consultorio debe ser el enlace eficiente entre el médico y el paciente, por tanto éste debe permitir la ayuda en otorgar un servicio de alta calidad, oportuno y con cortesía. Tomando en cuenta que toda persona que acude al servicio tiene un problema, ya sea físico o mental, en ella o en algún miembro de la familia y merece comprensión y tolerancia del estado emocional con que se presente a la consulta.

4.6. Evaluación de la Propuesta

Si partimos de que la evaluación es un proceso crítico que permite estimar, registrar y constatar periódicamente los resultados obtenidos de los propósitos y metas propuestas en el proyecto, podemos pensar en la importancia que representa el llevar a cabo la evaluación de la "propuesta metodológica" en el corto, mediano y largo plazo, que nos permita la valoración de los métodos, técnicas e instrumentos mediante los que funcionan la presente, con la finalidad de hacer las modificaciones o innovaciones que la realidad requiera. Dicha evaluación deberá ser efectuada con la ayuda de instrumentos elaborados por la coordinación y por los responsables de cada una de las áreas (operatividad, enseñanza, coordinación e investigación) del Servicio de Trabajo Social en Oncología, que contemplen además de la cantidad, la calidad de las acciones en forma concreta.

La evaluación guarda en sí las bases para el avance, la corrección y la implementación de nuevos elementos para la práctica, por tanto, podríamos pensar en crear bases con el propósito de llevar a cabo la sistematización de la práctica profesional en el ámbito del Trabajo Social Oncológico.

ESQUEMA PROPOSITIVO DEL MODELO
DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pasos que debe seguir el paciente al ingresar al servicio de oncología	Regulativos que debe llenar para obtener atención médica	Problemas detectados por Trabajo Social	Alternativas de solución identificadas por Trabajo Social	Funciones higiénicas de Trabajo Social	Metodología de Trabajo Social	Unidades de Atención	Acciones de Trabajo Social	Mecanismos de apoyo para brindar información, orientación y capacitación	Áreas de aplicación en el servicio de oncología	Áreas de Trabajo Social
<p>Filtros de ingreso al servicio de oncología</p> <p>1) Valoración</p> <p>- A tratamiento de radioterapia</p>	<p>Presentar hoja de envío de la clínica de adscripción del Zópio torre de consulta externa, interconsulta u hoja de envío institucional.</p>	<p>No todos los casos son enviados de la clínica de adscripción. Casos que llegan por su cuenta. Falta de preparación psicológica para someterse al tratamiento.</p>	<p>Valoración del caso.</p> <p>Coordinación interdisciplinaria.</p> <p>Canalización respectiva.</p> <p>Ficha de Trabajo Social.</p> <p>Valoración</p> <p>Coordinación</p> <p>Ficha de T.S.</p> <p>Canalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación - Asesoría - Información - Educación 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación - Administración - Supervisión 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo Social de casos - Trabajo Social de Grupo 	<p>Investigar la procedencia del sujeto, motivo por el que llegó al servicio, condiciones, psicosociales y económicas.</p> <p>Informar a cerca de los requisitos de ingreso.</p> <p>Orientar a cerca de la conducta o norma que deberá seguir el solicitante.</p>	<p>La información podrá apoyarse con trípticos, mapas, e información precisa del servicio y del hospital.</p>	<p>Consulta externa.</p> <p>Recepción Zópio.</p> <p>Torre u oficina de Trabajo Social de oncología.</p> <p>Consulta externa en el área de radioterapia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Asistencial. - Preventivo. - Promoción.

ESQUEMA PROPOSITIVO DEL MODELO
DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pasos que debe seguir el paciente al ingresar al servicio de oncología	Requisitos que debe llenar para obtener atención médica	Problemas detectados por Trabajo Social	Alternativas de solución identificadas por Trabajo Social	Funciones específicas de Trabajo Social	Metodología de Trabajo Social	Unidades de Atención	Acciones de Trabajo Social	Mecanismos de apoyo para brindar información, orientación y capacitación	Áreas de aplicación en el servicio de oncología	Áreas de Trabajo Social
2) Trámite de apertura de expediente	<p>En vigencia de derechos; credencial ISSSTE, GIL o talón de cheque.</p> <p>Traslado oficial de dependencia económica (si el paciente es padre o madre de trabajador.</p> <p>(presentar documentos actualizados) para obtener Vo. Bo. En caso de incapacitación; con Vo.Bo. de vigencia de derechos obtenidos.</p> <p>-Apertura de expediente.</p> <p>-Carnet de citas</p> <p>-Mica con datos generales.</p>	<p>Documentos no actualizados.</p> <p>Documentos incompletos.</p> <p>El paciente no tiene acude sin traslado oficial y mal orientación sobre la atención inmediata que recibirá.</p> <p>No sabe como obtener las prestaciones del traslado oficial.</p>	<p>Valoración del caso.</p> <p>Consultación.</p> <p>Prevenir situaciones que causen problemas al paciente.</p> <p>Informar y orientar al paciente y/o familiar sobre el uso del traslado oficial.</p>	<p>-Asesoría</p> <p>-Capacitación</p> <p>-Educación</p> <p>-Asistencia</p> <p>-Coordinación</p>	<p>-Administración</p> <p>-Supervisión</p>	<p>-Trabajo Social de casos</p> <p>-Trabajo Social de grupo</p>	<p>Coordinación interdisciplinaria.</p> <p>Información sobre la importancia de reunir todos los requisitos establecidos.</p> <p>Establecer la coordinación con los servicios de trabajo social del interior de la República Mexicana del ISSSTE y de la zona metropolitana.</p> <p>Canalizar al paciente y acompañante al albergue (estancia temporal) con la autorización del médico tratante y/o servicio de Trabajo Social del hospital.</p>	<p>Apoyar información con volantes, folletos, trípticos y mapas del servicio y del hospital.</p> <p>Establecer la coordinación mediante la comunicación telefónica, telegráfica y a través de los propios pacientes o con la oficina de T.S. foráneas, así como con la subdirección médica del ISSSTE.</p>	<p>Consulta externa 2o. piso Torre Social oncológica.</p>	<p>-Asistencia.</p>

ESQUEMA PROPOSITIVO DEL MODELO
DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLOGICOS

Pasos que debe seguir el paciente al ingresar al servicio de oncología	Requisitos que debe llenar para obtener atención médica	Problemas detectados por Trabajo Social	Alternativas de solución identificadas por Trabajo Social	Funciones significativas de Trabajo Social	Metodología de Trabajo Social	Unidades de Atención	Acciones de Trabajo Social	Mecanismos de apoyo para brindar información, orientación y capacitación	Áreas de aplicación en el servicio de oncología	Áreas de Trabajo Social
3) Obtención de cita para pre-consulta	Presentar carné de citas en la recepción del servicio de oncología donde le registrarán su cita	El paciente acude al servicio mal orientado esperando someterse al tratamiento urgente	Sensibilizar al paciente y a la familia, informar en forma precisa	-Orientación -Asesoría -Capacitación	-Investigación	-Trabajo Social de casos. -Trabajo Social de grupos	Información y orientación acerca del tipo de enfermedad que se trata en el servicio de oncología y de los procedimientos requeridos para ser diagnosticado	Usar medios de comunicación como audiovisuales, filmines y diapositivas, etc.	Consulta externa 2o. piso, Torre-Oficina de Trabajo Social oncológica. Sala de juntas del servicio	-Asistencial. -Promocional. -Educativo. -Correctivo.
4) Fracon-sulta	Presentar carné en la recepción del servicio a la hora y fecha de su cita para ser llamado por el médico que le atenderá	Falta de orientación con respecto a la movilidad de exámenes de gabinete y/o laboratorio para el diagnóstico	Información concreta, asesoría para obtener estudios y/o exámenes clínicos si fué tratado en otro hospital u otra institución del sector salud. Asesoría. Canalización	-Orientación -Educación -Capacitación -Coordinación	-Administración. -Investigación.	-Trabajo Social de casos. -Trabajo Social de grupos.	Asesoramiento a pacientes y/o acompañantes. Orientación e información necesaria	Apoyar dichos trámites con mapas del hospital por cada servicio al que acudirán a estudios clínicos, planos y volantes	Recepción de oncología. Consulta externa 2o. Piso, Torre	-Asistencial. -Preventivo. -Educativo.

ESQUEMA PROPOSITIVO DEL MODELO
DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pasos que debe seguir el paciente al ingresar al servicio de oncología	Requisitos que debe llenar para obtener atención médica	Problemas derivados por Trabajo Social	Alternativas de solución por Trabajo Social	Funciones de los miembros de Trabajo Social	Metodología de Trabajo Social	Unidades de Atención	Acciones de Trabajo Social	Mecanismos de apoyo para brindar información, orientación y capacitación	Áreas de aplicación en el servicio de oncología	Áreas de Trabajo Social
*) Control de primera vez.	Programar cita con el servicio de atención médica. Presentar resultado de exámenes indicados por el médico.	El paciente no establece comunicación con el médico, después de la consulta requiere resolución de dudas sobre su padecimiento. El aspecto psicológico que causa la configuración del diagnóstico.	Capacitar al paciente para que aprenda a utilizar el tiempo de la consulta y tomas sus dudas con su médico tratante. Informar, apoyar al paciente y familiares con respecto a la agitación que deberán asumir frente al diagnóstico.	-Orientación -Asesoría -Capacitación -Educación	-Investigación -Administración -Supervisión	-Trabajo Social de casos -Trabajo Social de Grupo	Mediante la entrevista se debe orientar, capacitar y educar al paciente y a la familia para el buen manejo de sus próximas citas médicas. Brindar atención psicosocial para el manejo del diagnóstico	Además de la entrevista se apoyará mediante orientaciones precisas impresas en volantes y a nivel grupal a través de medios audiovisuales para audiointeractivos	Consulta externa 2o. Piso, Torre-oficina de Trabajo Social oncológico Salud de juntas para audiointeractivos	-Asistencia Social. -Preventivo. -Educativo. -Promocional.
b) Consulta de seguimiento.	Programación en la consulta en el consultorio o oficina de detección (C.V.C., C.H., C.O., T.M.). Obtención de resultados de estudio Obtención de resultados de estudio histopatológico previo a fuera del servicio en su caso	Pre disposición al tratamiento propuesto. Pre disposición al abandono del tratamiento propuesto. Substitución de tratamiento científico-médicos.	Informar al paciente y a su familia con respecto al tratamiento propuesto. Educar y capacitar al paciente para someterse al tratamiento. Dar apoyo psicosocial específico y prevenir situaciones a nivel psicosocial.	-Orientación -Asesoría -Información -Capacitación -Educación -Asistencia	-Investigación -Coordinación -Administración	-Trabajo Social de casos -Trabajo Social de grupo	Informar y orientar al paciente sobre los tratamientos oncológicos a los que deberá someterse, naturaleza y efectos secundarios del tratamiento. Beneficios para la salud. Prevenir situaciones psicosociales mediante la asistencia requerida	Orientar al paciente y familiar con la ayuda de material impreso (volantes, trípticos, etc.) y audiovisual	Consulta externa 2o. Piso, Torre-oficina de material impreso (volantes, trípticos, etc.) y audiovisual radio terapia, C.E., quimioterapia y hospitalización en su caso	-Educativo -Promocional -Preventivo -Capacitación -Asistencia

ESQUEMA PROPOSITIVO DEL MODELO
DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES UNCOLOGICOS

Pasos que debe seguir el paciente al ingresar al servicio de oncología	Requisitos que debe llenar para obtener atención médica	Problemas detectados por Trabajo Social	Alternativas de solución identificadas por Trabajo Social	Funciones específicas de Trabajo Social	Metodología de Trabajo Social	Unidades de Atención	Acciones de Trabajo Social	Mecanismos de apoyo para brindar información, orientación y capacitación	Áreas de aplicación en el servicio de oncología	Áreas de aplicación en el Trabajo Social
7) Asistencia durante el tratamiento	El servicio de Trabajo Social debe ir en busca de los pacientes y familiares para detectar las necesidades psicológicas, sociales, laborales, económicas, escolares, familiares, etc	Falta de orientación para la obtención de servicios administrativos y de asistencia para el paciente. Problemas laborales, escolares. Problemas familiares del paciente. Problemas laborales del familiar u acompañante responsable del paciente. Incapacidad de la familia para afrontar la situación momentánea. Mal manejo de recursos familiares "Potenciales"	Orientación, asesoramiento y educación para el buen manejo de recursos humanos materiales y familiares. La asistencia en el renglón del que nos ocupamos es básica en este momento	-Información -Investigación -Orientación -Asistencia -Capacitación -Asesoramiento -Educación	-Investigación -Administración	-Trabajo Social de casos	Orientar, informar y asesorar al paciente para hacer mejor uso y aprovecharlo de los recursos institucionales y familiares. Facilitar los medios para la obtención de incapacidades necesarias tanto para paciente como para acompañante. Asesorar a la familia para hacer buen uso de sus recursos por tiempos a largo plazo	Mediante la comunicación directa y el apoyo de material impreso como - audiovisual. Uso de mapas, vistas telefónicas, etc.	Consulta externa (manejo de pacientes ambulatorios) diversas áreas cirujía menor tratamientos de quimioterapia, radioterapia, etc. Hospitalización; diversos tratamientos: cirugía, radioterapia, intracavitaria, quimioterapia, etc.	-Asistencia. -Preventivo. -Promoción -capacitación -Educación

52
1
5

ESQUEMA PROPOSITIVO DEL MODELO
DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pasos que debe seguir el paciente al ingresar al servicio de oncología	Requisitos que debe llenar para obtener atención médica	Problemas detectados por Trabajo Social	Alternativas de solución identificadas por Trabajo Social	Funciones específicas de Trabajo Social	Metodología de Trabajo Social	Unidades de Atención	Acciones de Trabajo Social	Mecanismos de apoyo para brindar información, orientación y capacitación	Áreas de aplicación en el servicio de oncología	Áreas de Trabajo Social
8) Rehabilitación física (*), Psicología y Social	Programar cita en servicio indicado. En el aspecto Psicosocial, Trabajo Social debe ir en busca del paciente y su familia	El paciente no se rehabilita en el aspecto psicosocial. Manejo familiar inadecuado del problema, repeticiones maternas	Brindar apoyo concreto a nivel individual y en términos de dinámica familiar, Terapia Familiar. Apoyo material en su caso. Coadyugar al logro de la rehabilitación física	-Investigación. -Asistencia. -Educación. -Capacitación	-Investigación. -Administración	-Trabajo Social de casos. -Trabajo Social con proyección a la comunidad.	Hacer descubrir en el ser humano nuevas dimensiones nuevas, con respecto a su estado biopsicosocial. Integrar al individuo primero en sus tres áreas y segundo al núcleo familiar y social. Investigar y localizar infraestructura social para apoyo familiar	La comunidad directa, la lectura, el diálogo familiar, y el apoyo a través de un directorio de T.S. relacionado con infraestructura social básica	Consulta externa. Hospitalización. Áreas de tratamiento ambulatorio. Medio familiar en su caso	-Asistencial. -Correctivo. -Educativo Promocional. -Preventivo

ESQUEMA PROPOSITIVO DEL MODELO
DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pasos que debe seguir el paciente al ingresar al servicio de oncología	Requisitos que debe llenar para obtener atención médica	Problemas detectados por Trabajo Social	Alternativas de solución identificadas por Trabajo Social	Funciones específicas de Trabajo Social	Metodología de Trabajo Social	Unidades de Atención	Acciones de Trabajo Social	Mecanismos de apoyo para brindar información, orientación y capacitación	Áreas de aplicación en el servicio de oncología	Áreas de Trabajo Social
9) Pacientes en control oncológico periódico.	Programación de consultas subsiguientes según indicaciones servicio tratante	Ausentismo ocasional. Ausentismo a largo plazo. Deserción. Abandono al servicio	Educar al paciente para que no pierda ninguna cita programada	-Informar. -Orientar. -Capacitar. -Promover y educar.	-Planificación. -Supervisión. -Control. -Evaluación.	-Trabajo Social de casos. -Trabajo Social de grupos-comunidad	Desarrollar programa de pláticas educativas continuas para pacientes y familiares. Hacer talleres de evaluación con grupos de pacientes	A través de grupos y con auxilio del material impreso, (folios, revistas, etc.) material audiovisual	Consulta externa 2o. Piso, Torre-oficina sala de juntas y/o aulas de enseñanza del hospital	-Promocional. -Capacitación. -Educación. -Prevención
10) Pacientes fuera de tratamiento oncológico (*)pacientes.	*Pacientes con dolor. *Pacientes en fase terminal. *Pacientes que fallecen hospitalizados	Abandono y/o falta de interés por estos pacientes. Necesidad de atención especializada a nivel integral	Brindar asistencia a paciente. Integrar acciones de apoyo paralelas a la clínica del dolor. Asesoramiento en la obtención de servicios - institucionales	-Asistencia -Asesoría -Coordinación	-Investigación -Coordinación -Administración	-Trabajo Social de casos	Brindar apoyo psicosocial en los casos necesarios. Acciones simultáneas de tipo psicosocial y material para las al servicio de la clínica del dolor. Orientación para la obtención de recursos y servicios institucionales	La comunicación directa con el apoyo de información impresa en folios y trípticos	Consulta externa u hospitalización. Domicilio del paciente	-Asistencial. -Promocional

ESQUEMA PROPOSITIVO DEL MODELO
DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pasos que debe seguir el paciente al ingresar al servicio de atención	Requisitos que debe llenar para obtener atención médica	Problemas detectados por Trabajo Social	Alternativas de solución identificadas por Trabajo Social	Funciones específicas de Trabajo Social	Metodología de Trabajo Social	Unidades de Atención	Acciones de Trabajo Social	Mecanismos de apoyo para lograr información, orientación y capacitación	Áreas de aplicación en el servicio de oncología	Áreas de Trabajo Social
11) Rehabilitación familiar.	Familias con antecedentes de un paciente oncológico tratado en el servicio de oncología	Importante necesidad de rehabilitación psicosocial dentro de los 5 años posteriores al diagnóstico del paciente	Prestar apoyo psicosocial en términos de dinámica familiar	-Asistencia.-Asesoría.-Rehabilitación familiar	-Investigación.-Administración	-Trabajo Social de grupo	Brindar apoyo psicosocial a nivel de dinámica familiar	La comunicación directa verbal e impresa	Consulta externa medio familiar	-Asistencia.-Promocional.-Correctivo

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Dentro del Sector Salud el ISSSTE es el organismo del Sector Público que brinda atención a los trabajadores, al servicio civil de las dependencias y las entidades de la Administración Pública Federal por ley o por acuerdo del Ejecutivo se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros.

En su ley constitutiva se establecen con carácter obligatorio los siguientes seguros, prestaciones y servicios: Medicina preventiva, seguros de enfermedades y maternidad, servicios de Rehabilitación física y mental, seguros de riesgos del trabajo, seguros de jubilación, seguro de retiro por edad y tiempo de servicios, seguro de invalidez, seguro por causa de muerte, seguro de sesantía en edad avanzada, indemnización global, servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil.

Corresponde al Hospital "20 de Noviembre" entre otros, operativizar la atención médica, lugar donde se detectó la problemática que motivó el estudio de pacientes oncológicos.

Como experiencia en el proceso de investigación llevado a cabo para determinar la población objeto de estudio de esta tesis, pudimos detectar que muchas veces la falta de fuentes fidedignas o datos precisos limitan los alcances de la investigación y así observamos que en la Institución

donde se llevó a cabo el estudio, el Servicio de Oncología favorablemente cuenta con un registro Oncológico de todos los pacientes que ingresan al mismo, sin embargo no funciona óptimamente, la duplicidad de registros por paciente, la carencia de algunas notas de evolución o de estudios efectuados, así como el traspapeleo, ocasionan principalmente en cuestiones de investigación, la falta de veracidad o trastornos en la misma. Lo que necesita de un manejo más riguroso, especialmente del personal administrativo que tiene a su responsabilidad funciones de suma importancia, que van desde la toma de datos en la apertura del expediente clínico y del registro oncológico, el manejo de horas de evolución, hasta el trato continuo con el paciente y sus familiares o acompañantes.

Diversas acciones de las que corresponden a Trabajo Social dependen o están sujetas a los datos generales del paciente que se registran en el Expediente Clínico o Duplicado del Servicio de Oncología; aparecen en forma precisa por lo general, únicamente después de que el paciente ha sido hospitalizado, cuestión que no es favorable para la gran mayoría de los casos al verse entorpecida la labor médico-social del Equipo de Salud tratante y directamente afecta al paciente. Esta situación demanda la toma de conciencia por parte de quienes desempeñan funciones administrativas y son directamente responsables, especialmente por quienes colaboran como parte de equipo de salud en Oncología, para que no se descuide la labor profesional que es de relevancia igual que

la de otros miembros del Equipo de Salud.

Se observa una considerable concentración de pacientes en el Servicio de Oncología, por lo que concluimos que la regionalización vigente no opera en este servicio en el sentido de que se demostró que más de la mitad de los pacientes allí atendidos proceden de toda el área metropolitana y la otra porción se distribuye con pacientes foráneos de toda la República Mexicana, principalmente porque es el único hospital que cuenta con los equipos, laboratorios, especialidades de tratamiento, etc. para atención que requieren estos pacientes con cáncer, a pesar de que estos últimos, así como los espacios físicos, el número de camas y los recursos humanos ya no son suficientes para tal demanda.

El cáncer es una enfermedad crónica-degenerativa que necesita controlarse en el largo plazo, razón que sugiere porcentajes altos en relación con la población "cautiva", sumada a la de nuevo ingreso y a la mencionada anteriormente; se plantea la urgente necesidad de crear un hospital de oncología dentro del Instituto que permita concentrar física, administrativa, asistencial e institucionalmente la prestación de servicios que demanda este grupo en riesgo, de manera más integral y humana en la búsqueda de la conservación, preservación, rehabilitación y prevención de la salud. O mínimamente la posibilidad de acrecentar los recursos humanos para el servicio de oncología con que cuenta el Hospital Regional "20 de

Noviembre".

La gran afluencia de pacientes y el tipo de diagnóstico que trata el Servicio de Oncología, así como la ubicación de este y los escasos recursos humanos han propiciado una "baja" en la calidad de atención al paciente, ésta no se logra en forma integral.

La demanda de atención integral por parte de los pacientes de la zona metropolitana y foráneos se concretiza en problemas específicos de origen social, emocional, familiar, económico, sexual, etc., problemas que identificamos en el transcurso de la investigación y que requieren de tratamiento especial por la(s) profesión del área que le compete, en este caso, al Trabajador Social.

Lo anterior requiere de la sistematización de procedimientos de control que permita el manejo adecuado de los casos en particular y en forma general.

Sin embargo, no existe ningún procedimiento de control en forma sistematizada para el manejo del paciente por parte del servicio de Trabajo Social de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Al no existir mecanismos sistematizados de control por Trabajo Social en ese servicio, ocasiona una falta de integración interdisciplinaria del profesional de esta área, que repercute en la calidad de atención del paciente.

brindándosele una escasa atención a su problema de salud.

El seguimiento de casos 1981-1987 demostró que casi la mitad (48.3%) de los pacientes que ingresaron en 1981 abandonaron el servicio por diversas causas, de ellos un 12.5% abandonó con actividad tumoral, lo que constituye un grave problema por el riesgo de que en poco tiempo se desarrolle rápidamente el cáncer, esto, nos reporta la necesidad del seguimiento social por parte de Trabajo Social que coadyuve a la no deserción del paciente, aplicando los métodos, tratamientos y procedimientos que motiven al paciente a permanecer en el Servicio tratante; así, el Trabajador Social debe procurar la búsqueda de los pacientes y no esperar que estos acudan a él.

El padecimiento del cáncer es catalogado como una enfermedad severa, que si no se trata oportunamente puede acabar con la vida del paciente. Los tratamientos oncológicos son más agresivos (Radioterapia, Cirugía, Quimioterapia, etc.), en este sentido es necesario hacer incapié en el Servicio de Trabajo Social para que desarrolle programas de apoyo, educación y rehabilitación psicológica, social y económica para pacientes que se someten a tratamiento a fin de implementar la calidad en la atención del paciente. Asimismo se reitera la necesidad de instituir el seguimiento social en forma sistemática a largo plazo y paralelo al seguimiento clínico o médico que el Servicio de Oncología maneja, en tanto que se ha registrado un 25% de población "cautiva", en cinco años

de seguimiento. Esta población ha registrado ausentismo ocasional o en mediano plazo en un 16.4%.

En razón a que el 67% de los pacientes no aceptan el tratamiento quirúrgico, es necesario hacer énfasis en el desarrollo de programas de promoción y educación para pacientes y familiares de nuevo ingreso, que les permita conocer la evolución natural de la enfermedad, su manejo, la influencia de los tratamientos y las posibilidades de curación, rehabilitación y sobrevida.

La naturaleza de la enfermedad propicia un cambio de roles en la dinámica familiar, misma que genera situaciones de ansiedad para el paciente y para todo el sistema familiar, especialmente en las etapas iniciales y terminales de la enfermedad, al no estar preparados ni capacitados para afrontar dichas situaciones. El Trabajador Social debe aplicar métodos y técnicas propias que faciliten el tratamiento social en distintos niveles (prevención, apoyo, rehabilitación, terapia, etc.), a través de las unidades de atención que propiamente maneja: caso, grupo y comunidad.

El Trabajador Social en Oncología debe procurar la investigación, planeación, ejecución y evaluación de programas proyectados a la comunidad con el fin de propiciar la modificación de hábitos existentes, por otros que contribuyan a la prevención de la enfermedad maligna y de otras crónico-degenerativas paralelas al cáncer, mediante la información, orientación, sensibilización, motivación y

capacitación de la población en los programas de educación para la salud en este rubro, con lo que se logrará detener los porcentajes tan elevados de las enfermedades crónicas en la actualidad.

El Trabajador Social de Oncología debe aplicar la metodología científica de la disciplina con el fin de identificar y proporcionar alternativas concretas que propicien la concientización de la población involucrada, a fin de que esta pueda movilizarse, organizarse y afrontar objetivamente los problemas de tipo personal, emocional, familiar, económico, administrativo, social, etc.; no permitiendo así que esos debiliten su calidad de vida.

Más de la mitad de los pacientes (57%) que ingresan al Servicio de Oncología resultan positivos para diagnósticos de cáncer, de estos el 31.2% son foráneos, consideración que nos exige mayor interés por parte de Trabajo Social en la coordinación, manejo y educación del paciente en relación con las oficinas de Trabajo Social y Directores de provincia; al detectar por nuestra parte problemas que recaen directamente en el paciente y su familia por un lado, y por el otro en la sobrecarga de trabajo administrativo, en el personal médico y social de Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, cuestión que puede manejarse en forma preventiva, logrando evitar con ello la frecuente aparición de situaciones mencionadas.

Menos del 50% de los pacientes que asisten al Servicio de Oncología son diagnosticados como casos "benignos", sin embargo; estos pacientes permanecen durante un tiempo considerable en el, además, varios de ellos son sometidos también a tratamientos quirúrgicos y radioterapéuticos; en el largo plazo un 5% permanece en control médico y algunos han evolucionado a la enfermedad maligna. La presente situación demanda la necesidad de atención integral, así como el desarrollo de programas de Apoyo y Educación para la Salud en este renglón, por parte del equipo interdisciplinario, con mayor énfasis en el desempeño del rol del Trabajador Social.

Después de estudiar a un grupo considerable de pacientes del servicio de oncología y de observar el seguimiento clínico instituido por ese creemos pertinente mencionar que dicho seguimiento únicamente se aboca a la atención médica del padecimiento con lo que no es posible la participación interdisciplinaria del Equipo de Salud quedando descubiertas las demás áreas del individuo en razón a que no sólo es afectado física, biológica o fisiológicamente, sino en forma directa en su área emocional y social. Sus roles sociales son primordialmente afectados, por consiguiente su estabilidad moral y maternal tanto de él como de su familia. Por tanto, es necesaria la integración de la sistematización de funciones de áreas a fines con la finalidad de brindar atención integral a pacientes y familiares en mejor calidad, de acuerdo con el manejo profesional y sistemático de los casos que se tratan.

Por lo que reiteramos la necesidad de mecanismos de sistematización de las funciones que le competen al profesional de Trabajo Social como parte del Equipo de salud de oncología, con el fin de que el rol profesional sea contemplado por los demás profesionales de las áreas en las que se brinda atención y tratamiento oncológico, de tal forma que esto permita la coordinación del equipo en sentido interdisciplinario, mismo que deberá garantizar el mejoramiento en la calidad de atención integral del paciente y su familia, evitando con ello, el ausentismo, la deserción y propiciando el fomento de la educación para la salud en quienes deben afrontar la enfermedad del cáncer directa o indirectamente. Tomando en cuenta la necesidad natural del ser humano por vivir una etapa llevadera en la búsqueda de la restauración de su salud que se vuelve más difícil ante la enfermedad crónica.

Los programas a desarrollar deben difundir qué es el cáncer, cuáles son sus posibilidades de curación y rehabilitación, cómo debe ser el control médico periódico, cómo debe ser manejado y tratado al paciente en sus tres áreas, a fin de propiciar la toma de conciencia de esos grupos y su movilización por la búsqueda de alternativas de solución en el manejo del paciente (a nivel social, laboral, personal, etc.) y específicamente de la legislación de derechos que amparen la estabilidad de aquellos pacientes y sus familias que por enfermedad crónica (cáncer) son afectados económicamente en forma parcial o total.

El sexo femenino es reportado con un 70% para ocupar el primer lugar en diagnósticos de enfermedad maligna, según la investigación, lo que está relacionado en el mismo estudio con el tipo de derechohabientes del Instituto que padecen la enfermedad, el primer lugar, lo ocupan las mujeres trabajadoras, el segundo los pensionistas (relacionando con su edad cronológica y esperanza de vida) que también incluye sexo femenino y el tercero los hombres trabajadores; esto, nos sugiere importante valoración de los afectados en el sentido de que quienes son trabajadores se ven afectados especialmente en tanto que el tratamiento oncológico es severo y en muchos casos el paciente necesita ser hospitalizado para administrárselo, el tratamiento quirúrgico especialmente, en ocasiones es mutilante y no ofrece más posibilidades de reincorporación al trabajo por el paciente, siendo algunas situaciones acreedoras de respuestas comprendidas en la Ley del ISSSTE, ante esto, consideramos como urgente necesidad el desarrollo de programas específicos para los sindicatos de todas las instituciones relacionadas con el ISSSTE y para sus trabajadores, bajo la responsabilidad del equipo interdisciplinario y por la coordinación de Trabajo Social en Oncología.

El estudio comprueba la frecuente incidencia de cáncer cervice-uterino y mamario en México, esto demanda la necesidad de mayor y mejor aplicatividad en los programas de detección y diagnóstico temprano como de los programas de educación para la salud en todas las zonas geográficas del

país. Se requiere de una mayor absorción de población por parte de las clínicas del ISSSTE en la provincia, en la detección de Cáncer cervicec, uterino y mama, sobre todo de los lugares más alejados de la urbanización. Así como del establecimiento de dichas clínicas y de programas que busquen el objetivo de mayor interés en esos lugares: la prevención.

El equipo de salud debe establecer mecanismos de comunicación adecuados a fin de mantener una excelente comunicación y coordinación con lo que puede garantizar el logro de objetivos comunes, brindar atención de mayor calidad al paciente, especialmente debe identificar los momentos oportunos para llevar a cabo la preparación de paciente en el área psicosocial de quienes serán sometidos a tratamiento, el apoyo o asistencia a los que reciben dicho tratamiento, la rehabilitación psicológica y social posterior o simultánea a la rehabilitación física y el control necesario para el seguimiento a mediano y largo plazo.

Finalmente es necesario tener presente que, si tratar pacientes con cáncer es un verdadero reto, no sólo para el médico sino para todos los integrantes del equipo de salud entonces ninguno de los integrantes debe descuidar el factor más importante en las relaciones humanas: la calidad del humanismo que cada uno ponga al brindar los servicios institucionalizados para el paciente y su familia; partiendo de la aceptación de que todos y cada uno somos

seres humanos con dignidad humana y de cómo nos gustaría que se nos tratase si fuésemos pacientes con cáncer.

ANEXO I

MARCO CONCEPTUAL PARA EL MANEJO DEL INSTRUMENTO

La cédula de capacitación de datos va dirigida al familiar responsable del paciente, en caso de no encontrarse este puede ser contestada por algún otro familiar mayor de 18 años o por el paciente, si es que conoce su diagnóstico.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION: Conocer los efectos sociales derivados del padecimiento crónico de los pacientes oncológicos a través de la investigación de sus condiciones de vida sociales, económicas y ambientales.

FICHA DE IDENTIFICACION:

- Escribir el nombre completo del familiar responsable o entrevistado.
- El entrevistado debe ser mayor de 18 años, no importa el sexo.
- Parentesco.- Marcar el que le corresponda de los cinco enlistados y en el caso de "OTRO" especificar el parentesco, relacionado exclusivamente con el paciente.
- Rol.- Marcar el rol que ocupa el entrevistado dentro de la familia, también relacionado con el paciente.

I. ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR

Definición de conceptos:

FAMILIA: La familia es la célula social en la que nos movemos desde niños; es una unidad social que refleja en sí misma los grandes problemas de la sociedad global en que vivimos. Es además una unidad de relaciones humanas que depende de miles de influencias externas y que se relaciona prácticamente con todos los problemas y dimensiones de la vida humana (1)

La familia ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre, el cual depende de ella para alcanzar su desarrollo y crecimiento, todo ello ratifica la importancia de considerar a la familia como eje, como unidad epidemiológica y base de la estructura social; la conducta científica en la práctica médica, por lo tanto, deberá procurar estudiar integralmente a la familia. (2)

(1) LERERO, Luis. La Familia, Edit. ANUIES, México 1976

Pág.10

(2) ALARID, Jaime Irigoyen. Fundamentos de Medicina Familiar
Fco. Méndez Cervantes Editores,
México 1985. Pág. 9

1.- Conformación de la familia

1) Familia Nuclear.- La familia nuclear o conyugal está formada por el padre, la madre y los hijos. Fundada en la continuidad o permanencia de las relaciones sexuales en función de los lazos conyugales de los cuales se derivan los descendientes inmediatos. Es el grupo compuesto por adultos de ambos sexos, los cuales viven bajo el mismo techo y mantienen una relación sexualmente aceptada que incluye a los hijos procreados o adoptados por dichos cónyuges. (3)

2) Familia Extensa.- La familia extensa o consanguínea considerada como una creación social, está constituida por un grupo más o menos amplio en el que predominan las normas derivadas del parentesco consanguíneo: Padres, Hijos, parientes colaterales. (4)

3) Familia Extensa Compuesta.- Esta constituida por un grupo amplio, en el que predominan las normas derivadas del parentesco por línea directa y/o de la relación amistosa: Padres, hijos, cuñados, compadres, amigos, etc. (5)

(3) LENERO, Luis. Op. Cit. pág. 36

(4) idem.

(5) Ibidem p.38

2.- Ciclo de vida de la familia

ETAPAS DEL CICLO DE LA VIDA DE LA FAMILIA:

Etapa constitutiva de la familia

"Período preliminar o la formación de la pareja", a la que habitualmente precede una etapa de noviazgo, considerada como una etapa de exploración y de preparación que depende en forma importante de factores claves tanto sociológicos como psicológicos, y además de factores sociales que los condicionan desde la selección de la pareja marital como son: residencia en determinada comunidad, pertenencia a una determinada clase social, involucración en un determinado círculo social, etc. Así también son aspectos determinantes la lengua, la posición social, la cultura, la religión, las costumbres, etc. en la identificación y selección de la pareja y en el posible éxito de la cohesión marital posterior; se puede decir que en esta etapa hay tendencia a buscar la independencia buscando otro anclaje diferente al de los padres. (6)

1) Inicio o recién casado.- Este período es conocido también con el nombre de "Período familiar de recién casado". Una vez constituido el matrimonio viene un período inicial de vida conjunta en la cual las dos personas

(6) Estudio Socioantropológico de la Fam., Apuntes Mimeo.

Hospital Psiquiatría SSA, México 1986, p.14

de la pareja aportan "sus mundos" o realidades sociales y culturales para encontrar confluencia entre ellos, la pareja debe mantener su independencia sin que esto implique cortar con los lazos emocionales que los une a sus familias de origen. La importancia de este periodo es clave para el futuro, la buena integración con la adecuada incorporación de los roles conyugales, así como la capacidad de organización y adecuación matrimonial, pueden constituir la base de la vida familiar subsiguiente. Este periodo suele coincidir con el primer embarazo y del plan de procreación de la pareja. Si este no es formulado entonces se pierde un momento clave para la vida familiar futura. (7)

ETAPA PROCREATIVA

2) Procreación.- o periodo inicial de procreación, esta etapa inicia con el nacimiento del primer hijo y se extiende hasta cuando los primeros hijos se encuentran en edad escolar primaria. La pareja asume nuevos roles como son: los de padre y madre, al principio el primero debe establecer un anclaje con la segunda y así cumplir funciones casi de maternaje, entender el proceso simbiótico de la madre con el hijo, favoreciendo la satisfacción de necesidades de éste, más tarde los padres deben cumplir las expectativas biosíquicas y sociales en la formación de los hijos. Los padres ejercen en esta etapa un papel básico de educadores y si estos no están preparados a ejercitar su

(7) idem

papel, el efecto negativo sobre la formación de la personalidad va a quedar impresa en sus miembros. Es quizá el período de mayor seguridad psicológica de los padres aunque no a veces la mejor desde el punto de vista económico. (8)

3) Procreación Avanzada.- o período familiar de procreación avanzada y final, esta etapa está marcada con la llegada de los hijos a la adolescencia, en la que la familia enfrenta pesada tarea: aceptar la diferenciación de roles o papeles de los hijos crecidos, así como su separación paulatina del hogar. Para los padres es quizá la etapa más difícil pues tienen que atender generalmente tres o más frentes de problemas: de sus hijos adolescentes, de sus hijos pequeños, de sus relaciones conyugales rutinizadas. La etapa requiere de una elaboración de duelo que sólo es posible de acuerdo al anclaje de la pareja. La culminación del proceso educativo de la familia en relación con los hijos llega cuando estos obtienen la mayoría de edad, esto es, la madurez física, psicológica y social. El período culmina con un proceso más o menos largo -según número de hijos- de casamiento de estos precedido por toda una etapa de noviazgos y de problemas de orientación vocacional de los hijos. La experiencia familiar se convierte así en fuente de satisfacción íntima y profunda para los padres como

(8) Ibidem p.15

responsables de su vida familiar. (9)

ETAPA FAMILIAR FINAL

4) Independencia y/o reencuentro.- Esta etapa se dá ante la ausencia de los hijos y lo ideal es que la pareja recurra el uno al otro para sobreponerse al llamado "síndrome del nido vacío" y si previamente las funciones de padres han superado o nulificado las funciones de esposos, la salida de los hijos puede desencadenar una crisis individual y/o conyugal en la pareja. Implica aceptar que ya tienen limitaciones, que las cosas han cambiado y además se requiere tener fortaleza para la elaboración del duelo por la "pérdida" de los hijos y dar lugar al reencuentro con su compañero. Los años maduros pueden ser los mejores del matrimonio y si el esposo ha tenido éxito económico en su trabajo la vida puede ser más cómoda y placentera. Pero si la pareja ha sufrido un distanciamiento y ha caído en el mal hábito de comunicarse a través de los hijos, la ausencia de estos puede ser insoportable. Esta crisis de los años medios puede conducir al fortalecimiento de la pareja si la resuelve apropiadamente (apoyo, compañía y cuidado) o quizá conduzca a una separación mayor al encontrar que nada tienen que decirse o que compartir. (10)

(9) LENERO, Luis. Op. Cit. pág. 402

(10) Estudio Socioantropológico de la Fam. Op. Cit. p.16

5) Retiro o Muerte ó Soledad, Vejez y Muerte.- El periodo último de la vida familiar puede tener diversas formas más o menos variantes según las circunstancias, en esta etapa la familia aparece ya disgregada después de la separación de los hijos o puede suceder lo contrario en el caso de las familias extendidas y mixtas, los hijos casados, alguno se establece con su prole definitivamente en la casa paterna. Esto replantea el Ciclo familiar para seguir el ritmo de la familia nuclear del hijo casado. (11)

También suele suceder que la familia sufre las consecuencias de la muerte de uno de los cónyuges y al llegar a esta fase el viudo reajusta su vida adaptándose a la familia de uno de los hijos -si no es que se volvió a casar-, o puede ser que alguno de los dos viudos viva con un hijo soltero. De cualquier manera el cuidado de los ancianos, es una función que asumem primordialmente las familias de los hijos. Al llegar a la última fase con la experiencia cercana de la muerte de seres queridos, las personas adquieren una perspectiva panorámica de su vida familiar. En nuestro ambiente, desgraciadamente parece predominar una actitud más bien de desilusión y de cierta insatisfacción por lo que fué y no pudo ser la vida familiar que cada quien constituyó. (12)

(11) idem.

(12) idem.

3.- Tipo de Familia

1) Familia Moderna.- Es aquella en la que los padres comparten roles económicos fuera del hogar. (13)

2) Familia Tradicional.- En esta familia, básicamente el padre es el proveedor económico y a la madre se le confieren tareas de crianza y cuidado de los hijos. (14)

4.- No. de Integrantes en la Familia

Incluir únicamente los miembros que viven con el paciente.

(13) GARCIA, Tellez Dolores. La Familia del Futuro,

(14) Edit. Pax., México 1985 p.88

CUADRO FAMILIAR

Nos servirá para observar algunos indicadores del Nivel Cultural de la familia del paciente en estudio, así como algunos aspectos que describen a la familia en estudio. El llenado del cuadro se hará de la siguiente forma:

Empezando de izquierda a derecha.-

- a) Anotar el número progresivamente empezando por 1, 2, 3,.. etc. Por edades de mayor a menor y un asterisco a los casados e independientes.
- b) Nombre completo del integrante.
- c) Edad en años.
- d) Sexo: Usar "F" si es femenino y "M" si es masculino.
- e) Estado Civil: Soltero, Casado, Divorciado, Separado, Viudo.
- f) Parentesco: Especificar el parentesco en relación al paciente, por ejemplo: Padre, Madre, Hermano(a), Primo(a), Abuelo(a), etc., el entrevistado se incluirá en el cuadro, únicamente si forma parte de la familia del paciente, y el paciente (sujeto de estudio).

g) Lugar de origen: Registrar el nombre del Estado o Entidad Federativa al que pertenezcan.

h) Escolaridad: Registrar el grado Máximo de estudios: Este índice es muy importante para considerar el nivel cultural de la familia y del paciente. Contestar de acuerdo a lo siguiente:

- 1) Sabe leer y/o escribir
- 2) Primaria Incompleta
- 3) Primaria Completa
- 4) Secundaria Incompleta
- 5) Secundaria Completa
- 6) Bachillerato Incompleto
- 7) Bachillerato Completo
- 8) Nivel Técnico Incompleto
- 9) Nivel Técnico Completo
- 10) Profesional Incompleto
- 11) Profesional Completo
- 12) Otro, especificar en el cuadro, aquí se pueden registrar cualesquiera de los que no se mencionan, como son: sin estudios o algún grado superior a los mencionados.

i) Ocupación.- Se refiere a la actividad que cada miembro de la familia realiza en su casa o fuera de ella, ya sea una relación laboral formal o no formal y/o de carácter privado.

j) Lugar de Trabajo.- Anotar centro laboral o el lugar en donde realiza su actividad.

k) Estado de Salud Aparente.- Para contestar esta pregunta tomaremos como referencia algunas definiciones de "Salud" y posteriormente nuestras respuestas se basarán en la clasificación que más adelante anotaremos.

SALUD: Desde un punto de vista dinámico nos señala "el equilibrio armónico y adecuado de las funciones del individuo, que le permite un desarrollo normal óptimo de sus potencialidades y desde un criterio clínico se enfatiza en la ausencia de enfermedad".

(15)

"Es el estado de completo bienestar físico, mental y social". (16)

Para contestar en el cuadro correspondiente, usar las siguientes referencias:

1) Bueno: No existen síntomas ni signos de enfermedad.

(15) OLEGUERA, García Marisa T.S.P. Diagnóstico y Manejo de la Familia por el T.S., IMP Div. Enseñanza, México 1986.

(16) Concepto de la O.M.S.

2) Padece enfermedad: Especificar tipo de enfermedad (crónica, infecto-contagiosa, etc.), excepto enfermedad de trabajo; para ésta, registrar siguiente inciso.

3) Padece enfermedad de trabajo: Es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en el que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. (17)

4) Secuelas de enfermedad y/o accidente.

5.- Funciones Naturales de la Familia

Sea cual fuere su estructura, es dentro de la familia que el ser humano se dá, tiene su origen y puede satisfacer sus necesidades básicas para subsistir, para desarrollarse y para relacionarse con el mundo circundante. La familia vista como institución y grupo primario presente en todas las épocas y todas las sociedades, necesariamente se le atribuyen ciertas funciones universales.(18)

(17) SANCHEZ, Rosado Manuel, Elementos de Salud Pública, Fco. Méndez Cervantes Editores, México 1983, p.149.

(18) Op. Cit. p.4 y 51-55.

Las funciones naturales de la familia son.

- a. La regulación sexual.- Implica no solamente una información biológica de las diferencias sexuales entre hombre y mujer, de sus fisiologías y relaciones íntimas. (19)

Consiste en primer lugar hacer descubrir el sentido de la relación humana entre las personas de igual y diferente sexo, en comprender el sentido de la igualdad básica y de los derechos de la persona humana, sea hombre o mujer.

Además significa descubrir el valor afectivo y moral de las relaciones derivadas de la sexualidad: entre la pareja humana; entre los progenitores y sus hijos; los hermanos entre sí, como personas cogeneradas por la relación amorosa de sus padres y cohabitantes en el seno materno y en el hogar. Educación sexual significa por lo tanto, aprender a conocer, manejar y perfeccionar la dimensión psíquica que envuelve a las relaciones sexuales y la involucración que tienen estas en la vida familiar.

La familia en cuanto a ser un medio de la regulación de las relaciones sexuales, sabemos que

estas tanto en la historia como en la época moderna, tienen efecto en muchos casos fuera del contexto familiar y frecuentemente de manera supletoria a la limitación de la función sexual que establece la misma familia tanto para los casados como para los solteros.

También se dan casos en los que la familia no da en sí mayor importancia a la relación sexual, sea por que hace distinción entre esta y el matrimonio, sea porque las relaciones consanguíneas son las rectoras, independientemente de los impulsos sexuales. Todo esto no hace desaparecer, sin embargo la función más o menos universal de la regulación -aunque no total- de la sexualidad realizada a través de la familia-.

La complementación del impulso amoroso no se alcanza sólo con la búsqueda erótica, sino también necesariamente con la afección permanente, la cual trae consigo casi siempre una estructura familiar más o menos estable.

La regulación sexual, dentro de la familia actual es muy importante la relación que se da en la estructura familiar, ya que si esta es más o menos estable, permitirá generar en gran parte la función de regulación sexual universal de sus miembros.

- b. La de sustento económico.- Según Satir: Cooperar económicamente dividiendo las labores entre los

adultos, de acuerdo con el sexo, la convivencia y los precedentes, dividiendo las labores entre los adultos y los niños, de acuerdo con la edad y el sexo de los hijos. Esta función está ligada estrechamente a la de "cuidado", citada por otros autores, misma que significa para la vida familiar el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de seguridad, etc., en cada uno de sus miembros; Para Conn y otros investigadores se encuentra una relación directamente proporcional entre larga vida, estándares de salud satisfactorios y el nivel socioeconómico familiar en este sentido; es importante aclarar que en medicina familiar resulta obvio que a mayor disponibilidad de recursos, tener un índice mayor de salud en la familia es una meta más fácil de lograr. (20)

- c. La de Reproducción.- Históricamente el matrimonio como una institución legal, nace para regular dos factores fundamentales dentro de la familia y por tanto de la Sociedad, contribuyente -el ambiente sexual-. (21)

(20) ALARID Jaime, Op. Cit. p.4 y OCEGUERA, García Op.

(21) Cit. p.7.

La reproducción, el primero ya conceptuado y el segundo como función esencial de la familia, la de proveer de nuevos miembros a la sociedad, contribuyendo a la continuidad de la raza produciendo y criando nuevos miembros.

- d. La función educacional y socializadora.- La tarea primordial de la familia es transformar en un tiempo determinado a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo con plena independencia para desarrollarse en la sociedad. Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de la familia, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y preescolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones por lo menos en estas etapas primarias. Corresponde a esta función transmitir la cultura a los hijos por medio de las enseñanzas parenterales. (22)

- e. La función de desarrollo y equilibrio emocional.- La función afectiva en cuanto a institución familiar está referida a proporcionar: ánimo, amor y cariño. (23)

(22) Ibidem p.4.

(23) Ibidem p.6.

Al observar críticamente a la familia, desde un punto de vista o enfoque de sistemas como son: el conyugal, paternal y filial se encuentran estrechamente relacionados por la necesidad de cubrir sus necesidades afectivas, proporcionando así la recompensa básica de la vida familiar.

Los valores fundamentales que entran en juego son: La razón, el amor, la solidaridad, el respeto, el interés y el conocimiento; para la satisfacción de necesidades físicas es preciso la dotación de alimentos, protección, bienes materiales e información; pero más allá para satisfacer las necesidades específicamente y no verbal de los miembros de la familia para lograr el interjuego positivo de los valores mencionados.

Así como el individuo puede desarrollar o no sus potencialidades, la familia puede cumplir o no con sus funciones; de hacerlo facilitará el desarrollo sano de sus integrantes, pero de no ser así va a interferir con el, desviarlo, o a dañar directamente a sus miembros.

En todo proceso por cumplir se falla por acción o por omisión. Así la familia puede alcanzar satisfactoriamente o no las metas que le corresponden e incluso actuar en contra de ellas. Esto depende en principio de sus arquitectos, de

su capacidad de desarrollo de sus potencialidades humanas de razón, de amor, de solidaridad, de interés, o sus dificultades en lograrlo, de su capacidad de establecer una relación sana y productiva entre ellos, o de su incapacidad para lograrlo.

En base a las cinco funciones naturales de la familia mencionadas y descritas anteriormente se dará respuesta a la pregunta número 5 de la célula de entrevista:

FUNCIONES

NATURALES:

- | | |
|---|---|
| 1) <u>Cumple con todas las funciones naturales.</u> Contestar con el número de esta pregunta cuando cumpla con las cinco preguntas funciones naturales. | a. Regulación sexual
b. Sustento económico |
| 2) <u>Cumple con más del 50% de funciones naturales.</u>

Contestar con el número 2) cuando cumpla con tres de las funciones naturales. | c. Reproducción
d. Socialización
e. Equilibrio emocional y afectivo |
| 3) <u>Cumple con menos del 50% de sus funciones naturales.</u> | |

Contestar con el número 3)
cuando cumpla con 2 funciones.

4) No cumple con ninguna de sus
funciones naturales.

Contestar 4) si no cumple con
ninguna de las funciones
mencionadas.

6.- Dinámica Familiar

La dinámica familiar es la relación en la que actúan fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de esas unidad biológica natural que es la familia, y que Jackson les atribuyó a dichas fuerzas un papel primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.(24)

Incluimos en nuestra definición de conceptos para la investigación, bibliografía como marco de referencia, así como aspectos específicos que nos indican la conformación de una dinámica específica para contestar a nuestra pregunta 6.

(24) OCEGUERA, García. Op. Cit. p.18.

PRINCIPIOS IDEALES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:

Según Frammo es más acertado y práctico referirnos a la "Funcionalidad" o "Disfuncionalidad" y considerar algunos principios ideales del funcionamiento familiar.

1. Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
2. Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
3. Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
4. Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
5. Que lo más importante para cada esposo sea su pareja y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separa del otro.
6. Que al desarrollo de la autonomía de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que a determinada edad deberían abandonar su hogar para

formar uno nuevo.

7. Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
8. Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
9. Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
10. Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir el involucramiento con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.

Después de hacer mención a los principios del funcionamiento familiar describiremos los criterios que Satir utiliza para determinar el grado de funcionalidad en una familia; con los cuales empezaremos a determinar cómo es la Dinámica familiar en cada caso.

CRITERIOS PARA DETERMINAR EL GRADO DE FUNCIONALIDAD DE UN FAMILIA

- a) COMUNICACION
- b) INDIVIDUALIDAD
- c) TOMA DE DECISIONES
- d) RESPUESTA ANTE LAS DEMANDAS DE CAMBIO

- a) Comunicación.- En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara (los mensajes puede ser entendidos), directa (lo mensajes son dirigidos a quien se pretende que los reciba), específicos (sin generalizaciones inadecuadas) y congruentes (compatibles los mensajes verbales con los no verbales).

En cambio en una familia disfuncional la comunicación tiende a ser oscura, indirecta, inespecífica e incongruente.

- b) Individualidad.- La autonomía de sus miembros es respetada en una familia funcional y las diferencias individuales no sólo son toleradas sino estimuladas para favorecer el crecimiento individual de cada uno y del grupo familiar.
- c) Toma de Decisiones.- La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En una familia disfuncional, el parámetro más importante es quién va a salirse con la suya y como consecuencia los problemas tienden a no ser resueltos por que nadie quiere perder.
- d) Respuesta ante las demandas de cambio.- Un sistema familiar funcional es lo suficientemente flexible como para cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede cambiar la homeostásis sin que alguno de los miembros desarrolle

síntomas.

En una familia disfuncional la rigidez y la resistencia al cambio favorecen el desarrollo de psicopatología (angustia, depresión, trastornos de conducta) cuando las demandas amenazan la homeostásis. De acuerdo a este enfoque se considera que el paciente identificado ha sido llevado por su familia a asumir el papel de enfermo y su enfermedad desempeña funciones homeotáticas en la familia.

"CLASIFICACION TRIAXIAL DE LA FAMILIA"

Eje I: Aspectos del desarrollo de la familia. (25)

a) Disfunciones del desarrollo (Aspectos que se suscitan en la primera Etapa de la Pareja).

1. Disfunción familiar primaria (de la pareja).

- a. Incapacidad para relacionarse en forma compatible.
- b. Incapacidad para establecer un compromiso marital.
- c. Expectativas inconscientes conflictivas que producen síntomas neuróticos.
- d. Dificultad para separarse de sus familias de origen.

2. Disfunción relacionada con la crianza de infantes (Ciclo Vital de la Familia, inicio recién casados y procreación).

- a. Dificultad para cambiar de roles maritales a parentales.
- b. Expectativas neuróticas asociadas a l recién llegado.

3. Disfunción relacionada con la educación de los niños [Procreación avanzada (etapa procreativa)].

- a. Dificultad para crear un ambiente psicológico adecuado para la familia en crecimiento.

- b. Dificultad para organizar a la familia como grupo.
 - c. Dificultad para organizar a niños de diferentes edades.
 - d. Dificultad para manejar aspectos de cercanía-separación.
 - e. Dificultad para resolver un conflicto triangular.
4. Disfunción de la familia madura [Aspectos de la Etapa de Independencia (etapa familiar final)].
- a. Problemas relacionados con la diferenciación de roles.
 - b. Problemas con la separación de los hijos.
 - c. Problemas de los padres para desvincularse de hijos adultos.
 - d. Problemas para restablecer el equilibrio marital.
 - e. La adolescencia de algún miembro de la familia.
5. Disfunción de la familia que disminuye o se contrae (Aspectos de la Etapa Familiar Final).
- a. Dificultad para aceptar la pérdida de un miembro.
 - b. Dificultad para readaptar la vida familiar.
 - c. Dificultad para manejar la soledad y la inseguridad.
- b) Complicaciones del desarrollo y variaciones (Estos aspectos se pueden suscitar en cualquier etapa Vital de la Familia y romper con el ciclo).
6. Familia interrumpida.

7. Familia de un sólo padre.
8. Disfunciones de la familia reconstruida.
9. Familia crónicamente inestable.

Eje II: Disfunciones en subsistemas familiares.-

a) Disfunciones en el subsistema conyugal

1. Disfunción marital complementaria (Aspectos en la relación de la pareja).
 - a. Dominante/dominado.
 - b. Frío/emocional.
 - c. Obsesivo-compulsivo/histérica.
 - d. Omnipotente/dependiente.
 - e. Sadista/masquista.
2. Disfunción marital conflictiva.
3. Disfunción marital dependiente.
4. Disfunción por falta de vinculación o cariño.
5. Disfunción marital por incompatibilidad

b) Disfunciones en el subsistema padre-hijo (Relación padre-hijo).

1. Reacción ante uno de los padres.
 2. Reacción ante uno de los hijos.
 3. Disfunción en la relación entre padre e hijos.
 4. Disfunciones triangulares.
- c) Disfunciones en el subsistema de los hermanos (Relación entre hermanos).
1. Rivalidad destructiva.
 2. Sobreidentificación o falta de diferenciación.
 3. Coaliciones contra los padres.

Eje III: Disfunción de la familia como sistema o grupo.-

- a) Disfunciones estructurales y funcionales (Relaciones Interfamiliares).
1. Familia de bajo rendimiento.
 2. Familia excesivamente estructurada.
 3. Familia patológicamente integrada.

4. Familia desvinculada emocionalmente.

5. Familia desorganizada.

b) Disfunciones sociales (Relaciones extrafamiliares).

1. Familia socialmente aislada.

2. Familia socialmente desviada.

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

Para contestar la pregunta No. 6.-¿Cómo es la Dinámica Familiar en cada caso?. Nosotros trabajadores sociales, después de haber revisado, comprendido y analizado el marco referencial que aquí citamos, necesitamos hacer la observación necesaria a la hora de la entrevista para preguntar y precisar cómo se desarrollan o manifiestan los miembros de la familia en base a los parámetros citados anteriormente y partiendo del criterio de "FUNCIONALIDAD" emitiremos nuestro diagnóstico para catalogar la Dinámica Familiar y veremos en qué medida la familia cumple con los criterios de funcionalidad, veremos también cómo funcionan los subsistemas familiares. Para ello vamos a definir los cuatro puntos de respuesta que tenemos para esta pregunta en la cédula.

a) Funcional: Cuando cumpla con los cuatro criterios de funcionalidad (Comunicación, Individualidad, etc.) y cuando consideremos que no muestra problemas en el funcionamiento de los subsistemas de la familia; entonces diremos que se cataloga como una dinámica familiar:

1) Excelente

b) Más o menos funcional: Cuando sólo cumpla con tres de los criterios de funcionalidad y observemos que casi no presenta problemas en los subsistemas familiares, la catalogaremos como dinámica familiar:

2) Buena

c) Muy poco funcional: Cumple con dos criterios de funcionalidad y no presenta "serios" problemas en los subsistemas familiares será catalogada como dinámica familiar:

3) Regular

d) Disfuncional: Cuando sólo cumpla con uno de los criterios de funcionalidad y además presente problemas en los subsistemas familiares la catalogaremos como una Dinámica Familiar Disfuncional.

4) Mala:

7.- Integración del Núcleo Familiar (26)

- 1) Familia Integrada .- Es la familia en la cual los cónyuges viven y cumplen sus funciones.

- 2) Familia Semi-Integrada.- En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

- 3) Familia Desintegrada.- Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

8.- Rol del paciente dentro de su núcleo familiar: Es el papel o papeles que desempeña la persona dentro de la familia de pertenencia.

(26) ALARID, Jaime, et. al., Fundamentos de Medicina Familiar Fco. Méndez Cervantes Editores México 1985, p.7.

II. NIVEL CULTURAL

ALIMENTACION Y NUTRICION

ALIMENTACION.- Es el conjunto de actos por los cuales el ser humano toma del ambiente los alimentos, o la serie de actividades que relaciona a los individuos con sus alimentos, desde que se producen hasta que están listos para su ingestión. (27)

NUTRICION.- Es un proceso que consta de varias fases que son absorber y asimilar los alimentos al organismo, pero también puede entenderse como un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, que tiene por objeto mantener la integridad de la materia y conservar la vida. (28)

De acuerdo con estos conceptos la alimentación representaría la etapa pre-oral o sea después de ingerirlos. En la actualidad se le da a la nutrición la connotación total, comprendiendo las etapas pre y post oral. Los nutrientes están contenidos en los alimentos y se dividen de acuerdo a su composición.

Hemos definido ya los aspectos de alimentación y nutrición muy importantes en nuestra investigación por la

(27) y (28) SANCHEZ, Rosado. Op. Cit. p. 123.

estrecha relación, que guardan con la salud y la capacidad física y mental del individuo, asimismo consideramos la influencia que tienen factores tales como: educación general y nutricional, hábitos, costumbres, creencias, actitudes psicológicas, condiciones económicas y sociales, etc., pues son determinantes en el consumo de dietas en muchos casos son deficientes en calidad y cantidad, las mismas que vienen a generar la desnutrición y por lo tanto graves problemas de salud. Dichos factores tienen influencia en los cuidados de alimentación y nutrición del paciente oncológico que forma parte de esa familia.

1.- Para contestar a nuestra pregunta No. 1, ¿Qué tipo de alimentación acostumbraba y con qué frecuencia la consumen?

Enunciaremos la clasificación de nutrientes que debemos proporcionar al organismo y específicamente los alimentos que los contienen, ya que las respuestas deben contestarse por consumo de alimentos clasificando en los cuadros correspondientes de acuerdo a la frecuencia con la que los acostumbran.

(En los cuadros de respuesta se registrará el Núm. de veces a la semana, para ello se destinó un cuadro por respuesta).

1) PROTEINAS.- Las proteínas son los elementos estructurales en la formación y reparación

de tejidos, enzimas, hormonas y anticuerpos. Están formadas por diversos componentes que se denominan aminoácidos y son los que el organismo no puede elaborar, sino que tienen que llegarle en los alimentos provenientes de animales o vegetales. (29)

ALIMENTOS: Carnes, pescado, mariscos, leche y sus derivados, huevos, insectos, Cereales: Lenteja, trigo, soya, frijoles, garbanzo, habas, cacahuates, almendras, ajonjolí, alegría y otras semillas, algunas frutas como la guayaba y otros tubérculos como la papa y el camote.

2) VITAMINAS.- Son sustancias inorgánicas indispensables para el correcto funcionamiento del organismo, se utilizan en cantidades mínimas que el organismo es incapaz de sintetizar, por lo cual es necesario tomarlas de sus fuentes naturales que son principalmente las frutas y verduras, la leche y derivados, aceites de pescado. (30)

La Vitamina A es indispensable para mantener la integridad de los epitelios

(29) y (30) Ibidem.

(piel, pelo, uñas, amígdalas). Además permite la acomodación de las imágenes a la retina, contribuyendo a la percepción visual y se ha demostrado que la Vitamina A es indispensable para la reproducción.

ALIMENTOS: La Vitamina A se encuentra en alimentos animales, como hígado, leche, yema de huevo y aceite de hígado de bacalao y para que esta vitamina sea aprovechable necesita unirse al CAROTENO cuyas fuentes principales son: Chiles secos, yerbas para condimentar, perejil, berros, yerbabuena y alimentos de color amarillo como papaya, zanahoria, mango y verduras de hojas de color verde obscuro.

La Vitamina B es un conjunto de vitaminas llamadas en general "Complejo B". Su función más importante consiste en ayudar al correcto funcionamiento del sistema nervioso central y del periférico, tiene función importante sobre el padecimiento del cáncer.

Esta formada por B o antiberibérica. La vitamina B6 o Piridoxina. B12 o antianémica.

ALIMENTOS: El complejo B se encuentra principalmente en la levadura de cerveza, en el hígado de los mamíferos, germen de trigo, cereales integrales (que no se les quite la corteza o cáscara), La Tiamina se

encuentra en leguminosas, cereales, hortalizas de hojas verdes, carne y leche.

La Rivoflavin está en la leche, huevo, pescado, hortalizas de hojas verdes obscuras, leguminosas y cereales.

La Niacina se encuentra en la carne, leche, legumbres y cereales.

Vitamina C o Antiescorbútica.- Es indispensable para la integridad de la pared vascular y desempeña una importante función anti-infecciosa.

ALIMENTOS: Es abundante en la guayaba, papaya, frutas cítricas (limón, naranja, toronja, etc.), fresas, legumbres de hojas verdes y cereales.

Vitamina D o Antifraquítica.- Es indispensable en el organismo para fijar el calcio en los huesos en presencia de los rayos solares.

ALIMENTOS: Aceites de hígado de pescado, bacalao, leche y yema de huevo.

Vitamina E o de la Fertilidad.- Germen de trigo y levadura de cerveza. Vitamina K o Antihemorrágica.- Ayuda a la formación de la protombina (factor coagulante de la

sangre).

ALIMENTOS: Sus fuentes principales son los vegetales de hojas verdes como las espinacas, lechuga, alfalfa, berros.

3) MINERALES.- Son elementos inorgánicos que actúan como reguladores y como sustancias estructurales, existen alrededor de 12 minerales indispensables para el organismo, dentro de los más importantes tenemos al hierro, calcio, yodo, flúor, cloruro de sodio, etc. se encuentran en diferentes alimentos:

Las sales minerales se encuentran en verduras, frutas, carnes y en el agua principalmente.

El Hierro se encuentra en la carne y víceras, la yema de huevo, hortalizas de hojas de color verde oscuro, los cereales y los frijoles.

El Calcio tan necesario en la formación de huesos y dientes se encuentra en la leche, los cereales y en el nixtamal.

El Yodo principalmente en los peces y mariscos.

- 4) CARBOHIDRATOS.- Son la principal fuente de energía para el organismo, comprenden principalmente los azúcares y almidones. (31)

ALIMENTOS: Cereales (trigo, arroz, avena, maíz), los tubérculos (la papa, el camote, yuca) en frutas y verduras, (naranja, plátano, mango, caña, remolacha, zanahoria y otros) (mermelada y azúcar).

- 5) GRASAS O LIPIDOS.- Proporcionan calorías por que son energéticos, aportan ácidos, grasas esenciales y vitaminas. (32)

ALIMENTOS: Pueden ser de origen animal como la carne de cerdo o cualquier otro tipo de carne grasosa, mantequilla, crema, hígado, o de origen vegetal.- nueces, aguacate, aceites de cártamo, ajonjolí, etc.

- 6) AGUA.- Es el elemento indispensable para el funcionamiento celular. El hombre debe ingerir
-

(31) Ibidem 124.

(32) idem

un litro y medio por lo menos al día ya sea sola o mezclada con los alimentos.

DESCANSO Y RECREACION

- 3.- Número de horas diarias que le dedican al sueño como mínimo.

En esta pregunta se debe tomar en cuenta el tiempo que el paciente y la familia dedican en promedio para dormir exclusivamente, tomando como referencia que dentro de nuestros hábitos normales el organismo debe descansar un promedio de ocho horas.

- 4.- RECREACION: La recreación la podemos definir como el tiempo que toda persona dedica para entretenerse, divertirse, alegrarse, deleitarse, provocar una sensación agradable, crear algo, crear de nuevo, distraer la atención en alguna actividad, etc, con el fin de encontrar la satisfacción que contribuye al desarrollo de las facultades físicas y mentales del individuo para su desarrollo equilibrado.

5.- ACTIVIDADES RECREATIVAS:

- 1) Actividad al aire libre.- Dentro de este renglón se tomarán en cuenta los deportes como: Natación, atletismo, basquetbol, volibol, futbol, gimnasia, tenis, squash, etc.
- 2) Actividades culturales.- Aquí consideramos actividades como: El cine, el teatro, ballet, juegos de mesa, boliche, danza, etc.
- 3) Actividades manuales.- La pintura, el tejido, bordado, florería, juguetería, migajón, la elaboración de alguna cosa u objeto, artesanía, utensilio u ornamento, etc.
- 4) Otras actividades.- Incluir en esta todas aquellas actividades que no estén citadas en las tres anteriores y que no correspondan a ninguna de ellas, pero que se puedan considerar como actividad recreativa.

III. RELIGION:

Es el conjunto al que se declaran adscritos los pacientes investigados. (33)

- (33) X Censo General de Población y Vivienda, D.F. Vol. I
Tomo 9 Instituto Nacional de Geografía e Informática
SPP, México 1980, p.106

IV. VIVIENDA:

Es el cuarto o los cuartos ocupados por una o más personas en donde pueden dormir, preparar sus alimentos, comer y protegerse de las inclemencias del tiempo. Asimismo la entrada a la vivienda debe ser independiente, es decir, que sus ocupantes puedan entrar y salir de ella sin pasar por los cuartos de otras viviendas. (34)

Generalmente el tipo de vivienda se adapta a las condiciones económicas y a las costumbres sociales de las familias.

1.- Tipo de vivienda que habita el paciente:

a., b., c. No necesario definir.

- 4) Otra: Aquí se pueden considerar las viviendas colectivas, es decir, están destinadas a servir como alojamiento especial de un grupo de personas o familiares, sujetas a una subordinación de carácter administrativo u obligadas a cumplir normas de convivencia en virtud de estar relacionados por un objetivo público o algún interés personal común, tales como: aspectos de salud, disciplina, enseñanza, religión, trabajo, asistenciales de

alojamiento y/o militares. Pueden incluirse aquí: a) Hotel, b) Pensión, c) Casa de Huéspedes, d) Casa de

Asistencia, e) Hospital o Sanatorio, f) Asilo, g) Convento, h) Centro de Rehabilitación, etc.

2.- La tendencia de la vivienda es:

- 1) Propia: Es la que pertenece a cualquiera de las personas que normalmente la habitan.
- 2) Rentada: Es aquella por la cual sus ocupantes pagan el derecho de habitarla.
- 3) Pagándose: Los dueños son las personas que normalmente la habitan y se encuentran pagándola a plazos o periodos de tiempo.
- 4) Prestada: Es la vivienda que no es propiedad de ninguno de los ocupantes y que tampoco es rentada.

3.- Material con que está construida la casa.

No es necesario definir.

4.- Estado en que se encuentra la construcción.

- 1) Bien construída: La vivienda que habita es una construcción bien terminada en cuanto a muros, techos, puertas, baño, etc.

- 2) Semiconstruída: La construcción de la vivienda no está terminada, le falta algún muro, techo, puertas, etc.

- 3) Semiderruída: La construcción está deteriorada, cuarteada, se está cayendo casi toda o alguna parte de ella: habitación, muros, baño, etc.

- 4) Derruída: La construcción de la vivienda ya se cayó en su totalidad.

5.- Distribución de la vivienda.- En esta pregunta, registrar en cada cuadro el número que le corresponda del 1 al 4. En el inciso 5); para dar la respuesta hay dos cuadros: uno para registrar el 5 y el otro para anotar el número de recámaras que haya.

6.- Tipo de Servicio sanitario con que cuenta la familia:

- 1) Baño completo: Incluye W.C., lavabo, regadera.
- 2) W.C.: Sólo hay taza para defecar y lavabo.
- 3) Letrina.
- 4) Fosa Séptica.
- 5) Fecalismo al aire libre: No cuentan con ninguno de los servicios mencionados arriba y la defecación la hacen en el suelo o patio de la casa.

7.- ¿Hay la presencia de algún animal en la vivienda?:

1) Sí

¿Cuáles?

- a. Felinos.- Gatos, tigrillos, tigres.
- b. Aves.- Todo tipo de pájaros.
- c. Aves de Corral.- Gallinas, patos, guajolotes, etc.
- d. Bovinos.- Vacas, burros, caballos, etc.
- e. Roedores.- Ratones, tuzas, cucarachas, etc.
- f. Caninos.- Perros.
- g. Otros.- Registrar en este punto a cualquier animal que no corresponda a los mencionados en los incisos de la a). a la e). A la hora de contestar, favor de especificar qué animal es.

8.- El uso del servicio sanitario.

- 1) Privado: Lo usa exclusivamente la familia y el paciente
- 2) Colectivo: El uso es compartido por la familia del paciente y por otras familias o personas ajenas a la familia del paciente.

9.- Mobiliario con que cuenta la vivienda:

- 1) Completo: Satisface las necesidades de la familia y del paciente.
- 2) Incompleto: No satisface las necesidades de la familia y/o del paciente.

10.- La vivienda satisface las necesidades de la familia

- 1) Si.- Contestar si cuando la vivienda permite la distribución adecuada, no hay hacinamiento de personas ni de animales, cuenta con los servicios necesarios.
- 2) No.- La familia puede manifestar que si son satisfechas sus necesidades, pero si el T.S. observa que realmente no son satisfechas por que no hay hacinamiento con personas o animales o por que no

cuenta con la distribución adecuada y necesaria o por que le falta algún servicio básico; o por su estado de conservación o construcción, el T.S. debe contestar No.

V. CONDICIONES ECONOMICAS

INGRESOS MENSUALES:

1. Menor al salario mínimo: Menos de \$ 96,600.00
2. Salario mínimo: De \$ 96,600.00 a \$ 141,000.00
3. Dos veces el salario mínimo: De \$ 192,000.00 a \$ 282,000.00
4. Más de dos veces el salario mínimo: Más de \$ 282,000.00

Los salarios mínimos que deberán disfrutar los trabajadores serán generales o profesionales, estos se aplicarán en las ramas determinadas de la actividad económica o en profesiones, oficios o trabajos especiales durante 1987, según la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la Secretaría de Gobernación. (35)

Los salarios mínimos profesionales se fijarán considerando además, las condiciones de las distintas

actividades económicas. Los salarios mínimos generales deberán ser suficientes para satisfacer las necesidades normales de un Jefe de Familia, en el orden material, social, cultural y para proveer la educación obligatoria de los hijos. (36)

3.- ¿Cómo considera el Trabajador Social que son las condiciones materiales de vida de la familia en relación a la situación económica?.

1) Precarias: El ingreso mensual de la familia no es suficiente para adquirir los bienes y servicios del nivel de vida a los que toda familia tiene derecho como mínimo (alimentación y nutrición, vestido y calzado, vivienda, educación, recreación, salud, etc.).

2) Suficientes: El ingreso familiar mensual les permite cubrir los satisfactores básicos del nivel de vida de la familia.

3) Confortables: El ingreso familiar mensual le permite cubrir los satisfactores básicos y un poco más de los

satisfactorios mínimos del nivel de vida de la familia.

- 4) Solventes: El ingreso familiar mensual le permite cubrir las necesidades básicas del nivel de vida de la familia, así como tener la disponibilidad para "otros" en forma desahogada.

V. ASPECTO LABORAL

- 1.- ¿Qué puesto desempeña el trabajador?.

CLASIFICACION DE GRUPOS PRINCIPALES EN OCUPACION. (37)

11. Profesionales: Este grupo incluye a trabajadores que han recibido enseñanza y formación profesional a nivel superior y que desempeñan funciones directamente relacionadas con su preparación.

12. Técnicos y Personal Especializado:

En este grupo se incluye a las

personas que desempeñan labores especializadas pre-establecidas o laborales auxiliares a los profesionales, que requieren de un cierto adiestramiento para realizarlas. Se requieren bases técnicas que no necesariamente se adquieren por una educación formal.

13. Trabajadores de la Enseñanza:

En este grupo se incluye a los profesores que dan clases colectivas y lecciones particulares a los alumnos de nivel superior, medio, primario, y pre-escolar; a las personas que se encargan de la instrucción de personas física o mentalmente deficientes, y a las que realizan investigaciones y dirigen las actividades educativas en las escuelas y llevan a cabo tareas afines.

84. Trabajadores de las Fuerzas Armadas y de Servicio de Protección y Vigilancia:

Este grupo considera a las ocupaciones relacionadas con la

protección y vigilancia de las personas y propiedad y los que realizan actividades militares.

21. Funcionarios Superiores, Administradores y de Categoría Directa en la Administración Pública:

Comprende a aquellas personas que por haber sido elegidas o nombradas funcionarios del Gobierno Federal, estatal, municipal o del Poder Legislativo y Judicial, tienen como misión principal decidir sobre la Política Gubernamental o participar en la elaboración de la misma, así como dictar o enmendar leyes y otras disposiciones reglamentarias.

61. Oficinistas y Trabajadores Administrativos de Nivel Intermedio o Inferior:

En este grupo se considera a todas aquellas personas que desarrollan actividades de carácter administrativo; entendidas estas como labores que se realizan para el correcto funcionamiento de una empresa y/o institución, pero que no constituyen el objetivo

principal de dichas organizaciones: se hace referencia a labores tales como el registro de operaciones financieras y otras transacciones comerciales que son necesarias para el funcionamiento de la empresa, aunque no para su fin; reproducción mecanográfica de textos orales y/o escritos, manejo de máquinas de oficina y equipos telefónicos y telegráficos, la distribución del correo y mensajes; realización de labores de control fiscal, registros y elaboración de datos estadísticos y/o contables, trabajos de archivo-documentación y otras actividades relacionadas con las precedentes.

81. Trabajadores en Servicio al Público y en Servicios Personales excepto Domésticos:

En este grupo se considera a las personas que llevan a cabo actividades relacionadas con la presentación de servicios personales relacionados con la preparación de alimentos, servicios de comedor y hospedaje, limpieza

general de la ropa, cuidado y arreglo de las personas. También engloba otros servicios al público que no están relacionados directamente con la producción y la comercialización como el cuidado y la limpieza de lugares públicos y los que el público en general puede comprar, como los de alquiler y aquellos que no son de tipo doméstico como ascensoristas, sobrecargo, etc.

VI. MEDIDAS RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD EN SI

4. ¿En qué forma el médico le comunicó los resultados del Diagnóstico al interesado(s)?

- 1) En forma adecuada: El médico usó su ética profesional para emitir los resultados del diagnóstico al interesado(s). Usó los elementos más apropiados del proceso de la comunicación (momento oportuno, precisión, concisión, claridad, tono de voz adecuada, etc).
La información que le(s) dió

fué suficiente: Les explicó el tipo de enfermedad, así como las posibilidades de tratamiento en su caso y a las que podía someterse, les habló de los posibles efectos a consecuencias del tratamiento, les emitió el pronóstico del paciente a corto o largo plazo.

2) En forma inadecuada: El médico no usó su profesionalismo, tomó ciertas actitudes como:

crudeza, agresión u otra, al emitir los resultados del Dx., no usó los elementos más apropiados del proceso de la comunicación. La información que se les brindó no fué suficiente.

5. Reacción del paciente ante la confirmación del Diagnóstico:

1) Con tranquilidad.- Lo tomó como cualquier otra

noticia, no manifestó ninguna actitud de molestia, enojo, coraje, tristeza, depresión, aceptando el tratamiento de inmediato.

2) Con desesperación: Se preocupó demasiado por su situación, manifestó actitudes como llanto, deseos de quitarse la vida, impotencia, le causó gran ansiedad por él o por lo que pudiera ocurrirle a su familia.

3) Con agresión: El paciente manifestó actitudes encaminadas a causar un daño físico y/o verbal hacia él, la familia o persona que le rodean en general.

4) Con indiferencia: No manifestó ninguna actitud específica después de confirmarle el Diagnóstico por presentar algún problema en la personalidad (Neuropsicológico).

- 5) Con tristeza: Al confirmar el Diagnóstico el paciente mostró disminución en su actividad física, intelectual y/o emocional, positiva y aumentó la negativa, se mostró callado, lloroso.
- 6) Con depresión: El paciente se mostró ansioso, deprimido, relacionándolo con un corto tiempo de vida o con su muerte.
- 7) Otro: Registrarla aquí si no está mencionada en las anteriores; decir cuál es.

VI. RELACION PACIENTE - FAMILIA - EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

- 1.- ¿Con quién establece comunicación el paciente y la familia?.

Para contestar esta pregunta marcaremos en los cuadros de la derecha una "D" cuando nos informen que la comunicación fué Directa y una "I" cuando haya sido Indirecta, es decir, a través de otros integrantes del equipo o de otras personas, por el ejemplo el paciente se puede comunicar con el personal paramédico a través de su familia.

- 1) Personal Administrativo: Se comunicaron con ellos para trámites arreglo de vigencias, traslados, citas, constancias de tiempo, etc.

- 2) Personal Médico: Para ser atendidos por ellos en consultas, hospitalización, cuidados, estado de salud del paciente, medidas que habrán de tomarse desde el punto de vista médico.

- 3) Personal Paramédico: Para solución de problemas de apoyo al paciente y de tipo administrativo, orientación, información, apoyo psicológico, medidas familiares que habrán de tomarse desde el punto de vista social, etc.

- 4) Autoridades del Hospital: Para obtener Constancias Médicas, Solicitud de trámites para prolongación de vigencias de derechos. pases de

cortesía, problemas,
etc.

5) Otros: Mencionar con quienes y qué
comunicación estableció.

2.- Trato y/o atención de parte del equipo
Interdisciplinario.-

En Consulta Externa:

Para responder esta pregunta tenemos 3 claves con
las cuales debemos contestar de acuerdo a la
información que nos proporcione el entrevistado.

CLAVES:

P = Pacientes.

F = Familiar

PF = Paciente - Familiar.

Las letras de las columnas de cuadros se refieren
al trato y atención que se le brindó a los
derechohabientes:

E = Excelente

B = Buena

R = Regular

M = Mala

P = Pésimo.

NP = No Procede

El trato y la atención que el Equipo Interdisciplinario brindó al paciente y familiar se refieren a la calidad descrita y manifestada en los siguientes puntos; que representarán los criterios ideales (38) de evaluación independientes a la percepción del paciente. (Se citan 2 tipos de respuesta en el instrumento)

Consulta Externa:

- 1.- El paciente recibió orientación adecuada y completa para llenar los trámites que le permitieran el logro inmediato de la atención médica.
- 2.- Hubo agilidad en los trámites por parte del personal administrativo que le atendió.
- 3.- Le atendieron con amabilidad.
- 4.- Le hicieron apertura de expediente y le entregaron placa y carnet para atención médica.
- 5.- Recibió orientación concreta sobre los requisitos para ser atendido en el Servicio de Oncología.
- 6.- Lo valoraron oportunamente.

(38) Parámetros tomados de un instrumento de investigación de la Subdirección General Médica del ISSSTE y aplicado en las Areas de Consulta Externa y Hospitalización del Hospital "20 de Noviembre", 1987.

- 7.- Le programaron su cita de preconsulta en recepción y le informaron cuándo y cómo debería presentarse.
- 8.- En recepción le tomaron todos sus datos generales.
- 9.- La enferma en turno le dió las orientaciones sobre las solicitudes de los estudios que el médico indicó.
- 10.- Le entregaron los resultados de sus estudios a tiempo.
- 11.- La enfermera le llamó a la hora de su cita.
- 12.- Le atendieron oportunamente.
- 13.- Le administraron el tratamiento oportunamente.
- 14.- El equipo le dá confianza cuando le atiende.
- 15.- Le muestran calidad humana en el manejo de su caso.
- 16.- Le orientaron adecuadamente en relación a sus problemas personales familiares, laborales, etc., relacionados con su enfermedad.

Por lo tanto la calidad de la atención en Criterios Ideales será catalogada por los criterios siguientes:

- E = Excelente: La calidad del trato y atención fué muy buena, cumplió casi todos los puntos citados.
- B = Buena: La calidad del trato y atención fué buena, cumplieron de (-14 al 12) puntos de los citados.
- R = Regular: La calidad del trato y atención fué aceptable, casi cumplieron con la mitad o un poco más de puntos citados (-12 a 10).
- M = Mala: La calidad en trato y atención no fué buena, fué insuficiente, sólo cumplieron con la mitad o menos de los puntos citados (-10 a 8).
- P = Pésima: La calidad en el trato y atención fué muy mala, no reunió ni la mitad de puntos citados (-8).
- NP = No Procede: Contestar en esta columna cuando no haya tenido ninguna relación con alguno de los profesionales o integrantes del equipo Interdisciplinario citados.

PERCEPCION DEL PACIENTE: En cuanto a trato y/o atención:

E = Excelente

B = Buena

R = Regular

M = Mala

P = Pésima

NP = No Procede

3.- Número de veces que haya sido hospitalizado el paciente:

Responder la pregunta con el número del inciso en el cuadro correspondiente de acuerdo al año citado.

4.- Criterios Ideales relacionados con el Trato y/o Atención en Hospitalización:

Para contestar esta pregunta al igual que la número 2 de este apartado, utilizamos las mismas claves para dar la respuesta (P F PF) que será registrada en la columna correspondiente con los mismos criterios de calidad en trato y atención. (Ver hoja anterior).

1. Agilidad en los trámites para su internamiento.
2. El personal de enfermería se mostró amable.
3. Le administraron ropa de cama y batas limpias.
4. Le administraron artículos de limpieza personal (papel higiénico y jabón).
5. Los medicamentos le fueron proporcionados a tiempo y de acuerdo a las prescripciones del médico.
6. Los sueros que le administraron y las sondas y aparatos que le hayan conectado fueron supervisados adecuadamente por el médico.

7. Los cómodos y originales estuvieron limpios y dispuestos para su uso.
8. Cuando usted necesitó de una enfermera ella acudió con prontitud.
9. Le dieron a conocer el nombre de su médico tratante.
10. El médico le proporcionó información sobre su enfermedad y su estado de salud.
11. El médico le contestó sus dudas.
12. Le pasaron visita médica varias veces al día.
13. Los médicos que pasaron visita le examinaron cuidadosamente.
14. Le informaron para que eran cada uno de los estudios que le hicieron.
15. Supo usted para qué eran cada uno de los estudios que le hicieron.
16. El personal de enfermería estuvo a su cuidado cada cambio de turno.
17. La trabajadora social del servicio se puso a sus ordenes.
18. La trabajadora social le brindó apoyo.
19. La dietista de su servicio se puso a sus ordenes.
20. La comida le fué satisfactoria.
21. La atención que le brindaron en hospitalización fué de buena calidad humana.
22. La causa por la que fué ingresado fué bien atendida.

Para contestar durante la entrevista, usar los siguientes criterios ideales:

		<u>PERCEPCION DEL PACIENTE:</u>	
E = Excelente	= 20-22	Excelente	= E
B = Buena	= 17-19	Buena	= B
R = Regular	= 14-16	Regular	= R
M = Mala	= 11-13	Mala	= M
P = Pésima	= -11	Pésima	= P
NP = No Procede		No Procede	= NP

6.- Tratamientos ofrecidos en el Servicio de Oncología.

1) Cirugía: Es el tratamiento que consiste en extirpar la(s) tumoración maligna (no garantiza la erradicación de la neoplasia por que pueden existir células malignas en el torrente sanguíneo. (39)

2) Quimioterapia: Es la administración de agentes químicos que tienen por objeto erradicar las células

(39) Oncología Clínica, Un enfoque Terapéutico Multidisciplinario, Universidad de Rochester, New York, EE.UU. 5a. E. 1978 p.18.

neoplásicas malignas que se encuentran reproduciéndose, su administración es por diferentes vías: oral, intravenosa, intramuscular, intratecal (el tratamiento se aplica directamente a la columna vertebral), etc. Este tipo de tratamiento puede ser curativo, adyuvante o coadyuvante y paliativo. (40)

3) Radioterapia: Es el empleo de radiaciones "ionizantes" para obtener la destrucción total de las neoplasias sin dañar a los tejidos sanos.

Este tratamiento también se dá en forma adyuvante, curativa, paliativa o de profilaxis. (41)

4) Otros: Contestar cuando sea diferente a los tres anteriores, por ejemplo: Inmunoterapia.

(40) Ibidem p.21.

(41) idem.

Para dar la respuesta a la pregunta No. 6 de la cédula, registrar el número del inciso correspondiente en las columnas de SI y NO y usar la columna de NP que significa: No Procede, cuando alguno de los tratamientos mencionados no los haya recibido el paciente.

7.- Motivos por los que no mejoraba el paciente.

- 1) No aceptaba el tratamiento ofrecido porque.-
 - a. El paciente no quería que lo operaran por miedo.
 - b. El paciente no quería aceptar la amputación de algún miembro de su cuerpo.
 - c. Por miedo a la deformación.
 - d. Su religión no lo permitía aceptar ninguna substancia química o sangre.
 - e. Se sentía muy mal cuando le administraban el tratamiento. .
 - f. No se quería exponer a los efectos secundarios de los tratamientos.
- 2), 3) y 4).- No necesitan definirse.

8.- Manifestaciones y efectos en alguna etapa del padecimiento.

Contestar esta pregunta de acuerdo a las columnas con las siguientes claves:

I E = Inicio de la enfermedad.

D T = Durante el tratamiento.

P T = Posterior al tratamiento.

EFFECTOS COLATERALES AL PADECIMIENTO CRONICO DE CANCER(42)

PSICOLOGICOS EMOCIONALES:	FISICOS- SOCIALES	BIO- FISIOLOGICOS:
a. Tristeza	a. Mutilación de algún miembro o parte del cuerpo	a. Náúceas
b. Angustia	b. Deformación	b. Vómito
c. Estrés o Tensión	c. Pérdida de algún órgano	c. Diarrea
d. Miedo	d. Pérdida de la audición	d. Debilidad
e. Depresión	e. Pérdida de pelo	e. Constipación
f. Llanto	f. Desviación de la boca	f. Fiebre
g. Insomnio	g. Pérdida de la movilidad de alguna articulación	g. Desnutrición
	h. Infiltración necrótica a piel o hueso	h. Cansancio- Postración
	i. Quemaduras	i. Falta de Apetito
	j. Dolor	j. Hemorragias

(42) Curso sobre El Tratamiento del Paciente con Quimioterapia, Apuntes Mimeo. Hospital "20 de Noviembre". México, 1987.

* La Quimioterapia produce reacciones de hipersensibilidad, (náuseas, vómito, diarrea, constipación, síndrome de mala absorción, úlcera, etc), efectos colaterales que repercuten en forma importante en el paciente: Síndromes paraneoplásticos.- alteraciones hormonales, hematológicas, musculares, neurológicas, etc.

Disfunciones: Hepática, renal, hematológica y digestivas.

Las alteraciones que representa el paciente pueden ser causa de la misma enfermedad, por la naturaleza del tratamiento administrado, psicógenas y de origen iatrogénico, es decir, por equivocación del médico en el sitio donde se administre el medicamento o por dosis elevadas o durante un período de tiempo largo.

- k. Anemia
- l. Poliglobulia
- m. Disminución de todas las células de la sangre
- n. Irritación en piel o alergia
- ñ. Procesos infecciosos agregados
- o. Pigmentación de uñas
- p. Dolor en lengua
- q. Alteración en las venas
- r. Glándulas salivales "secas"
- s. Insuficiencia hepática
- t. Insuficiencia renal
- u. Mucositis (irritación mucosa tracto digesti-

- vo)
- v. Miocardiopatia
- w. Cuadros gripales
- x. Escalofríos
- y. Esterilidad

9.- Apoyo del personal del equipo Interdisciplinario en Consulta Externa u Hospitalización.

1) Médico:

- a. Recibió información precisa por parte del Médico tratante, a cerca de su enfermedad en forma específica.
- b. El médico le dió apoyo moral.
- c. El médico le comunicó el pronóstico de su paciente.
- d. Le dió sugerencias para tratar a su paciente.
- e. El médico motivó al paciente y a la familia para aceptar la enfermedad.

2) Enfermera:

- a. La enfermera le brindó alguna orientación que para el paciente o familiar haya sido importante.
- b. La enfermera le dió apoyo a la hora de aplicarle el tratamiento.

- c. La enfermera lo canalizó con algún profesional del Equipo Interdisciplinario para que lo apoyaran emocionalmente (paciente o familia).
- d. La enfermera lo canalizó al Servicio de Trabajo Social de Oncología para resolver algún problema.

3) Trabajador Social:

- a. El Trabajador Social le ayudó orientándolo e informándole lo que debería hacer para resolver sus problemas de tipo administrativo.
- b. El Trabajador Social le dió información precisa sobre su padecimiento y le orientó a cerca de cómo debería manejar su problemática social, personal y familiar.
- c. El Trabajador Social le informó sobre los efectos secundarios y/o colaterales del tratamiento y le orientó cómo manejarlos el paciente y la familia.
- d. El Trabajador Social le ayudó a tomar conciencia del por qué el paciente debía asistir puntualmente a sus citas subsecuentes de Tratamiento y/o control, le informó a cerca de la enfermedad crónica y de su necesaria atención periódica.
- e. El Trabajador Social le dió apoyo moral y/o psicológico al paciente y familiar.

f. El Trabajador Social le canalizó con el Psicólogo para que le apoyara emocionalmente.

4) Psicólogo:

a. El Psicólogo le dió apoyo emocional en Consulta Externa u Hospitalización.

b. El Psicólogo le brindó terapia de apoyo durante la administración de su tratamiento (Quimioterapia).

c. El Psicólogo le enseñó a desarrollar actitudes de afrontamiento ante su enfermedad y tratamiento de la misma.

d. El Psicólogo le ayudó a aceptar vivir con su enfermedad como persona normal.

5) Otro:

mencionar quien fué el profesional que le brindó apoyo y qué tipo de apoyo le ofrecieron.

10.- Motivo por el que dejó de asistir al Servicio de Oncología del Hospital 20 de Noviembre.

1) No aceptó el tratamiento propuesto.-

a. El paciente no aceptó el tratamiento por desconfianza al médico que le trataba.

b. Por miedo a la deformación de su cuerpo.

c. Por miedo a la pérdida de algún órgano.

d. Por saber información de otros casos de

cáncer y manejarla en forma impropia en su caso particular.

- e. Por que su religión no se lo permite.
- f. Por tener la superstición de que el origen de su enfermedad es por "Mal" que otras personas le hicieron.
- g. Otros motivos.- Para contestar con este inciso, favor de especificar el motivo.

2), 3), 4), 5), 6). Estos incisos corresponden a la respuesta de la misma pregunta No. 10, no necesitan definirse.

7) Otro.- Usar esta respuesta cuando ninguna de las 6 anteriores permita responder la pregunta, si se contesta con el (7), favor de especificar el motivo.

Preguntas 11 y 12 de este apartado, no es necesario definir.

13.- Estado de salud del paciente.

ESTADO DE RENDIMIENTO o "ESCALA DE KARNOVSKY"
(43)

(43) KARNOVSKY, Escala del Estado de Rendimiento del
Paciente en Oncología, "Cope", Bulk Rate, West
Chicago, IL U.S.A. 1986, p. 27.

- 1) Actividad normal (0).- Complemente activo, capaz de realizar todas las actividades de antes de la enfermedad, sin restricción y sin la ayuda de analgésicos.
- 2) Síntomas pero ambulatorio (1).- Restricción en la actividad ardua o vigorosa pero ambulatorio capaz de realizar una ocupación sedentaria. Los pacientes quienes están completamente activos pero requieren analgésicos.
- 3) En cama menos del 50% del tiempo (2).- Ambulatorios y capaces de todos sus ciudadanos, pero incapaces para realizar cualquier trabajo casi más del 50% de horas de trabajo.
- 4) En cama más del 50% de tiempo (3).- Limitado al cuidado de sí mismo, restringido o limitado a la cama o silla más del 50% de las horas que están despiertos.
- 5) 100% en cama (4).- Completamente incapacitado. Incapaz de realizar cualquier cuidado de sí mismo y limitado totalmente a estar en cama o en una silla.
- 6) Muerto (5).

14.- Etapa de evolución de la enfermedad (44) en que se le confirmó el Diagnóstico al paciente. (Contestar según datos reportados en tarjeta de seguimiento).

- 1) In situ.- Significa que el tumor no ha rebasado la membrana basal, es decir, se localiza sobre el epitelio, clínicamente es un estadio cero, histológicamente es intraepitelial o "In Situ". (E-0)

- 2) Invasor.- El tumor ya rebasa la membrana basal, por lo tanto ya tiene capacidad para dar metástasis.

- 3) Localizado (Diseminación Local).- Tumor invasor pero que se encuentra solamente en el mismo órgano donde se originó. El tumor invade localmente, es decir, por contigüidad y pueda afectar órganos o estructuras vecinas.

(44) Oncología Clínica, Unión Internacional contra el Cáncer, Edit. Alhambra, Heidelberg, New York, 1982, 1a. parte.

4) Metástasis Regionales.- Se refiere al tumor invasor que ya dió metástasis hacia los ganglios linfáticos que drenan la región afectada (II y III).

5) Metástasis a Distancia.- Hay presencia de metástasis de distancia, es un depósito secundario discontinuo del primario, este tumor forma otros lejos de donde se originó el primario. Las metástasis hematógenas generalmente se van por la sangre y los órganos más afectados son: pulmones, hígado, cerebro y huesos.

Diseminación del tumor a órganos, o estructuras diferentes al sitio del primario o a los ganglios regionales.

- 6) Desconocido.- Grado o diferenciación no determinada. Estadío imposible de clasificar por falta de datos o tratamiento previo fuera del servicio.

15.- Pronóstico de la enfermedad. (45)

Desde el punto de vista médico, el pronóstico depende de varios factores como son:

- a) De la enfermedad específica, es decir, del órgano originalmente afectado.
- b) De la etapa clínica del padecimiento, o sea, de la cantidad de tumor.
- c) De la estirpe histológica, esto quiere decir, la característica del tejido donde surgió (hay diferentes células de acuerdo a los tejidos, por ejemplo: los tumores malignos que se originan de los epitelios son epidermoides, del tejido mesenquimatoso se originan los sarcomas, del tejido linfoide se originan los linfomas, etc.).

(45) Ramírez, Heredia Jorge. Oncólogo y Coordinador del Depto. de Enseñanza de Oncología del Servicio de Oncología Hospital "20 de Noviembre" ISSSTE.

d) De la diferenciación del tumor.-

Por lo general los tumores se dividen en Bien Diferenciados, Moderadamente Diferenciados y Poco Diferenciados o Indiferenciados. Por lo general, mientras más indiferenciado es un tumor, más malo es el pronóstico (la diferenciación significa lo mucho o poco en que se parecen el cáncer al tejido que le dió origen, por ejemplo: son bien diferenciados los que guardan cierto parecido a las células que les dieron origen, mientras que los pocos diferenciados no se parecen casi nada al tejido que le dió origen).

- e) Del tratamiento que se le pueda ofrecer, pues no todos los tumores tienen el mismo comportamiento, por lo tanto no responden igual, así también las características de cada paciente son determinantes para ofrecer determinado esquema de tratamiento (la edad, el sexo, sus condiciones biofisiológicas, etc.), por lo tanto se puede decir que el pronóstico

es:

- 1) Bueno.- Cuando el tumor no tiene una biología o historia natural agresiva, cuando se descubre incipientemente, es decir, que apenas está comenzando, cuando se

hace un correcto tratamiento, y el tratamiento es susceptible al mismo, (E I).

2) Regular.- Cuando el tumor tiene una biología de regular agresividad, que haya dado metástasis regionales y que el tratamiento sea malo, (E II).

3) Malo.- Cuando el tumor biológicamente es muy agresivo, que esté avanzando local o regionalmente o a distancia y que además el tratamiento sea malo o bien que ya no se puede ofrecer tratamiento efectivo, o el tumor se encuentre en un órgano vital, (E III).

4) Fatal.- Cuando el tumor se encuentre diseminado y el paciente está fuera de todo tratamiento oncológico, cuando lo único que debe hacerse es dar tratamiento de sostén, (E IV).

Para contestar la pregunta No. 15, necesitamos normar un criterio basado en la información que nos reporta la tarjeta de seguimiento primero y segundo en la información

del entrevistado, si no estamos seguros de una respuesta precisa y bien relacionada con las consideraciones y parámetros citados arriba, será mejor no contestar.

El periodo de tiempo que se registrará en las respuestas se refiere: el primer cuadro al Corto Plazo y el segundo cuadro a Largo Plazo, tomando los siguientes periodos de tiempo:

- a) Corto Plazo: 1 a 3 meses posterior al tratamiento
- b) Mediano Plazo: 3 a 12 meses posterior al tratamiento
- c) Largo Plazo: Más de 12 meses posteriores al tratamiento

16.- Estado de Seguimiento del paciente de 1981 a 1986-87.

1) Vive:

a) No inició tratamiento: Se le planeó algún tratamiento y no lo recibió.

b) Abandonó el tratamiento: Estaba recibiendo algún tratamiento pero dejó de hacerlo.

c) Presentó ausentismo ocasional: El paciente dejó de asistir por un periodo de tiempo a sus citas de tratamiento y/o control, pero posteriormente regresó.

d) Abandonó Control: El paciente sólo asistía al servicio a citas de control o vigilancia periódica pero dejó de asistir.

e) Continúa en tratamiento y/o control oncológico: El paciente sigue asistiendo al Servicio de Oncología por que recibe algún tratamiento o por que asiste a citas de control o vigilancia periódica.

f) Fuera de tratamiento oncológico: El paciente ha quedado fuera de tratamiento contra su enfermedad maligna, por la etapa de evolución de la misma, es decir, que ha llegado a las etapas terminales de la enfermedad, ya no hay nada que

ofrecerle, lo más probable es que se le haya dado la Extensión Hospitalaria a su domicilio para atenderle con medidas de sostén.

g) Pidió Alta Voluntaria: El paciente o los familiares pidieron al médico tratante su ALTA VOLUNTARIA, en cualquier etapa de la enfermedad (no aceptaron el tratamiento ofrecido o propuesto, decidieron abandonar el tratamiento, decidieron cambiarse de Institución, etc. El paciente ya estaba en malas condiciones y decidieron llevárselo a su Domicilio o Lugar de Origen, etc.), aceptando toda responsabilidad del caso por ellos mismos.

La respuesta del inciso (1) tiene espacios para contestar: en el primero se registrará el número del inciso, en el segundo las condiciones en que se encuentra el paciente y en el tercero la(s) condición(es) que precedió a la segunda.

2) Falleció:

Para contestar con esta respuesta en primer lugar hay que registrar el número del inciso, en el segundo espacio registrar la clave o letra mayúscula que corresponda al año en que falleció, en el tercer espacio la condición en que falleció y en el último espacio la condición que precedió a la tercera.

Las condiciones de la (a) a la (f), excepto la (e), ver definiciones en el inciso (1) de la misma pregunta.

e) Continuó tratamiento y/o Control pero tuvo repercusiones que ocasionaron su muerte: El paciente se encontraba recibiendo algún tratamiento en forma curativa o paliativa pero se le presentaron repercusiones como afectársele otros órganos (hígado, riñones, pulmones, etc.) por la naturaleza del tratamiento; haberse quemado; o la enfermedad por su naturaleza le afectó al órgano; que le ocasionaron la muerte.

3) Se Ignora:

Para contestar esta respuesta hay tres espacios, en el primero registrar el número del inciso de la respuesta, en el segundo y el tercero las condiciones del seguimiento.

a) Paciente registrado en Clínica de Adscripción del D.F. pero era Foráneo.-
No se pudo localizar al paciente o a sus familiares por que regresaron a su lugar de origen.

Se localizó domicilio de paciente o familia en el D.F. pero informan que ignoran qué pasó con el paciente.

b), c), e), f): Ver definiciones en el inciso 1)
de la misma

d) No se localizó familiar: El domicilio es falso; se cambiaron de domicilio; por ningún medio se logró la localización del familiar.

ANOS QUE SE TOMARON PARA LA INVESTIGACION DEL SEGUIMIENTO:

- 1981.- Año en que ingresaron los pacientes al Servicio de Oncología del Hospital 20 de Noviembre (Motivos: Para Diagnóstico, tratamiento y control).
- 1982.- Primer año en el Servicio de Oncología.
- 1983.- Segundo año en el Servicio de Oncología.
- 1984.- Tercer año en el Servicio de Oncología.
- 1985.- Cuarto año en el Servicio de Oncología.
- 1986.- Quinto año en el Servicio de Oncología.
- 1987.- Sexto año en el Servicio de Oncología.

17.- Condiciones de Salud en las que se le presentó la defunción al paciente.

1) Con la enfermedad desarrollada:

La causa determinante por la que falleció el paciente fuè su enfermedad de càncer que alcanzó las etapas terminales, o sea, el estadio clínico que implica que la enfermedad se hizo metastática o se diseminó por órganos vitales importantes o por todo el organismo del paciente.

2) Por problemas agregados:

Es decir, por complicación de otras

enfermedades que se hayan desarrollado a partir del cáncer (Insuficiencia renal crónica, alteraciones hematológicas, neurológicas, digestivas, etc.); o por otras enfermedades crónico-degenerativas que ya padeciera el paciente.

3) Por complicaciones del tratamiento:

Por naturaleza del tratamiento administrado, por "iatrogenias" del médico o equivocaciones en el sitio donde se aplicó el tratamiento.

4) Otra causa:

Contestar con este inciso si la respuesta del entrevistado no corresponde a ninguna de las tres anteriores y especificarla.

18.- Evolución de la enfermedad (46) actualmente.

1) Curación:

Sin datos de Actividad Tumoral a los cinco años posteriores al tratamiento.

(46) MARROQUIN, Víctor. Médico Oncólogo, Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, 1986. Profr. Asociado del Curso de "Tratamiento de Quimioterapia".

2) Persistencia:

A pesar del tratamiento hay Actividad Tumoral.

3) Recurrencia:

Una vez obtenida mejoría, aparente remisión, se diagnostica nueva Actividad Tumoral.

4) Estabilización:

El paciente pudo presentar recaída o recidiva, aunque había respondido al tratamiento; nuevamente toma tratamiento, no presenta datos de Actividad Tumoral.

5) Progresión:

La enfermedad demuestra Actividad Tumoral local o regional, avanzado; el paciente toma tratamiento actualmente.

6) Fuera de Tratamiento:

Inicial, cuando el paciente acude el servicio sin ninguna posibilidad de recibir tratamiento oncológico; o por fase IV.

19.- Pronóstico que le da actualmente el Médico Tratante.

Para contestar ver definición de conceptos en la pregunta No. 15 de este apartado.

Si el paciente o el familiar ignoran el diagnóstico contestar la respuesta con el inciso 5), y si en la tarjeta de seguimiento está registrado el pronóstico actual favor de contestar con alguno de los cuatro incisos de respuesta, es decir, se darán 2 respuestas: la del familiar entrevistado y la del Trabajador Social de acuerdo a los datos de la tarjeta.

VIII. EFECTOS SOCIALES

Los efectos sociales de la enfermedad los definimos como todas aquellas repercusiones causadas por el cáncer en la esfera biopsicosocial del ser humano y que hayan ocasionado problemas de tipo interpersonal o familiar física, emocional o socialmente, considerando esta última como la relación que establece el individuo en el grupo familiar, de trabajo, educativo, recreativo, etc. y en determinado sentido es afectado.

- 1.- Contestar primero en base a la información referida por el entrevistado (problemas que haya captando este).
- 2.- Contestar en base a la información y observación obtenida por el Trabajador Social.

ANEXO II
INSTRUMENTOS DE MEDICION

CEDULA DE CAPACITACION DE DATOS SOBRE EL SEGUIMIENTO
SOCIAL DE PACIENTES ONCOLOGICOS DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"
DEL ISSSTE, DIRIGIDO A FAMILIAR RESPONSABLE DEL PACIENTE

OBJETIVO:

CONOCER LOS EFECTOS SOCIALES DERIVADOS DE LA ENFERMEDAD CRONICA DE
LOS PACIENTES ONCOLOGICOS, A TRAVES DE LA INVESTIGACION DE SUS
CONDICIONES DE VIDA: SOCIALES, ECONOMICAS Y AMBIENTALES.

I. FICHA DE IDENTIFICACION DE LA PERSONA ENTREVISTADA

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()

PARENTESCO DEL PACIENTE:

1. Espos(a) 3. Padre o Madre 5. Otro _____
2. Hijo(a) 4. Hermano(a) especificar _____

ROL QUE OCUPA EN LA FAMILIA

1. Padre o Madre 2. Espos(a)
3. Hijo(a) 4. Otro _____
especificar _____

II. ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR

1. ¿CUAL ES O ERA LA CONFORMACION DE LA FAMILIA DEL PACIENTE? _____
a. Familia Nuclear b. Familia Extensa c. Familia Extensa Compuesta

2. ¿EN QUE ETAPA DEL CICLO DE VIDA SE ENCUENTRA(ABA) LA FAMILIA?
a. Inicio o Recién Casado b. Procreación c. Procreación Avanzada
d. Independencia e. Retiro o Muerte _____

3. ¿CUAL ES O ERA EL TIPO DE FAMILIA POR SU DESARROLLO?
a. Moderna b. Tradicional _____

4. ¿POR CUANTOS INTEGRANTES ESTA(ABA) FORMADA LA FAMILIA?
a. 1 a 2 Personas b. 3 a 5 Personas c. 6 a más personas _____

5. ¿EN QUE MEDIDA LA FAMILIA CUMPLE O CUMPLIA CON SUS FUNCIONES NATURALES?

a. Cumple con todas sus funciones naturales _____
b. Cumple con más del 50% de sus funciones naturales
c. Cumple con menos del 50% de sus funciones naturales
d. No cumple con ninguna de sus funciones naturales

6. ¿COMO ES O ERA LA DINAMICA FAMILIAR EN SU CASO?

a. Excelente b. Buena c. Regular d. Mala

7. ¿COMO SE PUEDE CATALOGAR A SU FAMILIA EN CUANTO A INTEGRACION?

a. Integrada b. Semi-integrada c. Desintegrada

8. ¿CUAL ES O ERA EL ROL DEL PACIENTE DENTRO DE SU NUCLEO FAMILIAR?

a. Padre b. Madre c. Hijo(a) d. Esposo(a) e. Otro
especificar

III. NIVEL CULTURAL

III.1. ALIMENTACION Y NUTRICION

1. ¿QUE TIPO DE ALIMENTACION ACOSTUMBRABAN EN LA FAMILIA Y CON QUE FRECUENCIA LA CONSUMEN?

	NUMERO DE VECES A LA SEMANA	
	Paciente	Familia
a. Leche	a. ---	a. ---
b. Derivados de la Leche	b. ---	b. ---
c. Huevo	c. ---	c. ---
d. Carnes Rojas	d. ---	d. ---
e. Carnes Blancas	e. ---	e. ---
f. Frijoles	f. ---	f. ---
g. Arroz	g. ---	g. ---
h. Pastas	h. ---	h. ---
i. Tortillas	i. ---	i. ---
j. Pan	j. ---	j. ---
k. Frutas	k. ---	k. ---
l. Verduras	l. ---	l. ---
m. Chiles	m. ---	m. ---
n. Agua Natural	n. ---	n. ---
p. Otros	p. ---	p. ---
NP. No Procede	NP. ---	NP. ---

2. ¿CUANTAS VECES AL DIA ACOSTUMBRABAN TOMAR ALIMENTOS?

	Paciente	Familia
a. 3 veces al día	---	---
b. 2 veces al día	---	---
c. Una vez al día	---	---
d. Más de 3 veces al día	---	---
e. No procede	---	---

III.2. DESCANSO Y RECREACION

3. ¿CUANTAS HORAS DIARIAS LE DEDICAN AL SUERO COMO MINIMO?

	Paciente	Familia
a. Más de 8 horas	---	---
b. 8 horas	---	---
c. Menos de 8 horas	---	---
d. No procede	---	---

4. ¿DEDICAR ALGUN TIEMPO PARA LA RECREACION DURANTE EL DIA?
- | | Paciente | Familia |
|--------------------------------|----------|---------|
| 1. SI | --- | --- |
| 1.a. Más de una hora | | |
| 1.b. Una hora | | |
| 1.c. Menos de una hora | | |
| 2. NO | | |
| 2.a. Le es costoso | | |
| 2.b. No tiene tiempo | | |
| 2.c. Su salud no se lo permite | | |
| 2.d. No procede | | |
5. EN CASO AFIRMATIVO ¿QUE ACTIVIDAD RECREATIVA PRACTICA?
- | | Paciente | Familia |
|----------------------------|----------|---------|
| a. Actividad al aire libre | --- | --- |
| b. Culturales | --- | --- |
| c. Manuales | --- | --- |
| d. Otras | --- | --- |
| e. Ninguna | --- | --- |
| f. No procede | --- | --- |
| | ¿Cuáles? | |

III.3. RELIGION

6. ¿QUE RELIGION PROFESA EL PACIENTE?
- | | | | | | |
|-------------|----------------|-------------|-------------|--------------|---------------|
| a. Católica | b. Protestante | c. Judía | d. Ortodoxa | e. Musulmana | --- |
| f. Budista | g. Otra | especificar | | h. Ninguna | g. No procede |

III.4. VIVIENDA

1. ¿QUE TIPO DE VIVIENDA HABITA(ABA) EL PACIENTE Y SU FAMILIA?
- | | | | | | |
|---------|-----------------|-------------|---------|-------------|-----|
| a. Casa | b. Departamento | c. Vecindad | d. Otra | especificar | --- |
|---------|-----------------|-------------|---------|-------------|-----|
2. LA TENENCIA DE SU VIVIENDA ES O ERA:
- | | | | | |
|-----------|-------------|--------------|-------------|-----|
| a. Propia | b. Rentada | c. Pagándose | d. Prestada | --- |
| e. Otra | especificar | | | |
3. ¿DE QUE MATERIAL ESTA(ABA) CONSTRUIDA SU CASA?
- MUROS:
- | | | | |
|----------------------|-----------|-------------|-----|
| a. Tabique o Tabicón | b. Piedra | c. Madera | --- |
| d. Lámina | e. Otros | especificar | |
- TECHOS:
- | | | | | |
|-------------|-----------|-------------|------------|-----|
| a. Concreto | b. Madera | c. Asbesto | d. Láminas | --- |
| e. Cartón | f. Otros | especificar | | |
- PISOS:
- | | | | | |
|------------|-------------|-------------|-----------|-----|
| a. Cemento | b. Madera | c. Mozaicos | d. Tierra | --- |
| e. Otros | especificar | | | |

4. ¿EN QUE ESTADO SE ENCUENTRA ACTUALMENTE LA CONSTRUCCION?

- a. Bien construida b. Semi-Construida
c. Semi-derruida d. Derruida

5. ¿CUAL ES LA DISTRIBUCION DE LA VIVIENDA?

- a. Una sola habitación b. Sala y/o Comedor
c. Cocina d. baño e. No. de recámaras: 1, 2, 3, 4

6. ¿CUAL ES EL TIPO DE SERVICIO SANITARIO CON QUE CUENTA LA FAMILIA?

- a. Baño completo b. W.C. c. Letrina d. Fosa Séptica
f. Fecalismo al aire libre

7. ¿HAY LA PRESENCIA DE ALGUN ANIMAL EN SU VIVIENDA?

1.- Sí

¿Cuáles?

- l.a. Felino l.d. Bovinos l.g. Otros
l.b. Pájaros l.e. Roedores
l.c. Aves de Corral l.f. Caninos

especificar

2.- No

8. EL USO DEL SERVICIO SANITARIO ES O ERA:

- a. Privado b. Colectivo

9. EL MOBILIARIO CON QUE CUENTA SU VIVIENDA ES O ERA:

- a. Completo b. Incompleto

10. ¿LA VIVIENDA SATISFACE(IA) LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA?

- a. Sí b. No

11. ¿CON QUE SERVICIO PUBLICOS CUENTA(ABA) LA VIVIENDA?

- a. Agua potable b. drenaje c. Alumbrado público
d. Pavimento e. Recolección de basura

12. ¿CON QUE MEDIOS DE TRANSPORTE CUENTA(ABA) SU COLONIA?

- a. Metro b. Trolebús c. Ruta 100 d. Colectivos
e. Taxi

IV. CONDICIONES ECONOMICAS

1. ¿CUANTAS PERSONAS CONTRIBUYEN AL INGRESO FAMILIAR?

- a. Una b. Dos c. Tres d. Más de tres

2. ¿A QUE MONTO ASCIENDE SU INGRESO FAMILIAR MENSUAL?

- a. Menor al salario mínimo b. Salario Mínimo
c. Dos veces el salario mínimo d. Más de dos veces el salario mínimo

2. ¿QUIEN LE(S) COMUNICO LOS RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO?
- | | Paciente | Familia |
|--|----------|---------|
| a. Se los comunicaron en la Clínica u Hospital de procedencia | --- | --- |
| b. Lo observaron en documentos que le(s) entregaron en el Hospital | --- | --- |
| c. Su médico tratante en el Hospital 20 de Noviembre | --- | --- |
| d. Algún médico residente en el Hospital 20 de Noviembre | --- | --- |
| e. La enfermera del Consultorio en el Hospital 20 de Noviembre | --- | --- |
| f. El Trabajador Social en el Hospital 20 de Noviembre | --- | --- |
| g. Otro integrante del Equipo Interdisciplinario del Hospital | --- | --- |
| h. No se los comunicaron | --- | --- |
| i. Otro | --- | --- |
3. CUANDO LE(S) COMUNICARON LOS RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO ¿SE LOS DIJERON A LOS FAMILIARES Y AL PACIENTE AL MISMO TIEMPO?
- a. SI b. No c. No procede
4. ¿EN QUE FORMA EL MEDICO LE(S) COMUNICO LOS RESULTADOS DEL DX.?
- a. En forma adecuada b. En forma inadecuada c. No procede
5. EN CASO DE CONTESTAR EN FORMA AFIRMATIVA EN LA PREGUNTA No. 3 ¿COMO REACCIONO EL PACIENTE ANTE LA CONFIRMACION DEL DX.?
- a. Con tranquilidad b. Con desesperación c. Con agresión
d. Con indiferencia e. Con tristeza f. Se deprimió
g. Otro _____
 especificar_____
6. ¿QUE PROBLEMAS SE LE PRESENTARON AL PACIENTE Y A LA FAMILIA A PARTIR DE QUE SE LE(S) COMUNICO EL DIAGNOSTICO?
- | | Paciente | Familia |
|--|----------|---------|
| a. El manejo constante de "estrés" o angustia | a. --- | a. --- |
| b. El desconocimiento información acerca de la enfermedad | b. --- | b. --- |
| c. El desconocimiento de las posibilidades de tratamiento, curación y control de la enfermedad | c. --- | c. --- |
| d. Manejo de la información inadecuada sobre el padecimiento | d. --- | d. --- |
| e. Incapacidad laboral | e. --- | e. --- |
| f. Dejar de asumir el rol dentro de la familia | f. --- | f. --- |
| g. Asumir el rol del paciente dentro de la familia | g. --- | g. --- |
| h. Desconocimiento por parte del paciente de su diagnóstico | h. --- | h. --- |
| i. Falta de interés para el tratamiento | i. --- | i. --- |
| j. No preparado(s) emocionalmente para el afrontamiento y manejo de la enfermedad. | j. --- | j. --- |

- | | | |
|---|--------|--------|
| k. Falta de orientación personal y familiar a cerca del padecimiento y su manejo | k. ___ | k. ___ |
| l. Falta de educación al paciente y a la familia que le permitiera hacer conciencia para responsabilizarse de su tratamiento y control "disciplinado" a largo plazo | l. ___ | l. ___ |
| m. La sobreprotección excesiva del paciente por la familia | m. ___ | m. ___ |
| n. El manipuleo del paciente para con la familia | n. ___ | n. ___ |
| n. La falta de disposición de tiempo del que deben(ían) disponer para la atención y/o tratamiento del paciente, en casa y en el Hospital | n. ___ | n. ___ |
| p. La familia se mostró de manera "Servil" en las etapas iniciales de la enfermedad del paciente | p. ___ | p. ___ |
| q. La familia muestra rechazo en las etapas finales o terminales de la enfermedad del paciente | q. ___ | q. ___ |
| r. La familia muestra falta de tolerancia y/o desgaste físico o emocional | r. ___ | r. ___ |
| s. La familia o el paciente muestran o manifiestan a la muerte | s. ___ | s. ___ |
| t. Los familiares muestran sentimientos de culpa | t. ___ | t. ___ |

7. ¿CUANTO TIEMPO NECESITA O NECESITABA PARA TRASLADARSE AL HOSPITAL?

- a. Menos de una hora b. Una hora c. Más de una hora ___

8. ¿QUE MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZA(ABA) PARA TRASLADARSE AL HOSPITAL?

- a. Automóvil particular b. Taxi c. Colectivo ___

- d. Ruta 100 o trolebús e. Metro d. Ambulancia ___

g. Otro

especificar

9. ¿CON QUE FRECUENCIA ACUDIA AL HOSPITAL AL INICIO DE SU TRATAMIENTO?

- a. Diario b. Cada tercer día c. Una vez por semana ___

- d. Cada quince días e. Cada mes. ___

10. ¿CON QUE FRECUENCIA ACUDIA LA SERVICIO DE ONCOLOGIA DESPUES DEL TRATAMIENTO INICIAL?

- a. Cada vez que se sentía mal ___ ___
- b. Cada vez que le programaban cita
- b.1. Dos o tres veces por semana
 - b.2. Cada ocho días
 - b.3. Cada quince días
 - b.4. Mensualmente
 - b.5. Bimestralmente
 - b.6. Trimestralmente
 - b.7. Semestralmente
 - b.8. Anualmente
- c. Acude a los cinco años
- d. No acude nunca más

VII. RELACION QUE ESTABLECE EL PACIENTE Y FAMILIARES CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

1. ¿CON QUIEN Y QUE TIPO DE COMUNICACION ESTABLECE EL PACIENTE Y LA FAMILIA?

D = DIRECTA I = INDIRECTA

	Paciente	Familia
a. Personal administrativo	a. ___	a. ___
b. Personal médico	b. ___	b. ___
c. Personal paramédico	c. ___	c. ___
d. Autoridades del Hospital	d. ___	d. ___
e. Otros _____ especificar	e. ___	e. ___
f. No procede	f. ___	f. ___

2. ¿COMO HA SIDO EL TRATO Y/O ATENCION DE PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN CONSULTA EXTERNA?

	E	B	R	M	P	NP
a. Vigencia de derechos	___	___	___	___	___	___
b. Bioestadística	___	___	___	___	___	___
c. Recepción	___	___	___	___	___	___
d. Enfermera	___	___	___	___	___	___
e. Jefe de Enfermeras	___	___	___	___	___	___
f. Médico Adscrito	___	___	___	___	___	___
g. Médico Residente	___	___	___	___	___	___
h. Trabajador	___	___	___	___	___	___
i. Otros _____ especificar	___	___	___	___	___	___

3. ¿EN TERMINOS GENERALES COMO SE CONSIDERA QUE FUE EL TRATO Y/O ATENCION POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN CONSULTA EXTERNA?

P.P. = PERCEPCION DEL PACIENTE C.I. = CRITERIOS IDEALES

	P.P.	C.I.
a. Excelente	___	___
b. Buena	___	___
c. Regular	___	___
d. Mala	___	___
e. Pésima	___	___
f. No procede	___	___

4. DURANTE EL TIEMPO QUE HA SIDO O FUE TRATADO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE" ¿CUANTAS VECES SE HOSPITALIZADO?

AÑO: 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987

- a. Una o dos veces
b. Tres o cuatro veces
c. Cinco o más veces
d. Ninguna
e. No procede

5. EN CASO DE HABER SIDO HOSPITALIZADO ¿COMO HA SIDO O FUE EL TRATO Y/O ATENCION DE PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN HOSPITALIZACION?

	E	B	R	M	P	NP
a. Vigencia de derechos	___	___	___	___	___	___

- | | | |
|-----------------------|-----------------|----------|
| b. Admisión | B = BUENA | b. _____ |
| c. Jefe de Enfermeras | R = REGULAR | c. _____ |
| d. Enfermera de Piso | M = MALA | d. _____ |
| e. Médico Tratante | P = PESIMA | e. _____ |
| e.1. Adscrito | NP = NO PROCEDE | f. _____ |
| e.2. Residente | | g. _____ |
| f. Médico de Guardia | | h. _____ |
| g. Trabajador Social | | i. _____ |
| h. Otro _____ | | |
| i. No procede _____ | | |

6. ¿EN TERMINOS GENERALES COMO CONSIDERA QUE FUE EL TRATO Y/O ATENCION POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN HOSPITALIZACION?
 P.P. = PERCEPCION DEL PACIENTE C.I. = CRITERIOS IDEALS

- | | | | | |
|--------------|-----------|---------------|------|------|
| a. Excelente | b. Buena | c. Regular | P.P. | C.I. |
| d. Mala | e. Pésima | f. No procede | --- | --- |

7. ¿EL MEDICO TRATANTE ERA ACERTADO EN EL DIAGNOSTICO?

- a. Sí b. No c. No procede

8. ¿LOS TRATAMIENTOS OFRECIDOS EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE" MEJORABAN AL PACIENTE?

- | | |
|---|----------|
| a. Cirugía | a. _____ |
| b. Quimioterapia | b. _____ |
| c. Radioterapia | c. _____ |
| d. Otro _____ | d. _____ |
| e. No procede (ingresó fuera Tx Oncológico) _____ | |

9. EN CASO DE CONTESTAR NO EN LA PREGUNTA ANTERIOR, SEÑALAR EL MOTIVO POR EL QUE NO MEJORABA EL PACIENTE.

- | | |
|---|-------|
| a. No aceptaba el tratamiento ofrecido | _____ |
| b. No había el medicamento en el Hospital | _____ |
| c. No conseguía el medicamento en otras farmacias | _____ |
| d. Era costoso y no lo podía comprar | _____ |
| e. Otros _____ | _____ |
| f. No procede _____ | |

10. EN CASO DE CONTESTAR SI, INDICAR LAS MANIFESTACIONES O EFECTOS QUE SE LE PRESENTARON AL PACIENTE EN ALGUNA DE LAS ETAPAS RELACIONADAS CON EL PACIENTAMIENTO

(Ver Instructivo para contestar).

I.E. = INICIO DE LA ENFERMEDAD

D.Tx. = DURANTE TRATAMIENTO

P.Tx. = POSTERIOR AL TRATAMIENTO

- | | | | |
|----------------------------|------|-------|-------|
| a. Psicológico-Emocionales | I.E. | D.Tx. | P.Tx. |
| b. Físicos-Sociales | --- | --- | --- |
| c. Bio-Fisiológicos | --- | --- | --- |

11. CONTESTAR SI DURANTE SU ATENCION EN CONSULTA EXTERNA U HOSPITALIZACION RECIBIO ALGUN APOYO DE PARTE DEL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD
- | | PACIENTE | FAMILIA |
|----------------------|----------|---------|
| a. Médico | --- | --- |
| b. Enfermera | --- | --- |
| c. Trabajador Social | --- | --- |
| d. Psicólogo | --- | --- |
| e. Otro _____ | --- | --- |
| f. Ninguno | --- | --- |
| g. No procede | --- | --- |
12. EN CASO DE HABER DEJADO DE ASISTIR AL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL, CONTESTAR POR QUE MOTIVO(S) DEJO DE HACERLO
- | | |
|--|-------------|
| a. No aceptó el tratamiento propuesto | --- |
| b. Los estudio previos al tratamiento eran dolorosos | --- |
| c. No tenía(n) confianza con el Equipo de Salud | --- |
| d. Le cambiaban de Médico cada vez que acudia a consulta | --- |
| e. El tratamiento es o era doloroso | --- |
| f. Se sentía mal después de recibir el tratamiento | --- |
| g. Otro _____ | --- |
| | especificar |
| h. No procede | --- |
13. DURANTE EL TIEMPO QUE FUE O HA SIDO TRATADO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA ¿ACUDE O ACUDIA PUNTUALMENTE A SUS CITAS, TOMANDO EN CUENTA HORA Y FECHA?
- | | | |
|--|-----|-----|
| a. SI | --- | --- |
| a.1. Le llamaban y le atendían a la hora de su cita | | |
| a.2. Le llamaban y le atendían después de una hora de su cita | | |
| a.3. Le llamaban y le atendían después de hora y media de su cita | | |
| a.4. Le llamaban y le atendían después de 2 a 3 horas de su cita | | |
| b. No ¿Porqué? | | |
| b.1. Llegaba tarde | | |
| b.2. Se olvidaba de la cita | | |
| b.3. Una vez mejorado el paciente ya no acudia | | |
| b.4. No tenía importancia la cita, pues si la perdía volvía a sacar otra | | |
| b.5. Se le cambiaba de Médico cada consulta | | |
| b.6. Se le negaba la consulta | | |
| b.7. Lo dejaban al final de todas las citas programadas | | |
| c. No procede | | |
| c.1. El paciente llegó al Servicio de Oncología del Hospital "20 de Noviembre" fuera de tratamiento oncológico | | |
14. ¿CUALES HAN SIDO LOS MOTIVOS POR LOS QUE ACUDE O ACUDIA AL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"?
- | | |
|--|-----|
| a. Por ser derechohabiente | --- |
| b. Por remodelación | --- |
| c. Por carecer de otro Servicio Médico | --- |
| d. Por no poder pagar otro tipo de atención Médica | --- |
| e. Por prestigio de la Institución | --- |
| f. Por que la atención le parece o le parecía de buena calidad | --- |
| g. Por que algún familiar trabaja en el Hospital | --- |

- h. Por que el tratamiento no le cuesta o costaba nada
- i. Pnr que fue canalizado de otra institución
- j. Por que este Hospital cuenta con todos los laboratorios y especialidades que el paciente necesitaba
- k. Otro ----- especificar -----

15. ¿CUAL ERA EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE AL INICIAR SU TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"?

- a. Actividad normal
- b. Síntomas pero ambulatorio
- c. En cama menos del 50% de tiempo
- d. En cama más del 50% del tiempo
- e. 100% en cama
- f. Muerto

16. ¿EN QUE ETAPA DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD SE LE CONFIRMO EL DIAGNOSTICO AL PACIENTE EN EL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"?

- (Contestar pregunta de la tarjeta de seguimiento)
- a. Temprana (E-0 y I)
- b. Intermedia (II y III)
- c. Tardia (E-IV)
- d. Desconocido

17. ¿QUE PRONOSTICO SE DABA AL PACIENTE CUANDO INICIO EL TRATAMIENTO?

- C.P. = Corto Plazo M.P. = Mediano Plazo L.P. = Largo Plazo
- C.P. M.P. L.P.
- a. Bueno b. Regular c. Malo
- d. Muy malo e. Lo ignora f. No lo reporta el expediente

18. REPORTAR EL ESTADO DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE DE 1981 A 1987

a. Vive:

- a.1. No inició tratamiento
- a.2. Abandonó el tratamiento
- a.3. Presentó ausentismo ocasional
- a.4. Abandonó control oncológico
- a.5. Continúa en tratamiento y/o control oncológico
- a.6. Fuera de tratamiento oncológico
- a.7. Pidió alta voluntaria

b. Falleció:

- b.1. No inició tratamiento
- b.2. Abandonó el tratamiento
- b.3. Presentó ausentismo ocasional
- b.4. Abandonó control
- b.5. Continúo tratamiento y/o control, pero tuvo repercusiones que ocasionaron su muerte
- b.6. Paciente fuera de tratamiento oncológico inicial
- b.7. Paciente fuera de tratamiento oncológico por fase terminal

AÑO:

- A. 1981
- B. 1982
- C. 1983
- D. 1984
- E. 1985
- F. 1986
- G. 1987

- c. Se ignora
c.1. Paciente registrado en Clínica de Adscripción D.F.; era foráneo
c.2. Abandonó tratamiento
c.3. Abandonó control
c.4. No se localizó familiar
c.5. Paciente fuera de tratamiento oncológico
c.6. Se le dió Alta Voluntaria
19. SI EL PACIENTE FALLECIÓ, INFORMAR EN QUE CONDICIONES DE SALUD DE LE PRESENTÓ LA DEFUNCIÓN
a. Con la enfermedad desarrollada
b. Por problemas agregados
c. Por complicaciones del tratamiento
d. Otra causa
20. SI EL PACIENTE VIVE ACTUALMENTE ¿COMO SE PRESENTA LA EVOLUCION DE SU ENFERMEDAD?
a. Curación
b. Persistencia
c. Recurrencia
c.1. Mejoría
c.2. Estabilización
c.3. Progresión
d. Fuera de tratamiento oncológico inicial
e. Fuera de tratamiento oncológico por progresión de la enfermedad
f. No procede
21. ¿QUE PRONOSTICO LE DA EL MEDICO TRATANTE ACTUALMENTE?
C.P. = CORTO PLAZO M.P. = MEDIANO PLAZO L.P. = LARGO PLAZO
C.P. M.P. L.P.
a. Bueno h. Regular c. Malo
d. Muy malo e. Lo ignora
f. No lo reporta expédiente g. Murió

VIII. EFFECTOS SOCIALES

1. CONTESTAR EXCLUSIVAMENTE POR FAMILIAR O PACIENTE ¿CUAL CONSIDERA USTED QUE ES EL PROBLEMA(S) MAS IMPORTANTE O GRAVE QUE SE HAYA GENERADO A CAUSA DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE, A NIVEL PERSONAL (PACIENTE) Y A NIVEL FAMILIAR (FAMILIA)?
- | | PACIENTE | FAMILIA |
|-----------------|----------|---------|
| a. Físicos | --- | --- |
| b. Fisiológicos | --- | --- |
| c. Psicológicos | --- | --- |
| d. Sociales | --- | --- |
| e. Económicos | --- | --- |
| f. Laborales | --- | --- |
| g. Dtos | --- | --- |
| h. Ninguno | --- | --- |
- especificar

2. CONTESTAR EXCLUSIVAMENTE POR TRABAJADOR SOCIAL EN BASE A LA INFORMACION Y OBSERVACION OBTENIDAS ¿CUAL CONSIDERA EL T.S. QUE SON O FUERON LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE SUFRIERON EL PACIENTE Y LA FAMILIA COMO CONSECUENCIA DE LA ENFERMEDAD?

	PACIENTE	FAMILIA
a. Físicos	---	---
b. Fisiológicos	---	---
c. Psicológicos	---	---
d. Sociales	---	---
e. Económicos	---	---
f. Laborales	---	---
g. Otros	---	---
-----especificar-----		

OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL TRABAJADOR SOCIAL QUE RECABO LA INFORMACION:

NOMBRE COMPLETO: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

México, D.F., Julio de 1987.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE
1986 - 1987

ANEXO III

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE

OBJETIVO:

APLICAR ENTREVISTA A PACIENTE O FAMILIAR, PARA INVESTIGAR EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE A LA FECHA DE LA VISITA DEL TRABAJADOR SOCIAL

INFORME DE ENTREVISTA A DOMICILIO DE PACIENTE

MOTIVO DE LA VISTA: _____

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

ULTIMA VEZ EN LA QUE ASISTIO AL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE _____

I. FICHA DE IDENTIFICACION

NUMERO: _____ TIPO DE DERECHOHABIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

CLINICA DE ADSCRIPCION O HOSPITAL DE PROCEDENCIA: _____

DOMICILIO: _____

(Calle _____ Número _____ Colonia) Z.P. _____

Teléfono(s) para localizar (Calle(s) entre las que se ubica el domicilio)

Delegación

FAMILIAR RESPONSABLE: _____

NOMBRE Y PARENTESCO DE LA PERSONA ENTREVISTADA: _____

II. REPORTE DEL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE A LA FECHA DE LA VISITA

1. ¿QUE HA PASADO CON EL PACIENTE?

a) Vive _____

¿En qué situación? SUBRAYELA:

- a.1. No inició tratamiento
- a.2. Abandonó el tratamiento
- a.3. Abandonó el control oncológico
- a.4. Continúa en tratamiento oncológico (Tx: DT, RT, CIR.)
- a.5. Continúa en control oncológico
- a.6. Paciente fuera de tratamiento oncológico (por Fase IV)
- a.7. Lo dieron de ALTA con atención Hospitalaria a domicilio
- a.8. Pidió ALTA VOLUNTARIA

b) Falleció ____ ¿En qué año? _____

¿Por qué motivo? SUBRAYELO:

- b.1. No inició el tratamiento que le planearon
- b.2. Había abandonado el tratamiento (QT, RT, CIR.)
- b.3. Había abandonado el control oncológico
- b.4. Continuaba en tratamiento o control, pero tuvo repercusiones que ocasionaron su muerte
- b.5. El paciente había quedado fuera de tratamiento oncológico (F-IV)
- b.6. Lo dieron de ALTA y atención Hospitalaria a domicilio
- b.7. Había pedido ALTA VOLUNTARIA

c) Se ignora ____ ¿Desde cuándo? _____ anotar sólo el año

¿Por qué? SUBRAYE LA RESPUESTA:

- c.1. Abandonó el tratamiento
- c.2. Abandonó el control
- c.3. No se localizó familiar
- c.4. Se le dió de ALTA VOLUNTARIA (y no saben qué pasó con él)
- c.5. El paciente quedó fuera de Tx. oncológico (Pero regresó a lugar de origen y no saben nada de él)

2. SI EL PACIENTE VIVE ACTUALMENTE, ¿COMO SE PRESENTA LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD? SUBRAYE LA RESPUESTA:

- a. Está curada
- b. La enfermedad persiste
- c. Nunca le dieron tratamiento (por fase IV)
- d. Paciente fuera de tratamiento oncológico F-IV

3. SI EL PACIENTE FALLECIO, ¿EN QUE CONDICIONES DE SALUD SE PRESENTO LA DEFUNCION? SUBRAYE LA RESPUESTA:

- a. Con la enfermedad desarrollada F-IV
- b. Por problemas agregados
- c. Por complicaciones del Tratamiento
- d. Otra causa

4. ¿CUAL CONSIDERA EL ENTREVISTADO QUE ES EL PROBLEMA(S) MAS IMPORTANTE QUE SE HAYA GENERADO A CAUSA DE LA ENFERMEDAD, TANTO EN EL PACIENTE COMO EN LA FAMILIA? Anote la letra(s) en forma correspondiente:

PACIENTE: _____ FAMILIA: _____

- a. Físicos
- b. Fisiológicos
- c. Psicológicos
- d. Sociales
- e. Económicos
- f. Laborales
- g. Otros
- h. Ninguno

III. SINTESIS O CONCLUSION DE LA VISITA

ANOTE AQUI LOS RESULTADOS DE SU VISITA, ASI COMO TODAS LAS OBSERVACIONES QUE CONSIDERE IMPORTANTES:

FECHA: _____
 Día Mes Año Hora de la Visita

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL: _____

FIRMA: _____

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

- 1.- ALARID , Jaime, et. al., Fundamentos de Medicina Familiar, Francisco. Fernández Editores, México 1985.
- 2.- ALAYON, Norberto R. Planificación, Política y Trabajo Social, 1978. VIII Seminario de Trabajo Social en Cd. de Guayaquil, Ecuador.
- 3.- ANDER, Ego Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social, Edit. El Ateneo, Barcelona España, 1984.
- 4.- ANDER, Ego Ezequiel. Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad, Edit. El Ateneo, S.A. México 1980.
- 5.- BARSTOW, F. Linda. Trabajo Social y Radioterapia, U.S.A. 1986.
- 6.- BRANDENBURG, B. Ana. Servicio Social Hospitalario, Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1973.
- 7.- BRAVO, Ahuja Marcela. "Los Estudios de Seguimiento: Una alternativa para retroalimentar la Enseñanza", CISE, U.N.A.M., México, 1985.
- 8.- CONTRERAS, Varela Yolanda. El Trabajo Social Contemporáneo y sus Perspectivas en la Medicina Social, Tesis Profesional ENTS - UNAM, 1974.

- 9.- Definición, Objetivos y Funciones del Trabajador Social, Presentado por la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, Primera Reunión Nacional de Escuelas de Licenciatura en T.S., México, 1978.
- 10.- DE VITA, T. Vicent Jr. Cancer Principles & Practice of Oncology, Volume 2, J.B. Lippincott 2nd. Edition, Company Philadelphia, U.S.A., 1985.
- 11.- Documento de Araxá, Reconceptualización del Trabajo Social, Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1971.
- 12.- Estudio Socioantropológico de la Familia, Apuntes Mimeo., Hospital de Psiquiatría SSA, México, 1986.
- 13.- Facts on Cancer Sites (Datos sobre Tipos de Cáncer), National Cancer Institute, U.S.A., 1984.
- 14.- FARMITALIA, Carlo Erba. Primer Curso de Actualización Oncológica para Personal Paramédico, 1a. Edición Caracas Venezuela, 1982.
- 15.- FELDMAN, S. Joanne. Community Resources for Patients With Cancer, J.B. Lippincott, Company Philadelphia, U.S.A., 1985
- 16.- Filosofía del Trabajo Social, Memorias de Trabajo Social, ENTS UNAM, 1986.

- 17.- FLORES, González Ma. Luisa. Antecedentes de la Ayuda en el Mundo y en México, ENTS - UNAM 1986.
- 18.- GALLARDO, Clark Ma. Angélica. Metodología para el Trabajo Social: Teoría Práctica, Fac. de Trabajo Social, UANL, Nuevo León, 1972.
- 19.- GARCIA, Tellez Dolores, La Familia del Futuro, Edit. Pax, México, 1985.
- 20.- GOODE, William, et. al. Métodos de Investigación Social, Edit. Trillas, México, 1986.
- 21.- HAMILTON, Gordon. Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos, Prensa Médica Mexicana, México, 1951.
- 22.- HERNANDEZ, De Vitorioso Lidia. Trabajo Médico Social, Edit. Humanitas, Buenos Aires, 1976.
- 23.- HERNANDEZ, Michel, et. al. Lecciones sobre Metodología de las Ciencias Sociales, UNAM, 1985.
- 24.- KARNOVSFKI, Escala del Estado de Rendimiento del Paciente en Oncología, "Cope", Bulk Rate, West Chicago, IL. U.S.A., 1986.

- 25.- K. DE MERENFELD, Lia. Aspectos Psicológicos del Grupo Humano Involucrado, Sociedad Anticancerosa de Venezuela, 1982.
- 26.- KISNERMAN, Natalio. Servicio Social de Grupo, Edit., Humanitas Buenos Aires, 1976.
- 27.- KISNERMAN, Natalio. et. al. Teoría y Práctica del Trabajo Social, Edit. Humanitas Argentina, 1981.
- 28.- K. WELLISCH, David. Psychological Aspects of Malignant Disease, Practfcal Oncology, Gregory Sarna, MD, Editor Boston, Massachusetts, U.S.A. 1980.
- 29.- LARA, Muñoz Ma. del Carmen. "Reacción Psicológica al Cáncer", Tesis de la Especialización de Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAM, 1984.
- 30.- LEDESMA, Fuentes Elsa. Trabajo Social de Casos, Apuntes Mimeo. Teoría VII, ENTS - UNAM, 1985.
- 31.- LENERO, Luis. La Familia, Edit. ANUIES, México, 1976.
- 32.- MARTINEZ, Díaz Josefina. "La Intervención del Trabajo Social ante los Efectos de la Resección Económica". Creación y Desarrollo de una Popuesta de Sistematización para el Trabajop Social en el Sector Salud, ENTS - ISSSTE. 1979 - 1982.

- 33.- MENDEZ, Ramírez Ignacio. et, al. El Provento de Investigación, "Métodos de Investigación Científica". Edit. Trillas, México, 1985.
- 34.- MENDOZA, Rangel María del Carmen. Una Propuesta Metodológica para los Trabajadores Sociales, ATSMAC, México, 1986.
- 35.- MOLINARI, Ma. Sara. La Familia por Dentro, ENTS - UNAM, 1981.
- 36.- OCEGUERA, García Marisa. Diagnóstico y Manejo de la Familia por Trabajo Social, I.M.P. División de Enseñanza, México, 1986.
- 37.- ORTEGA, García Laura. La Supervisión en Trabajo Social, Apuntes Teoría de Trabajo Social VII, ENTS UNAM, 1985.
- 38.- ORTEGA, García Laura. Sistematización, Apuntes Mimeo. Teoría de Trabajo Social VII, ENTS UNAM, 1985.
- 39.- ORTEGA, García Laura. Trabajo Médico Social de Grupos, Tesis, Secretaría de Trabajo y Previsión Social, México, 1968.
- 40.- OSALDE, Rivera D. Elena. Organización del Trabajo Social en la Subdirección General Médica del IMSS, Tesis ENTS - UNAM, 1976.

- 41.- PICK, Susan López Ana Luisa. Cómo Investigar en Ciencias Sociales, Edit. Trillas, 3a. Ed. México, 1984.
- 42.- ROJAS, Soriano Raúl. Gua para Realizar Investigaciones Sociales, Textos Universitarios, UNAM, 1982.
- 43.- ROJAS, Soriano Raúl. Métodos para Investigación Social - "Una Proposición Dialéctica", Folios Ediciones, Colección Fronteras, México 1983.
- 44.- SANCHEZ, Rosado Manuel. Elementos de Salud Pública, Francisco Méndez Cervantes Editores, México, 1983.
- 45.- SANDOZEKY, A. Guadalupe. Proceso de Caso. Apuntes Mimeo. Del Curso de Postgrado "Actualización del Trabajo Social en México", Instituto Técnico Administrativo del Trabajo, Secretaría de Trabajo y Prevención Social, México, 1967.
- 46.- SANDOZEKY, A. Guadalupe. Trabajo Médico Social, Apuntes Mimeo. 1982.
- 47.- TENORIO, González Francisco. Cáncer. "Todo lo que Conviene Saber Acerca del Cáncer", VICOVA EDITORES, México, 1980.

- 48.- TOWLE, Charlotte. El Trabajo Social y las Necesidades Humanas Básicas. La Prensa Médica Mexicana, México, 1984.
- 49.- VALENCIA, Valencia Enrique. Desarrollo, Marginalidad y Situación Social en México. Trabajo Social No. 9, ENTS - UNAM, 1981.
- 50.- VALERO, Chávez Aida Imelda. El Trabajo Social en el Campo de la Salud. Apuntes Mimeo; Depto. de Enseñanza ENTS - UNAM 1985.
- 51.- VALERO, Chávez Aida Imelda. Historia del Trabajo Social. Antología, Area Básica, ENTS - UNAM 1985.
- 52.- VELASQUEZ, F. Sonia. El Trabajo Social en Oncología. Ministerio de Asistencia Social de la Dir. de Oncología, Caracas, Venezuela, 1982.
- 53.- Análisis del Ejercicio Profesional del Trabajador Social en el Sector Salud. Cuadernos de Trabajo Social No. 9, ENTS - UNAM, 1984.
- 54.- Catálogo General de Puestos del Gobierno Federal, Secretaría de Programación y Presupuesto, SPP, México, 1982.

- 55.- Censo General de Población y Vivienda, D.F.,
Vol. I Tomo 9, Instituto Nacional de Geografía e
Informática, SPP, México 1980.
- 56.- Curso de Quimioterapia, Servicio de Oncología del
Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, México 1987.
- 57.- Diario Oficial del 5 de Enero de 1987, Organo
Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos,
Dir. Profr. Manuel Arrellano Z. Tomo CCCC No. 2.,
Miscelánea Documental No. 1 v Salarios Mínimos,
Secretaría de Gobernación.
- 58.- Información sobre Incidencia del Cáncer en México,
Dir. de Lucha Contra el Cáncer, Registro Nacional
del Cáncer, SSA, México, 1982.
- 59.- La Política Social y la Política de Salud en
México, Plan Nacional de Desarrollo 1983 - 1988,
Poder Ejecutivo Federal.
- 60.- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del estado, México, 1980.
- 61.- Nueva Ley Federal del Trabajo, Edit. Teocalli,
México, 1987.

- 62.- Oncología Clínica, Un Enfoque Terapéutico Multidisciplinario, Universidad de Rochester, New York, U.S.A., 1978.
- 63.-Organización de Trabajo Social, Manual 113, Subdirección Médica, Jefatura de los Servicios Técnico Normativos, Oficina Normativa de Trabajo Social, ISSSTE, México, 1982.
- 64.-Propuesta de Especialización en el Area de Salud, Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, 1986.
- 65.- SEMINARIOS de Oncología, Goepf - Hammond, Terapia de Apoyo del Paciente Canceroso, Edit. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1977.
- 66.- Unión Internacional Contra el Cáncer, Oncología Clínica, Edit. Alhambra, Heidelberg, New York, U.S.A., 1982.