

17
2ej^o



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**"EL PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN LA PREVENCIÓN ANTE EL INFARTO
AL MIOCARDIO"**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

P R E S E N T A N

FLORES ROMERO MARTHA

SOLIS LOPEZ ALICIA

MEXICO, D. F.

1990

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

Págs.

INTRODUCCION	10
CAPITULO I.- EL PROBLEMA DE LA SALUD A NIVEL NACIONAL	12
1.1 Esperanza de vida	13
1.2 Morbilidad	15
1.3 Mortalidad	22
1.3.1 Causa de mortalidad	23
1.3.2 Análisis estadístico del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades, Centro Médico "La Raza"..	36
CAPITULO II.- SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPE - CIALIDADES DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA".	
2.1 Antecedentes y Objetivos.....	39
2.2 Equipo de Salud (Organización y Funcionamiento).....	44
2.3 Tipo de padecimientos que se atienden en el servicio...	51
CAPITULO III.- EL PACIENTE CON INFARTO AL MIOCARDIO	
3.1 ¿Qué es el Infarto al Miocardio?.....	58
3.2 Factores de riesgo que causan un infarto al miocardio..	61
3.3 "Programa de Orientación a pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica y sus familiares, sobre la preven sion primaria y secundaria de este padecimiento y de su rehabilitacion biopsicosocial"	

	Págs.
3.3.1. Antecedentes, objetivos y actividades del equipo multidisciplinario de salud.....	68
CAPITULO IV.- INVESTIGACION PARA CONOCER LOS FACTORES ECONOMICOS, SOCIALES Y LABORALES QUE INFLUYERON - EN LOS PACIENTES INFARTADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL C.M.R.	
4.1 Justificación.....	74
4.2 Objetivos.....	76
4.3 Hipótesis	76
4.4 Procedimiento y recopilación de datos.....	76
4.5 Resultados de la investigación.....	78
CAPITULO V.- ANALISIS DE LOS FACTORES ECONOMICOS, SOCIALES Y LABORALES COMO CAUSA DE LA ENFERMEDAD DEL - INFARTO AL MIOCARDIO.....	141
CAPITULO VI.- PROPUESTA DE TRABAJO MEDICO SOCIAL.	
6.1 Perfil del Trabajador Social en el Area de la Salud...	150
6.2 Modificaciones al programa del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades perteneciente al C.MR..	164
CONCLUSIONES	173
SUGERENCIAS	176
BIBLIOGRAFIA	179
ANEXOS	184

INTRODUCCION

La coordinación de actividades del Sector Salud y de los diversos servicios, de una institución es un principio fundamental para que se lleven a cabo las diversas estrategias, planes, funciones y actividades todo ello encaminado, a la conservación de la salud.

En el logro de estos objetivos, participa el profesional de Trabajo Social, en el área de la Salud, quien es un elemento que promueve el cambio, de las actitudes desfavorables para la salud, por una conducta que la fomente y restaure en la población. En otras palabras el Trabajador Social no solo logra los niveles satisfactorios de salud, sino que logra transformaciones sociales importantes que mejoren, la economía, la educación, la alimentación, la habitación, la modificación de hábitos etc, lo que debe lograr el bienestar social del hombre.

Por tal razón, la presente investigación, está encaminada, a detectar si en los pacientes hospitalizados en el Centro Médico "La Raza", Hospital de Especialidades, contribuyeron de manera importante, los factores económicos, sociales y laborales, para que sufrieran un Infarto al Miocardio, enfermedad que ha alcanzado altos índices de mortalidad, en nuestro país, padecimiento que se puede ir erradicando, por medio de la prevención, promovida en los tres niveles de atención médica, por el Trabajador Social, conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud.

En lo que se refiere a los problemas que acarrea y afectan al paciente con Infarto al Miocardio, deben ser investigados a corto y a largo plazo, para conocer la causa-efecto de su patología, por lo que el presente trabajo está enfocado a la primera etapa de investigación que corresponde a las condiciones que prevalecían 6 meses antes del infarto, siendo las demás: 3, 6 meses y un año después de aparecer su enfermedad; dando pauta a investigaciones posteriores, para hacer el seguimiento del paciente infartado, con la finalidad de conocer las repercusiones de su padecimiento y la problemática, que se desarrolla en torno al paciente y su familia.

Dando lugar a que el Trabajador Social, sistematice los resultados del proceso de investigación para que conozca a fondo, esta problemática, y utilice sus conocimientos para proponer -- estrategias de acción sobre este padecimiento, que se va convirtiendo día a día, en un problema grave de salud.

Para que el Trabajador Social tenga, instrumentos para poder actuar ante esta situación se propone el "Perfil del Trabajador Social en el área de la salud", en el que se señala que debe contar con un conjunto, de capacidades, habilidades, destrezas, aptitudes, conocimientos y actitudes que debe poseer, - en beneficio del SUJETO, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD.

CAPITULO I .- EL PROBLEMA DE LA SALUD A NIVEL NACIONAL

Nuestro país vive una crisis económica que es propia de -- los países subdesarrollados, cuyo efecto recaé básicamente en -- la clase trabajadora, ocasionando problemas como el desempleo, -- el bajo poder adquisitivo, el subempleo, etc., ésto provoca un deterioro en los niveles de vida repercutiendo en la salud.

En nuestros días, gran parte de la población en México, ca -- rece de servicios médicos, sobre todo en las zonas rurales y -- marginadas (suburbanas) y aún en las zonas urbanas.

Por lo que las condiciones de salud de la población dependen de una gran cantidad de elementos, que en su conjunto determinan el proceso salud-enfermedad como son la vivienda, alimentación, educación e ingresos entre otros, todo esto refleja las condiciones de vida de la población y dependen de la estructura económica y de la organización social del país.

El derecho a la protección de la salud implica que el Estado, la sociedad y los individuos compartan responsabilidades. -- " El Estado ha venido concretando estas responsabilidades en -- instituciones, facultades de autoridad, recursos, acciones y -- programas que, en una concepción moderna, han formado servicios de salud que, por su naturaleza, se clasifican en: atención médica, salud pública y asistencia social. El objeto de esos servicios es proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad". (1)

- (1) SOLIS SAN VICENTE, Silvia Lic., Los fundamentos de la Planeación en México y los programas sociales (1962-1986), Ed. ENTS, p.233

Aunque la salud es una garantía constitucional todavía no se ha logrado dar cobertura integral a toda la población, sin embargo el gobierno del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, se ocupó de implantar medidas de integración, funcionamiento y programación al ISSSTE, SSA, IMSS, a fin de ampliar la cobertura de servicio a toda la población.

" Estas medidas dieron como resultado que el día 3 de febrero de 1983, se decretara el derecho a la protección de la salud, como uno de los derechos más esenciales para el desarrollo físico, mental y social del individuo, constituyéndose además en una responsabilidad compartida entre el Estado, las instituciones y la sociedad formada por los mexicanos con el objeto de dar servicios a todos los habitantes del país y especialmente a las clases desprotegidas en los aspectos de salud y saneamiento del ambiente, lo que nos encaminará a una sociedad con mejor nivel de vida" (2)

1.1 ESPERANZA DE VIDA

" El indicador de mayor relevancia para conocer el efecto de las condiciones de vida en la salud es la esperanza de vida al nacer. En México este indicador ha presentado un incremento constante: en 1930 fué de 36.9 años, en 1950 alcanzó 49.7 años, en 1975 fué de 64.4 años". (3)

- (2) AFODRGA RANGEL, Ma. de Lourdes, Análisis del ejercicio profesional del trabajador social del sector salud, Ed. ENTS, p. 28, México 1983.
- (3) S.P.P., La población de México, su ocupación y sus niveles de bienestar, México 1979, p. 269

La esperanza de vida en México, ha mostrado una dinámica diferente en comparación con los países industrializados, ya que éstos abatieron la mortalidad en dos formas: "primero la adopción de medidas de ingeniería sanitaria, para el abastecimiento de agua potable, eliminación de desechos, así como el control higiénico de la elaboración y consumo de alimentos; segundo, la aplicación masiva de medidas preventivas y curativas de salud pública: inmunizaciones, atención materno-infantil e incremento de los servicios médicos presentados por instituciones públicas". (4)

Sin embargo la mortalidad infantil para 1975 alcanzó uno de los índices más altos en América Latina, no obstante, la posibilidad de aumentar la esperanza de vida en México, debe buscarse en el mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias de la población, aplicación de medidas médico-preventivas de Salud Pública a la población a través de una disponibilidad mayor de agua potable, drenaje y alcantarillado, así como en el aumento del consumo de alimentos, de mejor calidad.

De lo anterior se desprende que "el incremento de la esperanza de vida al nacer se calcula para 1990 por sexo en el hombre 65.7 años y para la mujer 72.3 años". (5)

(4) Ob. Cit. S.P.P. p. 269

(5) Información estadística Sector Salud y Seguridad Social, Cuaderno No. 6, Ed. INEGI, México, 1989.

1.2 MORBILIDAD

La información sobre las enfermedades que aquejan a la población mexicana ha estado limitada, porque los servicios médicos no abarcan a toda la población y por la diferencia de criterios y el grado de subjetividad en los diagnósticos médicos.

Sin embargo el panorama de la mortalidad en México, puede ser esbozado en algunas de sus facetas apartir de la "información de las instituciones de seguridad social, la más representativa en México, por su importancia en cuanto al número de asegurados que ampara el IMSS." (6)

En 1987 se registraron 325,805 casos de padecimientos - - transmisibles, de los cuales los más frecuentes resultan las enfermedades hipertensivas con 174,636 casos, representa el 541.0 (con la tasa de 100,000 derechohabientes) y posteriormente la diabetes con 99,823 con 309.2; y enfermedades isquémicas del corazón con 24,871 representa el 77.0 (Ver cuadro No. 1).

Respecto a las causas de internación hospitalaria por grupos de enfermedades, las principales causas fueron en 1971, los padecimientos infecciosos y parasitarios, enfermedades del aparato respiratorio y del digestivo. (ver cuadro 2-3).

En 1976 con respecto a 1971 se ha modificado el orden de las causas de internación, lo cual recae en las complicaciones del embarazo y del parto (29.7), sobresalen las enfermedades -- del aparato respiratorio (13.0) y las enfermedades infecciosas y parasitarias en (11.2).

(6) *ibid.* S.P.P. p.272

MORBILIDAD POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SEGURIDAD SOCIAL 1987.

DIAGNOSTICO	C A S O S	CONCLUSION COEFICIENTE. (1)
1.- ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	5,512	17.1
2.- BOCCIO	6,688	20.1
3.- CARDIOPATIA REUMATICA	3,964	12.0
4.- CIRROSIS HEPATICA	5,087	15.8
5.- DIABETES	99,823	309.2
6.- ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	174,636	541.0
7.- ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	24,871	77.0
8.- TUMOR MALIGNO DEL CUELLO UTERINO	3,511	10.9
9.- TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	1,627	5.0
10.- OTROS: EFECTOS INDESEABLES DE LAS VACUNAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS	86	0.3
TOTAL	325,805	

(1) COEFICIENTE x 100,000 DERECHOHABIENTES AL 30 DE JUNIO

FUENTE: JEFATURA DE SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA/ ANUARIO ESTADISTICO VOL.1/
SERVICIOS MEDICOS 1987/ DIRECCION GENERAL DE INFORMACION Y ESTADISTICA/ CEDIE/IMSS.

CUADRO No. 2

PACIENTES EXRESAIXOS DE HOSPITALES POR GRUPOS DE ENFERMEDADES a

1971
(Por cientos)

ENTIDAD FEDERATIVA	Total	1a. parte.							
		I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	II. Tumores (neoplasmas)	III. Enfermedades de la nutrición y del metabolismo	IV. Enfermedades de la sangre	V. Trastornos mentales	VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	VII. Enfermedades del aparato circulatorio	VIII. Enfermedades del aparato respiratorio
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	100.0	19.6	2.0	5.4	2.2	1.4	1	3.4	14.5
Aguascalientes	100.0	30.3	2.1	2.5	0.5	0.4	2.1	2.0	7.4
Baja California	100.0	8.3	2.1	2.8	1.0	1.0	1.9	3.9	13.8
Baja California Sur	100.0	25.0	2.0	4.1	0.7	0.5	2.4	3.6	16.8
Campeche	100.0	33.1	0.7	5.8	7.5	0.3	8.0	1.5	5.8
Coahuila	100.0	12.4	1.3	4.3	1.4	0.4	3.2	2.5	12.3
Colima	100.0	16.7	1.6	4.0	0.7	0.2	2.3	3.2	13.3
Chiapas	100.0	19.8	2.3	4.3	4.3	0.7	3.0	2.8	8.7
Chihuahua	100.0	12.9	2.5	2.8	1.4	0.7	2.6	6.4	14.3
Districto Federal	100.0	11.8	3.9	4.4	1.2	3.8	5.3	5.3	16.2
Durango	100.0	16.7	0.7	14.0	4.0	0.4	1.9	1.1	26.4
Guatemala	100.0	16.9	1.7	2.1	0.9	0.4	1.5	2.2	10.8
Guerrero	100.0	48.1	9.9	6.0	0.7	0.2	4.4	1.6	14.9
Hidalgo	100.0	16.0	0.4	4.6	0.8	0.3	6.9	1.6	21.3
Jalisco	100.0	13.7	3.1	4.7	2.3	3.8	2.9	4.2	8.7
México	100.0	19.3	0.8	2.2	1.0	0.6	1.5	1.4	10.8
Michoacán	100.0	28.3	2.0	5.6	3.9	0.1	2.6	3.2	14.7
Morales	100.0	24.3	0.4	6.6	7.2	0.1	1.9	2.8	12.7
Nayarit	100.0	19.1	1.3	1.7	9.5	0.2	1.3	3.0	10.0
Nuevo León	100.0	23.9	1.8	3.4	1.6	2.2	2.4	2.5	16.4
Oaxaca	100.0	22.4	1.8	4.8	3.0	0.4	4.2	2.7	14.4
Puebla	100.0	15.5	3.0	3.9	1.4	0.9	2.4	7.7	17.9
Querétaro	100.0	17.7	2.5	3.2	1.2	0.2	1.3	2.5	12.5
Quintana Roo	100.0	14.9	---	5.0	3.1	0.5	0.5	4.6	14.1
San Luis Potosí	100.0	17.8	2.6	4.6	4.9	1.6	3.5	4.5	13.7
Sinaloa	100.0	32.3	1.5	4.3	3.1	0.6	2.3	3.4	13.6
Sonora	100.0	21.1	3.1	5.5	2.0	1.2	3.5	4.9	16.3
Tabasco	100.0	33.3	0.8	7.1	8.1	0.9	2.5	1.8	11.1
Tampulipas	100.0	26.2	1.7	10.4	3.2	1.0	1.2	4.7	12.6
Tlaxcala	100.0	14.5	0.4	6.1	0.8	0.4	2.4	1.6	27.3
Veracruz	100.0	19.6	1.7	3.6	4.5	0.8	1.4	2.1	6.9
Yucatán	100.0	16.8	1.8	12.1	3.8	1.5	6.2	2.7	9.2
Zacatecas	100.0	29.3	0.7	4.2	2.0	0.5	3.2	2.6	22.1

CUADRO No. 3

PACIENTES EGRESADOS DE HOSPITALES POR GRUPOS DE ENFERMEDADES a/

1975

(Por cientos)

Z. 1000

ENTIDAD FEDERATIVA	IX. Enfermedades del aparato digestivo	X. Enfermedades del aparato genitourinario	XI. Complicaciones del embarazo y del parto b/	XII. Enfermedades de la piel	XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular	XIV. Anomalías congénitas	XV. Ciertas causas de la morbilidad perinatal	XVI. Estado morbo-mortal de fétidos	XVII. Accidentes, envenenamientos y traumatismos
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	8.6	3.3	7.9	3.1	1.5	0.9	0.5	2.9	19.8
Aguascalientes	12.7	3.5	13.0	3.5	1.0	0.2	1.1	2.5	13.4
Baja California	11.3	4.4	14.2	9.7	0.6	0.7	0.3	7.1	25.9
Baja California Sur	7.7	6.9	9.0	2.1	1.5	0.5	1.8	4.5	8.6
Campeche	3.4	1.7	10.4	4.1	5.7	0.6	0.1	0.8	8.5
Coahuila	6.2	2.1	7.2	2.6	0.7	0.2	0.7	4.9	11.6
Colima	12.6	4.5	8.9	2.5	0.6	0.1	1.2	0.9	25.2
Chiapas	11.7	5.1	8.8	2.4	1.3	0.1	0.0	4.1	18.3
Chihuahua	13.5	4.3	14.2	2.4	3.3	0.4	0.1	4.1	14.1
Distrito Federal	11.0	5.2	10.6	1.3	1.8	1.7	1.9	1.8	12.1
Durango	4.0	1.8	3.9	6.8	3.7	0.1	0.1	2.0	5.4
Guerrero	8.8	3.3	18.9	0.7	0.7	0.3	0.7	4.1	25.0
Hidalgo	3.9	1.9	4.9	6.4	2.1	0.1	0.1	1.0	7.6
Jalisco	7.1	1.1	8.3	2.5	3.3	0.1	0.1	1.4	22.4
Jalisco	8.3	5.2	9.5	1.2	0.8	0.4	0.1	2.2	28.7
México	8.0	1.8	5.7	2.9	1.8	0.1	0.4	1.8	42.6
Michoacán	7.0	2.0	7.6	2.7	1.6	0.2	0.1	2.4	11.8
Morales	19.3	1.1	3.2	3.7	1.7	0.1	0.9	3.4	14.9
Nayarit	11.5	4.3	14.2	1.1	0.4	0.4	0.4	5.4	21.2
Nuevo León	5.1	4.1	6.2	11.1	1.1	0.1	0.1	1.1	1.1
Oaxaca	5.8	2.6	8.9	2.0	1.2	0.3	0.4	4.7	24.5
Puebla	8.4	2.5	6.1	1.5	1.0	0.2	0.1	1.8	12.3
Querétaro	8.9	2.5	12.0	0.5	1.0	0.4	0.4	6.3	26.9
Quintana Roo	12.6	2.8	10.9	---	---	---	2.1	0.3	8.6
San Luis Potosí	12.9	3.9	14.1	2.3	0.7	0.5	1.3	3.5	12.6
Sinaloa	6.8	2.6	5.7	1.1	0.7	0.2	0.2	2.3	19.3
Sonora	7.4	3.1	9.1	1.4	1.2	0.2	0.4	2.3	18.3
Tabasco	6.8	3.1	5.0	1.2	0.7	0.5	1.6	5.8	9.0
Tamaulipas	4.2	1.8	7.9	1.5	1.2	0.2	0.1	2.8	24.3
Tlaxcala	7.5	6.4	7.3	2.0	1.4	0.1	0.1	10.6	9.9
Veracruz	7.9	3.0	6.2	0.7	0.5	0.5	0.8	1.6	31.1
Yucatán	7.6	2.8	5.0	4.1	0.6	0.3	0.1	0.6	22.9
Zacatecas	12.3	1.5	10.6	1.0	0.5	0.1	0.1	3.5	12.8

a/ De acuerdo con los 17 grupos de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. No incluye morbilidad hospitalaria de pacientes egresados de establecimientos del IMSS.

b/ Se excluyen los partos sin mención de complicaciones, cuyo número ascendió en este año a 382 856 en toda la República.

FUENTE: S.I.C., Dirección General de Estadística, Estadísticas Hospitalarias, 1975, Serie V, Núm. 1, México, 1975.

10

Los Estados de Tlaxcala, Baja California Sur y Quintana -- Roo, se caracterizaron por absorber el mayor porcentaje de pacientes, egresados a hospitales (ver cuadro No. 4)

En lo que se refiere a riesgo de trabajo según la legislación laboral mexicana, se considera a "todos aquellos accidentes y enfermedades que ocurren a los trabajadores en el desempeño de sus labores, a aquellos que tienen origen en el medio en el cual el trabajador presta sus servicios". (7) En 1980 la población afiliada al IMSS registró un total de 86,706 casos, esta cifra se incrementó, en 1984 a 134,616 casos de estos riesgos de trabajo " entendiéndose por riesgo de trabajo a los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo", (8) se registraron 703,912 incapacidades permanentes (pensionados) y 60,704 sobrevivientes (entre los cuales se encuentran diferentes padecimientos, algunos de ellos son: heridas, fracturas, quemaduras, contusiones y también los que sufrieron un infarto al miocardio, se considera este número importante de señalar porque el tipo de trabajo que desempeñan, favorece estas lesiones y por último 120,385 casos de invalidéz (ver cuadro No. 5).

(7) *ibid.* S.P.P. p. 271

(8) MORENO PADILLA, Javier, *Ley Federal del Seguro Social*, Artículo 48, Ed. Trillas, México, 1987.

CUADRO No. 4
 PACIENTES EGRESADOS DE HOSPITALES POR
 GRUPOS DE ENFERMEDADES Y ENTIDADES
 FEDERATIVAS 1976.

PADECIMIENTOS	ENTIDAD FEDERATIVA	%
De la sangre	Yucatán	0.5
Trastornos Mentales	Zacatecas	1.2
Anomalías Congénitas	Yucatán	1.4
De la piel	Nichoacán	1.5
De la morbilidad perinatal	Morelos	1.6
Sistema osteomuscular	B.C. Sur	1.8
Estados morbosos mal definidos	Sonora	2.4
De la nutrición y el metabolismo	Quintana Roo	3.1
Tumores (neoplasma)	Nuevo León	3.6
Del aparato circulatorio	Aguaascalientes	3.8
Del sistema nervioso	Yucatán	3.9
Accidentes, envenenamientos y violencias	Zacatecas	5.8
Del aparato genitourinario	Coahuila	7.1
Del aparato digestivo	Campeche	8.4
Infecciosas y parasitarias	Quintana Roo	11.2
Del aparato respiratorio	B.C. Sur	13.2
Complicaciones del embarazo y del parto	Tlaxcala	29.7

FUENTE: Cuadro No. IV C17

CUADRO No. 5

1989 - PENSIONES EN CURSO DE PAGO AL 31 DE DICIEMBRE DE CADA AÑO, POR RESERVA DE TRABAJO E INVALIDEZ, 1980-1984.

T I P O D E P E N S I O N	1 9 8 0	1 9 8 1	1 9 8 2	1 9 8 3	1 9 8 4
TOTAL	149 932	171 163	201 313	230 662	254 991
RESERVA DE TRABAJO	88 706	98 649	112 401	124 713	134 616
INCAPACIDAD PERMANENTE	41 376	49 048	57 986	66 431	73 912
SOBREVIVIENTES	40 330	49 601	54 415	58 282	60 704
INVALIDEZ	63 226	72 514	88 912	105 949	120 375

FONTE: INEI, Anuario Estadístico, 1990, Indices de Prestaciones en Dinero.

1.3 MORTALIDAD

La mortalidad representa el indicador más importante para evaluar los daños a la salud. En las últimas décadas se ha experimentado un descenso persistente en la tasa por mil habitantes (*), en 1940 era de 23.5 y disminuyó a 16.1 en 1950; 11.5 - en 1960, en 1975 bajó a 7.2, finalmente en 1987 descendió a 2.6 no obstante la posibilidad de aumentar la esperanza de vida, depende de la mortalidad.

También cabe señalar que a pesar de ser obligatorio el registro de defunciones, las estadísticas sobre mortalidad presentan un sub-registro importante, no obstante las estadísticas -- constituyen la información más amplia sobre daños a la salud.

La distribución de defunciones por grupos de edad, ofrece valiosos elementos de análisis, por lo que la tasa de mortalidad infantil (**) en 1981 fué de 35.7 para 1983, en niños de -- 1 a 4 años fué de 266.2, existiendo un descenso en niños de -- 5 a 14 años con una tasa de 59.9, para el resto de las edades hay un incremento considerable. (ver cuadro No. 6-13)

En 1975 los estados que tuvieron los índices más altos de mortalidad general fueron Oaxaca, Tlaxcala, Puebla e Hidalgo, - que registraron una tasa promedio de 10.6 defunciones por cada mil habitantes, contra una tasa de 7.2 en toda la República Mexicana en 1986.

(*) Esta tasa representa la cantidad de personas que mueren en un año por cada mil habitantes.

(**) Tasa por 100,000 nacidos vivos registrados.

1.3.1 CAUSAS DE MORTALIDAD

En este rubro la información está publicada según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así los decesos se clasifican con base en el (Certificado de Defunción) según la causa inmediata que los produjo. (9)

Sin embargo se considera que la causa inmediata de mortalidad en ocasiones está originada, a su vez por otros factores ésto quiere decir por ejemplo: las defunciones cuya causa es la desnutrición, se manifiestan en su mayoría encubiertas por padecimientos infecciosos y contagiosos; mientras individuos bien nutridos podrían enfrentar el padecimiento de tal manera que se registran una gran cantidad de muertes por estos padecimientos, que no son más que complicaciones de la desnutrición.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente las causas de defunciones principalmente en las edades menores radica en las condiciones de vida que se tengan.

Para la población en general en 1975 la primera causa de muerte fue influenza y neumonía con una tasa de 98.1 y en 1986 la principal causa de muerte fueron las infecciones intestinales con una tasa de 38.5 (ver cuadro No. 14).

En lo que respecta, a los grupos de edades para los menores de un año en 1975 fué también la influenza y neumonía con una tasa de 1311.6; de 5 a 14 años los accidentes y envenenamientos con una tasa de 28.9 y de 45 a 64 años fueron las enfermedades del corazón que alcanzaron una tasa de 173.0 entre otras.

(9) ibid. S.P.P. p. 270

CUADRO No. 6

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA DE 1 a 4 AÑOS, 1983.

CAUSAS	ORDEN DE IMPORTANCIA.	DEFUNCIÓNES				TASA L/ CIFICADO
		TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESTE-	
Todas las Causas		44 627	11 057	1 652	157	266.18
Enfermedades Intestinales Infecciosas	1	4 281	3 647	3 528	58	87.18
Neumonía o Influenza	2	2 348	1 254	1 271	20	50.72
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Afecciones Afines	3	626	348	372	6	9.75
Trastornos de los Líquidos de los Electrolitos y del Equilibrio Acidobásico	4	562	274	284	4	6.77
Otros Accidentes	5	554	346	205	5	6.67
Ahogamiento y Sumergión Accidental	6	539	336	149	4	6.49
Deficiencia de la Nutrición	7	528	273	253	2	6.36
Anomalías Congénitas	8	478	235	241	2	5.76
Accidentes de Tráfico por Colisión entre un Vehículo y un Peatón	9	477	293	176	8	5.75
Septicemia	10	418	203	213	2	5.03
Diarritmia Cardíaca	11	360	187	171	2	4.38
Accidentes Causados por el Fuego	12	324	184	140	-	3.90
Enfermedades de la Sangre y de los Organos Hematopoyéticos	13	503	155	147	1	3.65
Otras Enfermedades del aparato Respiratorio	14	253	124	126	3	3.05
Bronquitis y la angiolitis Aguda	15	211	101	107	3	2.54
Envenenamiento y Relaciones Tóxicas Causadas por Plantas y Animales Venenosos	16	211	108	103	-	2.54
Toxofena	17	208	84	121	3	2.50
Parasitosis intestinal sin Otra Complicación	18	199	109	90	-	2.39
Rampion	19	174	87	86	1	2.09
Meningitis Bacteriana	20	122	76	46	-	1.47
Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos		1 700	861	825	14	20.49
Las Demás Causas		3 951	2 075	1 858	17	47.63

NOTAS: 1/ TASA ' defunciones por causa específica es el grupo de edad Y x 100,000 población media del grupo de edad Y.

FUENTE: INEGI, D.G.E. Tabulación No. 8; Defunciones generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido, según lista detallada de causa de muerte, grupos quinquenales de edad y sexo, 1983. p. 50

CUADRO No. 7

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA DE 5 a 14 años, 1983.

CAUSAS	ORDEN DE IMPORTANCIA	DEFUNCIÓN			TASA I/ CIFICADO	
		TOTAL	HOMBRES	MUJERES		
Todas las Causas		12 588	7 453	5 058	77	59.88
Enfermedades Infecciosas Intestinales	1	1 398	722	668	8	6.65
Otros Accidentes	2	1 200	857	338	5	5.70
Accidentes de Tráfico por Colisión entre un Vehículo y un Peatón	3	936	632	294	10	4.45
Ahogamiento y Inmersión Accidental	4	732	553	170	9	3.48
Neumonía e Influenza	5	679	343	334	2	3.22
Caidas Accidentales	6	335	243	87	3	1.59
Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor de Naturaleza no Especificada	7	314	201	109	4	1.49
Leucemias de Células de Tipo no Especificado	8	235	136	99	-	1.11
Enfermedades de la Sangre y de los Organos Hematopoyéticos	9	230	125	104	1	1.09
Diarritia Cardíaca	10	220	108	111	1	1.04
Leucemia Linfóide	11	207	121	86	-	0.98
Accidentes Causados por el Fuego	12	183	107	73	3	0.87
Septicemia	13	161	81	79	1	0.76
Otro Accidente de Tráfico por Colisión entre Vehículo de Motor	14	158	106	51	1	0.75
Epilepsia	15	156	70	86	-	0.74
Parálisis Cerebral Infantil	16	145	82	63	-	0.68
Ataque con Armas de Fuego y Explosivos	17	144	120	23	1	0.67
Trastornos de los Líquidos, de los Electrolitos y del Equilibrio Acido-básico	18	120	66	54	-	0.57
Ataque x Otros Medios y por los no Específicos	19	116	73	43	-	0.55
Accidentes de Tráfico x Pérdida de Gobierno sobre un Vehículo de Motor sin Colisión en Carret.	20	97	62	32	3	0.46
Signos Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos	21	690	353	332	5	3.28
Las Demás Causas	22	4 132	2 290	1 822	20	19.65

NOTA: I/ TASA ' defunciones por causa específica es el grupo de edad Y x 100,000 población media del grupo de edad Y.

FUENTE: INEGI, D.G.E. Tabulación No. 8; Defunciones generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido, según lista, detallada de causa de muerte, grupos quinquenales de edad y sexo, 1983, p. 50

CUADRO No. 8

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA DE 15 a 24 años, 1983.

CAUSAS	ORDEN DE IMPORTANCIA.	TOTAL	DEFUNCIONES HOMBRES	DEFUNCIONES MUJERES	NO ESPECIFICADO	TASA 1/100,000
Todas las Causas		22 230	15 651	6 419	160	141.64
Otros Accidentes	1	3 665	3 208	435	22	23.35
Ataque con Armas de Fuego y Explosivos	2	1 894	1 759	111	24	12.06
Ahogamiento y Sumersión Accidentales	3	1 203	1 060	123	9	7.66
Accidentes de Tráfico por Colisión entre un Vehículo y un Peatón	4	1 076	902	165	9	6.85
Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor de Naturaleza no Especificada	5	759	612	138	9	4.83
Otro Accidente de Tráfico por Colisión entre Vehículo de Motor	6	666	538	119	9	4.24
Accidentales Caídas	7	664	571	90	3	4.23
Enfermedades Infecciosas Intestinales	8	642	327	308	7	4.09
Ataque con Instrumentos Cortantes y Punzantes	9	572	531	32	9	3.64
Ataques por Otros Medios y por los no Especificados	10	546	473	69	4	3.47
Accidentes de Tráfico por Pérdida de Gobierno sobre un Vehículo de Motor sin Colisión en la Carretera	11	435	349	76	10	2.77
Neumonía e Influenza	12	394	212	180	2	2.51
Diarrea Cardíaca	13	393	166	204	3	2.50
Tuberculosis Pulmonar	14	351	166	184	1	2.23
Epilepsia	15	332	170	158	4	2.11
Hipertensión que Complica el Embarazo, el Parto y el Puerperio	16	182	-	182	-	1.15
Accidentes Causados por el Fuego	17	170	115	55	-	1.08
Leucemias de Células de Tipo no Especificados	18	156	96	60	-	0.99
Cirrosis y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado	19	152	121	31	-	0.96
Septicemia	20	134	57	76	1	0.85
Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos		692	358	326	8	4.40
Las Demás Causas		7 152	3 840	3 286	26	45.57

NOTA: 1/ TASA = defunciones por causa específica en el grupo de edad Y x 100,000

FUENTE: INEGI, D.G.S. Tabulación No. 8; Defunciones Generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecimiento, según lista detallada de causa de muerte, grupos quinquenales de edad y sexo, 1983, p. 51.

CUADRO No. 9

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA DE 25 a 34 años, 1986.

CAUSAS	ORDEN DE IMPORTAN CIA.	DEFUNCIONES				TASA 1/ CIFICADO
		TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPE- CIFICADO	
Todas las Causas		24 762	17 446	7 116	200	338.92
Otros Accidentes	1	3 531	3 142	364	25	34.06
Ataques con Arma de Fuego y Explosivos	2	2 074	1 935	107	32	20.01
Cirrosis y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado	3	1 276	1 063	205	8	12.31
Accidentes de Tráfico por Colisión entre un Vehículo de Motor y un Peatón	4	994	863	125	6	9.59
Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor de Naturaleza no Especificada	5	739	640	95	4	7.13
Otro Accidente de Tráfico por Colisión entre Vehículos de Motor	6	735	609	106	20	7.09
Caidas Accidentales	7	683	508	90	5	6.39
Tuberculosis Pulmonar	8	636	349	266	1	6.13
Enfermedades Infecciosas Intestinales	9	619	325	291	3	5.97
Ahogamiento y Inmersión Accidentales	10	613	552	52	9	5.91
Ataque con Instrumento Cortante y Punzantes	11	566	512	39	15	5.46
Ataque por Otros Medicos y por los no Especificados	12	566	506	56	4	5.46
Disritmia Cardiaca	13	468	247	218	3	4.81
Neumonía e Influenza	14	425	265	160	-	4.10
Accidentes de Tráfico por Pérdida de Gobierno sobre un Vehículo de Motor sin Colisión en la Carretera	15	420	349	61	10	4.05
Infarto Agudo del Miocardio	16	358	262	93	3	3.45
Diabetes Mellitus	17	303	177	125	1	2.92
Epilepsia	18	299	163	131	5	2.88
Abuso de Drogas Sin Dependencia	19	272	251	21	-	2.62
Síndrome de Dependencia del Alcohol	20	271	264	7	-	2.61
Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos		818	426	387	5	7.89
Las Demás Causas		8 096	3 928	4 127	41	78.11

NOTAS: 1/ TASA ' defunciones por causa específica es el grupo de edad Y x 100,000 población media del grupo de edad Y.

FUENTE: INEGI, D.G.E. Tabulación No. 8; Defunciones Generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido, según lista, detallada de causa de muerte, grupos quinquenales de edad y sexo, 1983, p. 51

CUADRO NO. 10

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA DE 35 a 44 AÑOS, 1983.

CAUSAS	ORDEN DE IMPORTANCIA.	D E F U N C I O N E S TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPECIFICADO	TASA 1/
Todas las Causas		26 917	17 970	8 795	144	388.86
Cirrosis y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado	1	3 131	2 598	526	7	45.23
Otros Accidentes	2	2 486	2 181	292	13	15.91
Ataque con Armas de Fuego y Explosivos	3	1 452	1 339	81	32	20.97
Accidentes de Tráfico por Colisión entre un Vehículo y un Peatón	4	812	690	117	5	11.73
Diabetes Mellitus	5	778	446	331	1	11.23
Tuberculosis Pulmonar	6	727	479	245	3	10.50
Infarto Agudo del Miocardio	7	717	510	206	1	10.25
Enfermedades Infecciosas Intestinales	8	700	367	331	2	10.11
Disritmia Cardíaca	9	607	340	264	3	8.26
Neumonía e influenza	10	602	400	200	2	8.69
Síndrome de Dependencia del Alcohol	11	515	486	28	1	2.44
Caidas Accidentales	12	402	410	35	1	7.63
Tumor Maligno del Cuello del Utero	13	487	-	487	-	7.03
Ataque por Otros Medios y por los no Especificados	14	460	406	58	3	4.45
Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor de Naturaleza no Especificada	15	447	388	55	4	4.35
Otros Accidentes de Tráfico por Colisión entre Vehículos de Motor	16	409	327	73	9	5.90
Abuso de Drogas sin Dependencia	17	407	391	15	1	5.87
Ataque con Instrumentos Cortantes y Punsantes	18	308	352	26	6	5.60
Ahogamiento y Sumersión Accidental	19	373	341	32	-	5.38
Insuficiencia Cardíaca	20	275	138	137	-	3.91
Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos		927	505	435	7	18.02
Las Otras Causas		9 679	4 839	4 797	43	139.82

NOTA: 1/ TASA = defunciones por causa específica es el grupo de edad Y x 100,000 población media del grupo de edad Y.

FUENTE: INEGI, D.G.E. Tabulación No. 8; Defunciones Generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido, según lista, detallada, de causa de muerte, grupos quinquenales de edad y sexo, 1983 p. 52

CUADRO No. 11

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA DE 45 a 54 AÑOS, 1983.

CAUSAS	ORDEN DE IMPORTANCIA.	DEFUNCIÓNES				TASA 1/ CIFICADO
		TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPE-	
Todas las Causas		32 795	20 529	12 910	148	707.70
Cirrosis y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado	1	4 048	3 337	695	16	87.35
Diabetes Mellitus	2	2 364	1 217	1 142	5	51.01
Otros Accidentes	3	1 798	1 539	253	4	48.96
Infarto Agudo del Miocardio	4	1 574	1 150	421	3	44.26
Disritmia Cardíaca	5	878	492	401	5	19.17
Enfermedades Infecciosas Intestinales	6	848	470	346	4	18.29
Ataque con Arma de Fuego y Explosivos	7	845	786	38	21	18.14
Tuberculosis Pulmonar	8	837	551	284	2	18.05
Neumonía e Influenza	9	750	456	272	2	16.18
Accidente de Tráfico por Colisión entre un Vehículo y un Peatón	10	679	556	116	7	14.45
Tumor Maligno del Cuello del Utero	11	671	-	671	-	14.47
Síndrome de Dependencia Alcohól	12	617	580	34	7	13.09
Insuficiencia Cardíaca	13	505	214	209	2	10.89
Hemorragia intracerebral	14	466	228	236	2	10.05
Tumor Maligno de la Tráquea, de los Bronquios y del Pulmón	15	457	297	139	1	9.86
Abuso de Drogas sin Dependencia	16	366	343	22	1	4.89
Tumor Maligno del Estómago	17	365	189	174	2	4.07
Enfermedad Cerebrovascular Aguda pero mal Definida	18	363	180	172	4	4.05
Caidas Accidentales	19	354	293	58	1	4.01
Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor de Naturaleza no Específica	20	335	271	61	3	7.22
Sígnos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos		1 097	634	455	8	25.67
Las Otras Causas		12 558	6 916	5 692	50	270.29

NOTA: 1/ TASA ' defunciones por causa específica en el grupo de edad Y x 100,000 población media del grupo de edad Y.

FUENTES: INEGI, D.G.E. Tabulación No. 5; Defunciones Generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido, según lista, detallada de causa de muerte, grupos quinquenales de edad y sexo, 1983 p. 52

CUADRO No. 12

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA DE 55 a 64 AÑOS, 1983.

30

CAUSAS	ORDEN DE IMPORTANCIA	D E F U N C I O N E S TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESTE- CIFICADO	TASA 1/
Todas las Causas		41 751	24 239	17 368	144	1374.28
Diabetes Mellitus	1	4 470	2 109	2 360	9	147.93
Cirrosis y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado	2	3 737	2 805	917	15	123.45
Infarto Agudo del Miocardio	3	2 726	1 871	851	4	90.05
Disritmia Cardíaca	4	1 359	789	588	2	44.89
Otros Accidentes	5	1 227	1 042	178	7	40.53
Enfermedades Infecciosas Intestinales	6	1 101	614	560	7	39.01
Neumonía e Influenza	7	1 046	640	431	5	34.55
Insuficiencia Cardíaca	8	966	452	512	2	31.91
Tuberculosis Pulmonar	9	915	620	294	1	30.22
Tumores Malignos de la Tráquea de los bronquios y del Pulmón	10	862	624	236	3	28.47
Tumor Maligno del Estómago	11	681	394	285	2	22.49
Hemorragia Intracerebral	12	629	361	318	-	22.43
Enfermedad Cerebrovascular Aguda pero mal Definida	13	622	305	316	1	29.54
Tumor Maligno de Cuello del Útero	14	620	-	620	-	20.48
Accidentes de Tráfico por Colisión entre un Vehículo y un Peatón	15	600	470	126	4	19.82
Síndrome de Dependencia del Alcohol	16	466	424	39	4	15.39
Oclusión de las Arterias Cerebrales	17	464	252	211	1	15.32
Ataque con Armas de Fuego y Explosivos	18	436	416	32	8	15.06
Caidas Accidentales	19	313	264	67	2	10.34
Trastornos de los líquidos de los Electrolitos y del Equilibrio Acido-básico	20	292	148	144	-	9.64
Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos		1 441	773	655	13	47.60
Las Demás Causas		16 620	8 897	7 669	54	549.05

NOTA: 1/ TASA = defunciones por causa específica es el grupo de edad Y x 100,000 población media del grupo de edad Y.

FUENTE: INEGI, D.G.E. Tabulación No. 8; Defunciones Generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido, según lista, detallada de causa de muerte, grupos quinquenales de edad y sexo, 1983, p. 53.

CUADRO No. 13

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR SEXO, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA DE 65 AÑOS Y MÁS, 1983.

CAUSAS	ORDEN DE IMPORTAN- CIA.	D TOTAL.	D E F U N C I O N E S		TASA 1/ CIFICADO
			HOMBRES	MUJERES	
Todas las Causas		844 886	70 788	73 536	502 5758.48
Diabetes Mellitus	1	10 587	4 265	6 296	26 420.95
Infarto Agudo del Miocardio	2	8 406	4 754	3 633	19 334.23
Disritmia Cardiaca	3	8 268	3 718	4 512	36 338.66
Neumonía e Influenza	4	7 592	3 568	3 996	28 301.96
Insuficiencia Cardiaca	5	7 504	3 045	4 437	22 298.36
Enfermedades Infecciosas Intestinales	6	5 986	2 765	3 201	30 238.40
Cirrosis y Otras Enfermedades Crónicas del Hígado	7	3 989	2 757	1 219	13 158.60
Enfermedad Cerebrovascular Aguda pero mal Definida	8	3 447	1 492	1 940	15 137.05
Oclusión de las Arterias Cerebrales	9	3 272	1 454	1 814	4 130.09
Deficiencia de la Nutrición	10	2 627	1 080	1 553	14 104.45
Bronquitis Crónica	11	2 470	1 291	1 168	11 98.21
Tumor Maligno del Estómago	12	2 086	1 065	1 016	5 82.94
Tuberculosis Pulmonar	13	2 024	1 329	686	9 80.47
Otros Accidentes	14	1 823	1 275	540	8 72.48
Tumor Maligno de Otros Sitios y de los no Especificados	15	1 768	802	957	9 70.29
Enfermedades de la Sangre y de los Organos Hematopoyéticos	16	1 752	758	978	16 69.66
Hemorragia Intracerebral	17	1 656	738	916	2 65.84
Trastornos de los Líquidos, de los Electrolitos y del Equilibrio Acido-básico	18	1 563	674	887	2 62.14
Caídas Accidentales	19	1 229	651	573	5 45.86
Tumor Maligno del Cuello del Utero	20	1 000	-	1 000	- 59.76
Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos		9 603	4 544	5 010	41 301.87
Las Demás Causas		56 166	28 783	27 196	187 2233.24

NOTAS: 1/ TASA ' defunciones por causa específica es el grupo de edad Y x 100,000 población media del grupo de edad Y.

FUENTE: INEGI, D.G.S. Tabulación No. 8; Defunciones Generales por entidad federativa de residencia habitual del fallecido, según lista, detallada de causa de muerte, grupos quinquenales de edad y sexo, 1983, p. 53

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR GRUPOS DE EDADES.1986

CAUSA	TOTAL	TASA	GRUPO DE EDADES								
			0 - 1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 a +
INFECC. INTEST.	29369	38.50	15749	5433	924	385	360	441	569	870	4333
NEUMONIA	26300	34.47	12589	2631	558	375	376	525	652	1011	7249
DIABETES M.	19382	25.40	17	26	56	164	289	772	2355	4698	10889
ENFER. CRONICAS DEL HIGADO	16302	21.63	27	25	31	174	1254	3061	4010	3657	4085
INFARTO AL MIOCARDIO	14770	19.36	31	13	26	160	371	761	1537	2719	9017

FUENTES: ANUARIO ESTADISTICO VOL. 1
SERVICIOS MEDICOS 1987
DIRECCION GENERAL DE INFORMACION Y ESTADISTICA;
CEDIE "CENTRO DE DOCUMENTACION E INFORMACION ESTADISTICA, 1988

Mientras que en 1983 las principales causas de muerte de 1 a 15 años con una tasa de 147.1 son infecciones intestinales; de 45 a 64 años las principales causas son: la diabetes mellitus con una tasa de 1800.2; la cirrosis y otras enfermedades crónicas - del hígado con 87.3 y por último de 65 años a más el segundo lugar con 33.4 (ver cuadros 7-13).

A nivel mundial existe una gran causa de muerte a consecuencia de las enfermedades coronarias aunque son variables de un país a otro, siendo más frecuente la Cardiopatía Coronaria - en los países industrializados.

Según estudios epidemiológicos de Organizaciones Internacionales el Dr. Ignacio Chávez Rivera (10) señala que existe -- una incidencia del infarto del miocardio con una tasa de 1.7 a 7.5 (por 100 habitantes) con un promedio anual de 3.4 por mil - hombres y 0.9 por mil mujeres entre los 40 y 59 años de edad.

Por lo que a la alta morbilidad en época productiva de la vida, debe agregarse la alta mortalidad, ésto quiere decir que los pacientes con infarto agudo del miocardio, fallecen en el - primer mes alrededor del 30% y el 10% más en el primer año o -- sea que la supervivencia cercana es de 70% y por último al año el 60% del grupo que fallece en las dos primeras horas es el -- 50%, siendo esto antes de llegar al hospital, cifras que ascienden al 80% en las primeras 24 horas de la aparición del dolor -

(10) CHAVEZ RIVERA, Ignacio Dr., Cardiopatía Coronaria e Isquémica Miocárdica, Ed. Interamericana, México, 1989, p.159

en su expresión más frecuente; el 20% restante lo hará en las siguientes semanas, si no ingresa a un hospital.

A nivel nacional el infarto agudo del miocardio ocupa los primeros lugares, según grupos de edades de 45 a 54 años se encuentran en el cuarto lugar con una tasa de 33.9; de 55 a 64 años en el tercer lugar con 90.0 y por último de 65 a más en el segundo lugar con 33.4 (ver cuadro 7-13)

Considerando las cuatro principales causas de mortalidad por entidad federativa y grupos de enfermedades se observa que la mayor incidencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias se presenta en 1986 en los estados de Oaxaca con 131.9; -- Chiapas 85.9; Puebla 63.5 y por último Querétaro con 53.8. Las defunciones debidas a las enfermedades de neumonía se presentaron los estados de Tlaxcala con 95.9; Guanajuato 72.7; México - 54.6 y San Luis Potosí con 40.8. Las defunciones provocadas -- por diabetes mellitus se presentaron en mayor proporción en --- Coahuila con 45.9; Chihuahua 37.4; Distrito Federal 36.6 y Tamaulipas con 35.6. Por último las enfermedades del infarto del miocardio se presentaron con mayor proporción en los estados de Baja California Norte con 41.1; Nuevo León 37.7; Sonora 35.0 y - por último Baja California Sur con 26.9 (ver cuadro No. 15).

En síntesis el problema de la salud a nivel nacional, como ya se ha descrito anteriormente, recae en la clase trabajadora - económicamente activa lo que ocasiona que se incapaciten parcial o permanentemente y produce en la familia dolor moral, alteraciones en los ingresos económicos y a la empresa origina tiempo im-

CUADRO No. 15

VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL CONFORME A LA LISTA BÁSICA POR ENTIDAD

FEDERATIVA SEGUN GRUPOS DE EDAD, ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1986.

ESTADO	CAUSA	TOTAL	TASA	0-4	5-14	T 15-24	T 25-34	L 35-44	L 45-54	EDADES 55-65	65 +
AGF.	INPEC. INTESTINAL	289	47.26	248	0	0	1	0	3	2	83
B.C.N.	INFARTO MIOCARDIO	538	41.10	0	0	6	21	38	76	116	266
B.C.Q.	INFARTO AL M.	72	26.84	0	0	0	1	8	7	14	42
CAMP.	INPEC. INTESTINAL	171	33.28	139	5	3	0	2	1	2	18
COAH.	DIABETES MELITUS	814	45.95	4	4	3	9	29	107	202	452
COL.	INPEC. INTESTINAL	140	35.80	103	1	0	0	2	1	2	26
CHIA.	INPEC. INTESTINAL	2020	85.97	1323	115	66	60	58	57	88	230
CHIH.	DIABETES MELITUS	804	37.27	2	2	8	14	34	87	174	485
D.F.	DIABETES MELITUS	3935	36.06	3	5	17	47	129	433	867	2019
GOO.	ACCID. DE TRAFICO	393	30.02	23	22	75	154	19	40	11	15
GTO.	NEUMONIA	2427	72.69	1672	54	17	24	21	35	50	528
GRO.	HOMICIDIOS Y LESIONES POR ARMAS	1036	43.57	11	18	224	265	237	127	69	42
HGO.	DIABETES MELITUS	1025	59.62	4	1	7	58	168	251	212	318
JAL.	NEUMONIA	1802	36.83	940	30	31	18	30	40	75	612
MEX.	NEUMONIA	5298	54.62	3117	98	98	63	72	99	177	967
MICH.	INPEC. INTESTINAL	1207	37.91	915	26	9	7	14	21	21	197
MOE.	HOMICIDIOS Y LESIONES	368	32.68	6	4	86	106	76	31	26	21
NAY.	HOMICIDIOS Y LESIONES	205	25.56	1	1	43	62	28	30	16	10
N.L.	INFARTO AL MIOCARDIO	1094	37.69	0	0	12	23	51	135	206	665
OAX.	INPEC. INTESTINAL	3385	131.85	1814	219	75	71	124	158	197	711
PUE.	INPEC. INTESTINAL	2399	63.51	1510	130	34	48	47	63	105	435
QRO.	INPEC. INTESTINAL	462	53.85	364	4	5	3	1	1	10	69
Q.R.	INPEC. INTESTINAL	101	32.55	92	0	0	0	1	1	1	0
Q.L.P.	NEUMONIA	768	40.92	427	25	14	13	15	14	30	218
QIN.	ACCID. DE TRAFICO	702	31.75	50	102	154	129	71	69	47	66
SON.	INFARTO AL MIOCARDIO	592	35.05	2	0	2	5	42	82	120	331
TAB.	INPEC. INTESTINAL	680	56.44	570	15	8	5	5	13	7	46
TAM.	DIABETES MELITUS	763	35.57	2	3	4	7	15	83	202	443
TLAX.	NEUMONIA	597	95.93	451	11	7	3	6	4	7	97
VER.	INPEC. INTESTINAL	1998	32.59	1541	73	39	33	34	49	47	268
YUC.	INPEC. INTESTINAL	492	40.79	289	15	9	7	3	15	32	119
ZAC.	NEUMONIA	420	34.47	272	5	5	0	9	9	13	103

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO 1987/88 A.

productivo, ausentismo, alteraciones de la producción en cantidad y calidad y finalmente a la sociedad, así como al Estado le ocasionan merma de la fuerza de trabajo y aumento de pensionados e inválidos.

1.3.2 ANALISIS ESTADISTICO DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MEDICO "LA RAZA".

La información proporcionada por el Servicio de Cardiología de pacientes con diversos padecimientos del corazón en 1988 se obtuvo un total de 1948 casos atendidos representando el 100%; se observó el mayor porcentaje en la Cardiopatía Isquémica con 54% y el resto a otras enfermedades del corazón con el 46%.

La Cardiopatía Isquémica abarca el infarto al miocardio con 40% y las anginas (estable, inestable y post-infarto) con 14%; se observa una gran incidencia en relación al sexo masculino con 66% y el femenino con el 34% a los grupos de edades de 40 a 59 años corresponde el 58% y de 60 años a más el 66%; ello confirma que este padecimiento se presenta en las edades avanzadas y productivas, siendo un factor de alto riesgo en los pacientes que sufren un infarto.

No hay que descartar que en los últimos tiempos la incidencia del infarto al miocardio y otras enfermedades del corazón en el joven aparentemente sano, parece ir en aumento y presentarse entre los 20 a 40 años, en este estudio se obtuvo el 86% de enfermedades del corazón en comparación con el infarto -

al miocardio resulto el 14%.

Cabe aclarar que el estudio se realizó en este servicio, - porque captó 1948 ingresos, representando un mayor porcentaje - que en el Servicio de Unidad Coronaria que captó 841 casos, de los cuales 689 fueron enviados a este servicio y los restantes se canalizaron a otros pisos; fallecieron o se dieron de alta.

Por tal razón se afirma que los pacientes con infarto al - miocardio abarcan más de la mitad de los casos que atiende el - servicio, por ello la investigación está enfocada a la preven-- sión del infarto al miocardio. (ver cuadro 16).

CUADRO No. 16
INGRESOS DE PACIENTES AL SERVICIO DE CARDIOLOGIA EN 1988.

PADECIMIENTOS	TOTAL	%	H	%	M	%	20, a 39	%	40, a 59	%	60 a +	%
<u>CARDIOPATIA ISQUEMICA:</u>												
INFARTO AL MIOCARDIO	775	40	620	52	155	20	43	12	374	44	358	47
ANGINA ESTABLE	52	3	31	2	21	2	2	1	26	3	24	3
ANGINA INESTABLE	206	10	130	10	76	10	3	1	84	10	119	15
ANGOR POST INFARTO	10	1	7	2	3	2	-	-	5	1	5	1
SUB-TOTAL :	1043	54	788	66	255	34	48	14	489	58	506	66
<u>ENFERMEDADES DEL CORAZON:</u>												
CARDIOPATIA REUMATICA	349	17	139	11	210	27	113	32	183	21	53	7
CIRUGIA	208	10	93	8	115	16	75	22	71	8	62	8
ENDOCARDITIS	15	1	7	1	8	1	10	2	5	1	-	-
INSUFICIENCIA CARDIACA	6	1	5	1	1	1	1	1	3	1	2	1
TRASTORNOS DEL RITMO	137	7	63	5	74	9	15	4	27	3	95	12
CARDIOPATIA CONGENITA	54	2	16	1	38	4	42	11	10	1	2	1
CARDIOMIOPATIA	5	1	1	1	4	1	3	1	1	1	1	1
OTROS PADECIMIENTOS	131	7	73	6	58	7	48	13	48	6	35	4
SUB-TOTAL:	905	46	397	34	508	66	307	86	348	42	250	34
TOTAL :	1948	100	1185	100	763	100	355	100	837	100	756	100

FUENTE: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PERTENECIENTE AL CENTRO MEDICO LA RAZA.

CAPITULO II.- SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA"

2.1 Antecedentes y objetivos

En el año de 1806, París era la metrópoli médica mundial, debido a la hegemonía de Napoleón que ejercía su dominio en la política de Europa. Llamaba la atención la labor de Pierre -- Joseph Desault (1744-1895), el maestro de la Cirugía Clínica, -- la de Marie-Francois Xavier Bichat (1771-1802), en los campos -- de la histología y de la anatomía descriptiva y de Philippe Pinel (1755-1826) que liberó de sus cadenas a los dementes, pero el más notable de ellos fue el hombre que indujo al pensar anatómico de la medicina clínica de la "Escuela de París", el Barón Jean-Nicolás Corvisart des Marets, Profesor del Colegio de Francia y Médico de Cámara de Napoleón.

Apareció en el año de 1806 su obra "Ensayos sobre las enfermedades y lesiones orgánicas del corazón y de los grandes vasos", obra que durante casi un siglo fué considerada como la Biblia de la Cardiología.

Corvisart se encuentra entre los fundadores de la Cardiología describió el "Estremecimiento Catario", en la Estenosis Mitral, estableció la diferencia entre hipertrofia y dilatación del corazón y sentó el axioma de que un corazón dilatado, es un corazón enfermo. A él se debe una descripción de las lesiones -- valvulares congénitas y de las adquiridas; llamó la atención sobre la asociación frecuente de Endocarditis, Miocarditis y Peri

carditis, introduciendo el término de "Carditis", gracias, a él la percusión se hizo muy pronto del dominio general entre los médicos de todo el mundo.

Diversos investigadores que han contribuido en los avances científicos de la medicina, enriquecieron notablemente las distintas especialidades, de tal manera que en la actualidad su -- amplio desarrollo, ha impuesto la división del trabajo por especialidades, como: Cardiología, Reumatología, Hematología, Oncología, Gastroenterología, etc., no con la opción fragmentaria -- del ser humano, si no más bien con la idea de agrupar los padecimientos cuya exploración, diagnóstico y tratamiento son similares o se refieren a un mismo sistema, aparato, órgano o región anatómica que se conoce como Especialidad Clínica. (11)

En México por aquellos tiempos dieron los primeros pasos de la Medicina Mexicana, en campos tan prometedores como la Cardioangiología. "Sin embargo la verdadera especialidad cardiovascular se dió en los años cuarenta de nuestro siglo, gracias a la visión del Dr. Ignacio Chávez, uno de los forjadores de la Cardiología Moderna". (12)

Conviene insistir en que el desenvolvimiento de la ciencia y de el deseo de erradicar cierto tipo de enfermedades, contro-

- (11) BARQUIN C., Manuel Dr., Historia de la medicina su problemática actual, Ed. Librería de Medicina, México 1975 pp. 276 287.
- (12) MICHELI, Alfredo de Dr., Los inicios de la Cardioangiología en los albores de la Academia Nacional de Medicina, Ed. Piensa, S.A. de C.V., (Revista principal Cardiológica Eno-ca II, Vol. 5 No. 3), México 1989 p. 65

lar otras y evitar que aparezcan o al menos se estabilicen aquellos padecimientos que son el resultado del desgaste del organismo humano, "surge la necesidad de crear hospitales por lo que en el año de 1944, se dictan los acuerdos presidenciales publicados en el diario oficial de la federación que declaran de utilidad pública la construcción de hospitales; de allí deriva la expropiación de terrenos convenidos para ello.

Es así como el 12 de julio de 1944, el Director General -- del IMSS, Lic. Ignacio García Tellez, propone al Consejo Técnico el proyecto de convocatoria para la construcción del Hospital de la zona norte.

En enero de 1945 se decide la construcción de varios hospitales entre ellos el Hospital de la Raza y en mayo se presenta en Chicago el Programa Médico Arquitectónico del mismo, con la idea de construirlo en la esquina de la calzada de Vallejo y -- Río Consulado, frente al monumento de la Raza.

En 1946 cuando se celebra la XI Asamblea de Cirujanos se presenta en ella el trabajo intitulado "Organización de los Servicios Médicos del Hospital de la Raza". (13)

Durante 1949 estando en proceso de construcción dicho hospital, el 9 de mayo el proyecto existente se le formulan algunas modificaciones que se llevan a cabo en el pabellón de Infectología y el 13 de septiembre se añaden las variables al sector

(13) Cárdenas de la Peña, Enrique Lic., Servicios médicos del -- IMSS, Doctrina e historia, Ed. IMSS, México 1973, p. 195

de Especialidades.

En 1954 se termina la construcción y se equipa un sector - del Hospital de la Raza con 111 camas y en marzo comienza a funcionar como Unidad Hospitalaria Infectología y el Hospital General; este último tiene entre sus servicios el de Cardiología, - ubicado en el cuarto piso; a partir de 1956 se amplia considerablemente, hasta abarcar una capacidad de 86 camas, siendo insuficiente para la gran demanda de pacientes a dicho servicio.

Durante 1969 se planea la construcción de la Consulta Externa y el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", que debe contar con aproximadamente 450 camas, médico-quirúrgicos, los consultorios de las especialidades y uno Dental, Medicina Preventiva, Urgencias y Servicios Auxiliares de Diagnóstico y de Tratamiento". (14)

A partir de 1972 comienza la remodelación, para 1976 inicia sus funciones el edificio de Consulta Externa y en el año - de 1979 el Hospital de Especialidades, del cual pasa a formar parte el Servicio de Cardiología en el octavo piso y atiende actualmente a los derechohabientes que canalizan los Hospitales - Generales de Zona, de segundo nivel de atención médica y algunos estados de la República, que sean adultos y que requieran - de alta especialización. (15)

El Servicio de Cardiología se justifica por el incremento de la población con Cardiopatías, ésto debido al aumento de la

(14) Ob. Cit. CARDENAS DE LA PEÑA, Enrique Lic., p. 196

(15) ibid. CARDENAS DE LA PEÑA, Enrique Lic., pp. 196-197.

Esperanza de Vida, por el avance de la tecnología para descubrir padecimientos cardiológicos.

Las patologías que repercuten en la salud de los individuos son el resultado del desarrollo económico y social de los pueblos. Por lo que aparece una gran variedad de enfermedades, a las que está ligada íntimamente la Cardiopatía Isquémica, es decir, que en algunos casos ante el esfuerzo por salir del subdesarrollo se acrecentan los factores de riesgo y por el aumento del poder adquisitivo no se lleva una dieta balanceada, al mismo tiempo que por lograr un status social se priven del descanso que todo ser humano necesita para su estabilidad emocional, familiar, social, etc. (16)

LOS OBJETIVOS DEL SERVICIO SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- Dar atención integral, oportuna y eficaz a la población de mandante.
- 2.- Proporcionar atención médica, curativa, preventiva y de rehabilitación.
- 3.- Irradiar los beneficios médicos, al ámbito familiar y a la comunidad en general.
- 4.- Contribuir a la formación más elevada del personal médico, paramédico y auxiliar mediante la docencia.
- 5.- Realizar investigaciones médicas y biosociales. (17)

(16) FUENTE DIRECTA: ALVARADO MOLINA, Mauro, Médico Cardiólogo, México 1989.

(17) ibid. CARDENAS DE LA PEÑA, Enrique Lic. p. 187

2.2 EL EQUIPO DE SALUD (ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO)

El concepto de organización según Cárdenas de la Peña, Enrique Lic. "es la etapa donde se fijan obligaciones a individuos o a grupos de personas y donde se señalan las relaciones de autoridad con objeto de llegar a una meta específica: su esencia es la coordinación". (18)

Por lo que en el Servicio de Cardiología, la organización está constituida por la Jefatura de Cardiología, Médicos Cardiólogos de Base y Residentes; Enfermería; Trabajo Social; Dietología e Intendencia (ver organigrama), quienes conjuntamente integran el Equipo de Salud, para dar cumplimiento a los objetivos, políticas y metas, mediante programas que norman su funcionamiento y que tienen que cubrir dos aspectos importantes; - uno, el de proporcionar servicio y otro el de constituirse en una fuente de trabajo en la que participa personal profesional, técnico y de servicios diversos.

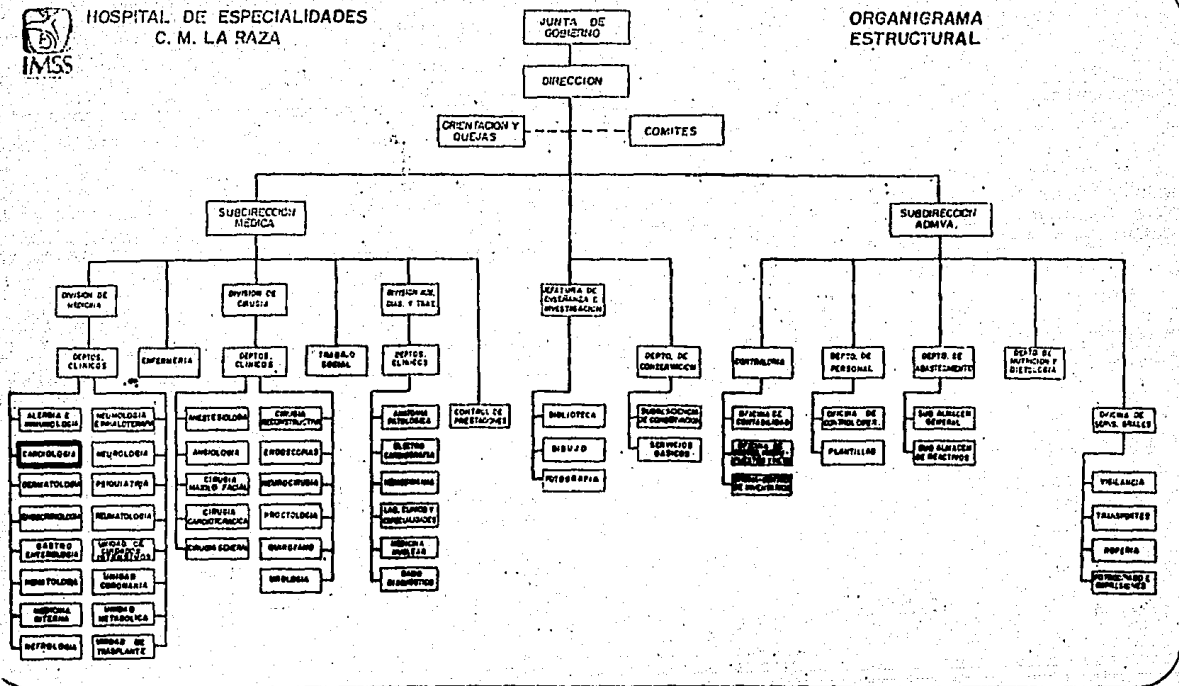
Tomando en cuenta que la participación del equipo es multidisciplinario, todas las áreas (disciplinas), tienen los mismos objetivos generales del servicio, sin embargo cuentan con diferentes funciones que son específicas de su especialidad.

Es parte primordial del equipo, el Jefe del Servicio Médico, así como los Médicos Cardiólogos encargados de diagnosticar y aproximarse al máximo a los medios de curación, también compete a ambos cumplir una labor docente dentro y fuera de la Institución, por lo que tienen funciones mucho más específicas, las (18) *ibid.* CARDENAS DE LA PEÑA, Enrique Lic. p. 188

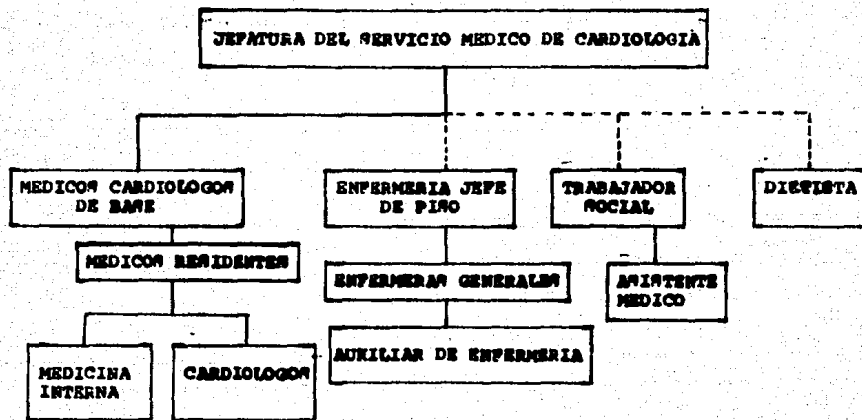


HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
C. M. LA RAZA

ORGANIGRAMA
ESTRUCTURAL



ORGANIGRAMA



cuales se citaran a continuación:

JEFE DEL SERVICIO MEDICO DE CARDIOLOGIA:

- "Funciones Administrativas;
 - . Participación en Comités dentro y fuera del hospital,
 - . Protección del servicio dentro y fuera del hospital,
- Funciones Académicas y de Enseñanza;
 - . Profesor Titular de Pregrado y Postgrado de Cardiología del Hospital y de la Universidad Autónoma de México.
- Funciones Asistenciales;
 - . Coordinar lo asistencial dentro del servicio,
- Funciones de Investigación;
 - . Coordinar los trabajos de investigación". (19)

MEDICO CARDIOLOGO:

- "Asistencia;
 - . Pacientes hospitalizados,
 - . Consulta Externa
 - . Estudios invasivos (cateterismo cardíaco),
- Docencia;
 - . Preparación de Médicos Cardiólogos (Residencia Cardiología),
 - . Internistas en preparación de Médicos Cardiólogos (Residencia en Medicina Interna),
 - . Cursos de actualización de personal (Enfermería y Para

(19) FUENTE DIRECTA: BADUI C. Elias, Jefe del Departamento de Cardiología del Hospital de Especialidades, GMR-INSS.

médicos),

- . Pláticas de orientación a pacientes cardiópatas y sus familias.

- Investigación clínica ". (20)

ENFERMERIA:

Es una combinación armónica de ética y adquisiciones intelectuales y manuales que da atención para satisfacer las necesidades psicológicas, materiales, espirituales y sociales del paciente. Por lo que conjuntamente con la Jefe de Enfermeras de piso y las Enfermeras Generales, cuentan con funciones específicas a saber:

JEFE DE ENFERMERAS DE PISO:

- . "Verificar que el paciente se encuentre en su respectiva cama, con vida, así como revisar las indicaciones del médico,
- . Comprobar que el turno anterior halla cumplido lo establecido por el médico tratante,
- . Asignación a cada una de las enfermeras de sus pacientes,
- . Orientación y tramitación de los estudios que se realizan a los pacientes,
- . Solicitud de las dietas indicadas para cada uno de los pacientes al Departamento de Dietología,
- . Solicitar el abastecimiento de medicamentos,
- . Entrega del servicio al turno correspondiente,
- . Asistencia a secciones clínicas.

(20) *ibid.* ALVARADO MOLINA Mauro, Médico Cardiólogo

ENFERMERAS GENERALES:

- Registrar al paciente (pulsera de identificación),
- Proporcionar los cuidados generales al paciente (signos vitales, baño, temperatura, medicamentos indicados, etc.)
- Suministrar los cuidados de rehabilitación (reposo, control de líquidos y dieta),
- Confirmar los estudios programados ya solicitados,
- Enviar al paciente a estudios y verificar su regreso al "piso". (21)

TRABAJO SOCIAL:

Procura el funcionamiento social del individuo, utilizando una metodología adecuada que conduzca a la investigación de los factores sociales y familiares, que influyen en la salud e interviene en la planeación y administración de Programas de Salud; con la participación de la población, para lograr la interacción del hombre con su ambiente, por lo que sus funciones -- son las siguientes:

FUNCIONES PROFESIONALES:

- " Elaboración de estudios médicos-sociales a todo paciente que lo requiera,
- Elaboración de notas de entrevista inicial a los pacientes,
- Atención oportuna de pacientes y familiares que lo soliciten,

(21) **FUENTE DIRECTA:** GAONA TITO, Guadalupe, Jefe de piso de --- Enfermería del Departamento de Cardiología, Hospital de Especialidades CMR-IMSS.

- Realizar visitas domiciliarias a pacientes que lo requieran,
- Realizar visitas a empresas,
- Desarrollo de programas institucionales y específicos de la institución,
- Orientación de trámites internos en caso de defunción a familiares,
- Coordinación con el equipo de salud,
- Prestar un servicio social a la población que se está atendiendo,
- Orientar y canalizar a los pacientes a otras instituciones que lo requieran,
- Participación en trabajo de investigación,
- Efectuar coordinación con otras dependencias.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS:

- Elaborar constancias de hospitalización,
- Control de pases especiales y de televisión,
- Regularización de traslados y viáticos en pacientes foráneos,
- Tramitación de altas voluntarias". (22)

DIETOLOGIA:

La dietista persona profesionalmente instruida con experiencia calificada en nutrición, capaz de aplicar los principios de la ciencia a la alimentación del paciente y familiares, es un gran colaborador del servicio por lo que sus funciones es

(22) FUENTE DIRECTA: ARROYO SALINAS, Olga, T.S. Titular de piso del Hospital de Especialidades CMR-IMSS .

pecíficas son las siguientes:

- "Llevar a cabo la prescripción médica dietética en relación a la alimentación de cada paciente,
- Vigilar que tal preparación se administre en la forma -- prescrita,
- Informar a los familiares y al paciente acerca de su tratamiento dietético, de acuerdo a su diagnóstico,
- Colaborar en el restablecimiento de los pacientes, para -- ello debe preparar alimentos nutritivos y apetitosos". (23)

2.3 TIPO DE PADECIMIENTOS QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO:

El Servicio de Cardiología atiende la Cardiopatía Isquémica; este término indica que esta enfermedad del corazón resulta por falta de oxígeno al miocardio, por lo cual se hará referencia sobre la anatomía, fisiología y patología del corazón:

ANATOMIA:

El corazón es un poderoso músculo hueco que actúa a modo de bomba central del sistema circulatorio. Presenta la forma de una pera, posee el tamaño de un puño y pesa alrededor de 255 -- gramos, se halla situado en el tórax, entre ambos pulmones, con su vértice o extremo menos voluminoso hacia abajo, apuntando a la izquierda, donde pueden sentirse generalmente sus latidos. Todo él se halla encerrado en un saco fibroso y tenaz, el pericardio, que contiene una pequeña cantidad de líquido lubricante, gracias al cual se elimina la posibilidad de fricción en la zona.

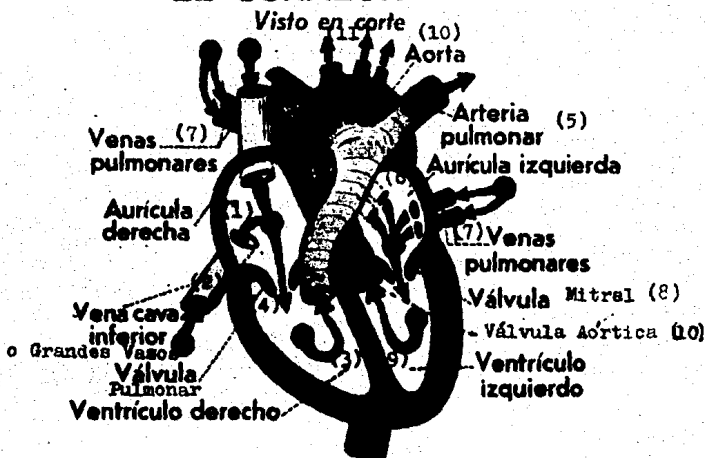
Bajo el pericardio se encuentra el MIOCARDIO, gruesa pared

(23) FUENTE DIRECTA: MORAN LIRA, Silvia, Dietista del 8o. piso -- del Hospital de Especialidades CMR-IXSS.

muscular, responsable de las contracciones y expansiones del corazón. El interior de éste se halla totalmente tapizado por -- una delgada membrana, que es el endocardio, que constituye una continuación del revestimiento interno de los vasos sanguíneos, en los que recibe el nombre de endotelio.

El interior del corazón se divide en dos cavidades principales similares en su estructura, pero incomunicadas entre sí. Cada una de ellas contiene a su vez dos cámaras; una aurícula -- de delgadas paredes, arriba, que recibe la sangre que penetra -- en el corazón; y un ventrículo de gruesas paredes musculares, -- debajo, que bombea la sangre hacia el exterior, cada una de estas cámaras está dotada de válvulas dispuestas de tal modo que la sangre sólo puede moverse en una dirección". (24)

(24) MORRIS FISHBEIN, MD., Enciclopedia de la medicina y la salud, Ed. H.S.Stuttman Co., New York 1977, p.584

FISIOLOGÍA:**EL CORAZÓN**

Después de circular por todo el cuerpo la sangre penetra en la aurícula derecha (1), conducida por dos grandes vasos llamados venas cavas, la aurícula se contrae entonces y obliga a la sangre a pasar por la válvula tricúspide al ventriculo derecho (3), que a su vez la impulsa por la válvula pulmonar (4), hacia la arteria pulmonar y los pulmones (5). Aquí la sangre de

ja su bióxido de carbono (CO_2) y recoge oxígeno y retorna a la aurícula izquierda (6), por las cuatro venas pulmonares (7), -- desde esta aurícula, la sangre oxigenada pasa por la válvula mitral (8), al ventrículo izquierdo (9), que se contrae y la envía por la válvula aórtica (10) a las arterias encargadas de llevarla a todo el cuerpo (11). El ventrículo izquierdo, asume el papel de bomba principal, posee también la pared muscular -- más fuerte.

Las dos aurículas se contraen al mismo tiempo, en movimiento denominado sístole auricular es la contracción que efectúa el corazón cuando se ha llenado de sangre para expulsarla y los ventrículos se dilatan al mismo tiempo, para llenarse nuevamente de sangre, esta acción se denomina diástole, estos movimientos son los que constituyen los latidos del corazón. Antes de -- terminar estos últimos, las aurículas empiezan a contraerse de nuevo enviando más sangre a los ventrículos, la presión en el -- interior de los ventrículos aumenta hasta que al recibir la sangre de las arterias que desembocan en ellos se contraen dando -- lugar a la sístole ventricular en que se abren las válvulas que comunican con las arterias y la sangre penetra en el sistema arterial, esta serie regular de contracciones y relajaciones rítmicas y de sincrónicos movimientos valvulares, recibe el nombre de ciclo cardíaco.

La acción rítmica del corazón aparece regulada por su especial estructura de músculos y fibras nerviosas. Estas últimas -- se concentran en dos puntos o nódulos que se ramifican en finas

terminaciones que llegan a todas las partes del órgano". (25)

PATOLOGIA:

La Cardiopatía Isquémica se manifiesta clínicamente en distintas formas como son:

- 1.- Infarto al Miocardio
- 2.- Angina de Pecho (estable e inestable)
- 3.- Transtornos del Ritmo (frecuencia alta, lenta o irregular)
- 4.- Insuficiencia Cardíaca
- 5.- Silenciosa
- 6.- Muerte Súbita

Los puntos 1 y 2 se describirán ampliamente en el siguiente capítulo por ser la patología de estudio, mientras que los siguientes puntos se explicarán a continuación en forma general:

3.- El Ritmo Cardíaco resulta también afectado por diferentes porciones del sistema nervioso, "que ejercen regulación dual por medio de las células nerviosas o neuronas que arrancan de la médula espinal y el encéfalo, la acción cardíaca disminuye con los impulsos enviados sobre el vago, uno de los nervios craneales conectados al bulbo raquídeo, al aumentar los latidos se experimenta una sensación de agitación molesta conocida por palpitación.

La palpitación puede deberse también a la dilatación del corazón, o al cambio en el volumen de sangre o el ritmo cardíaco, el ejercicio y la estimulación emocional originen palpitaciones constituyendo finalmente, uno de los síntomas de anemia, de angina de pecho, infarto al miocardio y muchos de los procesos

(25) *ibid.* MORRIS FISHBEIN, MD p. 585

en que se registra ritmo cardíaco irregular o sea que en el sistema eléctrico del corazón puede manifestarse como **TRANSTORNOS DEL RITMO**, esta función se puede alterar por problemas infecciosos isquémicos degenerativos, traumáticos, yatrogénicos (') y metabólicos y así provocar alteraciones en la conducción, a través del sistema eléctrico produciendo bloqueos ventriculares y trastornos de activación, por aumento o disminución del automatismo (taquicardias, bradicardias '') o focos ectópicos (arritmias). (26)

La Cardiopatía Isquémica se puede manifestar "como trastornos del ritmo, aclarando que se deben realizar diagnósticos diferentes debido a que no es la única causa". (27)

4.- La Insuficiencia Cardíaca es otra forma de presentarse y "aparece algunas veces en los enfermos que poseen una grave alteración de las arterias coronarias; el cuadro clínico se presenta cuando los músculos cardíacos se debilitan progresivamente y no pueden contraerse con fuerza suficiente para recibir -- bien su función de expulsar sangre cíclicamente.

Se debe enfatizar que la Insuficiencia Cardíaca también se presenta a consecuencia de múltiples enfermedades y que la Cardiopatía Isquémica no es su única causa". (28)

(') Acción provocada en forma involuntaria por medicamentos o -- algún tipo de estudio.

('') Pulso lento.

(26) *ibid.* MEYER, Friedman p.24

(27) *ibid.* ALVARADO MOLINA, Mauro Médico Cardiólogo

(28) *ibid.* ALVARADO MOLINA, Mauro Médico Cardiólogo

5.- La Cardiopatía Isquémica silenciosa "puede no tener -- ninguna manifestación sintomática y se puede descubrir por un - electrocardiograma en reposo, de esfuerzo". (29)

6.- Las muertes que se originan en el corazón "pueden ser por causas no cardíacas y por causas cardíacas; entre ellas la - Cardiopatía Isquémica". (30)

(29) ibid. ALVARADO MOLINA, Mauro Médico Cardiólogo

(30) ibid. ALVARADO MOLINA, Mauro Médico Cardiólogo

CAPITULO III.- EL PACIENTE CON INFARTO DEL MIOCARDIO

3.1 ¿ Qué es el infarto al miocardio ?

Según el Dr. C.K. Friedberg significa "necrosis o muerte - de una pared del músculo cardíaco (casi siempre localizado en - el ventrículo izquierdo), por interrupción o disminución del -- riego sanguíneo o de sustancias nutritivas y/o la cantidad insu ficiente de oxígeno. Se suele originar por la obstrucción brusca de una arteria coronaria.

El cuadro clínico habitualmente se presenta por dolor to-rácico de irradiación y localización similares a las de la angi-na de pecho, pero de mayor duración. (31)

No hay un concenso universal para definir "Cardiopatía Co-ronaria y Cardiopatía Isquémica", por lo que se hará referencia a dos definiciones de expertos en la materia.

El Dr. Friedberg define a la Cardiopatía Coronaria o Ate-rosclerosa, "como la enfermedad del corazón originada por las lesiones endurecidas de las arterias coronarias.

El cuadro clínico que manifiesta esta enfermedad, lo hace en ocasiones con síntomas vagos que a veces asemejan problemas gastrointestinales (indigestión, vómitos, sudoración), otras veces se trata de un dolor intenso en el pecho, el cual se acompa-ña de angustia e inquietud y en ocasiones sensación de muerte -

(31) FRIEDBERG, C.K., Enfermedades del Corazón, 8a. edición, -- Ed. Interamericana, 1969, p. 699

(angina de pecho), también puede existir adormecimiento en las piernas, brazos o pérdida de memoria de hechos recientes. Esta obstrucción de ser total, causa los infartos al corazón que en un porcentaje elevado son mortales". (32)

El Dr. Ignacio Chárez Rivera, indica que el término Cardiopatía Isquémica "es satisfactorio, aunque inespecífico e incompleto ya que se refiere solo al mecanismo-consecuencia.

La principal causa de cardiopatía después de los 40 años de edad es la aterosclerosis coronaria, en estos pacientes el gran mecanismo productor de daño miocárdico es la isquemia, la disminución del riego sanguíneo o falta de oxígeno (elemento -- fundamental). A esta enfermedad cardíaca podría llamarse en forma breve Cardiopatía Coronaria o Cardiopatía Isquémica (es - la gran consecuencia)". (33)

La Angina de Pecho o Angor Pectoris significa en latín "dolor en el pecho", como lo expresa esta traducción, "el transtorno no es una enfermedad en sí, sino un síntoma. La causa subyacente suele ser la enfermedad coronaria, que consiste en un estrechamiento por aterosclerosis.

La angina se presenta cuando el corazón necesita en ciertos momentos más oxígeno del que puede obtener de la sangre que nu-

(32) Ob. Cit. FRIEDBERG, G.K., p. 699

(33) ibid. CHAVEZ RIVERA, Ignacio Dr. p. 30

tre las arterias coronarias. El cuadro clínico que presenta la angina de pecho es un dolor pesado, estrujante y opresivo o con carácter de aplastamiento, que se puede acompañar por la sensación de muerte inminente o puede confundirse con las molestias de una indigestión, a veces el dolor se corre hacia el cuello, - las mandíbulas y las encías con frecuencia al hombro y brazo izquierdo o simplemente en algunos de los dedos de las dos manos" (34)

La Angina de Pecho, puede presentarse en dos formas: Estable e Inestable.

LA ANGINA ESTABLE:

"Llámesse estable por tener más de 3 meses de haberse iniciado y se refiere en particular, al dolor cardíaco que ocurre con ciertos esfuerzos, experiencias emocionales, discusiones y se alivia rápidamente con el reposo y/o medicamentos.

LA ANGINA INESTABLE :

Es inestable por tener menos de 2 meses de haberse iniciado, cuando la angina de esfuerzo aumenta en intensidad, duración y frecuencia o cuando se presenta en reposo.

Cabe señalar que la angina de pecho se manifiesta con dolor o molestia en los mismos sitios y con las mismas irradiaciones que el infarto al miocardio pero con duración menor de 15 - minutos". (35)

(34) MEYER, Friedman, Conducta Tipo "A" y su Corazón, Ed. Grijalvo, S.A., Barcelona, España 1976, p.p. 39-40

(35) ibid. ALVARADO MOLINA, Mauro Médico Cardiólogo

3.2 FACTORES DE RIESGO QUE CAUSAN UN INFARTO AL MIOCARDIO

Diversos estudios epidemiológicos sugieren que la persona con tendencia a la Cardiopatía Coronaria puede identificarse -- por ciertas características, en algunos casos los factores de riesgo demuestran predisposición del infarto al miocardio y se han utilizado para preveer el fenómeno en personas con particular tendencia a sufrir un ataque. Estos factores se dividen en Predisponentes (edad, sexo, herencia) y los Contribuyentes (hiperlipidemia, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, alimentación, estres o angustia emocional, vida sedentaria, conducta tipo "A", gota, profesión. Por lo tanto - se describiran a continuación las dos divisiones de factores de riesgo:

EDAD Y SEXO :

" Las evidencias clínicas de la Cardiopatía Coronaria, se manifiestan, principalmente después de los 40 años de edad, en el hombre con relación de 4 a 1 en las mujeres después de la menopausia". (36)

HERENCIA :

Algunos sujetos cuyos padres (o uno de ellos), padecieron la enfermedad cardiocoronaria "presentan una significativa mayor incidencia de tal enfermedad, que aquellos cuyos padres no lo padecieron. Aún cuando existen ciertas dudas en cuanto a los mecanismos específicos alterados por los factores hereditarios" (37)

(36) ibid. FRIEDBERG, C.K., p.p. 588, 701

(37) ibid. FRIEDBERG, C.K., p.p. 161, 162

Los principales factores que favorecen la aterosclerosis, no solo de corazón sino a nivel cerebral, renal y periférico -- son los que a continuación se citan y en los cuales se puede influir o modificar.

HIPERLIPIDEMIA :

" Significa exceso de lípidos en la circulación y ésta puede tener dos orígenes: la endógena cuyo principal productor es el hígado, no es muy frecuente y obedece a factores genéticos -- por deficiencia enzimática, para el metabolismo adecuado de los lípidos y la fuente exógena, dada por la alimentación rica en -- colesterol en grasas saturadas y en hidratos de carbono."(38)

TABAQUISMO:

¿ Durante cuánto tiempo hay que fumar para que produzca daño físico? según la investigación del Director de una clínica -- John A. Yacenda, aclara que "aproximadamente tres segundos o menos. En el pequeño intervalo tras encender un cigarrillo y comenzar a inhalar el humo, el rico sabor a campo proporciona satisfacción por medio de un proceso de corrosión de las delicadas membranas de los labios, paladar, así como la garganta, laringe y esófago. Este proceso daña los pulmones, ataca la circulación el corazón, todo el cuerpo.

La nicotina comienza a pasar directamente al torrente circulatorio sanguíneo, a través de las finas paredes de los pulmones y en sólo siete segundos un (bolo) pasa a través del lado --

(38) ibid. ALVARADO MOLINA, Mauro Médico Cardiólogo

izquierdo del corazón y golpea el cerebro dos veces más rápido que la heroína.

La nicotina inhalada acelera el ritmo cardíaco de quince a veinte latidos por minutos: la presión sanguínea se eleva de diez a veinte milímetros de mercurio. En los pulmones, el humo reduce las vías aéreas y ataca los alveólos dejando un residuo de sustancias químicas cancerígenas, algunas de las cuales son radiactivas (un fumador de un paquete diario equivale a recibir varias radiografías de tórax al año). Estos y otros peligrosos componentes son así mismo depositados en el estómago, riñones y vejiga uterina. Todo ello ocurre con cada cigarrillo que se fuma; ningún fumador es inmune". (39)

HIPERTENSION ARTERIAL:

El corazón del hipertenso tiene que "trabajar extra para bombear la sangre contra una resistencia más alta que la normal, por tal razón, sus arterias coronarias se lesionan con mucha mayor frecuencia y gravedad que las de los sujetos normales, porque concurren dos tipos de tensiones.

En primer lugar, las arterias coronarias de un sujeto hipertenso están sometidas constantemente a una presión interna, mucho mayor que la normal. Esto puede no sólo producir pequeñas e incluso graves heridas en el revestimiento arterial, sino también agravar aquellas otras surgidas por cualquier otra causa.

(39) ROSS, Walter S., Como dejar de fumar definitivamente, Ed. Científico-Médica, Barcelona España 1987, p.p. 23-24

que va pasando el tiempo sobre todo después de los 65 años el efecto del sobrepeso no hace tal diferencia, tal vez porque el factor edad empieza a pesar mucho más como factor causal de ateroesclerosis coronaria.

La obesidad excesiva de la edad adulta tiene más importancia en lo referente a enfermedad cardiovascular que la obesidad moderna de los años mozos.

Además del efecto directo de la obesidad en la incidencia de la enfermedad coronaria, está su efecto directo a través de la génesis de hipertensión y diabétes. El tratar o prevenir la obesidad puede evitar estas dos enfermedades o hacer que desaparezcan". (42)

ALIMENTACION :

El hombre por regla genera colesterol sólo el necesario, - para las necesidades del organismo. "Cuando ingiere colesterol exógeno o del exterior éste aumenta los niveles de la substancia en el cuerpo, la cual puede empezar a depositarse en las paredes arteriales. Algunas veces se elevan las concentraciones en sangre del colesterol y los triglicéridos por fallas en el metabolismo de las grasas, es decir, el organismo no funciona adecuadamente para aprovecharlas.

Otras veces se debe a que las personas tienen malos hábitos alimentarios. Abusan de comidas ricas en grasas saturadas, alimentos ricos en colesterol como: huevos, quesos, frituras y otros". (43)

(42) Ob. Cit. CHELMINSKY, Enrique Dr. p. 107

(43) ibid. CHELMINSKY, Enrique Dr. p. 23

ESTRES O ANGUSTIA EMOCIONAL:

El estres emocional se presenta con mayor frecuencia, en las zonas urbanas que en las zonas rurales; es por la existencia de una relación causal entre tensión emocional impuesta por nuestra sociedad de competencia y rapidéz y desarrollo de Cardiopatía Coronaria. " Las tensiones emocionales repetidas, con los siguientes aumentos de colesterol, favorecen la aterosclerosis y finalmente la Cardiopatía Coronaria.

El papel de la función emocional causando Cardiopatía Coronaria también se ve desde el punto de vista de la conducta, la personalidad y la respuesta del individuo a las situaciones de alarma. La Cardiopatía Coronaria se ha comprobado que era más frecuente en individuos envidiosos, impulsivos, de gran tendencia competitiva, preocupados con planes de trabajo a plazo y -- con gran sentido de culpabilidad, ansiedad en cuanto a trabajo y recreo". (44)

VIDA SEDENTARIA :

Se ha relacionado un aumento de frecuencia de Cardiopatía Coronaria "con la falta de ejercicio físico y las ocupaciones sedentarias, las sociedades en las cuales los privilegios económicos y la inactividad física van juntos, la Cardiopatía Coronaria tiende a ser más frecuente, lo mismo que la tendencia a hacerse obesas, comer mejor, recibir mejor diagnóstico médico y -- posiblemente tener mayores problemas emocionales, que las personas con actividad física mayor". (45)

(44) *ibid.* FRIEDBERG, C.K., p. 593

(45) *ibid.* MEYER, Friedman, p. 12

CONDUCTA TIPO "A" :

" Es una de las principales causas de las enfermedades coronarias por ser un conjunto de rasgos de la personalidad, que influyen desde el exceso de afán competitivo, la agresividad, - la impaciencia, la ansiedad, la hostilidad reprimida o expresada, sin tolerancia a la espera, hiperalerta, perfeccionista, no delegan responsabilidades por pensar que sólo ellos hacen las cosas bien; ambiciosos, no disfrutan de sus logros; aprehensivos, sensación de urgencia, la enfermedad de hoy o la enfermedad de la prisa, etc.." (46)

Los individuos que presentan esta línea de conducta " parecen estar comprometidos en una incesante y a menudo una estéril lucha, con ellos mismos, con los demás con las circunstancias, con el tiempo y algunas veces con la vida misma, con frecuencia demuestran una gratuita aunque razonada forma de hostilidad y - casi siempre una profunda inseguridad". (47) Cabe aclarar que algunos autores no coinciden con este punto de vista.

GOTA :

" Enfermedad cuyo principal síntoma es una dolorosa inflamación de las articulaciones de las manos o los pies y en especial de los dedos gordos de estos últimos, se ha considerado -- factor asociado con gran frecuencia a la Cardiopatía Coronaria, esta enfermedad se asocia a valores altos de ácido úrico, por - no ser eliminado por el cuerpo, éste se acumula en la sangre"(48)

(46) *ibid.* MEYER, Friedman, p. 124

(47) *ibid.* FRIEDBERG, C.K., p. 590

(48) *ibid.* CHELMINSKY, Enrique Dr., p. 100

PROFESION:

" Los factores ocupacionales tienen una frecuencia de Cardiopatía Coronaria en hombres que trabajan largas horas o que tienen una gran tensión profesional, así mismo en individuos -- con trabajos que requieren actividad física constantemente".(49)

3.3 PROGRAMA DE "ORIENTACION A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE -
CARDIOPATIA ISQUEMICA Y SUS FAMILIARES, SOBRE LA PREVEN-
CION PRIMARIA Y SECUNDARIA DE ESTE PADECIMIENTO Y DE SU -
REHABILITACION BIOPSIICOSOCIAL ".

3.3.1 Antecedentes:

La creación del Programa de Orientación a Pacientes con -
Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica tiene su "inicio en el año
de 1976, en el Hospital General del Centro Médico "La Raza", co-
nociéndose como: "Programa de Rehabilitación al paciente con --
Cardiopatía Isquémica", cuenta con la participación de un Médi-
co Cardiólogo, una Trabajadora Social, un Psiquiatra y una Die-
tista; el programa estaba constituido por cuatro sesiones al --
mes, realizándose una semanalmente.

Debido a la reorganización administrativa interna del ing-
tituto, en cuanto a los niveles de atención médica se crea el -
Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", en 1979
fecha en que se continua con este programa en el que se toman -
como base las experiencias anteriores, pero debido al alto índi-

(49) *ibid.* MEYER, Friedman, p. 702

ce de ausentismo, se modifica su formación a 2 grupos mensuales, contando cada uno de ellos con 8 sesiones con una duración de una hora, de las cuales 3 correspondían al aspecto médico; 2 al psicológico; una al tema de carácter nutricional y 2 a Trabajo Social; aún así en 1987 continúa el ausentismo por lo que se -- procedió a aplicar una encuesta a 100 pacientes en el cual se -- obtuvieron los siguientes resultados: del total de la población que asistía a las pláticas desertaba el 50% manifestando que lo hacía por el alto costo en el transporte, así como en los diversos medios de comunicación que requerían para trasladarse de su domicilio a la unidad; tomando en cuenta que una gran parte de la población procedía de la zona norte del Distrito Federal y de algunos sectores del Estado de México". (50)

En 1988 cambia el nombre del Programa a "Orientación a pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica y sus familiares sobre la prevención primaria y secundaria de este padecimiento y su rehabilitación biopsicosocial", "continuándose con la formación cada 15 días de dos grupos de 5 sesiones cada uno, que se llevan a cabo en una semana, con duración de hora y media, de las cuales corresponden 2 al Médico Cardiólogo, una al Psiquiatra, una a la Dietista y una a Trabajo Social". (51)

(50) FUENTE DIRECTA: GALICIA CORREA, Carmen, Sub-jefe de Trabajo Social del Hospital de Especialidades, CMR-IMSS

(51) ibid. ARROYO SALINAS, Olga L. T.S.

Cabe señalar que la importancia de este programa radica en el hecho de que el paciente cardíaco, reciba una orientación integral, ya que posterior a su ingreso, entra en una etapa de depresión y ansiedad, debido a su tipo de personalidad, lo que provoca dudas en su comportamiento y en la familia, además de que el paciente al presentarse a trabajar, se muestra inseguro, lo que va a contribuir a la falta de adaptación y tal vez abandono de sus labores.

Por lo que el programa está encaminado a acciones que orienten al paciente y a su familia a la rehabilitación y prevención primaria y secundaria de este padecimiento. Contando como una opción el Grupo (Control) Miocardio, A.C., para continuar con la rehabilitación y prevención de su patología.

"En la evaluación anual de 1989, de dicho programa se captó un total de 743 pacientes de los cuales asistieron 487 representando el 65%, de los 35% restantes se excluyeron a los inválidos, con deficiencia senil, foráneos y hemipléjicos.

OBJETIVOS:

- Concientizar al paciente de su padecimiento y repercusiones a nivel sistémico, para una real aceptación del mismo, mejorando así su calidad de vida.
- Sensibilizar al paciente y familiares para su integración al grupo y su participación activa como promotores de la prevención de este padecimiento.

- Concientizar al paciente y familiares de la importancia que tiene su participación activa en el tratamiento, desde el punto de vista médico, psicológico y social.

Para la formación del grupo que participa en el programa, el Trabajador Social capta al paciente con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, al cual se le realiza una entrevista inicial, en la que se le interroga sobre el conocimiento que tiene de su padecimiento. A su vez se le proporciona el calendario de las pláticas y se le explica el objeto de las mismas.

ACTIVIDADES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LAS SESIONES:

1.- Trabajador Social (Una sesión):

- Tiene a su cargo la dirección, coordinación y organización del grupo, durante las sesiones.
- Aplica técnicas de integración grupal como son: las de inducción y dinámica grupal.
- Sensibiliza al paciente para su participación activa dentro del programa, considerando que la salud es factor primordial para mejorar su calidad de vida y a su vez la integración al Grupo (Control) Miocardio, A.C.
- Emplea la técnica de manejo de expectativas.
- Explica la evolución de las repercusiones que existen en la dinámica familiar, laboral y social a causa de su padecimiento.
- Informa aspectos generales de prestaciones sociales.

2.- **PSIQUIATRA (Una sesión):**

- Manejo del paciente en las etapas de tipo emocional, como la angustia y la depresión.
- Exposición de la evolución psicológica para la aceptación de su enfermedad.
- Explica la conducta tipo "A", como factor de riesgo coronario.
- Informa de los cambios conductuales del paciente y la familia, posteriores a su ingreso.
- Emplea técnicas de relajamiento.

3.- **MEDICO CARDIOLOGO (Dos sesiones):**

- Ponente de la anatomía y fisiología del corazón.
- Definiciones de Cardiopatía Isquémica, Infarto al Miocardio y Angina de Pecho.
- Informa sobre los factores de riesgo coronario.
- Tratamiento médico; quirúrgico y medicamentoso.
- Actividad física del paciente, incluyendo la reanudación de su vida sexual.
- Importancia de integrarse al Grupo (Control) Miocardio, A.C

4.- **DIETISTA (Una sesión)**

- Ponente en la dieta como factor de riesgo coronario
- Sensibiliza y orienta al paciente y al familiar para que conozcan y acepten su régimen dietético, considerándolo como parte integral de su padecimiento?. (52)

(52) *ibid.* ARROYO SALINAS, Olga L. T.S.

Cabe aclarar que dentro del Equipo de Salud, que integra el Programa no se cuenta con la colaboración de la enfermera, por falta de recursos humanos y de interés, cubriendo su papel el Médico Cardiólogo.

Respecto a todo lo anterior en los siguientes capítulos se expondrán los resultados e interpretación de los datos obtenidos en la encuesta, realizada con la finalidad de conocer los factores sociales, laborales y económicos que desencadenaron en los pacientes, para que sufrieran un Infarto al Miocardio.

CAPITULO IV.- INVESTIGACION PARA CONOCER LOS FACTORES ECONOMICOS, SOCIALES Y LABORALES QUE INFLUYERON EN LOS PACIENTES QUE INGRESARON POR INFARTO AL HOSPITAL DEL ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO "LA RAZA".

4.1 JUSTIFICACION:

Día a día nuestro país, como en las grandes urbes aumentan los problemas económicos, políticos y sociales, lo que repercute en forma determinante en la vida de sus habitantes, alterando de manera importante su salud física, social y emocional, a causa de fenómenos tales como: la contaminación ambiental, las aglomeraciones, las grandes distancias que diariamente se tiene que recorrer para llegar a tiempo de un lugar a otro, el alto índice de desempleo; además de la preocupación por obtener un mejor nivel de vida a pesar del reducido poder adquisitivo que se tiene.

Estos problemas aunados a otros factores tales como; la vida sedentaria, la obesidad, el tabaquismo, su sexo, conducta tipo "A", etc., favorecen el riesgo a los padecimientos coronarios y actualmente constituyen en México una de las primeras causas de mortalidad después de los 40 años de edad, lo que repercute de manera importante en el incremento en el número de pacientes que ingresan por este motivo al Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Por este motivo se realiza la presente investigación con la finalidad de saber si los pacientes que ingresan al servi-

cio, al ser dados de alta realizan un cambio en su conducta, a nivel social, eliminando factores de riesgo, así como el comportamiento que presenta la familia en el post infarto y por otra parte conocer si el programa mencionado en el capítulo anterior es funcional. Por lo que ésta se realizará con un seguimiento de un año y se compondrá de cuatro períodos diferentes, que son: 6 meses antes del infarto; 3 meses después, 6 meses y al año de éste, siendo el primer período la base del presente estudio y durante un lapso promedio de un año se irán aplicando otros estudios, que permitirán observar hechos de interés tanto para el manejo clínico de estos pacientes, como para el funcionamiento del programa y los factores que aquejan a los pacientes.

Por tal razón la cédula se aplicó inicialmente en forma piloto, lo que permitió hacer las correcciones pertinentes para obtener la cédula definitiva.

Debido a esto surgió en las pasantes la inquietud de colaborar con dicho estudio, a fin de determinar los factores laborales, económicos y sociales que influyeron en los pacientes para que se desencadenara un Infarto al Miocardio y de acuerdo con los resultados de dicho estudio proponer un Perfil de Trabajo Social, que contribuya a la prevención de este padecimiento y dé respuesta a las causas detectadas, con el propósito de implementar o modificar el programa ya mencionado.

Lo anterior redundará en beneficio del paciente, de su familia y de su fuente de trabajo, o sea de la sociedad en general.

4.2 OBJETIVOS:

Esta investigación tiene como objetivo, conocer los factores económicos, sociales y laborales que influyeron para que en los pacientes se desencadenará un Infarto al Miocardio, lo que origino que fueran internados en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", del 1ro. de agosto al 31 de octubre de 1989, para determinar el Perfil del Trabajador Social en el area de la salud en éste tipo de padecimiento y así proponer alternativas de acción.

4.3 HIPOTESIS:

En los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", contrituyeron de manera importante los factores sociales, laborales y económicos para que se presentara un Infarto al Miocardio.

4.4 PROCEDIMIENTO Y RECOPIACION DE DATOS:

La investigación se llevó a cabo a pacientes con Cardiopatía Isquémica durante su estancia en la unidad. De acuerdo a la hipótesis planteada en la investigación se usaron algunas técnicas de campo (la observación, la entrevista, cédula, fichas de trabajo y bibliográficas), documentales (bibliografía, revistas, fuentes de información "archivo" y fuentes directas).

También se auxilio de la observación ordinaria o no participante, a través de la consulta de expedientes, así como la ob

servación participante al entablar contacto directo con pacientes y familiares.

Para obtener los datos de la investigación se elaboró la cédula tomando en cuenta sus datos generales, el área familiar, económica, laboral y habitat; eliminación de factores de riesgo; tiempo libre y recreación; otros aspectos específicos muy importantes como la actividad del paciente y familiar.

Para la selección de la muestra se utilizaron criterios de inclusión y exclusión, los cuales permitieron delimitar la población universo de estudio, la que debía estar compuesta por personas de ambos sexos, económicamente activas, de 30 a 60 años de edad; es decir, para llevar a cabo la investigación se efectuó la revisión diaria de los ingresos de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, durante tres meses de los cuales se captaron 105 casos, de éstos el 85% correspondía al sexo masculino y el 15% al femenino; excluyéndose el 52% de pacientes por ser pensionados, mayores de 55 años de edad y llevar una vida sedentaria; el 16% de pacientes femeninas dedicadas al hogar y por último el 8% de pacientes foráneos, por lo cual la muestra de este estudio fué de 25 casos representando el 24% el universo de trabajo.

El número de casos, sometido a análisis estadístico no resulta significativo dado el pequeño grupo de enfermos, por lo cual se necesitará estudiar más casos para obtener conclusiones definitivas.

4.5 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION:

A continuación se presentan los datos correspondientes a la investigación, efectuados directamente en el Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", con pacientes hospitalizados que sufrieron un Infarto al Miocardio, en el período del 1ro. de agosto al 31 de octubre de 1989.

DATOS GENERALES :**CUADRO No. 1****DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO**

EDAD EN AÑOS	f	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
30 - 34	2	8	2	8	-	-
35 - 39	-	-	-	-	-	-
40 - 44	6	24	6	24	-	-
45 - 49	3	12	2	8	1	1
50 - 54	7	28	7	28	-	-
55 - 59	7	28	5	20	2	8
60 a más	-	-	-	-	-	-
TOTAL :	25	100	22	88	3	12

FUENTE : Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

El índice de vida en los pacientes fué alto, similar a lo informado en múltiples publicaciones, ya que la mayor frecuencia, ocurrió de los 40 a los 59 años y particularmente de los 50 a 59 años. Se observa que en el hombre es mayor la incidencia a padecer el riesgo coronario a edad más temprana o sea entre los 40 y 59 años, mientras que en la mujer se presenta en edades más avanzadas, es decir de los 50 a los 59 años.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL

RANGO	f	%
a) Casado	17	68
b) Unión Libre	4	16
c) Separado	1	4
d) Viudo	2	8
e) Madre Soltera	1	4
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades, del Centro Médico "La Raza".

El mayor porcentaje de personas infartadas, lo representan los casados o sea que han contraído matrimonio de acuerdo a la Ley Civil y/o por cualquier religión y que viven con su cónyuge e hijos, en un mínimo porcentaje se encuentran las personas viudas, separadas o solteras.

CUADRO No. 3

ESCOLARIDAD

RANGO	f	%
a) Analfabeta	1	4
b) Primaria	14	56
c) Medio Superior	6	24
d) Superior	4	16
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Se aprecia que los pacientes entrevistados presentaron un grado de escolaridad básica de primaria en un 56% y un menor porcentaje de educación superior en el 16%; lo que podría interpretarse en relación con la ocupación que desempeñan, de acuerdo a la escolaridad que tienen.

CUADRO No. 4

OCUPACION

RANGO	f	%
a) Profesionista	4	16
b) Empleados de Fábrica (Obreros y de Confianza)	8	32
c) Choferes de (pipa, Taxistas, Acomodador de Autos)	6	24
d) Empleados en Negocios Independientes.	5	20
e) Dueño de Negocio (Tortillera, Comerciante).	2	8
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Profesionista el 16% se refiere a trabajadores que han recibido enseñanza y formación profesional a nivel superior y que desempeñan funciones directamente relacionadas con su profesión.

El 32% corresponde a empleados de fábrica, que se dividen en dos grupos: el primero es de confianza (12%) quienes desempe

han labores de supervisión, por lo que su responsabilidad es mayor y el segundo corresponde a obreros (20%) quienes tienen menos responsabilidad pero un mayor desgaste físico dependiendo del servicio que presten.

El 24% representa a conductores de vehículos de transporte, quienes están expuestos a tener mayor estrés emocional por manejar en el centro de la ciudad y en la periferia.

El 20% incluye a los trabajadores que prestan sus servicios al público como: mecánicos, dependientes de mostrador, mesero y machetero; por último el 8% se refiere a personas que son dueñas de sus propios negocios, por lo que tienen responsabilidades mayores. Cabe aclarar que los derechohabientes que se atienden en dicho hospital por lo general son obreros o empleados de confianza, mientras que los profesionistas por su diferente nivel económico recurren a hospitales particulares, sin descartar que algunos de ellos acuda a este tipo de servicios, por tal razón existe una diversidad de pacientes por el tipo de profesión, ocupación o nivel social.

I.- AREA FAMILIAR :

GUADRO No. 5

1.1 NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN LA FAMILIA (SIN CONTAR AL PACIENTE).

TOTAL DE MIEMBROS	f	%
a) 1 persona	2	4
b) 2 - 4 personas	14	58
c) 5 - 7 personas	9	38
d) 8 a más	-	-
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Número total de personas que integran la familia, el 58% - representa a las familias integradas de 2 a 4 personas, en segundo lugar se tiene el 38% para aquellas familias formadas de 5 a 7 personas, lo que caracteriza a la familia urbana tradicional.

CUADRO No. 6

1.2 .- ROL DEL PACIENTE :

ROL	f	%
a) Padre o madre proveedor	23	88
b) Padre o madre contribuyente	2	12
c) Padre o madre dependiente	-	-
TOTAL :	25	100

FUENTE : Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Se observa que el 88% de los pacientes desempeñan el rol de proveedores por ser los únicos que aportan al gasto familiar y el 12% restante contribuye al gasto, lo que permite deducir - que la responsabilidad que representa el sostener a una familia repercute en la incidencia del infarto.

CUADRO No. 7

1.3 ROL SOCIAL DEL PACIENTE :

ROL SOCIAL	f	%
a) Lider	14	56
b) Liderazgo del paciente compartido	11	44
c) Dependiente	-	-
TOTAL :	25	100

FUENTE: Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del -
Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades
del Centro Médico "La Basa".

El 56% de pacientes desempeñan el rol del líder dentro de su familia y un porcentaje del 44% comparten el liderazgo con otra persona (cónyuge e hijos).

Cabe decir que la etapa más difícil para el paciente y la familia existe ante el cambio de roles que suscita el comienzo de la enfermedad y en las etapas terminales de la misma, porque ninguno conoce como afrontar el problema.

CUADRO No. 8

1.4 ¿ COMO LO(S) TRATA A USTED(ES) ?

RELACIONES FAMILIARES	PACIENTE	%	FAMILIAR	%
a) Con indiferencia, rechazo, menosprecio	3	10	1	4
b) Sobreprotección	7	22	6	21
c) Agrsividad	5	16	2	8
d) Aceptación	14	45	17	63
e) Perfeccionista	2	7	-	-
f) Chantaje	-	-	1	4
TOTAL :	31	100	27	100

FUENTE: Pacientes y familiares con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Hospital de Especialidades del Servicio de Cardiología, del Centro Médico "La Raza".

En lo que se refiere al conocimiento de las relaciones familiares, es necesario aclarar que la mayoría de los pacientes y familiares respondieron más de 2 opciones. Se puede observar que el 45% en el paciente y el 63% en el familiar se consideran aceptados, ya que su conducta se caracteriza positivamente dentro de su núcleo familiar, por otra parte en el, paciente con el 22% y el familiar con el 21% son sobreprotectores mutuamente, ésto es que manejan en forma exagerada las atenciones por -

lo que podrían anular en parte su potencia física y emocional -- para su desarrollo y crear una dependencia. Pero en el trato, -- el paciente en un 16%, y los familiares en un 8% es más agresivo por el tipo de conducta caracterizada por la disposición de atacar, así como la tendencia de eludir los problemas y trata a -- los que lo rodean como si fueran simples objetos. En un mínimo -- porcentaje del 10%, el paciente trata a la familia con indiferencia, rechazo y menosprecio, entendiéndose por: indiferencia (el estado de ánimo en donde no se siente inclinación, ni repugnancia a un objeto o persona determinada; rechazo; donde se resiste o no accede a la atención o petición de persona alguna; menosprecio; tiene poco aprecio por alguna situación o persona; el -- 7% es perfeccionista; solo una familia trata al paciente en un -- 4% con indiferencia, rechazo, menosprecio y chantaje esta última es la acción que realiza para obtener o conseguir algún provecho bajo alguna amenaza física o emocional.

CUADRO No. 9

1.5 ¿ SE HAN PRESENTADO PERDIDAS DE SERES QUERIDOS ?

SI	f	NO	%	QUIENES	f	%	MOTIVO	f	%
3	12	14	56	a) Cónyuge	-	-	a) Separación		
				b) Padres	-	-	b) Divorcio		
				c) Hijos	-	-	c) Abandono		
				d) Hermanos	1	4	d) Muerte	3	12
				e) Amigos	2	8			
TOTAL:	3	12	22	88				3	12

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, del Servicio de Cardiología, del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Al observar el cuadro sólo el 12% de los pacientes sufrieron pérdidas de seres queridos, comprendidos durante el primer período (6 meses antes del Infarto), pero dentro del 88% que contestaron negativamente, el 32% tiene recuerdos tristes desde hace años como: fallecimiento de sus padres, hermanos, esposa, abuelos; separación de pareja y abandono de padres, lo que permite deducir que al reprimir la tristeza se puede llegar a la depresión, lo que podría ser un factor de riesgo coronario.

CUADRO No. 10

1.6 ¿ COMO CALIFICA EL CARACTER DEL PACIENTE (FAMILIAR) ?

CARACTER	PACIENTE	%	FAMILIAR	%
a) Agresivo	7	9	5	8
b) Hostil	1	1	2	3
c) Intransigente	1	1	1	1
d) Intranquilo	-	-	1	1
e) Metódico	8	10	5	8
f) Perfeccionista	9	12	13	21
g) Violento	11	14	4	6
h) Optimista	15	19	10	15
i) Se deprime con facilidad	9	12	7	11
j) Tranquilo	11	14	12	20
k) Indiferente	3	4	2	3
l) Manipulador	3	4	2	3
TOTAL :	78	100	64	100

FUENTE: Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica y Familiar, del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza".

En lo que respecta a la forma en que se califica el carácter del paciente, es necesario aclarar que algunos de los entrevistados contestaron más de dos opciones.

El 47% de los pacientes calificaron su carácter como el tipo de persona que no siempre está satisfecho de sus logros, por tratarse de un conjunto de rasgos de su personalidad que incluye desde el afán competitivo, la agresividad por la ansiedad de encadenada, la impaciencia, la hostilidad, la necesidad del éxito, de realizaciones rápidas, hasta esa especial sensación de urgencia, características que se engloban en la conducta tipo "A", que es un factor de riesgo coronario; coincidiendo el familiar con el 48%. Mientras que un 12% señalan que se deprimen con facilidad pero el optimismo lo recuperan, en la misma forma en un 19%. La familia en un 20% considera al paciente como una persona tranquila pero que no exterioriza sus preocupaciones y sentimientos.

Por tal razón se podría deducir que los tipos de carácter que presentan los pacientes, provocarían con frecuencia grandes tensiones emocionales.

CUADRO No. 11

CONFORMACION DE LA FAMILIA

1.7 ¿ TIPO DE FAMILIA ?

TIPO	f	%
a) Familia Nuclear	19	76
b) Familia Extensa	3	12
c) Familia Extensa Compuesta	3	12
TOTAL :	25	100

FUENTE: Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

En los pacientes estudiados se observa que predomina la familia nuclear (76%) que corresponde a más de la mitad, las otras dos partes se refieren a la familia extensa (12%) y la familia extensa compuesta con el 12%.

Entendiéndose como familia nuclear a la que está formada por el padre, la madre y los hijos. La familia compuesta es -- aquella que está formada no sólo por parientes de línea directa sino, también por aquellos que guardan lazos de consaguinidad -- y parientes colaterales. La familia extensa compuesta, es similar a la compuesta, pero incluye compadres, amigos, hijos casados con su familia y dependen del gasto familiar.

CUADRO No. 12

1.8 ¿ TENIA ACTIVIDAD SEXUAL ANTES DEL INFARTO ?

CON QUE FRECUENCIA	PAC. %	SI %	NO %	Fabi. %	SI %	NO %
a) 3 veces x sem.	3 12	23 92	2 8	3 12	18 72	7 28
b) 2 veces x sem.	2 8			2 8		
c) 1 vez x sem.	8 32			6 24		
d) Cada 15 días	1 4			1 4		
e) 1 vez al mes	8 32			3 12		
f) Cada 3 meses	1 4			3 12		
TOTAL :	23 92	23 92	2 8	18 72	18 72	7 28

FUENTE: Familiar y Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Is -
quémica, del Servicio de Cardiología del Hospital de Es-
pecialidades del Centro Médico "La Raza".

Entre los casos estudiados el 92% de los pacientes afirma-
ron tener actividad sexual, mientras que sus parejas alcanzaron
el 72% debido a que entre los pacientes se encuentran 2 viudos
y una madre soltera, quienes carecen de una pareja estable pero
manifestaron tener relaciones sexuales. Un porcentaje menor de
pacientes (8%) y familiares (28%) refieren no tener necesidad -
de una relación sexual. De manera que esto no influyó para que
se desencadenara un infarto, pero posteriormente puede alterar
la dinámica familiar por temor a una recaída.

GUADRO No. 13

1.9 ¿ CON CUANTAS PAREJAS CUENTA Y QUE TIPO DE COMPROMISO ?

PAREJA	f	%	COMPROMISO				MORAL %	ECON. %	SOCIAL %	
			SI	%	NO	%				
a)Cónyuge	18	72	17	68	1	4	17	68	17	68
b)Concubina	5	20	4	16	1	4	4	16	4	16
c)Ninguno	2	8	-	-	2	8	-	-	-	-
TOTAL :	25	100	21	84	4	16	21	84	21	84

FUENTE: Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico " La Raza ".

El 72% de la muestra investigada, respondió que cuenta con cónyuge y el tipo de compromiso con ellas corresponde al 68%, - que incluye el MORAL en donde se comparte ideales, la confianza, la comprensión, el amor, la comunicación y en donde se sienten agusto; en el compromiso ECONOMICO, él se considera responsable de contribuir económicamente al gasto familiar y por último el SOCIAL, donde se anteponen las prácticas tradicionales, - en la organización formal de los fines e intereses que definen las relaciones mutuas de los seres humanos (reconocimiento social). El 20% mantienen una relación de concubinato con quienes comparten los tres tipos de compromiso ya mencionados; del por-

centaje restante (8%) de los pacientes indican contar con cónyuge y concubino respectivamente sin tener compromiso alguno; finalmente el 8% no cuenta con ninguna pareja, por argumentar estar separado y haber enviudado.

No obstante se señala que los pacientes tienen un núcleo familiar estable, pero el problema de su enfermedad podría repercutir desfavorablemente en su estado emocional, impidiendo desarrollar su recuperación física, así como una adaptación adecuada al medio familiar, ya que al retornar a él y tomar el lugar que le corresponde como autoridad, puede tener actitudes negativas en su comportamiento, lo que ocasionaría falta de cooperación e interés en su tratamiento y por otra parte el desequilibrio en su dinámica familiar, lo que podría ocasionar la desintegración familiar.

CUADRO No. 14

1.10 .- ¿ ACOSTUMBRA USTED TENER AVENTURAS AMOROSAS ?

SI	%	NO	%	CON QUE FRECUENCIA	f	%
4	16	21	84	a) 1 vez a la semana	2	8
				b) 1 vez al mes	2	8
T=	4	16	21	84	4	16

FUENTE: Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica, del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Sólo el 16% de la muestra investigada respondió que acostumbra tener aventuras amorosas, de éstos el 4% es un viudo y el 12% cuenta con cónyuge. En estos últimos pudo haber influido en una parte que se desencadenará el Infarto por estar en una constante tensión emocional, por temor a ser descubiertos por su cónyuge, hijos o familiares.

CUADRO No. 15

II AREA LABORAL

2.1 -- ¿ CON CUANTOS TRABAJOS CUENTA ?

TRABAJOS	f	%
a) 1 trabajo	22	88
b) 2 trabajos	2	8
c) 3 ó más	1	4
TOTAL :	25	100

FUENTE: Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

El 88% de los pacientes estudiados respondió que contaban con un solo trabajo, entendiendo este como cualquier cosa hecha o producida por un agente o por el entendimiento, el 8% señaló tener dos trabajos que corresponden a; machetero por tener empleos eventuales; asesor jurídico y por último profesor de computación con tres empleos, éste último es su propio patrón. De acuerdo a lo anterior los pacientes cuentan con uno o varios -- empleos, con distintos tipos de actividad o cargo que desempeñan, esto podría ocasionar que esten expuestos a una mayor tensión o estres emocional, siendo uno de los principales factores de riesgo para sufrir un infarto.

CUADRO No. 16

2.2 .- ¿ SU JORNADA DE TRABAJO DE CUANTAS HORAS ES ?

TOTAL HORAS POR SEMANA	f	%
a) 21 - 40	3	12
b) 41 - 60	16	64
c) 61 - 80	4	16
d) 81 - 100	1	4
e) 101 a más	1	4
TOTAL :	25	100

FUENTE: Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del - Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

El porcentaje más alto es el 64% y se refiere a los trabajadores que prestan sus servicios durante más de 8 horas; un -- 16% de trabajadores lo hace en un tiempo mayor que los primeros y todos éstos están fuera de lo que dicta la Ley Federal del -- Trabajo, el 4% que corresponde a las actividades que realiza el profesor es el de impartir las asignaturas de computación e inglés, así como ser escritor de artículos científicos, lo cual -- provoca que su jornada sea de 95 horas semanales y el 4% correponde a un chofer de pipa que cubre 108 horas por trabajar a og misión. Tomando en cuenta el tipo de actividad, cargos que de -

sempañan y la tensión laboral de los pacientes en su centro de trabajo, aunado a la cantidad de horas extras semanales de trabajo podría inducir a un estrés laboral, emocional y fatiga excesiva y así suscitar un infarto, lo que se consideraría uno de los principales factores laborales para que sufra un infarto. Y sólo el 12% equivale a un mínimo de trabajadores que están dentro de lo que marca dicha ley, pero no están exentos de tensiones laborales y emocionales.

CUADRO No. 17

2.3 .- ¿ QUE TIEMPO TOMA PARA SUS ALIMENTOS ?

TIEMPO	f	%
a) 15 minutos	4	16
b) 30 minutos	13	52
c) 1 hora	7	28
d) 1 hora y 30 minutos	1	4
e) 2 horas	-	-
TOTAL :	25	100

FUENTE : Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

En el cuadro se puede observar que el 52% toma sus alimentos en un tiempo de 30 minutos y el 28% goza de una hora, por lo que se considera un tiempo razonable y dentro de lo que dicta la Ley Federal del Trabajo en el artículo 64, pero existe un 16% que sólo toma 15 minutos por lo que su apetito y la digestión se ven afectadas, por su tipo de trabajo como: tortillera, chofer de pipa, mecánico automotriz y taxista que ingieren sus alimentos al mismo tiempo que trabajan, se podría deducir que el comer es una necesidad biológica y natural que debe ser una actividad social, estos últimos podrían estar más expuestos al riesgo coronario porque tienen mayor estrés emocional, por no tomar un tiempo para sus alimentos y un descanso.

CUADRO No. 18

2.4.- ¿ DURANTE LA SEMANA CUANTOS DIAS DESCANSA ?

DIAS	f	%
a) 1 día	11	44
b) 2 días	11	44
c) 3 días	-	-
d) No toma descansos	3	12
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

El presente cuadro refiere los días que por ley toman como descanso, los pacientes, el 44% toma un día, el otro 44% dos -- días, ya que la Ley Federal del Trabajo en su artículo 69 dicta que "por cada 6 días de trabajo disfrutará el trabajador de un día de descanso, por lo menos..." lo que no se aplica en el 12% ya que no disfruta de descanso por el tipo de trabajo que desempeña como: tortillera, acomodador de autos, quienes manifiestan tener problemas económicos por ser lo únicos proveedores al gasto familiar y el taxista de sitio, el cual por su misma personalidad reflejada en su impaciencia, trabaja los domingos por lo menos 4 horas.

Se hace hincapié en que la mayoría de los pacientes tienen un ritmo de trabajo muy acelerado que podría provocar tensión, - ansiedad, fatiga, depresión y otros, además de estres emocional, requieren de un descanso, pero por sus mismas características - tienden a dedicar su día de descanso a otras labores excepto a descansar.

CUADRO No. 19

2.5 .- ¿ CADA CUANDO SALE DE VACACIONES ?

TIEMPO	f	%
a) Cada 6 meses	3	12
b) Cada año	13	52
c) Cada 2 años	4	16
d) Cada 3 años	1	4
e) No sale	4	16
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Al observar el cuadro que reporta los períodos de vacaciones, los pacientes manifiestan salir el 12% cada 6 meses, el -- 52% cada año, lo que la Ley Federal del Trabajo estipula en su artículo 76 "Los trabajadores que tengan más de un año de servicio disfrutarán de un período anual de vacaciones pasadas...", ya que ésto podría tener como objeto eliminar la fatiga, el estrés laboral, mientras que el 16% las disfruta cada dos años y el 4% cada 3 años debido a que cuando les corresponde tomar su período vacaciones por manifestar dos de ellos ser dueños de su

negocio y por su misma conducta no delegan responsabilidad en -
otras personas; los restantes tampoco salen de vacaciones por -
no contar con los recursos necesarios, esta falta de descanso y
sueño son importantes para tener el equilibrio emocional neces-
ario para todo ser humano.

CUADRO No. 20

2.6 .- ¿ USTED EN SU TRABAJO SE SIENTE CON ?

RANGO	f	%
a) Mayor responsabilidad	17	51
b) Estrés laboral	8	24
c) Problemas con sus compañeros de trabajo	4	12
d) Presión del jefe inmediato superior	2	7
e) Temor al despido	1	3
f) Fatigado	1	3
TOTAL :	33	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Con respecto a la forma en que el paciente manifiesta sentirse en su trabajo, cabe aclarar que algunos respondieron más de dos opciones. Al observar los porcentajes reportados en el cuadro, se encontró que el 47% se siente con mayor responsabilidad en el trabajo debido a que la ocupación de algunos es de supervisión de producción y de subordinados, lo que origina el estrés laboral en éstos, aunado al 22%, que respondió sentirse

estresado por su mismo tipo de trabajo a destajo; por el contenido y la entrega de su carga; por realizar su trabajo lo mejor posible, el 11% manifestó tener problemas con los compañeros de trabajo que no aceptan su labor y se niegan a cooperar con él - para lograrlo; el 3% es un machetero, su trabajo es eventual y la inseguridad de perderlo le ocasiona angustia y finalmente el 3% corresponde a un taxista de sitio, el cual señaló que debía manejar en el centro de la ciudad y esto le ocasionaba estresarse y por consiguiente fatiga constante; por lo que podría decirse que todos ellos están más expuestos al riesgo coronario, por tener mayor estrés emocional y laboral dependiendo del tipo de trabajo que desarrollan.

GUADRO No. 21

2.7 .- ¿ CUANTAS PERSONAS DEPENDEN ECONOMICAMENTE DE USTED Y SUS INGRESOS ECONOMICOS SON SUFICIENTES PARA CUBRIR SUS NECESIDADES BASICAS ?

PERSONAS	INGRESOS					
	f	%	SUFICIENTES	%	INSUFICIENTE	%
1 a 2	7	28	4	14	3	12
3 a 4	7	28	2	8	5	20
5 a 6	7	28	2	8	5	20
7 a más	4	16	3	14	1	4
TOTAL :	25	100	11	44	14	56

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

El 44 de los pacientes considera que su ingreso económico le es suficiente, para satisfacer las necesidades básicas de un jefe de familia, en lo material, social, cultural y dar educación obligatoria a sus hijos, mientras que el 56% no le es posible porque el salario que perciben no les alcanza para abastecer su canasta básica y mucho menos otros satisfactores. Esto podría ocasionar que se desencadenen varios factores de riesgo como la angustia, la cual se manifestaría en agresividad, por -

otro lado la preocupación de la economía familiar a la que se enfrentan y los problemas familiares que surgen a raíz de esta misma situación, cabe señalar que los pacientes que manifestaron esta situación son los únicos proveedores del gasto familiar.

CUADRO No. 22

2.8 .- ¿ QUE TRANSPORTE UTILIZA PARA SU TRANSLADO AL TRABAJO ?

TRANSPORTE	f	%
a) Particular	10	26
b) Ruta 100	8	24
c) Colectivo o Pesera	7	16
d) Metro	5	10
e) Camión Foráneo	4	10
f) Trolebús	2	6
g) A pie	2	6
h) Ninguno	1	2
TOTAL :	39	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

La importancia de investigar los diversos medios de transporte que utilizan los pacientes para trasladarse a su centro de trabajo, fué con el fin de conocer el desplazamiento que éste tiene y a la vez considerar el desgaste físico que representa para él.

El mayor porcentaje es del 26%, quienes utilizan transpor-

te particular, el 24% utiliza los servicios de la Ruta 100; el 16% los colectivos o peseras, sólo el 10% utiliza los servicios del metro; por vivir en el Estado de México, utilizan el 10% camiones foráneos; el 6% utiliza los trolebuses y el otro 6% va a pie a su centro de trabajo por la cercanía de éste; finalmente el 2% no le es necesario ningún transporte por tener su trabajo en su propio domicilio.

CUADRO No. 23

2.9 .- ¿ CUANTO TIEMPO HACE PARA TRASLADARSE DE ?

TOTAL DE HORAS DIARIAS	f	%
0 a 1	10	40
2 a 3	12	48
4 a 5	3	12
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Así mismo en cuanto al tiempo que dedican en el traslado de su casa a su trabajo, se obtuvo que el 48% de los pacientes hacen de 2 a 3 horas de ida y de regreso a su casa, mientras que el 40% hace menos de una hora a una hora, por vivir cerca de su centro laboral o por estar en su mismo domicilio y finalmente el 12% utiliza en su traslado de 4 a 5 horas, por vivir en el Estado de México y su centro de trabajo se encuentra en el Distrito Federal, estos últimos manifestaron sentir angustia por llegar a tiempo a su trabajo y lo retirado de éste y el tráfico le podría ocasionar estrés emocional, que es un factor de riesgo coronario.

CUADRO No. 24

III AREA HABITAT

3.1 .- LOCALIZACION DE LA VIVIENDA :

ZONA	f	%
a) Urbana	22	88
b) Suburbana	1	4
c) Rural	2	8
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Con respecto a la localización de la vivienda, se observa en el presente cuadro que el 88% de los pacientes residen en una zona urbana que es el núcleo residencial construido de calles, luz, pavimentación y demás servicios públicos, lo cual satisface las necesidades de los mismos, el 8% en zona rural - referente al campo, es el lugar fuera de la ciudad y donde hay carencia de algunos servicios para el bienestar de la comunidad y finalmente el 4% viven en una zona suburbana en donde reside la población popular y en la cual existe deficiencia de servicios públicos, se podría deducir que el no llenar las necesidades básicas de una buena sanidad en cierta forma ocasionaría problemas a nivel social.

GUADRO No. 25

3.2 .- CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA :

1.- TIPO DE VIVIENDA	f	%
a) Casa sola	17	68
b) Departamento	8	32
c) Vecindad	-	-
TOTAL :	25	100

2.- TENENCIA DE LA VIVIENDA	f	%
a) Propia	20	80
b) Alquilada	2	8
c) Prestada	3	12
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

La mayoría de los pacientes (68%) cuentan con casa sola, el 32% con departamento, por lo que se podría decir que por el tipo de personalidad y para lograr un mejor status social el 80% posee una vivienda propia y en ese aspecto no existe preocupación por el pago de renta, y a su vez aseguran el patrimonio ---

familiar; solo el 8% alquilan y finalmente el 12% su vivienda es prestada pero no existe el temor de desalojo por pertenecer a sus familiares más cercanos.

CUADRO No. 26

3.3.- DISTRIBUCION DE LA VIVIENDA :

SERVICIOS	f	%
a) Sala	23	92
b) Comedor	23	92
c) Cocina	24	96
d) Baño	25	100
e) Número de recamaras:		
e.1 0 - 1	3	12
e.2 2 - 3	18	72
e.3 4 - 5	4	16

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

En lo que se refiere a la distribución de la vivienda, en la mayoría de los casos refieren contar (92%) con sus servicios y en cuanto al número de recamaras el 72% cuenta con 2 ó 3; el 16% con 4 a 5, lo que les podría permitir vivir plenamente al no obstaculizarles su situación física y emocional; por último en un menor porcentaje (12%) de las viviendas, cuentan con una sola habitación por tal razón al paciente le faltaría el espacio vital, así como su proceso de salud-enfermedad-salud.

CUADRO No. 27

3.4 .- ¿ CON QUE SERVICIOS PUBLICOS CUENTA ?

SERVICIOS PUBLICOS	f	%
1.- Todos los servicios	13	37
SUB-TOTAL :	13	37

2.- Carecen de algún servicio		
a) Luz	-	-
b) Agua	-	-
c) Drenaje	1	3
d) Mercado	1	3
e) Correo Postal	1	3
f) Teléfono	3	9
g) Transporte	-	-
h) Vigilancia	4	11
i) Centros Deportivos	5	14
j) Servicios Bancarios	6	17
k) Kinder	1	3
SUB-TOTAL :	22	63

TOTAL :	35	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

En cuanto a los servicios públicos con que cuenta la colo-

nia en la que se ubica la vivienda, el 37% de los pacientes manifestaron contar con todos los servicios, el restante sufre de la falta de algún servicio por lo que el 17% refiere no contar con servicios bancarios; el 14% con centros deportivos y se tiene que trasladar fuera de su comunidad; el 11% no cuenta con -vigilancia lo que les angustia, por sufrir algún robo; el 3% no cuenta con servicios de correo, mercado y drenaje; este paciente refiere que su comunidad es de reciente inicio y se encuentra en una zona rural; en suma el 63% de los pacientes podría presentar estres emocional por la falta de alguno de estos servicios, ya que su caracterología puede desencadenar algún riesgo coronario.

GUADRO No. 28

IV IDENTIFICACION DEL FACTOR DE RIESGO :

4.1 TABAQUISMO

¿ FUMA ACTUALMENTE ?	f	%
1.- SI		
a) Uno diario	1	4
b) Menos de media cajetilla	6	24
c) Media a una cajetilla	6	24
d) De una a dos cajetillas	3	12
e) Dejaron de fumar	3	12
2.- NO		
a) No fuman	6	24
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

La importancia de investigar el promedio de cigarrillos -- que fuman al día, los pacientes, nos lleva a concluir que únicamente el 4% fuma un cigarrillo diario; el 24% fuma menos de una cajetilla, constituyéndose como fumadores muy moderados, pero -- no por ésto deja de ser un riesgo para la salud, como para quien conviven con ellos; el otro 24% fuma de media a una cajetilla, los cuales se clasifican como fumadores moderados y por --

Último el 12% fuma de una a dos cajetillas se les puede considerar como grandes fumadores, el 12% dejaron de fumar hace 2 ó 3 años y sólo el 24% nunca ha fumado.

Por tal motivo, es mayor la tasa de mortalidad en edades - que van desde los 45 a 54 años, debido a que sus efectos estimulantes afectan al sistema nervioso central, periférico, a la mé dula suprarrenal, que produce liberación de adrenalina en peque ñas cantidades que actúan sobre el aparato cardiovascular, en - el cual provocaría aumento de la presión arterial, disminuye la cantidad de oxígeno disponible.

CUADRO No. 29

4.2 ¿ A QUE EDAD EMPEZO A FUMAR ?

1.- EDAD	f	%
11 - 15	12	48
16 - 20	7	28
21 a más	-	-
TOTAL :	19	76
<hr/>		
2.- AÑOS FUMANDO	f	%
11 - 20	3	13
21 - 30	5	20
31 - 40	7	28
41 a más	4	16
TOTAL :	19	76

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Como se puede observar el porcentaje mayor (48%) de fumadores inician a la edad de 10 a 15 años y el 28% entre los 16 a 20 años, ésto se podría asociar con la pre-adolescencia o adolescencia es decir el cambio de conducta en ambos sexos, en el

que se intentan asumir nuevas actitudes o desempeño de roles - imitando para ello a las personas mayores.

También se puede observar en los pacientes ya mencionados, que el promedio de años fumando es de 21 a 40 años, lo que podría ocasionar que al inhalar el humo se distribuya por los pulmones, afectando a la mucosa, que en condiciones normales se encarga de atrapar el polvo y los microbios, por otro lado a los cilios, que son estructuras en forma de pequeños pelos que tapizan las vías respiratorias y que normalmente, bombean el moco - que a veces destruye a los cilios, por lo tanto, hace que los pulmones sean más vulnerables a los venenos y a los microbios.

CUADRO No. 30

4.3 ¿ RECUERDA USTED CUANTOS CIGARROS COMENZO A FUMAR ?

CIGARROS	DIARIO	%	SEMANAL	%	MENSUAL	%	TOTAL	%
a) 1 a 2	7	28	1	4	2	8	10	40
b) 3 a 4	3	12	-	-	-	-	3	12
c) 5 a 6	1	4	-	-	-	-	1	4
d) 7 a 8	-	-	-	-	-	-	-	-
e) 9 a más	5	20	-	-	-	-	5	20
TOTAL :	16	64	1	4	2	8	19	76

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Como se observa en el cuadro el fumar de 1 a 2 cigarrillos se presentó en un mayor porcentaje con el 40%; mientras que el 20% fumaban de media cajetilla a más. Se podría decir que al -- inicio de este hábito, el consumidor es un fumador social o sea fuma por influencia psico-social. Lo que les tomó años poder -- disfrutar de un cigarrillo, para luego necesitar de él, de tal forma que lo adaptan a sus patrones de vida.

CUADRO No. 31

4.4 ¿ QUE MARCA DE CIGARRILLOS FUMA ?

MARCA	f	%	ALQUITRAN	NICOTINA	MONOXIDO DE CARBONO
a) Raleigh	9	36	24 mg.	1.4 mg.	17
b) Marlboro	3	12	45 mg.	0.9 mg.	13
c) Viceroy	1	4	15 mg.	0.9 mg.	17
d) Faros	1	4	-	-	-
e) Fiesta	1	4	-	-	-
f) Baronet	1	4	-	-	-
g) Ya no fuman	3	12	-	-	-
TOTAL :	19	76	-	-	-

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

En la población estudiada en cuanto a la marca de cigarrillos preferida, se tiene que es para los de "Raleigh" en un 36% seguido por los "Marlboro" con el 12% y finalmente "Viceroy" -- con el 4% los que tienen alquitran (total de miligramos de sustancias residuales exceptuadas nicotina y agua por cigarrillo), el cual es un agente que en cualquier parte donde entre en contacto con tejido vivo, producirá células anormales y disminuirá las defensas de los pulmones; la NICOTINA (expresada en miligramos

mos por cigarrillo), produce adrenalina y este proceso estimula las células grasas del cuerpo a secretar ácidos grasos libres - en la sangre, los cuales podrían formar coágulo y producir un - ataque cardíaco; el MONOXIDO DE CARBONO (expresado en miligramos por cigarrillo) que un NO fumador posee normalmente de 0.5 a un 2.0% de monóxido de carbono en sus glóbulos rojos, pero un FUMADOR, dependiendo de la marca y el número de cigarrillos que fume tiene entre 4 y 15% ó más, en sus células sanguíneas, lo - que podría ser cómplice de la nicotina en muchos ataques contra el cuerpo, ésto es que causaría que las paredes arteriales fueran permeables a las sustancias grasosas, que reducen el calibre arterial, ésto se conoce como "ARTERIOSCLEROSIS", cabe aclarar que en las demás marcas, no se encontraron las sustancias - tóxicas que lo contienen, ésto no quiere decir que causen menos daño al consumidor.

CUADRO No. 32

V TIEMPO LIBRE Y RECREACION :

5.1 ¿ QUE ACTIVIDADES REALIZA DURANTE SU TIEMPO LIBRE ?

ACTIVIDADES	f	%
a) Reparaciones en su casa	5	20
b) Lavar, componer el auto y arreglar el jardín,	3	12
c) Reparar su taxi,	2	8
d) Poner al corriente los pendientes del trabajo en su casa,	5	20
e) Trabajos extras,	2	8
f) Tejer,	2	8
g) Descanzar,	2	8
h) Gaminar,	1	4
j) Nada.	3	12
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Referente a las actividades que realizan en su tiempo libre, los pacientes manifestaron que un (40%) realiza actividades con mayor esfuerzo como las reparaciones en su casa, jardín y auto; el otro (20%) pone al corriente los pendientes del trabajo en su casa; el 8% realiza trabajos extras. Esto podría indicar que por el tipo de conducta "A", desarrollan además de su jornada de trabajo, labores en su casa por lo cual en vez de descansar, aumentan sus tensiones emocionales lo que representa

un factor de riesgo coronario, por último el 32% realizan actividades pasivas como el tejer, descansar caminar, nada, se lleva una vida sedentaria. Esto no justifica que sea menor su actividad ya sea activa o pasiva esto dependera del equilibrio de estas dos y la fatiga que pueda producir la monotonía que ellos se creen, aunque no haya una carga de trabajo físico.

CUADRO No. 33

5.2 - ¿ CUALES SON SUS DIVERSIONES MAS FRECUENTES ?

ACTIVIDAD	D %	3 v/s %	2 v/s %	c/s %	c/ 15d %	1 v/m %	Total %
a)Práctica un deporte	1 1			4 6	1 1		6 8
b)Paseos	1 1				3 5	2 2	6 8
c)Leer	3 5	1 1	1 1	10 19			15 26
d)Televisión	8 32		1 1	5 7	1 1	1 1	26 42
e)Escribir			1 1	1 1			2 2
f)Cine			1 1			1 1	2 2
g)Asiste a un deporte		1 1		2 2			3 3
h)Ir al teatro.						2 2	2 2
i)Radio	3 5						3 5
j)Tocar guitarra			1 1				1 1
k)Platicar con amigos		1 1					1 1
TOTAL :	26-44	3 3	5 5	22 35	5 7	6 6	67-100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Iscuémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

En relación a las diversiones más frecuentes que disfrutaban los pacientes, éstos manifestaron en un menor porcentaje del -- 16% practicar algún deporte y realizar paseos; cada quince días estas actividades se pueden considerar aceptables, ya que las - personas no están en constante ociosidad, mientras que en un ma yor porcentaje lo dedican a la vida sedentaria como: en un 42% a ver televisión; un 16% a leer; 2% a escribir artículos, acti- vidades que se realizan sin un desgaste físico; en tanto que el 4% se traslada de su domicilio al cine, al teatro o asisten a algún espectáculo deportivo, pero esto lo realizan cada mes, lo cual podría indicar que aunados a una vida sedentaria los demás factores de riesgo, podrían desencadenar el Infarto al Miocar- dio. (Ver capítulo III).

CUADRO No. 34

5.3 ¿ SE REUNE CON SU CONYUGE E HIJOS PARA CONVIVIR ?

¿ CADA CUANDO ?	f	%
a) Cada 8 días	15	60
b) Cada 15 días	3	12
c) No se reúne	7	28
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

El 60% de los pacientes manifestaron reunirse para convivir con la familia cada semana, el 12% lo hace cada 15 días y finalmente el 28% no se reúne con ellos. Por lo que se podría indicar que son diversas las funciones y actividades dentro y fuera del hogar, ya que participan cada día menos en la formación de los hijos por estar sumergidos más en las actividades económicas y sociales, esto propiciaría un desequilibrio emocional por la inestabilidad económica, en unos y en otros por la caracterología de su conducta tipo "A", este hecho se podría ver con más frecuencia en el medio urbano que en el medio rural.

CUADRO No. 35

5.4 ¿ PRACTICA USTED ALGUN DEPORTE ?

f #	No.	TIEMPO	VEGES x SEM.	COMPETENCIA		HORAS x SEM.	DISTANCIA
				SI	NO		
NO 19 76		-	-			-	-
SI 6 24							
<u>ISOMETRICOS</u>							
Pesas	1	5 m.	7	x		35 m	
	2	30 m.	3	x		1:35 m.	
Argollas	-	-	-	-		-	
Barras	1	15 m.	7	x		1:45 m.	
Tensión Din.	1	15 m.	7	x		1:45 m.	
Mancuernas	1	15 m.	7	x		1:45 m.	
Paralelas	1	15 m.	7	x		1:45 m.	
Resortes	1	15 m.	7	x		1:45 m.	
<u>ISOTONICOS</u>							
Gaminata	1	30 m.	4	x		2:00 h.	2 km.
Trote	3	30 m.	7	x		10:30 m.	15 Km.
Brincar	1	5 m.	4	x		20 m.	
Carrera	1	1:30 m.	4	x		5:20 m.	15 k m.
Bicicleta	4	1:00 h.	1	x		1:00 h.	20 k m.
Aerobic's	3	15 m.	7	x		1:45 m.	
	5	30 m.	3	x		2:10 m.	
Frontón	6	4:00 h.	2	x		8:00 h.	

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Baza".

Como se puede observar en el cuadro, los pacientes que no practican un deporte son el equivalente al 76%, por lo que se podría deducir que llevan una vida sedentaria, el cual es un factor de riesgo coronario y el 24 practican un deporte semanalmente de (4 a 7 días), o ejercicios recreativos (de 1 a 3 días por semana), éstos últimos podrían ser los que desencadenaran trastornos en la función cardíaca, dependiendo del tipo de ejercicio que llevan a cabo, estos se clasifican en isométricos e isotónicos. El primero se refiere a los ejercicios físicos que consisten en poner en tensión los músculos contra un objeto inmóvil; este tipo de ejercicios podría ser bueno si se realiza con medida, de manera progresiva y por lo menos 4 veces por semana, por lo que se observa en un paciente con oficio de mesero (No. 1) quien los realiza toda la semana; pero el (No.2) mecánico solo practica pesas 3 veces por semana, su actividad no se define como deporte sino como ejercicio recreativo. Los isotónicos son los que se pueden realizar al aire libre sin ejercer presión a los músculos de los cuales solo 2 pacientes realizan un deporte ideal como (No. 3) contador que efectúa el trote y aerobics, y el (No. 1), el mesero realiza caminata, corre y brinca. Los que hacen ejercicio recreativo son: (No.4) obrero textil que solo el fin de semana circula en bicicleta; el (No.5) auditora realiza tres veces por semana aerobics, finalmente el (No.6) empleado de mantenimiento; juega dos veces por semana frontón con competencia, esto le podría ocasionar estímulos psíquicos tanto como ansiedad, miedo o euforia. Todo esto podría -

indicar que cualquier actividad física, realizada en forma regular y progresiva, beneficia las coronarias y podría reducir las posibilidades de que éstas se vean afectadas por alguna enfermedad.

CUADRO No. 36

VI ASPECTOS ESPECIFICOS :

4.1 USTED PORQUE CREE QUE SE INFARTO ?

1.- PACIENTE	f	%
a) Problemas sociales	13	39
b) Problemas laborales	12	36
c) Problemas económicos	4	12
d) Otros:		
d.1 Tabaquismo	1	3
d.2 Nadie	2	7
d.3 No sabe	1	3
TOTAL :	33	100
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		
2.- FAMILIAR	f	%
a) Problemas sociales	13	39
b) Problemas laborales	12	36
c) Problemas económicos	6	18
d) Otros:		
d.1 Tabaquismo	2	7
TOTAL :	33	100

FUENTE : Familiar y Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

En el presente cuadro esta registrado lo que manifiesta el paciente y el familiar, acerca de la causa por la que creen que haya sufrido un infarto el paciente, se obtuvo que el porcentaje mayor corresponde a los PROBLEMAS SOCIALES, como causa ocupa un 39% en el paciente y en el familiar un (39%) entendiéndose a la familia como grupo primario, la cual va a ser constituida por personas relacionadas entre sí, sobre la base de los lazos de parentesco y más aún, de la vivienda en común, siendo en este espacio donde se manifiestan las personas y miembros de la misma, con sus propias características psicológicas y físicas - las cuales podrían chocar con la caracterología del paciente y así inducirlo a un constante estrés emocional; en lo que se refiere a los PROBLEMAS LABORALES, con un (36%) en el que coinciden ambos entrevistados, y que indican que por realizar trabajos lo hacían bajo presión, pues piensan que nadie más que el paciente lo podría ejecutar, considerando que el estrés emocional y laboral son los factores preponderantes la ansiedad que sienten por los problemas ECONOMICOS, son menores en un (12%) - que en la familia en un (18%), ya que éstas últimas son las que enfrentan el gesto familiar, lo que podría ocasionar constantes discusiones con el paciente. La respuesta acerca de otras causas, solo en los pacientes (10%) manifestaron que nadie tuvo la culpa e ignoran porque se infartaron y solo el 3% en pacientes y el 7% en el familiar consideran como causa de riesgo al tabaquismo.

Por otra parte la conducta tipo "A" están manifiestos todos

los pacientes investigados, ya que cuentan con las características de dicha conducta y el hábito de fumar, estos son provocados en las grandes urbes, tomando en consideración que los riesgos de colesterol en la sangre podría aumentar principalmente - la tensión nerviosa a la que los pacientes estan expuestos.

CUADRO No. 37

4.2 ¿ USTED A QUIEN CULPA DE LA ENFERMEDAD ?

PACIENTE	f	%
a) A nadie	9	38
b) El destino	1	4
c) A mí mismo	7	26
d) Su cónyuge	2	8
e) Sus hijos	1	4
f) Alimentación	1	4
g) Discusiones con sus empleados y compañeros	2	8
h) El patrón	1	4
i) Gases del petróleo	1	4
TOTAL :	25	100
FAMILIAR	f	%
a) A nadie	7	26
b) Destino	2	8
c) El mismo paciente	9	38
d) Su cónyuge	1	4
e) Sus hijos	2	8
f) Problemas económicos	1	4
g) su otra mujer	1	4
h) Su familia	1	4
i) Riesgo de Trabajo	1	4
TOTAL :	25	100

FUENTE : Familiar y Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de -- Especialidades del Centro Médico "La Raza ".

El 38% en pacientes y el 26% en familiares, manifestaron no culpar a nadie de su enfermedad, el 4% en pacientes y el 8% en familiares culpan al destino, esto podría indicar que por la falta de información sobre la patología sufrida no la relacionan con situaciones lógicas, sino los falsos tabúes de naturaleza "divina"; y el 26% de los pacientes y el 38% en los familiares piensan que el enfermo pudo haber sido el culpable de su enfermedad por su modo de vida; el 8% en los pacientes manifestaron ser las culpables las cónyuges, una por los celos constantes hacia él y la otra por la inseguridad que le demuestra el paciente por sus fracasos anteriores estas situaciones podrían ocasionar angustia y desesperación; y el 4% la cónyuge se culpa por exigirle el gasto familiar en lugar de gastarlo en su vicio (alcoholismo); un paciente 4% refiere culpar a sus hijos de su padecimiento por discusiones constantes, por ese mismo motivo - el 8% de los familiares se sienten culpables de su enfermedad; por último los pacientes manifiestan que ésta se provocó en su centro de trabajo, como: mala alimentación (4%); discusiones con sus empleados y compañeros (8%), la presión de su patrón (4%) y los gases tóxicos que expide la pipa que maneja (4%); los cuales pueden constituir un riesgo para la salud; el familiar culpa a la pareja anterior del paciente por acediarlo constantemente, el otro 4% la familia materna que vive con el paciente le crea conflictos y angustia; y finalmente el 4% los riesgos en el trabajo que tiene el paciente en subir y bajar los autos por una rampa empinada y acomodarlos; estas últimas situaciones las cuentan los familiares, pero los pacientes no las relacionan con su enfermedad.

CUADRO No. 38

4.3 ¿ CONSIDERA QUE SERIA BENEFICIOSO CUIDAR(SE) DE UNA RE-
CAIDA ?

¿COMO SE CUIDARIA ?	f	%
1.- SI		
a) Tomar las situaciones con tranquilidad	20	36
b) Abandonar los cigarrillos	9	16
c) Consumir menos grasas	7	14
d) Seguir las indicaciones del Médico	3	4
e) Tener un solo trabajo	3	4
f) Bajar de peso	2	3
g) Permitir que las personas cercanas tomen sus responsabilidades	2	3
h) Controlar su diabetes e hipertensión	1	2
i) No sabe	7	14
SUB-TOTAL :	53	96
2.- NO		
a) No le será posible	1	4
TOTAL :	54	100

FUENTE : Paciente con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del
Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades
del Centro Médico "La Raza".

Como se observa en el cuadro los pacientes consideran el 96% que es necesario cuidarse de una recaída, lo que provocaría una prematura invalidéz o abandono de su trabajo, lo cual representaría angustia y depresión por parte del paciente y de su grupo familiar y solo un paciente manifestó que no le sería posible cuidarse por haber obtenido de la vida lo que ha deseado, por lo que no le interesaría un cambio en ella.

CUADRO No. 39

4.4 ¿ ASISTIO A LAS PLATICAS DEL PROGRAMA EXISTENTE EN EL
SERVICIO DE CARDIOLOGIA ?

ASISTENCIA	f	%
SI	14	56
NO	11	44
TOTAL :	25	100

FUENTE: Pacientes con Diagnóstico de Cardiopatía Isquémica del Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Es importante mencionar que de los casos estudiados el 56% de los pacientes asistieron a las pláticas de orientación del programa de Cardiología ya mencionado, mientras que el 44% restante no recibió la orientación lo que podría provocar alteraciones a su calidad de vida.

CAPITULO V.- ANALISIS DE LOS FACTORES SOCIALES, LABORALES Y ECONOMICOS QUE INFLUYERON EN LA ENFERMEDAD DEL INFARTO AL MIOCARDIO.

La sociedad tiene un sin número de características psicossociales que se generan en la familia por ser ésta el primer ambiente que encuentra el hombre para su protección material, seguridad emocional y función educadora, dependiendo de la forma en que se viva estas experiencias darán como resultado, determinados factores económicos, sociales y laborales que repercuten de una y otra manera en las condiciones de salud de la población y aunque uno solo generalmente no tiene trascendencia, cuando confluyen varios de manera negativa en el ser humano, pueden llegar a ocasionar problemas de salud que a veces son leves, pero otros son graves o dejan secuelas serias, que repercuten no solo en el individuo sino también en su dinámica familiar.

Esto ha sido posible constatarlo a través de la investigación llevada a cabo con los pacientes que ingresaron por infarto, al servicio ya mencionado y que se hizo extensiva a la familia de éstos, en la que coincidieron las características con lo arriba anotado, pues el 76% de las familias son nucleares y recienten de manera importante todo lo que se relaciona con su medio familiar.

Debe aclarar que ésta investigación dió como resultado problemas sociales, laborales y económicos los cuales no se pueden enunciar en forma separa debido a que se interrelacionan por lo

que se describirán de manera integral.

La familia es una unidad biológica, que debe cumplir con -diversas funciones naturales, una de ellas es la relación sexual, de la cual el 92% de los pacientes son activos, sin embargo se -considera que ésta situación por sí sola no influye para que se desencadene un infarto, pero un 16% tiene aventuras amorosas ex traconyugales, lo que los pone en una constante tensión emocional que le afecta de dos formas: una por el temor de ser descu- -iertos por su cónyuge, hijos y otros familiares y otra porque altera la dinámica familiar lo que aumenta dicha tensión contri- -buyendo al riesgo coronario.

En los capítulos anteriores se había mencionado la caracte- -rología como un factor de riesgo coronario, lo que es posible -corroborar por medio del análisis de los pacientes estudiados, ya que se constató que todos poseen rasgos de la conducta tipo "A", lo que desde el punto de vista social les provoca con fre- -cuencia grandes tensiones emocionales:

- a) Por la manera en que enfrentan determinadas situaciones, -tales como, su actitud ante la pérdida afectiva de seres -queridos, por diferentes motivos de separación, la cual --puede ser de indiferencia con el afán de reprimir emociones ante los demás, o por autosuficiencia, lo que de todas for- -mas les provoca etapas prolongadas de angustia y depresión.
- b) Por el afán competitivo que les caracteriza, siempre están luchando por lograr un mayor status social para satisfacer en lo material sus necesidades y las de su familia, esto -

se ve reflejado en el hecho de que el 80% manifestó tener vivienda propia, con todos los servicios públicos, aún así el 56% obtienen ingresos inferiores a los demandados del hogar y si se aumenta a esto, el que todos los pacientes - investigados, son jefes de familia, favorece que se desencadenen diversos factores de riesgo, como la angustia, la cual se manifiesta con agresividad, hacia quienes lo rodean y escasa relación con la familia, pues según manifestó el 72% solo mantiene una convivencia familiar relativa por darse cada 8 ó 15 días provocando una incipiente comunicación, que día a día se va acrecentando entre sus miembros, lo que con frecuencia altera la armonía en el hogar por tal razón, es uno de los factores que contribuyen a -- que se desencadene el infarto.

- c) Por la idea de que la vida hay que vivirla, aprovechando el tiempo ya que no se permiten ningún descanso, lo que se refleja en el dato, de que el 28% manifestó que en su tiempo libre realiza actividades en casa o fuera de ella, ya sea para poner al corriente los pendientes del trabajo o hacer pequeñas reparaciones en el hogar, a esto se suma -- que el 64% disfruta de sus vacaciones, mientras que el 20% no lo hace por preferir que se les paguen y el resto solo vacaciona ocasionalmente, esto origina que la falta de descanso y sueño alteren el equilibrio emocional necesario para todo ser humano.

En relacion a las diversiones y actividades que realizan en su tiempo libre, el 16% manifestó practicar deportes isométricos e isotónicos, pero no de manera progresiva, moderada y continua, mientras que el 84% lleva una vida sedentaria, de lo que se deduce que ninguno de los extremos mencionados es recomendable, ya que puede desencadenar algún riesgo coronario.

- d) Por no delegar responsabilidad en nadie, ya que consideran que sólo ellos son capaces de hacer las cosas bien, por lo cual un 33%, tanto en los pacientes como en los familiares, creen que la causa que provocó el infarto - fué que al realizar el trabajo, lo hacían bajo presión y con exceso de responsabilidad, lo que origina mayor estrés laboral y emocional, que se acrecienta dependiendo del tipo de trabajo que se desarrolle.

Por otra parte, se puede mencionar, el hábito de fumar como una característica con repercusiones laborales, sociales y biológicas, desde éste último aspecto es posible observar que mientras el promedio de edad, de los pacientes es de 40 a 59 años, los años que tienen fumando van de 21 a 40 años, lo que les ocasiona que al inhalar el humo durante tanto tiempo, se destruyan los pulmones afectando la mucosa y los cilios, esto hace que los pulmones sean más vulnerables a los venenos y microbios, por otra parte debido a que sus efectos estimulantes, afectan el sistema nervioso central, periférico y la médula su

prerrenal, se produce liberación de adrenalina en pequeñas cantidades que actúan sobre el aparato cardiovascular, y provoca aumento de las contracciones cardiacas, los vasos sanguíneos y la presión arterial, lo que disminuye la cantidad de oxígeno disponible.

También constituye un problema social, por llevarse a cabo en el hogar, lo que trae como consecuencia que no solo el paciente resulte afectado, sino también la familia. Por otra parte, a pesar de ser uno de los riesgos que contribuye de manera más frecuente a la enfermedad isquémica y habiendo detectado que la mayor parte de los pacientes investigados, son fumadores, solo el 3% de éstos y el 7% de los familiares atribuyen su padecimiento a este problema.

Desde el punto de vista laboral, se constituye un problema, porque los centros de trabajo tienden a convertirse en los principales lugares para fumar, poniendo en peligro a los no fumadores, esto depende del lugar en donde la persona se encuentre fumando.

En los factores laborales se aprecia que los pacientes entrevistados presentaron un grado de escolaridad básica, de primaria en un 56% y un menor porcentaje del 16% de educación superior, esto repercute en la ocupación que desempeñan de acuerdo a la escolaridad que tienen; el 88% cuenta con un solo trabajo, en el que el 64% presta sus servicios durante más de 8 horas, además por el tipo de actividad o cargos que desempeñan; aumentan las tensiones laborales que tiene el paciente en su centro de --

trabajo, y los problemas con los compañeros del mismo, unido a la cantidad de horas extras semanales que tienen necesidad de cumplir y al tiempo que dedican para trasladarse de su casa al trabajo y viceversa, pues el 48% utiliza de 2 a 3 horas y el 12% de 4 a 5 horas esto les ocasiona fatiga y angustia por llegar a tiempo a su trabajo, por el tráfico, falta de transporte, etc., produce en ellos estrés emocional y laboral así como fatiga excesiva.

En lo que se relaciona con los motivos por los que, tanto el paciente como su familia, consideran que sufrió el infarto, manifestaron en un 20% y 27% respectivamente, que éste se debió a la caracterología del paciente, ya que lo coloca en un estado tal de estrés emocional, que lo llevó a presentar este problema además de las diferencias que por este motivo se suscitan en la familia.

No obstante que los pacientes manifestaron contar con uno o varios factores de riesgo coronarios, solo el 54% acepta su responsabilidad en la enfermedad, mientras que el 46% considera que hubo otros culpables (hijos, esposa, trabajo, destino, etc), sin reconocer su participación en el mismo, lo que en cierta forma explica su falta de interés por conocer su enfermedad y por participar en forma activa en su tratamiento, lo que motivó que no asistieran a las pláticas de orientación en el servicio, lo que seguramente ocasionará alteraciones en su calidad de vida.

Después de analizar los cuadros cuyos resultados arrojan,

la información cualitativa y cuantitativa, de los problemas más importantes que contribuyeron en el paciente objeto de estudio, para que se desencadenara el infarto al miocardio, se concluye lo siguiente:

Según la investigación en todos los casos que se estudiaron, fueron varios los factores que interrelacionados ocasionan el problema, por lo tanto es conveniente destacar la importancia de éstos según la frecuencia presentada.

En los pacientes los problemas cosiales ocupan el 42% y en los familiares el 47% el mayor porcentaje, por presentar falta de comunicación tanto en la pareja, como en el resto de la familia, originando discusiones con la misma, lo que afecta la convivencia y acercamiento de sus miembros, otro problema en el mismo sentido es el mal hábito alimenticio, así como el de fumar, ya que perjudica al paciente y a quienes lo rodean.

En orden de importancia, le siguen los laborales que ocupan el 36% ya que, tanto pacientes como familiares coinciden en señalar que tienen problemas dentro de su área laboral con los empleados y/o patrones; además de las horas extras, el tiempo que utilizan para su traslado y la falta de descansos, todo esto va aumentando la fatiga en el trabajador provocando el estrés laboral emocional y así participa, en la manifestación de los factores de riesgo coronario; y por último los problemas de tipo económico, en el 12% de los pacientes y en el 15% de los familiares, aclarando que por su misma caracterología de conducta tipo "A", se sienten con más obligaciones que los demás y buscan

estatus superior, por lo que necesitan cada vez más ingresos de los que perciben, no disfrutan de sus metas o logros, porque cada vez quieren más de lo que tienen, todo va sumado al padecimiento que los aqueja. Cabe aclarar que estos problemas se interrelacionan en algunos casos.

La presencia de estos problemas confirma nuestra hipótesis: "En los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades, perteneciente al Centro Médico "La Raza", contribuyeron de manera importante los factores sociales, laborales y económicos para que se presentara un infarto al miocardio".

Cabe aclarar que esta investigación como ya se mencionó es a largo plazo, por lo cual en la siguiente fase posiblemente se confirmará que el problema de su enfermedad podría repercutir - desfavorablemente en su estado emocional, impidiendo desarrollar su recuperación, física, así como su adaptación adecuada - al medio familiar ya que al retornar a él y tomar el lugar que le corresponde como autoridad, puede tener actitudes negativas, en su comportamiento, lo que ocasionaría falta de cooperación e interés en su tratamiento, y por otra parte el desequilibrio en su dinámica familiar, lo que favorecería la desintegración de - la misma.

Una opción que se ofrece para amortiguar estas situaciones futuras es sensibilizar a la población afectada, para que asista al programa que se efectúa en el Servicio de Cardiología, -- conjuntamente con su familia, con la finalidad de ser capacita-

do para su rehabilitación y prevención en el Grupo (control) -
Miocardio, A.C., y de este modo ellos mismos ser monitores de -
otros.

CAPITULO VI.- PROPUESTA DE TRABAJO MEDICO SOCIAL.

6.1 Perfil del Trabajador Social en el Área de la Salud:

Dentro de cualquier tipo de sociedad, el Trabajador Social es el profesional que ejerce su acción inserto en la dinámica social y lleva a cabo la tarea de sensibilización concientización, educación y motivación, de la población para asumir los nuevos proyectos que mejoren sus condiciones.

Para ésto se requiere un alto grado de formación que le permita el manejo adecuado de la Práxis Social, dentro de una concepción integral que responda a las necesidades existentes.

Sin embargo se está conciente que " El Trabajador Social no ha tenido siempre franco reconocimiento en cuanto a su participación y se considera necesario determinar si ésto se debe a que su preparación no ha respondido, durante varios años a las demandas específicas, de los programas de salud u otros, o a que existe indefinición y falta de identidad profesional". (53).

Por lo tanto se propone el Perfil General del Trabajador Social en el Área de la Salud, debido a que el Trabajador Social del Servicio de Cardiología del hospital ya mencionado, corresponde al 3er. Nivel de Atención Médica, por lo que se ubica en ese perfil para así identificar los conocimientos, teóricos-metodológicos que requiere, como las capacidades, habilidades y actitudes que necesita para su desarrollo profesional.

(53) MENDOZA RANGEL, María del Carmen, Una Opción Metodológica para los Trabajadores Sociales, Ed. ATSMAC, México 1989, p. 37.

Es por ésto que se considera necesario hacer referencia a una definición que se acerque a la realidad operativa del Trabajador Social en dicha área:

Definición de Trabajo Social en el Area de la Salud:

"Trabajo Social en el Area de la Salud, es la acción basada en la metodología científica que lleva al conocimiento de los factores sociales que influyen en el proceso salud enfermedad, para intervenir en la Investigación, Planeación, Administración de Programas tendientes a Educar, Organizar y motivar a la población para contribuir a las transformaciones sociales para el desarrollo de la salud integral". (54)

En base a la definición planteada el Trabajador Social debe contar con los conocimientos teóricos-metodológicos de su profesión con la finalidad de contribuir a la transformación social necesaria para lograr la promoción, educación y restauración de la salud. El Trabajador Social en su formación debe tener cualidades de personalidad, habilidades que tienen una importancia fundamental, en otras palabras para la realización de las tareas propias del Trabajador Social las cualidades humanas juegan un papel esencial en los conocimientos y el dominio de las técnicas.

El propósito de lo anterior se limita a destacar las cualidades humanas idóneas que se dividen en cinco partes que son:

(54) Rol del Trabajador Social en Salud Pública, SSA., de México, 1978, p.8

personalidad, capacidad, habilidad, actitud y conocimientos del Trabajador Social que realiza sus funciones en el área de la salud.

1.- PERSONALIDAD:

"Caracterización o patrón general de la conducta total de un individuo determinado, por la herencia y el ambiente -- que le rodea". (55)

- a) Apariencia física (aspecto exterior de una persona como la forma de vestir, su aseo, etc).
- b) Don de Gente : amabilidad y simpatía hacia otras personas, buen humor y capacidad para saber escuchar, palabras convincentes, facilidad de comunicación, capacidad de acogimiento, apertura y disponibilidad a otros.
- c) Madurez emocional: es la capacidad de actuar equilibradamente, con espíritu sereno y quieto, cuando está bajo diferentes tipos de presiones. (56)

2.- CAPACIDAD:

"Plena potencialidad de un individuo para cualquier función, tal como la limita su constitución psíquica y medida teóricamente por la extensión en que esa función se desarrollaría en condiciones inmejorables". (57)

- (55) HOWARD C., Warren, Diccionario de Psicología, Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1987, p.265
- (56) Ob. cit. HOWARD C., Warren; p. 40
- (57) ANDER EGG, Ezequiel, Metodología del Trabajo Social, Ed. Ateneo, México 1985, p. 196

- a) Interés por las condiciones económicas, políticas y sociales de nuestro país.
- b) Integrarse a la institución donde presta sus servicios -- (adaptación)
- c) Debe ser un elemento que promueva el cambio de las actitudes desfavorables para la salud, por conductas que favorezcan su fomento, conservación y rehabilitación.
- d) Autoevaluación (reconocimiento de errores y aciertos).
- e) Desarrollar diseños de investigación.
- f) Dominar aspectos administrativos de planeación, supervisión y coordinación de programas sociales.
- g) Participar interdisciplinariamente en los programas de salud.
- h) Sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teoría de Trabajo Social en esta área.
- i) Utilizar adecuadamente las relaciones humanas.
- j) Capacidad de análisis de las políticas de salud que el Estado refiere, así como aprovechar la coyuntura que se presente para tener una participación significativa en éstas, así como los programas en que las instituciones operacionalizan tales políticas.

3.- HABILIDADES:

- a) Para motivar; debe crear en los individuos, en los grupos y en las comunidades con las cuales actúan, ciertas razones o motivos que los lleven a participar dinámicamente en la solución de los problemas comunes.

- b) Para la comunicación (expresión)
- c) Utilizar las técnicas de investigación como son la observación y la entrevista.
- d) Identificar la estructura jurídica-administrativa del sector salud.
- e) Manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organización comunitaria.
- f) Utilizar las técnicas de comunicación y educación social.

4.- ACTITUDES PARA:

- a) Espíritu de servicio:(vocación) la primera cualidad que ha de poseer un Trabajador Social sin lugar a duda la más importante para cualquier tarea dentro de su profesión es el sentido de servicio hacia los demás.
- b) Ética profesional: discreción, comunicación y confianza, en que los hombres tienen capacidad para enfrentarse a su situación y tener una proyección en su propia persona.
- c) Tener conocimiento y control de sí mismo para vencer dificultades y obstáculos, desde la apatía hasta la ingratitud y el rechazo o simplemente se encontrará con que el programa o las actividades no marchan al ritmo que se había provisto.
- d) Mantener el apego a las políticas institucionales.
- e) Ser responsable de la información de la institución.
- f) No sobrepasar el dominio de las atribuciones.
- g) Ser solidario con el equipo de trabajo.

- h) Respetar la delimitación de los campos profesionales.
- i) Mantener el secreto profesional.
- j) Mantener interés en la superación personal y profesional.
- k) Ser crítico, objetivo y justo.
- l) Crear compromiso profesional con la población.
- m) Adecuar los términos de su comunicación a nivel de la población atendida.
- n) Respetar la decisión de las personas en la solución de sus problemas. (58)

5.- CONOCIMIENTOS:

- a) El Trabajador Social debe tener una preparación metodológica teórica-práctica que lo habilite para cumplir con su responsabilidad social y para manejar adecuadamente, técnicas e instrumentos que le permitan actuar como profesionalista.
- b) Conocer la legislación y los sistemas de seguridad social en México. (59)
- c) La educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales.
- d) Reconocer los recursos de los individuos, de las familias, de los grupos y de la comunidad, a fin de organizarlos, coordinarlos y promover su mejor participación para atender las necesidades de salud.
- e) El desarrollo del proceso salud-enfermedad en el ambiente

(58) *ibid.* ENDER EGG, Ezequiel

(59) TERAN TRILLO, Margarita Lic.,

en el que cada individuo o grupo se desenvuelve.

- f) Conocimientos acerca de los principales padecimientos que atiendan, causa, tratamiento, prevención, curación, etc.

A continuación se describirá el objetivo general que plantea la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, establecido en forma general: "Contribuir a la concientización y motivación del pueblo para lograr la promoción, protección y restauración de la salud". (60)

En forma concreta el objetivo general del Trabajador Social en el campo de la salud: "Contribuir a las transformaciones sociales necesarias para lograr la promoción, protección y restauración de la salud". (61)

OBJETIVOS ESPECIFICOS EN EL CAMPO DE LA SALUD:

- Definir los factores sociales que influyen en la salud y en la enfermedad en un contexto social dado.
- Lograr la capacitación de individuos, grupos y comunidades para que participen, conciente y activamente, en los programas de salud.
- Participar con el grupo interdisciplinario de salud en la planeación, ejecución y evaluación de los programas que lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.

Respecto a las funciones y actividades del Trabajador So-

(60) SANCHEZ ROSADO, Manuel Dr., Elementos de salud pública, Ed. Francisco Méndez Cervantes, México 1983, p. 233

(61) ibid. Rol del Trabajador Social en Salud Pública, p.10

sial en esta área según el documento "El Rol del Trabajador Social en Salud Pública" (62) se probaron las funciones que debe desempeñar dicho profesional, ajustándolas según el nivel de actuación, y el tipo de programas que se esté llevando, las cuales consideramos que deben formar parte del Perfil ideal del Trabajador Social, en el área de la salud, las cuales son: Investigación, Administración en ésta van implícitas la Planeación, Coordinación, Evaluación, Supervisión, y Asesoría; Capacitación, Educación, Promoción, Orientación Legal, Asistencia y Sistematización.

INVESTIGACION:

- Identificar los factores y variables socio-culturales y económicos, que intervienen en la frecuencia y distribución de la salud y la enfermedad.
- Investigar factores ambientales, actitudes y valores que facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud a nivel comunal, grupal o individual.
- Investigar y comprobar la validez de la aplicación y la eficacia de métodos, técnicas e instrumentos que enriquezcan la teoría del Trabajo Social.
- Investigar la comunicación intra y extrainstitucional de los organismos de salud, así como la demanda real y potencial de sus servicios.
- Planear y realizar investigaciones específicas de problemas sociales en el área de la salud.

(62) *ibid.* Rol del Trabajador Social en Salud Pública, p. 10 a la 14.

- Colaborar en investigaciones de salud en las que sobresalgan las condiciones sociales.
- Estimar el costo social de los programas y proyectos de salud.
- Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de salud tanto local, regional como nacional.

PLANEACION:

- Colaborar en la planeación de los programas de salud, en cuanto a la adecuada administración de los recursos de Trabajo Social.
- Planear y organizar los programas de capacitación y adiestramiento del personal de Trabajo Social, así como de estudiantes en prácticas y del voluntariado.

COORDINACION:

- Establecer canales de comunicación interna y externa con todos los recursos humanos institucionales, para lograr los objetivos y metas de los programas de salud.
- Integrarse en forma organizada al equipo de salud cumpliendo el rol que corresponde a la profesión, sin perder de vista el que desempeñan los demás miembros del grupo.
- Servir de enlace a la población atendida y al equipo de salud, autoridades institucionales y/o gubernamentales, a fin de lograr la ejecución de los planes y programas de salud.

EVALUACION:

- Medir objetiva y analíticamente las actividades realiza-

- das, tanto a nivel interno como externo, cuantitativamente en relación a las metas propuestas; y cuantitativa y cualitativamente de acuerdo a los objetivos planteados.
- Valorar la efectividad de los métodos, técnicas e instrumentos empleados en los procesos desarrollados en el programa.
 - Realizar la evaluación en forma objetiva y sistemática, - al término de cada programa.
 - Valorar los resultados positivos y negativos, para proponer las modificaciones o ajustes pertinentes.

SUPERVISION:

- Propiciar a través de la supervisión el desarrollo del -- Trabajador Social, como individuo y como profesionista, - inserto en una realidad social y comprometido con los individuos que comparten su experiencia.
- Contribuir a la simplificación de los trámites utilizados en la institución.
- Elaboración de planes sencillos y flexibles que den oportunidad al análisis y clasificación de las distintas operaciones con el fin de establecer normas.
- Conocer los deberes y obligaciones de cada cual y tener - la capacidad de organizarlos para cumplir con lo referido.
- Mantener una corriente continua de ideas y sugerencias de cada uno para integrar el esfuerzo de todos.

ASESORIA:

- Investigar en forma permanente las situaciones o acciones

de trabajo para mejorarlas o innovarlas.

- Sugerir las acciones concretas y detalladas que lleven al cambio planeado, contando con la aprobación de las autoridades correspondientes.
- Contar con la aceptación y participación del personal para los cambios propuestos.
- Resolver cualquier duda o problema que se presente durante el cambio, particularmente al inicio de este.
- Revisión periódica de los resultados y evaluarlos para estar en condiciones de hacer nuevas sugerencias que lleven a la superación del personal y al mejor rendimiento de los programas.

CAFACITACION:

- Contribuir a la formación de Trabajadores Sociales, así como de otros profesionistas que deban actuar en los equipos de salud, contando con un objetivo común y unidad de criterios.
- Proporcionar información a los miembros del equipo de salud sobre los objetivos, funciones, actividades y otros aspectos específicos del Trabajo Social.
- Difundir entre el equipo de salud la información sobre los factores y variables socio-económicas de la población atendida.

EDUCACION:

- Participar en programas de educación para la salud dando al público información adecuada al respecto, a la vez mo-

tivarlos para que participen activamente en los mismos.

- Concientizar a la población a fin de que ubicada en su -- realidad de manera crítica, sea actora de su propia salud, considerando a ésta como valor colectivo.
- Desarrollar programas de ocupación del tiempo libre para todos los grupos de la comunidad, buscando mantener la - salud mental y prevenir enfermedades.
- Promover los programas de educación para la salud y de me dicina preventiva.
- Promover campañas de prevención, de enfermedades, acciden tes de trabajo, del hogar, etc.
- Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.
- Diseñar material de apoyo didáctico.

PROMOCION:

- Fortalecer la unidad familiar, ya que ésta es medio de in tegración o desintegración, de salud y de enfermedad.
- Participar en la promoción de programas de salud.
- Movilizar los recursos de la comunidad para lograr la --- transformación de las condiciones ambientales y la dota-- ción de servicios generales necesarios para propiciar la salud.
- Participar en acciones de atención en casos de desastres o siniestros.
- Coordinar intra y extrainstitucional la atención de la po blación en condiciones de desastre o siniestro.

ORIENTACION LEGAL:

- Orientar a pacientes y familiares sobre los aspectos sociales de medicina legal.
- Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva.
- Establecer el aviso y coordinación con el Agente del Ministerio Público.
- Canalizar el caso.

ASISTENCIA:

- Realizar las acciones necesarias tendientes a resolver problemas sociales, que interfieran con la prevención, control y rehabilitación del paciente.
- Dar orientación y apoyo a aquellos pacientes que encuentren obstáculo para recibir asistencia médica de urgencia.
- Proporcionar orientación médico-social, de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares.
- Realizar estudios y seguimiento de casos sociales y psicosociales.
- Promover servicios de apoyo (ambulancia, funerarios, etc).
- Canalizar enfermos a otras unidades operativas (por no corresponder a la especialidad, falta de recursos en el área o ser derechohabientes de otra institución).

SISTEMATIZACION:

- Analizar el conjunto de los casos atendidos, para confor-

mar indicadores del perfil del usuario.

- Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.
- Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.
- Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida, para así proponer alternativas de acción.
- Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.
- Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.
- Teorizar sobre las formas de intervención específica de Trabajo Social. (63)

El Trabajador Social debe de estar consciente de que si la salud está ligada a la organización, socioeconómica del país, la prestación de servicios de salud por sí misma no llega en forma directa a la mayoría de la población, aunque nunca será suficiente, para la comunidad alcanzar niveles satisfactorios de la salud, sino se dan transformaciones sociales importantes para mejorar la economía, la educación, la alimentación, la vivienda, etc.

Es por ésto que la finalidad de la investigación es la de orientar en la prevención a los pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica y sus familiares, para que logren sa- - - -
(63) *ibid.* TERAN TRILLO, Margarita Lic. p. 59

tisfacer los mínimos de bienestar y así mejorar su calidad de vida y a la vez sean transmitidos sus conocimientos a otros miembros o personas que lo rodean.

6.2 MODIFICACIONES AL PROGRAMA DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PERTENECIENTE AL CENTRO MEDICO "LA RAZA".

Justificación:

El Trabajador Social en su práctica profesional interviene en un sin número de problemas socioeconómicos como: pobreza, desempleo, mendicidad, impedimentos físicos y mentales, ancianidad, migración, accidentes en el trabajo, salarios inadecuados vivienda, problemas de conducta, etc.

El principio básico alrededor del cual ha girado la práctica profesional del Trabajador Social es; lograr el desenvolvimiento normal de los individuos desarrollando al máximo, las capacidades innatas del hombre con el propósito de hacerlos útiles así mismos y a la sociedad.

El Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades, del Centro Médico "La Raza", en coordinación con el departamento de Trabajo Social, ha encaminado sus acciones a la importancia de orientar a pacientes isquémicos hospitalizados en esta unidad, así como a sus familiares para brindarles el apoyo del equipo multidisciplinario de salud, que está integrado, por los siguientes profesionales: Médico Cardiólogo, Dietista, Psiquiatra y Trabajador Social, los cuales consideran al paciente y a

la familia como la unidad de atención médico-social-integral.

Ahora bien en el área de la salud el Trabajador Social es un integrante del equipo multidisciplinario de salud, en el -- que interviene en la investigación, análisis y el dar posibles soluciones a los problemas que provocan la enfermedad, en tanto que su objeto de intervención en forma científica y práctica son las demandas de un sujeto; individual, grupal o colectivo, ante una necesidad en este caso provocada por la pérdida de la salud, lo que permitirá que la acción del Trabajador Social este encaminada a que el sujeto logre y responda a su tratamiento y restauración de la misma.

El Trabajador Social en el Servicio de Cardiología de dicho hospital, aplica sus métodos, técnicas e instrumentos, así como el proceso de investigación científica con el fin de investigar, conocer y tratar los factores sociales, económicos y laborales que contribuyen al desencadenamiento de un infarto al miocardio, además de intervenir en la conservación y prevención de la salud mediante programas específicos.

Por lo tanto se realizó una encuesta a pacientes que asistieron a las pláticas del programa del servicio, los cuales -- pertenecen al grupo (control) Miocardio A.C., con la finalidad de demostrar la funcionalidad de dicho programa y a su vez proponer modificaciones favorables al mismo. (Ver anexo l.o. 2)

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes respondieron saber la causa principal de su internamiento y el nom--

bre de su enfermedad, así como la clasificación de los factores de riesgo que les afectaron en comparación con la muestra universo, donde se obtuvo que el 54% aceptan su responsabilidad en la enfermedad, mientras que el 46% considera que hubo otros culpables, lo cual no quiere decir que todos conozcan los factores de riesgo que contribuyen a la aparición del padecimiento isquémico, así mismo en ésta se detectó que la mayor parte de los pacientes investigados son fumadores, tienen características de la conducta tipo "A", están en un constante estrés emocional, -laboral, fatiga, etc., ya que solo el 13% de los pacientes y 7% en los familiares atribuyen su padecimiento a uno de los varios factores de riesgo que tienen.

Por lo que el programa está encaminado al paciente con Cardiopatía Isquémica, entendiéndose como "la enfermedad del corazón por falta de oxígeno", y sus familiares. Como ya se mencionó anteriormente, al ingresar al servicio el paciente se encuentra en una constante desesperación y angustia por el simple hecho de estar inmóvil y por tener las características de la conducta tipo "A", no obstante, en ellos y en sus familiares surgen dudas sobre su padecimiento lo cual repercute en su estado emocional por sentirse inseguro de sus situaciones futuras, lo que va a contribuir a su falta de adaptación y tal vez a abandonar su tratamiento y/o rechazar el tratamiento quirúrgico, esto contribuirá para que sufra una nueva recaída o aplazamiento de incapacidades, pensiones prematuras, etc. lo que puede ocasionar

desequilibrio en la dinámica familiar.

En lo que respecta a la modificación del programa que se está llevando a cabo en el hospital el 40%, de los encuestados contestó que estaban de acuerdo con él y el 60% proponen cambios como ampliar y modificar sus pláticas, dar más promoción y auge al programa así como al grupo y actualizar el material didáctico de los ponentes.

En base a lo anterior y a los datos proporcionados por la Trabajadora Social titular del servicio, se obtuvo que ingresaron 1002 pacientes con Cardiopatía Isquémica en 1989, representando el 100% de los cuales el 69%, fueron candidatos idóneos a participar en el programa y el grupo de control, por encontrarse entre las personas que responden a las características señaladas en la muestra, pero sólo el 41% de éstos asistieron, lo que se debe en gran parte a la poca PROMOCION que se da al programa en el servicio, además de que no se hace sentir a los familiares y pacientes la importancia de éste, por lo que se proponen algunas modificaciones en el aspecto antes mencionado.

Como objetivos generales para dicho programa se proponen los siguientes:

- Incrementar la participación de los pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica y sus familiares al programa de "Orientación a pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica y sus familiares, sobre la prevención primaria y secundaria de este padecimiento y de la rehabilitación biopsicosocial".

- Detección, canalización y seguimiento de casos de pacientes isquémicos con problemas de índole familiar, laboral, etc.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Sensibilizar y concientizar a la población atendida sobre los daños que provocan los factores de riesgo coronario y el índice de mortalidad por el daño de éstos.
- Motivar e integrar en el grupo (control) Miocardio, A.C. a los pacientes isquémicos y familiares para lograr la prevención, educación y control de la patología presentada.

METAS:

- Formación de un grupo cada 15 días, con duración de ocho horas, distribuidas en 5 sesiones.
- Integración de un 95% de pacientes isquémicos y sus familiares al programa con una deserción del 5%.
- Integración del paciente isquémico y familiares al grupo (control) Miocardio, A.C., en un 80% con una deserción del 15%.

ORGANIZACION:

El programa estará bajo la dirección del Jefe del Servicio de Cardiología, cabe aclarar que la coordinación del mismo estará a cargo de la Trabajadora Social titular del piso, con el apoyo del equipo multidisciplinario de salud, con acción interdisciplinaria, el cual está integrado por: Médico Cardiólogo,

Psiquiatra, Dietista y Trabajadora Social.

RECURSOS HUMANOS:

- Lo constituirán el equipo multidisciplinario de salud, - del Servicio de Cardiología, pasantes de Trabajo Social, (UNAM, técnicos) y población derechohabiente.

RECURSOS INSTITUCIONALES:

- Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades perteneciente al Centro Médico "La Raza".
- Grupo (control) Miocardio, A.C.

RECURSOS MATERIALES:

- Los que proporcione la institución.

ACTIVIDADES:

Las actividades del equipo de salud, deben ser acordes con la filosofía del IMSS, de dar atención integral a la salud, considerando al paciente y a la familia, como unidad de atención médico-social-integral, con respecto a esto, se debe dar más -- promoción y participación, lo cual estará a cargo del Trabajador Social, siendo sus actividades las siguientes en los puntos referidos.

ACTIVIDADES DE LA TRABAJADORA SOCIAL TITULAR DE PISO, EN LA PROMOCION CON APOYO ADMINISTRATIVO:

- Coordinación con la Trabajadora Social de la Unidad Coronaria y de Terapia Intensiva de dicho hospital, se realizará la sensibilización a los pacientes idoneos a participar en el programa.

- Revisar los expedientes clínicos con la finalidad de detectar pacientes isquémicos de nuevo ingreso.
- Aplicación del cuestionario de Pre y Post medición a los pacientes isquémicos.
- Realizar entrevistas a pacientes y familiares para sensibilizarlos a que asistan a las pláticas del programa.
- Reafirmar la invitación, proporcionándoles el calendario de las sesiones quincenales y a la vez, la propaganda -- del grupo (control) Miocardio, A.C. (Ver anexos No. 1,2)

METODOLOGIA:

Dentro del programa se procederá a sensibilizar, concientizar, educar y motivar a la población afectada, sobre las causas de la patología y los factores de riesgo con que cuentan para que sufrieran un infarto, conjuntamente con su familia, así como los problemas colaterales que genera este padecimiento, -- tal es el caso del desequilibrio económico, laboral y familiar.

Una vez sensibilizada la población, se procederá a organizar al grupo para las pláticas del programa y así tomen conciencia de su padecimiento para saber lo relacionado con ella, propiciando con esto, educación para la salud, la cual debe obedecer en cierta forma a efectuar las cosas de una manera organizada a modo de sistema, a que la habilidad del Trabajador Social y la percepción que tenga de las diferentes situaciones y personas, supere los obstáculos que se interpongan y así logre las modificaciones de hábitos y actitudes en los pacientes y familiares, con ésto motivarlos a que se integran al grupo (control)

Miocardio, A.C., para continuar con la restauración de su salud y así ser ellos mismos monitores de los daños que provoca no modificar sus hábitos y los factores de riesgo contribuyentes, -- tanto para él, como para su familia.

En lo que respecta a la metodología de grupos, se pretende tener una proximidad más real con la población asistente, que permita identificar casos concretos que requieran una atención y tratamiento específico, se empleará el seguimiento de casos, lo que implicará dedicar más tiempo para realizar la entrevista -- inicial, visitas domiciliarias y/o localizaciones telefónicas.

Como los resultados obtenidos y los procesos emprendidos -- en las estrategias metodológicas del grupo y casos, se buscará, siempre tener una supervisión directa y una evaluación permanente para llevar la línea marcada y lograr los objetivos y actividades que se presenten, para realizar una sistematización que permita al Trabajador Social tener mayor claridad, de qué procesos teóricos y técnicos de participación dieron mejores resultados y cuales fueron las fallas que se presentaron, a fin de corregir y reforzar los aciertos.

EVALUACION DE LA PROPUESTA:

Al llevar a cabo la evaluación ésta, debe hacerse mensualmente la cual permitirá, la valorización de los métodos, técnicas e instrumentos utilizados, con la finalidad de hacer las modificaciones o innovaciones que la realidad requiera. Dicha evaluación deberá ser efectuada con ayuda de instrumentos elabora-

dos por la coordinación del Trabajador Social y colaboración - del equipo de salud, para considerar además de la cantidad, la calidad de las acciones en forma concreta.

CONCLUSIONES:

De lo anteriormente expuesto podemos concluir lo siguiente:

- El Infarto al Miocardio es más peligroso en el hombre - que en la mujer, especialmente en los varones de 30 años de edad en adelante; lo que en las mujeres es después de la menopáusia.
- Los factores tradicionalmente reconocidos como factores de riesgo coronarios (la vida sedentaria, la obesidad, - el tabaquismo y la hipercolesterolemia), parecen ser más bien parte de la conducta tipo "A", condicionada por la vida agitada, y de grandes tensiones.
- La muestra universo manifestó contar con las características de la conducta tipo "A" ésto no significa que sean neuróticos, tengan obsesión o fobia, étc., más bien se - considera socialmente aceptable, ésta actitud frente a - la vida. Este tipo de conducta no es congénita, o heredi- taria sino se adquiere con el tiempo en una sociedad en la que la competencia, la ambición desmedida, la agresividad y la idea de que el tiempo es oro, les ocasionan - grandes tensiones emocionales lo que representa uno de - los principales factores de riesgo coronario.
- Se establece que la hipótesis inicial se comprobó en la - investigación realizada.
- De los resultados obtenidos se concluye que entre los --

factores de ansiedad y angustia, que existían en los pacientes antes del infarto, sobresalieron los sociales, -- trabajo bajo presión, estrés laboral, los problemas familiares, económicos, aunado a éstos los factores predisponentes, como la edad, sexo y herencia.

- El Infarto al Miocardio no es una enfermedad específica, de alguna clase social o presión.
- La familia constituye una base importante, para la continuación de su tratamiento y la restauración, de su padecimiento.
- La familia representa un factor importante, para contrarrestar el hábito de fumar en el paciente ya que la mayoría de la muestra universo son fumadores.
- La prevención de la Cardiopatía Isquémica lo deben hacer los padres, con sus hijos, desde edades más tempranas, -- con el ejemplo y la información debida, acerca de los perjuicios que provocan los factores de riesgo contribuyentes.
- A partir de esta investigación el Trabajador Social, contribuirá para comprender el problema y dar alternativas de solución ya que uno de sus objetivos es lograr el desarrollo integral del hombre.
- La demanda de atención integral por parte de los pacientes de la zona metropolitana y foráneos, se observa en -- problemas específicos de origen, económico, familiar, social, laboral, sexual y emocional, etc., los cuales se --

identificaron en el transcurso de la investigación y requieren de un manejo especial, en este caso le compete al profesional de Trabajo Social.

- A partir de esta investigación el Trabajador Social, contribuirá para comprender el problema y dar alternativas de solución ya que uno de sus objetivos es lograr el desarrollo integral del hombre.
- A partir de éste análisis, el programa requiere de una mayor promoción y difusión dentro y fuera del servicio, por lo que se hicieron algunas aportaciones al respecto. Otra observación es que el Trabajador Social titular del piso debe organizar sus temas y tiempo tanto para él, como del equipo multidisciplinario de salud, para una mayor funcionalidad del mismo.
- Es necesario que se continúe con la investigación para que sean más completos y precisos los resultados, para determinar con mayor seguridad la relación que existe entre los problemas sociales, laborales y económicos, con la Cardiopatía Isquémica y así conocer las repercusiones de éste en la dinámica familiar del paciente.

SUGERENCIAS:

- Es de importancia el desarrollo del programa en el Servicio de Cardiología, para que a los pacientes y familias de nuevo ingreso les permita conocer la evolución de su enfermedad, la influencia de los tratamientos y las alternativas de curación, rehabilitación, para el mejoramiento de su calidad de vida.
- Es necesario que el programa ya mencionado, sea promovido en el 1o. y 2o. nivel de atención médica por personal capacitado, para la prevención de la población derechante biente lo que propiciaría un ahorro para la institución, ya que resulta más barato prevenir que curar y rehabilitar.
- Para que exista una mejor funcionalidad del programa se requiere que haya un incremento en el personal de Trabajo Social, en el servicio de Cardiología.
- En las funciones del Trabajador Social, dentro de la institución se ha dirigido a la atención de actividades administrativas; sin embargo, éstas deben ser desempeñadas en gran parte por el personal auxiliar (Asistente Médico Social), quedando como principales tareas de atención individuales, grupales y colectivas al profesional de Trabajo Social.
- Los enfermos de nuevo ingreso que sufren la patología es

estudiada al igual que sus familiares, ignoran la naturaleza de la misma y lo atribuyen a múltiples causas sin fundamento, aterrados por la idea de que un Infarto al Miocardio, es signo inminente de muerte, lo que provoca, alteraciones conflictivas en la dinámica familiar, por lo que se requiere que el Trabajador Social tenga los conocimientos, de cómo inicia este padecimiento y sus consecuencias para poder orientarlos, sobre la problemática o situaciones que presentan.

- Que el Trabajador Social conozca ampliamente y ponga en práctica su perfil en el área de la salud, para cumplir eficazmente con la labor encomendada.
- Que el Trabajador Social aporte conocimientos socioeconómicos en relación a la salud, para poder hacer cambios en la legislación y en las políticas sociales en beneficio de la salud.
- El equipo de salud, debe de establecer y mantener una estrecha comunicación y coordinación, con el fin de que pueda garantizar el logro de los objetivos comunes y brindar la atención de mayor calidad al paciente así como a su familia.
- Que el equipo multidisciplinario de salud, identifique los momentos oportunos para llevar a cabo la preparación del paciente y familiar en el área Psicosocial para continuar con su tratamiento y si es necesario llevar el control para el seguimiento del caso a mediano y largo plazo.

- Prevenir a los niños y adolescentes sobre los perjuicios en su desarrollo que trae consigo el hábito de fumar, ésto puede hacerse por medio de la familia y/o por los centros o instituciones encargadas de la salud.
- Orientar a la familia para que esta trate de dar solución a la problemática que está afectando a la salud del paciente.
- Es necesario que se continúe, por los colegas de Trabajo Social, la investigación a largo plazo, para que sean más completos y precisos los resultados, que determinen con mayor seguridad la relación que existe entre los problemas sociales, laborales y económicos con la Cardiopatía Isquémica y así conocer las repercusiones de este padecimiento en la dinámica familiar del paciente. También comprobar la funcionalidad del programa y del grupo (control) Miocardio, A.C., para mejorar su calidad de vida.
- En la participación del Trabajador Social en la sesión que le corresponde dentro del programa, es necesaria la organización de sus temas y tiempos para que el contenido informativo, y formativo que les es transmitido a la población participante, les sea de utilidad.
- Evaluar y modificar periódicamente el programa a fin de actualizarlo constantemente para una mejor funcionalidad.

BIBLIOGRAFIA:

Ander-Egg, Ezequiel
"Diccionario del Trabajador Social",
Ed. El Ateneo, S.A.,
México, 1982

Ander-Egg, Ezequiel
"Metodología del Trabajador Social",
Ed. El Ateneo, S.A.,
México, 1985

Ander-Egg, Ezequiel
"Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad",
Ed. El Ateneo, S.A.,
México, 1982

Baena Paz, Guillermina
"Instrumentos de la investigación",
Ed. Mexicanos Unidos, S.A.,
México, 1984

Barquín C., Manuel Dr.
"Historia de la medicina su problemática actual",
Ed. Medicina,
México, 1975

Berman Daniel M.,
"Muerte en el trabajo",
Ed. Siglo XXI,
México, 1971

Castaño Asmitia, Darvelio A.,
"Crisis y desarrollo de las organizaciones",
Ed. UNAM,
Ciudad Universitaria, 1984

Cardenas de la Peña, Enrique
"Servicios médicos del IMSS, doctrina e historia",
Ed. IMSS
México, 1973

"Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos",
Ed. Porrúa Hermanos, S.A.,
México, D.F., 1989,

Chavés Rivera, Ignacio Dr.
"Cardiopatía coronaria e isquemia miocárdica",
Ed. Interamericana,
México, 1989

Chelminsky, Enrique Dr.,
"¿Cómo evitar un ataque cardíaco?",
Ed. Pax
México, 1988

Friedberg, C.K.,
"Enfermedades del corazón",
8a. ed.
Ed. Interamericana, 1979.

Gallardo Clark Ma. Angelica,
"Metodología básica del Trabajador Social",
Ed. Facultad de Trabajo Social,
UANL, 1972

Gomezjara Nicolás Pérez R., Francisco
"El diseño de la investigación social",
Ed. Distribuciones Fontanera, S.A.,
México, D.F., 1984,

Howard G., Warren
"Diccionario de Psicología",
13o. ed.
Ed. Fondo de cultura económica,
México, 1981

Mendoza Rangel, Ma. del Carmen
"Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales",
Ed. ATSMAC,
México, 1982

Keyer, Friedman,
"Conducta tipo "A" y su corazón",
Ed. Grijalvo, S.A.,
Barcelona España 1976

Micheli, Alfredo de Dr.
"Los inicios de la Cardiología en los albores de la Academia
Nacional de Medicina",
Ed. Piensa, S.A. de C.V.,

Moreno Fadilla, Javier
"Ley Federal del Seguro Social",
Ed. Trillas, Mexico 1987,

Morris Fishbein M.D.
"Encilopedia familiar de la medicina y la salud",
Ed. H.S. Stuttman Co.
New York, USA.

Rojas Soriano, Raúl
"Guía para realizar investigaciones sociales",
Ed. UNAM,
México, D.F., 1982

Ross, Walter S.,
"Cómo dejar de fumar definitivamente",
Ed. Científico-Médica,
Barcelona, España 1987,

Sánchez Rosado, Manuel
"Elementos de Salud Pública",
Ed. Francisco Méndez Cervantes,
México, D.F., 1983

Secretaría del Trabajo y Prevención Social,
"Ley Federal del Trabajo",
7a. ed.,
México, 1988

Solis San Vicente, Silvia

" Los Fundamentos de la Planeación en México y los Programas -
Sociales (1982-1989),
Ed. ENTS

S.P.P.

" La Población de México, su ocupación y sus niveles de bien-
estar ",
México, 1979

REVISTAS Y DOCUMENTOS:

Amodaca Rangel Ma. de Lourdes, Análisis del Ejercicio Profesio-
nal del Trabajo Social en el Sector Salud, Cuaderno No. 9 de la
Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM, México 1983,

Cardiopatía relacionada con el Trabajo IMSS, Sub-Dirección - -
General Médica; Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo;
Conferencia Internacional del Trabajo, Revista No. 36

Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social,
Ed. INEGI, México 1986, Cuaderno No. 6

Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, Revista de
la Universidad Nacional Autónoma de México, No. 16 (octubre-
diciembre 1983).

Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, Revista de
la Universidad Nacional Autónoma de México No. 18 (abril-junio
1989).

Trabajo Social, Escuela Nacional de Trabajo Social, Revista de
la Universidad Nacional Autónoma de México No. 37 (enero-feb-
ro- marzo, 1989).

Documento: " El Rol del Trabajador Social en Salud Pública,
S.S.A. México, 1978.

FUENTES DIRECTAS :

Alvarado Molina, Mauro Dr.
Médico-Cardiólogo del Servicio de Cardiología
Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", IMSS

Arroyo Salinas, Olga L.
Trabajadora Social Titular del Servicio de Cardiología
Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", IMSS

Badui C., Elias Dr.
Jefe del Departamento de Cardiología
Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", IMSS

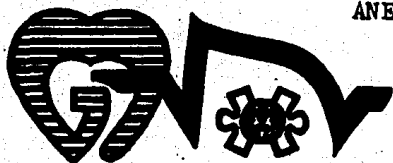
Galicia Correa, Carmen T.S.
Sub-Jefe del Departamento de Trabajo Social
Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", IMSS

Gaona Tito, Guadalupe
Jefe de Piso de Enfermería del Servicio de Cardiología
Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", IMSS

Moran Lira, Silvia
Distista del Servicio de Cardiología
Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza", IMSS

ANEXOS .

ANEXO No. 1



GRUPO MIOCARDIO AC.

REHABILITACION Y PREVENCIÓN ISQUEMICA

Padecimientos Cardio-Isquémicos.

INVITA A UD A LRS

JUNTAS GENERALES: SABADOS 11.00 A.M.

Escuela de Enfermería y Obstetricia del I.P.N.

Av. Plan de Ayala y Prolongación de Carpio
Col. Santo Tomás México, D. F.



DEL. GUANAJUATO
5 47 82 68

ECHEGARAY EDMEX
3 73 33 10

AZCAPOTZALCO
3 99 42 64

PROGRESO NACIONAL
3 92 35 65

COACALCO EDMEX
8 74 01 94

GUSTAVO A MADERO
5 51 60 10

NAUCALPAN EDMEX
5 72 67 28

GUSTAVO A MADERO
5 51 26 00

TLANEPANTLA EDMEX
3 91 61 35

ALVARO OBREGON
5 77 33 10



Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades C.M. La Raza
TRABAJO SOCIAL MEDICO



PROGRAMA DE ORIENTACION PARA LA REHABILITACION DEL PACIENTE CORONARIO Y DE SU FAMILIA

Se trata de un programa enfocado a la ayuda para la rehabilitación de los enfermos, y de sus familiares, basado en la orientación sobre su padecimiento.

El conocimiento de todos los aspectos y detalles, le harán tomar una actitud positiva y natural sobre su enfermedad.

Existen 5 puntos básicos que le ayudarán a colaborar mejor en su tratamiento y estos son:

- 1) Conocimiento de su enfermedad.
- 2) Aceptación.
- 3) Participación activa en su tratamiento.
- 4) Actitud positiva.
- 5) Enseñanza a los demás.

El programa se integra de 4 sesiones que se llevan a cabo en el aula del 8º piso de las de la mañana a las hrs. del día.

CALENDARIO

LUNES.....
MARTES.....
MIÉRCOLES.....
JUEVES.....
VIERNES.....

**** TODO DEPENDE DE TI; EL MEDICO, TUS FAMILIARES Y AMIGOS PUEDEN AYUDARTE, PERO EL RESULTADO FINAL, DEPENDE SOLO Y NADA MAS DE TI ****

REQUISITO: Ser puntual y asistir a todas sus reuniones.

INFORMES: Con la Trabajadora Social del 8º piso.

A T E N T A M E N T E

**EQUIPO DE SALUD.
MEDICOS, ENFERMERAS, DIETISTA Y
TRABAJADORA SOCIAL.**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

AL CURSO DEBERA ASISTIR AUNQUE YA NO ESTE INTERNADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ENCUESTA A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INFARTO O ANGINA DE PECHO PARA ESTABLECER LAS MODIFICACIONES DEL PROGRAMA DE 1990.

Nombre : _____ Cédula : _____

Teléfono : _____ Fecha : _____

MACAR CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA :

- 1.- Asistió a las pláticas que se imparten en el SERVICIO DE CARDIOLOGIA? SI () NO ()
- 2.- Rabe usted porqué lo internaron ? SI () NO ()
- 3.- Conoce el nombre de su enfermedad ? SI () NO ()
- 4.- La causa principal para que usted se enfermó fue ? _____
- 5.- Usted considera de utilidad conocer su enfermedad ? SI () NO ()
Porqué ? _____
- 6.- Esta enfermedad es curable ? SI () NO ()
- 7.- Piensa usted que su enfermedad vaya a provocar problemas con su familia ? SI () NO () Porqué ? _____
- 8.- Qué le pasa a su corazón ? _____
- 9.- Usted que actividad física considera que podrá tener ahora ? _____
- 10.- Su familia que le ha dicho sobre su conducta futura ? _____
- 11.- Su alimentación deberá ser diferente a la de su familia? SI () NO ()
Porqué ? _____
- 12.- Mencione tres alimentos que NO SEAN CONVENIENTES que coma y porqué?
- 13.- Haga usted el aspecto más importante en este momento cuál sería ?
su familia (), su trabajo (), sus hijos (), el afecto (), la salud ()
otro _____
- 14.- Para usted qué es el corazón ? _____
- 15.- Conoce usted qué es la CONDUCTA TIPO "A" ? SI () NO () Defínala ? _____
- 16.- Usted piensa que después de su INFARTO su familia deberá cambiar de actitud? SI () NO () Porqué ? _____
- 17.- Cuál de las siguientes causas que a continuación se mencionan NO FUERON que vez con su enfermedad ? La falta de ejercicio (), el estrés (), Tabaquismo (), alcoholismo (), su tipo de alimentación () y su edad (), su sexo (), la presión alta (), diabetes (), obesidad ()
- 18.- Considere usted que puede reanudar su vida sexual ? SI () NO ()
Cuándo ? _____
- 19.- Cree usted que su enfermedad representa un obstáculo para poder reanudar su vida sexual? SI () NO () Porqué ? _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

- 20.- Esta enfermedad la puede padecer alguno de sus hijos o hermanos ?
SI () NO () Porqué ? _____
- 21.- A usted le interesaría conocer como prevenir una recaída y la presencia de esta enfermedad en sus familiares? SI () NO () Porqué ? _____
- 22.- Qué le gustaría aprender sobre su enfermedad ? _____
- 23.-Cuál de las siguientes causas, que a continuación se mencionan conl^ldeja usted que fué el motivo de su enfermedad?
a) Falta de ejercicio () f) Alcohólicismo ()
b) Exceso de ejercicio () g) Problemas familiares ()
c) Stress emocional () h) Problemas laborales ()
d) Tabaquismo () i) Hábitos alimenticios ()
e) Otros : _____
- 24.- Usted considera de utilidad integral a este Grupo Control ? SI ()
NO () Porqué ? _____
- 25.- Qué le gustaría que se hiciera en este Grupo ? _____
- 26.- Qué problemas tiene para asistir ? _____
- 27.- Le ha sido de beneficio asistir al Grupo Control ? SI () NO () Cómo? _____
- 28.- Cree que se deba modificar el Programa que se esta llevando en el Hospital ? SI () NO () Cómo ? _____
- 29.- Qué temas le parecerían más adecuados en vez de ? _____
- 30.- Cree que se deba modificar el Programa del Grupo Control que se esta llevando? SI () NO () Cómo ? _____
- 31.- Le agrada el ambiente que existe en el Grupo? SI () NO () Porqué ? _____
- 32.- Qué utilidad ha encontrado en el Grupo ? _____
- 33.- Qué otras actividades le gustaría que se realizarán dentro del Grupo? _____
- 34.- Los temas que se tratan son de interés ? SI () NO () Porqué ? _____
- 35.- Qué temas le parecen repetitivos ? _____
- 36.- Qué temas le gustaría que se incluyeran ? _____
- 37.- Asistio al grupo de ORIENTACION de algún HOSPITAL ? SI () NO () Cuál? _____
- 38.- Le parecieron de interés los temas que se trataron ? SI () NO () Como cuáles ? _____
- 39.- Qué problemas tuvo para trasladarse a las sesiones del HOSPITAL ? _____

"GRACIAS POR SU COLABORACION "
TRABAJO SOCIAL.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.R.

TRABAJO MEDICO SOCIAL

CARDIOLOGIA.

**QUESTIONARIO A PACIENTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA CON EX. DE -
CARDIOPATIA ISQUEMICA.**

Nombre del paciente: _____ Cédula: _____
 Estado Civil: _____ Domicilio: _____
 U.M.F. _____ Tipo de Seguro: _____ Edad: _____ Sexo _____
 Teléfono de localización: _____
 Empresa: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Horario: _____ Escolaridad: _____

I.- AREA FAMILIAR :

1.1 Número de personas que integran la familia (sin contar al pac.)

- a) 1 persona
- b) 2 - 4
- c) 5 - 7
- d) 8 a más

1.2.- Rol del paciente :

- a) Padre o madre proveedor
- b) Padre o madre contribuyente
- c) Padre o madre dependiente
- d) otro. _____

1.3.- Rol social del paciente:

- a) Líder
- b) Liderazgo del paciente compartido
- c) Dependiente
- d) Otro: Y _____

1.4.- ¿Cómo lo(s) trata a ustedes ?

- a) Con indiferencia, rechazo, menosprecio
- b) Sobreprotección
- c) Agresivamente
- d) Aceptación
- e) Perfeccionista
- f) Chantaje
- g) Otro: _____

PACIENTE: _____
 FAMILIAR: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

1.5.- ¿ Se han presentado pérdidas de seres queridos? SI() NO ()

' QUIENES

'MOTIVO

- | | | |
|----------------|---|----------------|
| a) Cónyuge | a) Separación Positiva(casamiento,cambio de residen | |
| b) Padres | b) Divorcio | cia). |
| c) Hijos | *) Abandono | A QUIEN: _____ |
| d) Hermanos | c) Muerte | MOTIVO : _____ |
| e) Amigos | | |
| f) Otros _____ | | |

1.6.- ¿ COMO Califica el carácter de su (Paciente)(Familia)?

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------|
| a) Agresivo | g) Es violento | PACIENTE: _____ |
| b) Hostil | h) Optimista | |
| c) Intransigente | i) Se deprime con facilidad | |
| d) Intranquilo | j) Tranquilo | FAMILIA : _____ |
| e) Metódico | k) Indiferente | |
| f) Perfeccionista | l) Manipulador | |

1.7.- ¿ Tipo de familia ?

- | | |
|--------------|-----|
| a) Nuclear | { } |
| b) Extensa | { } |
| c) Compuesta | { } |

1.8.- ¿ Tenía actividad sexual antes del Infarto? SI() NO ()

¿ Con qué frecuencia ?

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| a) 3 veces por semana { } | d) cada 15 días { } |
| b) 2 veces por semana { } | e) Una vez al mes { } |
| c) 1 vez por semana { } | f) cada 3 meses { } |

1.9.- ¿ Con cuántas parejas cuenta y que tipo de compromiso tiene con ellas ? 1) Moral 2) Económico 3) Social.

- | | | |
|-----------------|---------------|---------------------------|
| a) Cónyuge | <u>INICIO</u> | <u>TIPO DE COMPROMISO</u> |
| b) Concubina | | |
| c) Ninguno | _____ | _____ |
| d) Otros: _____ | | |

1.10.- ¿ Acostumbra usted tener aventuras amorosas ? SI () NO ()

¿ Con qué frecuencia ? ()

- | |
|---------------------|
| a) 1 vez por semana |
| b) 1 vez al mes |
| c) Otros: _____ |

II .- AREA ECONOMICA Y LABORAL :

2.1 .- ¿ Con cuántos trabajos cuenta?

- a) 1 trabajo ()
- b) 2 trabajos
- c) 3 ó más trabajos

2.2 .- ¿ Su jornada de trabajo de cuantas horas es ?

- a) 6-8 horas INCISO TOTAL HORAS POR SEMANA
- b) 09-11 " _____
- c) 12-14 " _____
- d) 15-17 " _____
- e) 18 a m-ás

2.3 .- ¿ Qué tiempo toma para sus alimentos ?

- a) 15 minutos ()
- b) 30 minutos
- c) 1 hora
- d) 1,30 horas
- e) 2 horas

2.4 .- ¿ Durante la semana cuantos días descansa ?

- a) 1 día ()
- b) 2 días
- c) 3 días
- d) No toma descanso
- e) Otros: _____

2.5 .- ¿ Cada cuándo sale de vacaciones ?

- a) Cada 6 meses ()
- b) Cada año
- c) Cada dos años
- d) Cada tres años
- e) No sale
- f) Otros: _____

2.6 .- ¿ Usted en su trabajo se siente con ?

- a) Mayor responsabilidad ()
- b) Estrés laboral
- c) Problemas con los compañeros de trabajo
- d) Presión del jefe inmediato superior
- e) Temor al despido
- f) Fatigado
- g) Otros: _____

2.7 .- ¿ Cuántas personas dependen económicamente de usted y sus ingresos económicos son suficientes para cubrir sus necesidades? SI () NO ()

- a) 1 a 2 personas c) 5 a 6 personas Insuficiente ()
- b) 3 a 4 personas d) 7 a más Suficiente ()

2.8.- ¿ Qué transporte utiliza para su traslado a su trabajo ?

- a) Transporte particular ()
- b) Ruta 100
- c) Colectivo o pesera
- d) Metro
- e) Foráneo
- f) Trolebus
- g) a pie
- h) Ninguno
- i) Otro: _____

2.9.- ¿ Cuánto tiempo hace para trasladarse de ?

- a) Casa a 1er. trabajo () TOTAL HORAS
- b) 1ro. a casa
- c) de su 1er. trabajo al 2do. _____
- d) Del 2do. a casa
- e) Del 2do. al 3ro.
- f) Del 3ro. a casa

III.- AREA HABITAT :

3.1.- ¿ Localización de la vivienda ?

- a) Zona urbana ()
- b) Zona suburbana ()
- c) Zona Rural ()

3.2.- ¿ Características de la vivienda :

3.2.1 ¿ Qué tipo de vivienda tiene ?

- a) Casa sola
- b) Departamento
- c) Vecindad
- e) Otro: _____

3.2.2 ¿ Tenencia de la vivienda ?

- a) Propia ()
- b) Alquilada ()
- c) Prestada ()
- d) Otro: _____

3.3.- Distribución de la vivienda :

- a) Sala ()
- b) Comedor ()
- c) Cocina ()
- d) Baño ()
- e) No. de recámaras: _____

3.4.- ¿ Con qué servicios públicos cuenta ?

- a) Luz
- b) Agua
- c) Drenaje
- d) Mercado
- e) Correo
- f) Teléfono TODOS: _____
- g) Transporte
- h) Vigilancia FALTA: _____
- i) Centros deportivos
- j) Servicios bancarios
- k) Kinder
- l) Otros: _____

IV .- IDENTIFICACION DEL FACTOR DE RIESGO TABAQUISMO ?

4.1.- ¿ Fuma actualmente ? 'SI () NO ()

- a) 1 diario ()
- b) Menos de media cajetilla
- c) Media a una cajetilla
- d) 1 a 2 cajetillas
- e) Dejaron de fumar
- f) Otros: _____

4.2.- ¿ A qué edad empezó a fumar ? R : _____

4.3.- ¿ Recuerda usted cuantos cigarrillos comenzó a fumar?
R: _____

4.4.- ¿ Qué marca de cigarrillos fuma ?
R: _____

V .- TIEMPO LIBRE Y RECREACION :

5.1.- ¿ Qué actividades realiza durante su tiempo libre ?

- a) Reparaciones en su casa ()
- b) Lavar, componer el auto y arreglar el jardín
- c) Reparar el taxi
- d) Poner al corriente los pendientes de trabajo en casa
- e) Trabajos extras
- f) Tejer
- g) Descansar
- h) Caminar
- j) Nada
- k) Otros: _____

5.2.- ¿ Cuáles son sus diversiones más frecuentes ?

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| a) Practicar un deporte | g) Asistir a un deporte |
| b) Paseos | h) Teatro |
| c) Leer _____ | i) Radio |
| d) T.V. | j) Tocar la guitarra |
| e) Escribir. . . | k) Platicar con amigos |
| f) Cine | l) Otros: _____ |

5.2.1 ¿ Cada cuándo ?

- a) Diario ()
- b) Cada tercer día
- c) 2 veces por semana
- d) Cada semana
- e) Cada quincena
- f) Una vez al mes
- g) Otro: _____

5.3.- ¿Se reúne con su cónyuge e hijos para convivir ? *SI () NO ()

¿ Cada cuándo ?

- a) 8 días ()
- b) 15 días
- c) Cada mes
- d) No se reúne
- e) Otros: _____

5.4.- ¿ Practica algún deporte ? *SI () NO ()

ISOMETRICOS	TIEMPO	VECES X SEM.	COMPETITIVO		HORAS X SEM.
			SI	NO	
PESAS					
ARGOLLAS					
VARAS					
TENSION DINAMICA					
MANCUERNAS					
PARALELAS					
RESORTES					

ISTOTOMICOS	TIEMPO	V. x Sem	COMPETENCIA		DISTANCIA	HRS x S
			SI	NO		
CAMINATA						
TROTE						
NATAACION						
CARRERA						
BICICLATA						
AEROBICOS						
OTROS						

VI.v/ ASPECTOS ESPECIFICOS :

6.1.- ¿ Usted porqué cree que se infartó?

- a) Problemas familiares PACIENTE: _____
- b) Problemas laborales
- c) Problemas económicos FAMILIAR: _____
- d) Otros: _____

6.2 .- ¿ Usted a quién culpa de su enfermedad?

- a) A nadie: ()
- b) Destino
- c) A mí mismo PACIENTE: _____
- d) Su cónyuge
- e) Sus hijos
- f) Alimentación
- g) Discusiones con sus compañeros o empleados
- h) Patrón
- i) Gases tóxicos
- j) Otros: _____

6.2.1.- ¿ Usted a quién culpa de la enfermedad DE su paciente?

- a) A nadie
- b) Destino
- c) El mismo paciente
- d) su cónyuge FAMILIAR : _____
- e) Sus hijos
- f) Problemas económicos
- g) Su otra mujer
- h) Su familia
- i) Riesgo de trabajo
- j) Otros: _____

6.3 .- ¿ Considera que sería beneficioso cuidarse de una recaída ?

'SI () 'NO ()

' ¿ Cómo se cuidaría ? R: _____

- a) Tomar las situaciones con tranquilidad
- b) Abandonar los cigarrillos
- c) Consumir menos grasas
- d) Seguir las indicaciones del médico
- e) Tener sólo un trabajo
- f) Bajar de peso
- g) Permitir que las personas cercanas a usted tomen su responsabilidad,
- h) Controlar mi diabetes, hipertensión
- i) No sabe
- j) Otros: _____

'' ¿ Porqué ?

- a) No lo creo necesario
- b) No me interesa
- c) No le será posible

6.4.- ¿ Asistió a las pláticas del programa existente en el Servicio de Cardiología ?

SI (X)

NO ()

OBSERVACIONES :

NOMBRE :

FECHA :

TRABAJADOR SOCIAL MEDICO