

7
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LA PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL, EN LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE RENAL EN FASE TERMINAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO LA RAZA INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA:
CRUZ GONZALEZ MA. ELENA
DELGADO GODINEZ AIDA

ASESOR: LIC. T. S. SILVIA GALEANA DE LA O.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CIUDAD UNIVERSITARIA, MEXICO, D.F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAP. I Generalidades de la Insuficiencia Renal Crónica y sus diferentes tipos de tratamientos médicos.	
1.1 La Insuficiencia Renal Crónica	3
1.1.1 Anatomía y Fisiología del Aparato Urinario.	3
1.1.2 Concepto de la Insuficiencia Renal Crónica.	11
1.1.3 Causas que originan la Insuficiencia Renal Crónica.	13
1.1.4 Sintomatología de la Insuficiencia Renal Crónica.	15
1.2 Tipos de Tratamiento.	19
1.2.1 Tratamiento Dietético.	20
1.2.2 Tratamiento Médico.	24
1.2.3 Tratamiento Quirúrgico.	26
1.2.4 Diálisis Peritoneal Intermitente.	29
1.2.5 Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.	33
1.2.6 Hemodiálisis.	35
1.2.7 Trasplante Renal.	38

**CAP. II Aspectos Psicosociofamiliares y de orientación -
médica que afectan el tratamiento y rehabilita--
ción del Paciente con Insuficiencia Renal Cróni-
ca.**

2.1	Aspectos psicológicos del paciente con In- suficiencia Renal Crónica.	44
2.2	Aspectos sociales del paciente con Insufi- ciencia Renal Crónica.	49
2.3	Aspectos familiares del paciente con Insu- ficiencia Renal Crónica.	52
2.4	Aspectos de orientación médica del pacien- te con Insuficiencia Renal Crónica.	56

**CAP. III Hospital de Especialidades del Centro Médico La
Raza.**

3.1	Antecedentes históricos.	58
3.2	Objetivos del Hospital.	82
3.3	Estructura Orgánica.	86
3.4	Programas que desarrolla Trabajo Social - en los diferentes servicios proporciona-- dos por el Hospital de Especialidades, -- Centro Médico La Raza.	90

CAP. IV Trabajo Social Médico.

4.1	Trabajo Social en el área de la salud.	94
4.1.1	Antecedentes históricos del Trabajo So-- cial en el área de la salud.	94

4.1.2	Concepto de Trabajo Social en el área - de la salud.	100
4.1.3	Objetivos del Trabajo Social en el área de la salud.	101
4.1.4	Funciones del Trabajo Social en el área de la salud.	104
4.1.5	Elementos constitutivos de la Especificidad de Trabajo Social Médico.	109
4.2	Organización y funciones de Trabajo Social en el Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza, IMSS.	112
4.2.1	Concepto de Trabajo Social en el Hospital de Especialidades.	114
4.2.2	Objetivos.	115
4.2.3	Funciones.	117

Cap. V Planeación de la Investigación.

5.1	Planteamiento del problema.	119
5.2	Objetivo General.	121
5.3	Objetivos Específicos.	122
5.4	Hipótesis.	123
5.5	Tipo y nivel de la investigación.	124
5.6	Procedimiento metodológico.	125
5.7	Definición de variables.	126
5.8	Operacionalización de variables.	128
5.9	Instrumento utilizado.	132
5.10	Características generales de las unidades de estudio.	139

5.11.1	Análisis e interpretación de los datos. (Grupo de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis Peritoneal).	237
5.11.2	Análisis e interpretación de los datos. (Grupo de pacientes con Trasplante Renal de Consulta Externa).	353

Cap. VI Propuesta de un modelo de intervención de Trabajo Social en el Hospital de Especialidades - del Centro Médico La Raza perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de Nefrología.

6.1	Elementos constitutivos de la Especificidad de Trabajo Social con pacientes - de Insuficiencia Renal Crónica.	368
6.2	Programa de Intervención del Licenciado en Trabajo Social con pacientes de Insuficiencia Renal Crónica.	372
6.3	Estrategia metodológica de intervención a nivel de atención individualizada.	381
6.4	Estrategia metodológica de intervención a nivel grupo.	385
	Proyecto I.	390
	Proyecto II.	395
	Proyecto III.	400
	Proyecto V.	404

CONCLUSIONES 408

BIBLIOGRAFIA 413

**CAPITULO I.- GENERALIDADES DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
Y SUS DIFERENTES TRATAMIENTOS MEDICOS.**

INTRODUCCION

La presente investigación tiene como objetivo primordial, justificar la importancia de la participación del Licenciado en Trabajo Social en la problemática Psicosociofamiliar y de orientación médica de los pacientes con insuficiencia renal -- crónica; esta problemática se identificó en base a las necesidades presentadas por los enfermos.

Los motivos por los que la investigación fué orientada hacia ésta área de la salud, se debió fundamentalmente a que se tuvo contacto directo con la problemática que presentaban los enfermos renales.

Es importante señalar que no existen las acciones adecuadas y acordes de atención a la problemática que se presenta en éste tipo de enfermedad crónica.

De ahí la importancia por realizar esta investigación que pueda servir en lo posterior para abordar este tema con más -- profundidad en cada uno de sus aspectos mencionados con el fin de conocer ampliamente este ámbito y la incidencia que pueda tener el Licenciado en Trabajo Social al interior de las instituciones del área de la salud.

Es indispensable señalar que para conocer la problemática de los enfermos y sus factores que la determinan e influyen -- fue necesario abordarla desde una perspectiva teórico-práctica.

El aspecto teórico de esta investigación se desarrolló tomando en cuenta las características más importantes relativas a la necesidad psicosociofamiliar y de orientación médica de los pacientes con insuficiencia renal crónica que repercuten seriamente en su tratamiento integral.

1.1 LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

La Insuficiencia Renal Crónica es el resultado de un daño sostenido e irreversible de la destrucción progresiva del tejido renal. Se calcula que "de 50-60 personas por millón de habitantes llegan a la fase terminal de la Insuficiencia Renal - cada año en nuestro país, esto es casi 5000 insuficientes renales nuevos cada año" (1).

1.1.1 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO URINARIO.

El maravilloso y complejo mecanismo del cuerpo humano durante las 24 horas del día realiza actividades de trabajo celular, que producen materiales de desecho de diverso tipo como - son: gases como el bióxido de carbono; sales orgánicas como la urea, la creatinina y el amoníaco; sales inorgánicas como los cloruros; partículas sólidas como las materias fecales, sustancias que deben ser eliminadas para que el organismo no se da-- ñe. Por ello, el organismo debe expulsarlas al exterior me--

(1) Seminario de actualización en hemodiálisis y diálisis peritoneal. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", Noviembre 27, 28 y 29 de 1991, México D.F., pp. 3.

diante el proceso de excreción. Los órganos encargados de dicho proceso son los pulmones, el tubo digestivo, la piel y los riñones.

El Aparato Urinario está compuesto por los riñones y las Vías Urinarias, formadas por la pelvis, los ureteres, la vejiga y la uretra. (Fig. 1)

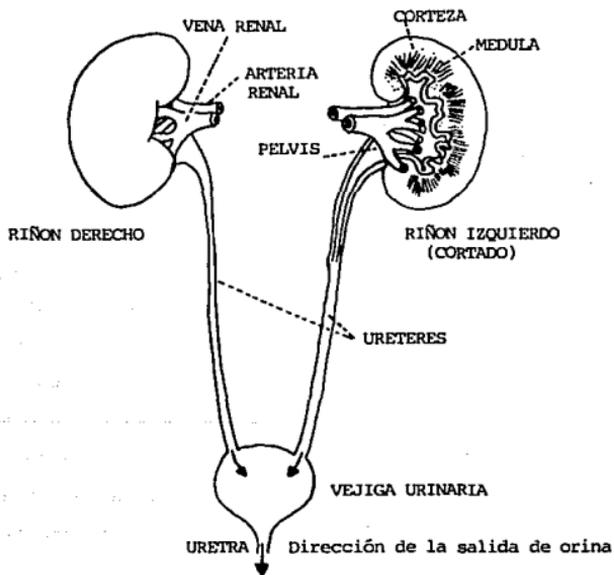


Fig. 1 Organización del Aparato Urinario.

Los riñones son órganos pares localizados en la región posterior de la cavidad abdominal y son extraperitoneales. Se encuentran situados a los lados de la columna vertebral a la altura de la 12a. vértebra dorsal a la 2a. lumbar, encontrándose se el derecho ligeramente más abajo que el izquierdo debido a la interposición del hígado. En el adulto los riñones miden aproximadamente de 11 a 12 cms. de largo; de 5 a 7.5 cms. de ancho y de 2.5 cms. de espesor. Su peso aproximado en el adulto masculino es de 125 a 170 grs. y de 115 a 155 grs. en el femenino. Son de color rojo vinoso y su forma se asemeja a la del frijol. La unidad anatómica y funcional del riñón es la Nefrona (Fig. 2) que es una estructura microscópica compuesta de dos partes: 1) el Glomérulo que es la porción de la nefrona encargada de la ultrafiltración del plasma y por la cual la sangre se filtra a razón de 420 ml por minuto por 100 grs. de tejido renal, y 2) un largo túbulo donde el líquido filtrado se convierte en orina cuando va circulando hasta la pelvis del riñón. La función básica de la nefrona es limpiar el plasma sanguíneo de sustancias tóxicas cuando la sangre atraviesa el riñón. Cada riñón humano contiene aproximadamente cerca de 1' 300,000 nefronas. La sangre llega a los riñones a través de las arterias renales y sale de ellos por medio de las venas renales.

Las Vías Urinarias o excretoras están compuestas por una serie de órganos por donde viaja la orina hasta la expulsión -

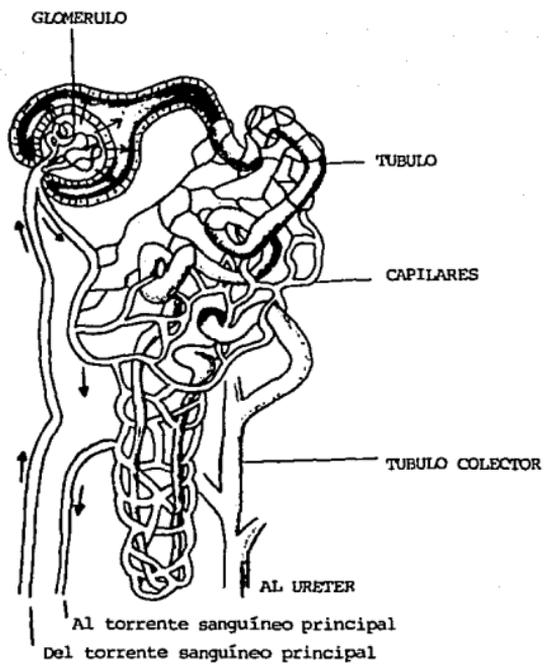


Fig. 2 Composición de la Nefrona.

del organismo:

- a) La Pelvis Renal es un reservorio de orina que resulta del ensanchamiento de los ureteros;
- b) Los ureteros son dos tubos flexibles que miden de 25 a 30 cms. con movimiento peristáltico, que se van adelgazando conforme van descendiendo presentando el aspecto de embudo y terminan en la vejiga;
- c) La Vejiga es un órgano muscular con apariencia de una bolsa la cual se expande de acuerdo a la cantidad de orina que se va depositando. Cuando se encuentra a toda su capacidad, los músculos que la conforman conducen la orina hacia la uretra.
- d) La Uretra es un tubo que se encuentra situado en la parte inferior de la vejiga y termina en el exterior del cuerpo. La uretra es larga en el hombre y corta en la mujer; en el sexo masculino mide de 16 a 19 cms. y de 4 a 6 cms. en el sexo femenino. Su función consiste en expulsar la orina a través de un orificio llamado meato urinario.

El riñón cumple diversas funciones, como son:

- a) Regulación de la cantidad de líquidos en el organismo: esta función la lleva a cabo mediante la expulsión de orina. En el cuerpo el nivel de agua se debe mantener equilibrado, para ello algunos centros del cerebro detectan la cantidad existente de líquido y elaboran la hormona Antidiurética que envía una señal al riñón para que aumente o disminuya la cantidad de líquido que debe ser eliminado. Un riñón con Insuficiencia -

Renal Crónica no responde adecuadamente a los mensajes emitidos por los centros cerebrales y producen una menor cantidad de orina, ocasionando la acumulación de líquido en el organismo presentándose elevación de la presión arterial, dolor de cabeza y de no atenderse oportunamente puede dañarse severamente los vasos sanguíneos.

b) Regulación del equilibrio electrolítico del organismo: se denomina electrólitos a diferentes sustancias necesarias para el adecuado funcionamiento del organismo, entre ellos se encuentran: el sodio, el potasio, el calcio y el fósforo. Estas sustancias se deben mantener dentro de los niveles adecuados para que no provoquen trastornos al organismo.

Cuando el organismo necesita sodio, este se reabsorbe y elimina a través del riñón. Al existir un aumento de este electrólito el cuerpo sentirá más sed y al no poder eliminarlo se presentará acumulación de líquidos en los tejidos, representando una sobrecarga para el corazón y los pulmones.

Otro electrólito importante es el potasio, de él depende el buen funcionamiento de nervios y músculos. Cuando el riñón no trabaja adecuadamente la acumulación o pérdida excesiva de ésta sustancia puede provocar en el organismo vómito, diarrea y alteraciones en el ritmo cardíaco.

c) Desalojo de productos ácidos: estos productos ácidos junto con otras sustancias del organismo, trabajan para producir algunas reacciones químicas indispensables para la vida. Al in

gerir grasas o azúcares y proteínas el cuerpo las aprovecha pa ra producir energía; pero estos alimentos a su vez producen -- ácidos de desecho como la urea, la creatinina y el ácido úrico que son eliminados por la orina. Normalmente se encuentran - en pequeñas cantidades, pero en pacientes con Insuficiencia Re nal Crónica pueden llegar a encontrarse en niveles de envenena miento y producir síndrome urémico.

d) Purificación y desalojo de otros productos de desecho (dro gas, venenos y otros): el riñón ayuda a regular la cantidad de calcio y fósforo en el organismo, éstas sustancias son indis-- pensables para el adecuado mantenimiento de los huesos y dien tes. El riñón se encarga de transformar la vitamina D para - producir una hormona que permite absorber el calcio de los ali men tos ingeridos cuando pasa por los intestinos; también se en carga de remover el fósforo. Cuando el riñón no trabaja a su capacidad normal es incapaz de activar la vitamina D y el pa ciente con Insuficiencia Renal Crónica presenta deficiencia de dicha vitamina por lo que se hace necesario ingerir medicamen tos que compensen esta función.

e) Control de la presión sanguínea: el riñón elabora una enzi ma llamada "renina" cuando es necesario elevar la presión san guí nea. En la Insuficiencia Renal Crónica esta enzima se pro duce cuando no es necesaria y eleva la presión cuando ésta se encuentra elevada de por sí.

f) Elaboración de glóbulos rojos: los riñones segregan una hor or

mona llamada "Eritropoyetina" que participa en la maduración de los eritrocitos en la médula ósea para que se incremente su producción. Cuando el riñón no funciona adecuadamente, el número de glóbulos rojos disminuye y provoca la anemia que acompaña a la Insuficiencia Renal Crónica; en ocasiones la coagulación es más lenta. El exceso de productos de desecho en la sangre provoca que los glóbulos rojos vivan la mitad del tiempo que ven normalmente.

g) Aprovechamiento de la Vitamina D: como ya se había mencionado anteriormente el riñón ayuda a la elaboración de esta vitamina que es necesaria para que el intestino absorba el calcio que el cuerpo necesita. Como resultado de la Insuficiencia Renal Crónica el nivel de calcio disminuye provocando debilidad en la estructura ósea.

1.1.2 CONCEPTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Con el termino de Insuficiencia Renal Crónica se identifica a lo que antiguamente se conocía como "Coma Urémico". En la actualidad, este estado patológico recibe diferentes nombres, siendo conocido como: enfermedad renal avanzada, enfermedad renal permanente, insuficiencia renal irreversible o insuficiencia renal en etapa terminal. La Insuficiencia Renal -- Crónica se refiere a "cualquier situación en que existe una reducción permanente de la función renal, suficiente para producir anomalías químicas significativas en el medio ambiente interno" (2). Puede ser resultado de diferentes procesos y el grado de la Insuficiencia Renal y de las alteraciones químicas pueden ser desde las más comunes hasta las más peligrosas para la vida. La Insuficiencia Renal crónica es progresiva y se caracteriza por la pérdida progresiva de las nefronas, la adaptación funcional de las nefronas supervivientes y la repercusión que tienen estos trastornos en el resto de los aparatos y sistemas que conforman el organismo.

Resumiendo, se puede definir a la Insuficiencia Renal Crónica

- (2) AVERY R. Harrington. "Fisiología Renal"; Ed. LIMUSA; 1a. Edición; México D.F.; 1987, pp. 244-245.

nica como un estado clínico causado por la destrucción progresiva e irreversible del riñón que los imposibilita para mantener el equilibrio interno del organismo.

1.1.3 CAUSAS QUE ORIGINAN LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Las enfermedades que con mayor frecuencia llevan a la Insuficiencia Renal Crónica, son: en primer lugar las diferentes variedades de Glomerulonefritis producida por cualquiera de -- las diversas enfermedades que afectan a los glomérulos, la filtración glomerular se reduce debido a que disminuyen el número de capilares que filtran y por el engrosamiento de las membranas glomerulares; muchos glomérulos son substituídos por tejido fibroso y las funciones de estas nefronas se pierden para siempre. La segunda causa es la Pielonefritis, que es un proceso infeccioso e inflamatorio que inicia en la pelvis renal y se extiende al parénquima renal, dicha infección puede ser ocasionada por diferentes tipos de bacterias que originan la destrucción progresiva de los túbulos, glomérulos y demás estructuras; propiciando la pérdida del tejido renal funcional, la pielonefritis se caracteriza porque la infección afecta la médula del riñón antes que atacar la corteza. Una tercera causa es la Nefropatía Diabética en su etapa avanzada por glomeruloesclerosis diabética. Otro grupo de enfermedades que pue--den ocasionar insuficiencia renal crónica son las Nefropatías de la Colágena, como son: el Lupus Eritematoso Sistémico, la Poliarteritis Nodosa, la Púrpura de Henoch-Sehönlein, la Dermatomiositis y la Esclerosis Sistémica Progresiva. Otra cau-

sa importante es la Nefroangioesclerosis, es decir la enfermedad renal terminal secundaria a la hipertensión arterial sistémica persistente.

Otros padecimientos que con mayor frecuencia causan la Insuficiencia Renal Crónica son la Nefropatía gotosa, los riñones poliquísticos y las enfermedades quísticas medulares, la tuberculosis renal y la genitourinaria. El último grupo de padecimientos que pueden provocar insuficiencia renal crónica, está compuesto por la Nefrocalcinosis que produce la calcificación y fibrosis del tejido renal debido a los depósitos de calcio, las Nefropatías por sustancias nefrotóxicas como las nefropatías por analgésicos, por el consumo excesivo de medicamentos alcalinos y productos lácteos, y la Nefritis por radiación.

1.1.4 SINTOMATOLOGIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

La función renal se mide a través de la filtración glomerular, empleándose para ello el método de la depuración de -- creatinina endógena. La filtración glomerular normal es de - 120 ml/minuto. Conforme la función renal disminuye, otras -- funciones como la acidificación urinaria, la concentración uri naria, la regulación del equilibrio ácido-base, la excreción - de electrólitos, la excreción de sustancias de desecho y las - funciones endócrinas del riñón se modifican; la primera fun-- ción que cambia notablemente es la concentración urinaria de - tal forma, que el paciente nota la disminuición en la produc-- ción de orina durante el día y una mayor producción durante la noche.

El riñón tiene una reserva funcional enorme, lo que indica que no habrá elevación de sustancias nitrógenadas en la san gre mientras no caiga la filtración glomerular hasta el 25 %. La Insuficiencia Renal Crónica propiamente dicha se inicia -- cuando el enfermo tiene una depuración de creatinina inferior a los 30 ml/minuto. Los síntomas y signos de la Insuficien-- cia Renal Crónica aparecen cuando la filtración glomerular ha disminuído hasta menos del 50 % de lo normal y en la mayoría - de los casos a menos del 20 %. En los riñones con lesión cró nica las nefronas afectadas contribuyen poco a la producción -

de orina y funcionalmente se pueden considerar eliminadas; en la insuficiencia renal crónica el funcionamiento renal de los enfermos está a cargo de las nefronas que permanecen intactas las cuales funcionan de modo organizado para conservar su balance glomerular a lo normal y con capacidad limitada para --- adaptar su función a los cambios del medio interno.

Los síntomas pueden variar considerablemente dependiendo de la edad y constitución general del paciente. Los síntomas generales que presenta el paciente con insuficiencia renal crónica, son:

- malestar general;
- pérdida de peso;
- adelgazamiento;
- fatiga;
- edema por debajo del párpado inferior de los ojos;
- orinar con frecuencia y en poca cantidad, especialmente cuando se acompaña de ardor o dolor;
- orina turbia o sanguinolenta;
- eliminación frecuente de orina en cantidades normales, especialmente por la noche.

Además de los síntomas antes mencionados, se pueden presentar alteraciones más específicas como:

- Transtornos en la coagulación que se manifiestan por hematomas, gingivorragias, melena, etc.
- Transtornos cardiovasculares: los pacientes presentan hiper-

tensión arterial secundaria a la retención de líquidos y sal, y producción excesiva de renina. El paciente con hipertensión arterial puede presentar crisis hipertensivas, diferentes tipos de insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, pericarditis y derrames pericárdicos.

- Transtornos en el metabolismo del calcio y fósforo: los pacientes presentan prurito, dolor óseo, inmovilidad muscular, - ocasionalmente fracturas espontáneas, calcificaciones metastásicas de tejidos blandos y desprendimientos tendinosos.

- Signos de desnutrición caracterizados por pérdida de tejido adiposo y masa corporal, exceso de agua corporal, caída del pelo, despulimiento de las mucosas y, en algunos casos, se pueden manifestar clínicamente la carencia de vitaminas, el paciente pierde parte de su capacidad física y de su rendimiento intelectual.

- Transtornos neurológicos: la insuficiencia renal crónica origina alteraciones bioquímicas manifestadas inicialmente como - pereza, fatigabilidad, insomnio, somnolencia diurna, disminución del apetito, dificultad para concentrarse y abordar temas complejos. Posteriormente habrá transtornos del lenguaje o de la memoria, disminución del interés sexual y la potencia, - irritabilidad, náusea, vómito, temblores musculares, hipo, cambios de personalidad. Finalmente aparece la confusión, desorientación, alucinaciones, vértigo, convulsiones generalizadas sopor, como y la muerte.

- Transtornos hormonales: el paciente femenino puede embarazarse pero el producto termina siendo abortado debido a las condiciones generales de su organismo, mientras que el varón presenta dificultad para la erección y eyaculación.

- Transtornos en los órganos de los sentidos presentándose cambios en la retina secundarios a la hipertensión arterial y alteraciones en el sentido del gusto.

-Transtornos en el sistema inmunológico siendo susceptibles de infecciones enterales, respiratorias, digestivas, de las heridas e infecciones causadas por hongos o virus. Algunos pa---cientes pueden adquirir hepatitis del tipo "B" o "C", pero no desarrollan el cuadro de la enfermedad permaneciendo como portadores asintomáticos un tiempo variable de su vida.

- Transtornos hidroelectrolíticos que pueden originar complicaciones graves cuando el paciente no lleva un adecuado control dietético y cuando no recibe tratamiento con diálisis, manifestándose transtornos del ritmo cardíaco, hipertensión arterial y debilidad muscular.

Como se puede observar, este padecimiento presenta diversos transtornos lo que ocasiona un cuadro clínico variado, de tal modo que el paciente va debilitándose progresivamente hasta la etapa terminal conocido como "coma urémico" el cual produce la muerte en unos cuantos días. Cuando se presenta uno o más transtornos de los ya mencionados, lo indicado es iniciar el tratamiento sustitutivo.

1.2 TIPOS DE TRATAMIENTO.

Debido a que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica presentan una extensa variedad de alteraciones es necesario llevar un control mediante exámenes de laboratorio como: el -- exámen general de orina, la química sanguínea para ~~medir los~~ -- niveles de urea, creatinina y ácido úrico; es recomendable medir el nivel nutricional a través de la determinación de glucosa, colesterol, proteínas totales y medición de los pliegues y grosor de la masa muscular, además de la determinación de electrólitos para preveer los cambios oportunos para evitar complicaciones graves. Los exámenes de gabinete son: fondo de ojo, serie cardíaca, radiografía de huesos y de acuerdo al grado de insuficiencia renal se recomienda la Tomografía Renal para tener una imagen del tamaño de los riñones y decidir si es necesaria la biopsia renal.

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, cuentan -- con tres perspectivas de tratamiento:

- 1) El Tratamiento Médico-Dietético llamado "Conservador" cuyo período tiene cierta vigencia;
- 2) Los tratamientos sustitutivos de la función renal como la - Diálisis Peritoneal y Extracorporéa y,
- 3) El Trasplante Renal.

1.2.1 TRATAMIENTO DIETETICO.

El conjunto de técnicas tendientes a evitar el deterioro nutricional del paciente y favorecer su rehabilitación se llama "Tratamiento médico-dietético o conservador". Dichas medidas tienen como objetivo:

- a) mejorar el estado nutricional del paciente;
- b) prevenir las complicaciones ocasionadas por la ingesta excesiva de sodio y potasio y,
- c) favorecer la rehabilitación del enfermo.

Una de las partes del tratamiento conservador es la nutrición del paciente representando la dieta de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica un elemento esencial para el éxito del tratamiento. De ahí que el aporte dietético se vigile con sumo cuidado, especialmente las cantidades ingeridas de proteínas, calorías, sodio y líquidos.

El manejo dietético de la uremia se divide en dos etapas: la primera etapa es aquella en que la uremia es controlable únicamente con medidas dietéticas y, la segunda es cuando a pesar del control dietético se hace indispensable hacer uso de diálisis o de realizar un trasplante renal. En esta etapa el manejo dietético sirve de apoyo a estos procedimientos terapéuticos.

En el manejo dietético los aspectos a cuidar son: las pro

teínas debido a que las resultantes de su degradación como la urea y otros metabolitos son las causantes de la mayor parte - de los síntomas clínicos de la uremia, para disminuir su producción es indispensable reducir en la dieta la ingestión de - proteínas; esta disminución debe realizarse en el momento adecuado ya que de iniciarla antes puede llevar al paciente a un estado nutricional deficiente. El tipo de proteínas que debe ingerir el paciente deben ser del 60 al 70 % de origen animal, es decir de alto valor biológico como son: el huevo, la carne, la leche, el pescado y las aves. El uso de abundantes proteínas vegetales como el trigo, el maíz, el frijol, el arroz y - nueces pueden ocasionar la elevación de productos nitrogenados en la sangre.

Una vez que se ha iniciado la diálisis peritoneal o la hemodiálisis se debe aumentar la ingesta proteica debido a que - ambos procedimientos representan pérdidas de nutrientes específicos. Otro aspecto son las calorías debido a que su ingesta es un factor determinante para la óptima utilización del nitrogenuo de la dieta. Este aporte debe vigilarse ya que puede ocasionar deterioro del estado nutricional del paciente y mal aprovechamiento de las proteínas administradas. El requerimiento promedio de calorías en el adulto debe ser de 35 cal/kg. de peso/día. La fuente de calorías más aconsejadas son - los carbohidratos por su mejor aceptación y menores repercusiones metabólicas sobre las anomalías de lípidos, otra fuen-

te calórica es la grasa que puede emplearse para cubrir los re querimientos diarios, sin embargo estos alimentos resultan poco atractivos para el paciente por lo que resulta difícil llenar los requerimientos debido a que su ingesta es deficiente.

El control de la ingesta de sodio y potasio debe estar su jeto a las complicaciones presentes o a aquellas que se desean prevenir, como son: la retención de sodio produce hipertensión arterial y sobrecarga de líquido, respecto al potasio su com-- plicación más frecuente es la hiperkalemia cuyas manifestaciones clínicas pueden ser alteraciones en el ritmo cardíaco, hi- potensión arterial y debilidad muscular. La elevación del - calcio y fósforo son factores causantes de daño parenquimoso en el riñón y su depósito favorece las alteraciones neuromuscu lares y llevarnos al cuadro de Osteodistrofia renal.

Una dieta sana proporciona al medio ambiente interno sustancias que lo pueden alterar si no son excretadas por los riñones. Debido a que la Insuficiencia renal no presenta las - mismas alteraciones en todos los pacientes, la restricción dig tética se hará en base a las necesidades y capacidades renales de cada paciente.

El tratamiento conservador busca preservar la función renal, para lo cual debe evitar que el riñón se lesione durante la evolución de la Insuficiencia renal para poder prolongar la etapa médico-dietética debido a que si no se tiene cuidado en pocos meses el paciente llegará a la Insuficiencia Renal Termi

nal y mayormente si existen factores como la hipertensión arterial, desnutrición, repetidas infecciones urinarias y otros padecimientos renales que deteriorarían más el tejido renal funcional.

1.2.2 TRATAMIENTO MEDICO.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica con una filtración glomerular entre el 30 y 10 a 5 ml/minuto pueden recibir tratamiento conservador a base de medicamentos y dieta. - Los medicamentos que pueden recibir los pacientes con insuficiencia renal crónica, son:

- diuréticos;
- antihipertensivos;
- sales de aluminio en tableta o gel como fijadores intestinales del fósforo y favorecen su eliminación por esta vía;
- carbonato de sodio o alguna otra sal de calcio por vía bucal para aumentar la absorción intestinal del mismo;
- bicarbonato de sodio para contrarrestar la acidosis metabólica del paciente;
- vitamínicos;
- hierro sérico y ácido fólico que ayudan a corregir algunos -- factores de la anemia que se presenta en estos pacientes;
- en ocasiones se hace necesario emplear antidepresivos;
- antimicrobianos a dosis adecuadas según la función renal de cada paciente;
- anticonvulsionantes en casos excepcionales;
- digitálicos para la insuficiencia cardíaca;
- debido a que estos pacientes frecuentemente presentan hemo--

rragias digestivas es necesario la administración de antiácidos y medicamentos inhibidores.

Cabe señalar, que debido a que los riñones son la vía por la cual se eliminan una gran parte de los medicamentos ingeridos se debe tener precaución de que sean administrados en dosis menores que las normales a fin de evitar su acumulación y sus efectos tóxicos.

1.2.3 TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Conforme la función renal disminuye, la sintomatología se agrava presentandose un rechazo a la dieta y la necesidad de administrar más medicamentos lo que ocasiona que se llegue a una etapa crítica del padecimiento en donde la función renal se encuentra por debajo de 5 ml/minuto. En esta etapa es necesario iniciar el tratamiento "sustitutivo", es decir utilizar las diversas variedades de la diálisis peritoneal o la hemodiálisis.

La diálisis se recomienda iniciarla cuando el paciente -- presenta niveles séricos de creatinina mayores de 12 ó 15 mg. y de urea de 250 mg. dependiendo de la nefropatía y las condiciones generales del paciente. Esta etapa se considera idónea debido a que no existen complicaciones graves y el paciente se encuentra en buenas condiciones para iniciar la diálisis.

La diálisis es "un proceso en el que el agua y las moléculas de solutos difunden a través de una membrana semipermeable de un área en que su concentración es mayor a otra en que su concentración es menor" (3). Para poder llevar a cabo la diálisis peritoneal es necesario la colocación de un catéter espe

(3) AVERY R. Harrington. "Fisiología Renal"; Ed. LIMUSA; 1a, Edición; México D.F.; 1987; pp. 227.

cialmente diseñado en la cavidad abdominal (Fig. 3).

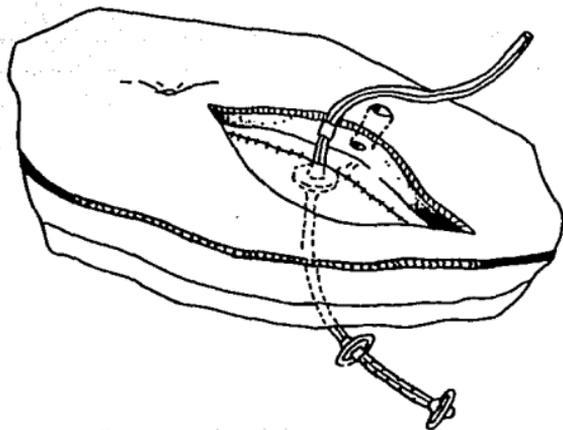


Fig. 3 Colocación del Catéter Peritoneal permanente, en donde se muestra su posición respecto a las distintas capas de la cavidad abdominal.

La colocación del catéter de Tenckhoff en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica debe ser considerada como una intervención quirúrgica formal debido al tipo de paciente al cual se le aplica el catéter. En la selección del paciente se debe de conocer los antecedentes de intervenciones quirúrgicas abdominales previas y detectar si hubo peritonitis, ya que si esta última fue reciente puede facilitar la diseminación de la infección. El procedimiento anestésico dependerá de las condiciones generales del paciente y de su grado de cooperación. Una vez que se ha elegido el método anestésico, el cirujano debe valorar el sitio donde realizará la incisión quirúrgica; un factor que debe tenerse presente es la estatura del paciente a fin de que el catéter quede colocado en la mejor posición para que funcione adecuadamente. Por lo general, la incisión tiene una longitud de 3 a 5 cms. Durante todo el procedimiento se debe evitar cualquier hemorragia ya que de suceder esta situación la cavidad abdominal se contamina con sangre y las probabilidades de que el catéter se ocluya por un pequeño coágulo son mayores.

1.2.4 DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE.

Se da el nombre de diálisis peritoneal intermitente al tipo de diálisis que se lleva a cabo con el método tradicional, es decir, sin máquina y sin las variantes de los métodos continua ambulatoria; generalmente el paciente permanece hospitalizado. Inicialmente se le coloca al paciente el catéter llamado "rígido" para probar la cavidad, posteriormente se emplea la colocación de un catéter fijo en el peritoneo (Fig. 4) al cual se van conectando varias bolsas de solución dializante, - el cual se encargará de purificar la sangre de productos de desecho; este procedimiento puede durar varios días según lo requiera cada paciente y debe de realizarse en el hospital.

Una vez que se estabiliza al paciente se puede iniciar en un corto lapso el tratamiento periódico de algún tipo de diálisis, en la diálisis peritoneal intermitente el paciente ingresa al hospital cada 8 ó 10 días para dializarse con catéter --blando.

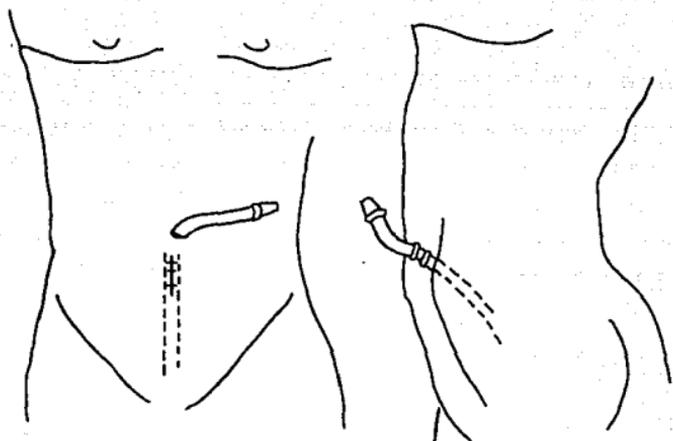


Fig. 4 Colocación de un catéter para diálisis peritoneal a largo plazo.

El método que se emplea con mayor frecuencia es aquel en que los dos litros de la solución dializante pasan libremente al paciente durante 10 a 15 minutos, permaneciendo el líquido en la cavidad abdominal 30 minutos; posteriormente el líquido sale por gravedad y regresa nuevamente a la bolsa en un tiempo no mayor a 20 minutos. Se considera que cada cambio o --

"baño" no dura más de una hora. En terminos generales los pa-
cientes requieren de 48 a 60 litros de solución de diálisis pe-
ritoneal a la semana. Cabe señalar, que después de realizada
la primera diálisis se prefiere usar el catéter "blando o a -
permanencia" conocido como catéter de Tenckhoff debido a las -
ventajas que representa para el paciente el no tener que repun-
cionar el abdomen en cada procedimiento.

Para realizar el procedimiento el paciente debe tener ci-
ta semanal en días fijos e internarse para que se le realice -
el procedimiento prescrito; al terminar se retira el catéter -
si es fijo; si es blando se deja alrededor de medio litro de -
solución dializante en la cavidad abdominal, se retira la lí-
nea de conexión y se sella el extremo proximal del catéter. -
Antes de que el paciente egrese debe chequearse la presión y -
el peso con el cual se retira.

Las complicaciones más temidas son las peritonitis y pro-
blemas causados por el catéter. Dentro de estos últimos pode-
mos mencionar:

- a) Obstrucción de una vía: el líquido entra libremente a la ca-
vidad abdominal pero no drena debido a que en algunas ocasio-
nes el catéter está obstruido por tapones de fibrina;
- b) Salida de la banda externa de dacrón lo que aumenta la posi-
bilidad de que se infecte el túnel subcutáneo y la cavidad pe-
ritoneal;
- c) Salida del líquido de diálisis alrededor del catéter por lo

que debe de suspenderse la diálisis de 8 a 15 días, generalmente el problema desaparece; para evitar manifestaciones urémicas será necesario colocar un catéter fijo en otro lugar de la cavidad abdominal y dializar al enfermo o instalar una fístula externa y hemodializarlo durante una o dos ocasiones, posteriormente se reinicia la diálisis peritoneal con el catéter -blando para entonces el peritoneo habrá sellado completamente y no se presentará fuga de líquido;

d) Ruptura de catéter;

e) Infección de la piel en el sitio de salida del catéter;

f) Infección del túnel subcutáneo que frecuentemente se debe a un absceso.

La complicación que mayor morbilidad ocasiona en los pacientes de diálisis peritoneal es la peritonitis que es un problema infeccioso causado por: desconexión accidental de la línea de transferencia o contaminación durante la conexión de la bolsa de diálisis. Los síntomas de la peritonitis son dolor abdominal, fiebre, vómito, escalofríos y líquido turbio. Es importante mencionar que cada infección peritoneal disminuye la capacidad de filtración con lo que se puede perder la capacidad peritoneal.

1.2.5 DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.

La técnica de la diálisis peritoneal continua ambulatoria consiste fundamentalmente en el paso por gravedad de dos litros de solución dializante a la cavidad a través de un catéter para diálisis peritoneal; el líquido pasa en 10 minutos a la cavidad abdominal en donde permanece por un espacio de 4 a 8 horas (el esquema más usado es el de un cambio cada 6 horas) Una vez que ha pasado el líquido a la cavidad abdominal el paciente enrolla la bolsa y, sin desconectarla la porta lo que permite que el paciente deambule y pueda realizar sus actividades mientras el peritoneo realiza su proceso de diálisis. Al cabo de 6 horas el paciente drena por gravedad el líquido dializado que sale del abdomen directamente, el tiempo aproximado de salida es de 15 a 20 minutos. Todo el proceso de cambio de solución dura de 30 a 45 minutos. Una vez realizado este paso, el paciente debe nuevamente pasarse el líquido a la cavidad abdominal para lo cual utilizará otra bolsa y así sucesivamente. El cambio de bolsa tendrá que ser de 3 a 4 veces al día durante 7 días a la semana y de por vida.

Este procedimiento tiene dos ventajas:

- 1) el paciente es quien realiza su tratamiento lo que le permite deambular y,
- 2) el carácter de continuo permite una mayor remoción de los -

niveles de urea, creatinina, ácido úrico, potasio, fósforo, lí
quido y control de la presión arterial. Otra gran ventaja de
esta técnica es que se puede realizar en la casa del paciente
y se sigue una dieta normal.

1.2.6 HEMODIALISIS.

En el proceso de la hemodiálisis la sangre del enfermo es enviada al riñón artificial o hemodializador para que remueva las sustancias nitrogenadas, después de dializarla la sangre -regresa al paciente estableciéndose así un circuito continuo. Para ello, es indispensable contar con un acceso vascular para lo cual se emplean fístulas arteriovenosas que pueden ser internas o externas; la primera es utilizada cuando la urgencia del problema así lo amerita o cuando va a ser empleada por un período de tiempo corto. La segunda es empleada para la hemo diálisis prolongada y generalmente se lleva a cabo en la muñeca o en el pliegue del codo. Estas fístulas consisten en conectar un catéter a la vena y otro a la arteria para después -unir ambos con un adaptador, ambos tubos están colocados por -fuera de la piel del paciente (Fig. 5).

La preparación de la máquina de diálisis se toma aproximadamente de 20 a 60 minutos, para ello se debe ajustar el tubo de plástico con las conexiones apropiadas en condiciones asépticas y por el circuito sanguíneo se pasa una solución salina isotónica estéril. Posteriormente el paciente se sienta en -una silla reclinable cómoda cerca del equipo de diálisis y el acceso vascular se conecta con las líneas del dializador. Se añade heparina a la sangre para evitar su coagulación. Des--

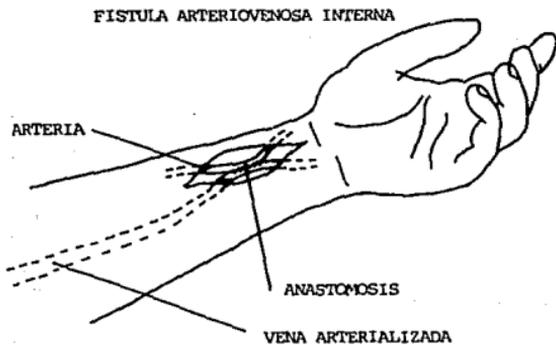
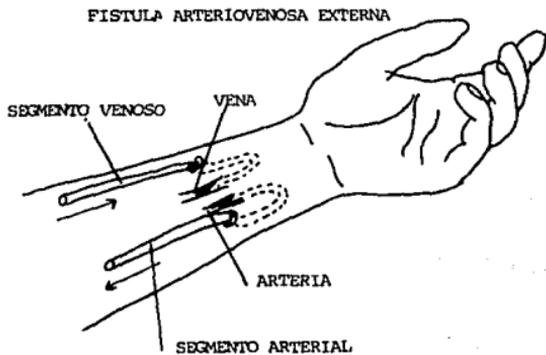


Fig. 5 Fístulas arteriovenosas de tipo interna y externa.

pués una bomba impulsa la sangre a través del dializador.

Un paciente con hemodiálisis de mantenimiento a largo plazo recibe tres tratamientos por semana, cada uno de ellos con una duración de 4 a 6 horas.

La hemodiálisis ha presentado un desarrollo constante para proporcionar la sobrevida necesaria para que el paciente -- con Insuficiencia Renal aguarde el momento de practicarle un Trasplante Renal.

1.2.7 **TRASPLANTE RENAL.**

El mejor tratamiento para la Insuficiencia Renal Crónica es el Trasplante Renal, que es considerado como un procedimiento terapéutico de enormes beneficios ya que sustituye totalmente y por tiempo prolongado la función renal permitiendo al individuo urémico recuperarse y llevar una vida casi normal.

Para que un paciente sea considerado como un candidato para recibir un injerto renal debe encontrarse en insuficiencia renal avanzada, la cual ha evolucionado a pesar de las medidas conservadoras empleadas. Todo receptor debe ser sometido a un minucioso estudio clínico y de laboratorio como valoración primordial. El paciente ideal para recibir un injerto renal debe encontrarse entre los 5 y 50 años de edad, sin evidencia de un padecimiento sistémico (diabetes, lupus, etc), con un tracto urinario bajo normal, sin antecedentes de sangrado digestivo y libre de infección.

Para la realización del trasplante renal existen dos tipos de donadores:

1) **DONADOR VIVO RELACIONADO:** para este tipo de donación es indispensable que sea voluntaria. Una vez realizadas las pruebas de histocompatibilidad y elegido el donador, es sometido a una rigurosa evaluación renal y cardiológica para finalmente realizarle una arteriografía para determinar la anatomía y nú-

mero de arterias renales a fin de elegir el riñón que será ---
trasplantado. El donador debe ser mayor de 18 años y encon--
trarse en completo estado de salud física y mental. Es de su
ma importancia la preparación preoperatoria del donador, quien
será hidratado durante las 12 horas previas a la cirugía.

Cuando existen varios donadores, en base a los estudios de his
tocompatibilidad, lo ideal es seleccionar a un hermano o herma
na debido a que genéticamente pueden presentar mayor semejanza
inmunológica con el receptor. El riesgo que corre el donador
es mínimo, "en más de 7 mil nefrectomías en donadores vivos so
lo se ha reportado un caso de muerte por embolia pulmonar en -
el postoperatorio inmediato" (4).

Se ha demostrado que el vivir con un solo riñón no acorta
la vida del donador, el cual puede desarrollar una vida comple
tamente normal.

2) DONADOR CADAVER: los mejores resultados en el trasplante re
nal se ha obtenido con donadores vivos consanguíneos. Sin em
bargo, no siempre se cuenta con ellos por lo que para obtener
los riñones de un cadáver para realizar el trasplante, es ne
cesario tomar en cuenta varios aspectos: primeramente el dona
dore debe estar en la condición de "muerte cerebral", es decir

(4) LOPEZ Uriarte, Adolfo. "Manual de Hemodiálisis TRAVENOL", México
D.F.; pp. 177.

la ausencia total de actividad cortical la cual debe ser valorada clínicamente por el personal médico del servicio de Neurología.

Los requisitos para aceptar a un paciente como donador cadavérico son: encontrarse por debajo de los 50 años de edad, - contar con una historia negativa de padecimientos renal y no haber presentado estado de choque. Si reúne estos requisitos y es considerado donante adecuado es necesario obtener el permiso de los familiares más cercanos para la obtención de los riñones y otros órganos. Una vez que se ha firmado la autorización, se procede a realizar las pruebas inmunológicas en el receptor, se aplica un tratamiento para restaurar la función renal de dicho paciente y mantener su estado cardiorespiratorio en óptimas condiciones a fin de que en el momento de la obtención de los riñones se encuentren en un estado idóneo de función renal.

Las pruebas inmunológicas mínimas para llevar a cabo un trasplante renal de donador vivo relacionado son:

- a) compatibilidad en grupo sanguíneo,
- b) pruebas cruzadas negativas,
- c) tipificación de tejidos,
- d) prueba de HLA (Histocompatibilidad), y
- d) cultivo mixto de linfocitos.

Para el trasplante de donador cadáver, las pruebas son:

- a) compatibilidad en grupo sanguíneo y,

b) pruebas cruzadas.

El riñón es obtenido del donador mediante una lumbotomía que puede ser derecha o izquierda, de acuerdo a la anatomía de los vasos renales que se ha demostrado previamente en la arteriografía renal y es colocado extraperitonealmente en la pelvis del receptor. (Fig. 6)

El cuidado y tratamiento del paciente variará de acuerdo a la función renal inmediata que se obtenga del riñón trasplantado. Generalmente el flujo urinario se inicia dentro de los siguientes 10 minutos a la revascularización, si la volemia y el flujo sanguíneo son adecuados y el tiempo de isquemia no ha sido excesivo.

Terminada la intervención, el paciente es trasladado a la Unidad de Trasplante Renal en donde será manejado con una técnica de aislamiento. Posteriormente el paciente será vigilado clínicamente y con estudios de laboratorio diariamente durante su permanencia en el hospital, una vez que es dado de alta se le solicita la cuenta leucocitaria y una química sanguínea cada tercer día durante los 3 primeros meses después de trasplantado a fin de detectar cualquier crisis de rechazo que por lo general se presenta entre la segunda y quinta semana después del trasplante y que se manifiesta mediante la elevación de sus cifras de creatinina, urea así como retención de líquidos, por aumento de peso e hipertensión. Después de los tres meses, si el paciente no presenta complicación el pronós-

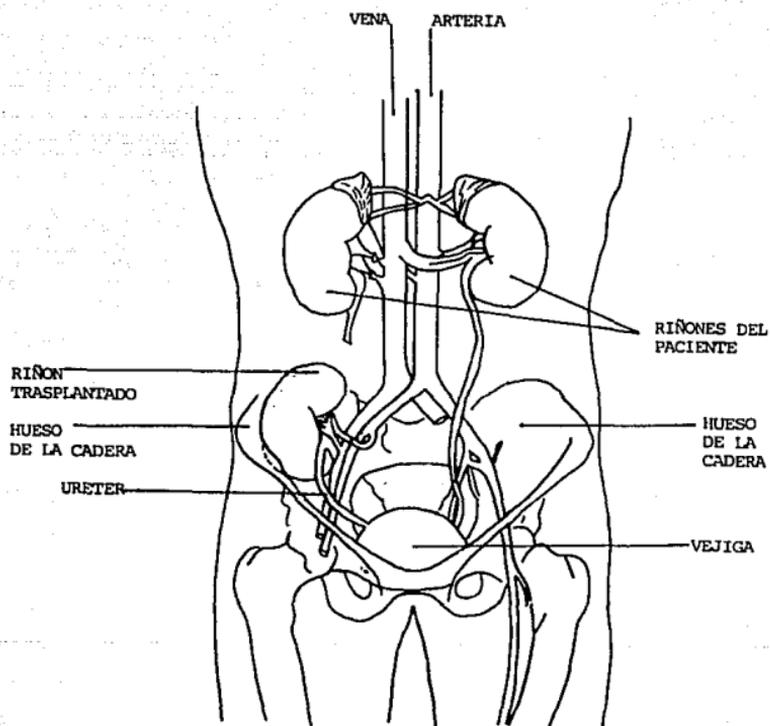


Fig. 6 Colocación del riñón trasplantado en el Trasplante Renal.

tico es favorable. Posteriormente se realizan exámenes de laboratorio cada semana por tres meses y así sucesivamente se va alargando el período de vigilancia hasta que el paciente está completamente estable con su dosis de inmunosupresión de mantenimiento que será de por vida y cuya revisión será cada 3 ó 4 meses.

**CAPITULO II.- ASPECTOS PSICOSOCIOFAMILIARES Y DE ORIENTACION
MEDICA QUE AFECTAN EL TRATAMIENTO Y REHABILITA
CION DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRO-
NICA.**

2.1 ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

A continuación se expondrán los cambios fundamentalmente psicológicos que se suscitan en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica, comprendiendo que el hombre por naturaleza es un ser que se encuentra inmerso en un ámbito compuesto por diferentes factores que influyen en su desarrollo como ser humano. Cuando un individuo adquiere una enfermedad crónica sufre variados y notables cambios psicológicos, derivados del propio padecimiento, que repercuten seriamente en su dinámica familiar, actividad laboral y vida social. Considerando que la Insuficiencia Renal Crónica es un estado clínico originado por la destrucción progresiva e irreversible del riñón que impide al organismo del paciente mantener un equilibrio interno por lo que su tratamiento médico es difícil de realizar si no tiene un conocimiento claro sobre él, debido a que un mal crónico provoca a imponer tanto al paciente como a su núcleo familiar a diferentes tensiones emocionales provocadas por el tiempo indefinido que requiere el tratamiento sustitutivo. Esta fuerte carga emocional provoca reacciones de depresión que obstaculizan la cooperación del paciente en el seguimiento del tratamiento médico.

Entendida la depresión como un estado de desánimo cuya duración puede ser variable ocasiona que el paciente no pueda ---

realizar normalmente sus actividades, este estado es también -- una respuesta del hombre frente a diversas situaciones. "La - depresión se clasifica de dos maneras diferentes:

- a) Depresión endógena, causada por desequilibrios hormonales ge
néticos; sus síntomas son: sentimientos de culpabilidad, de-
lirios de paranoia, inhibición motora, despertar temprano, -
pérdida de peso, no reaccionar a los cambios en el medio, --
agitación e intento de suicidio.
- b) Depresión exógena, tiene sus causas en un suceso psiquiátri-
co traumático; los síntomas más importantes son: ansiedad, -
autocompasión o lo contrario culpar a otros de sus proble---
mas, dificultad para dormir, riesgo de suicidio, fijación de
una situación psicológicamente traumática"(5).

En base a la sintomatología arriba señalada, el paciente con Insuficiencia Renal Crónica puede llegar a caer en la depre-
sión, manifestándose fisiológicamente este estado por: insom---
nio, alteración en el sueño, disminución del apetito, pérdida -
de peso, desinterés sexual, fátiga, estreñimiento. Es importan-
te señalar que los síntomas anteriormente mencionados también -
son propios de la presencia de la Insuficiencia Renal Crónica -
por lo que se considera de suma importancia diferenciar cuando
tales son síntomas son a consecuencia del padecimiento o de un
cuadro depresivo, requiriéndose para ello el trabajo conjunto -

(5) FREDEN. "Aspectos psicosociales de la depresión".

con el resto de los miembros del equipo de salud, especialmente con el psicólogo o psiquiatra, a fin de evitar la acentuación de tal estado.

El paciente con Insuficiencia renal Crónica suele presentar cuadros de depresión, manifestado con síntomas como el insomnio, es decir el enfermo sufre alteraciones en su ciclo normal del sueño debido a las alteraciones en el funcionamiento interno del organismo originado por el padecimiento; a esta causa física se auna la inmensa preocupación que le causa la enfermedad y el tratamiento médico a seguir.

La falta de apetito suele presentarse en este tipo de pacientes como resultado de la evolución del padecimiento, pero también se presenta como síntoma de la crisis depresiva por la que atravieza el paciente, esto puede provocar complicaciones debido a que estos pacientes por lo general presentan cierto grado de anemia. La falta de apetito afecta seriamente el estado nutricional del paciente y por tanto su resistencia física provocando que el paciente sea más susceptible de adquirir alguna infección.

Otro aspecto importante que se ve afectado por la depresión es el referente al interés sexual. Como se mencionó en el capítulo I, la Insuficiencia Renal Crónica trae consigo trastornos hormonales por lo que el interés sexual se ve disminuido enormemente y si a esta situación se le une la fuerte presión psicológica y física que sufre el paciente, este manifestará re

chazo a establecer relaciones íntimas con su pareja lo cual puede ocasionar el deterioro de su relaciones.

Otras alteraciones psicológicas que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica son alteraciones en el estado de ánimo, caracterizadas por sentimientos de tristeza, temor, descorazonamiento, inseguridad, desesperanza, irritabilidad, descontento y devaluación personal. Todos estos aspectos repercuten seriamente en las relaciones que el enfermo establece con los miembros del equipo de salud, su núcleo familiar y sus relaciones sociales debido a que sus cambios de conducta afectan la convivencia que establece con éstos y la pueden tornar difícil de sobrellevar.

Por otro lado, ante la realidad de estar viviendo una enfermedad crónica e irreversible de pronóstico fatal el paciente construye mecanismo de defensa que le permitan hacerle frente, utilizando de forma especial la negación del padecimiento que se manifiesta en incredulidad respecto al diagnóstico, transgresión del régimen dietético e incumplimiento de las indicaciones del tratamiento farmacológico. Estas negaciones tienen una duración reducida debido a que se ven interferidas por los trastornos físicos propios del padecimiento. La negación de la realidad vivida por el paciente suele protegerlo, en algunas ocasiones, de una descompensación emocional por lo que es conveniente respetarla inicialmente. Posteriormente, el equipo de salud deberá establecer una comunicación constante con el pa---

ciente y su familia para esclarecer sus dudas sobre el carácter crónico de la enfermedad con la finalidad de sensibilizarlos -- respecto a la importancia de su participación conjunta en el tra tamiento.

Asimismo, el carácter crónico del padecimiento y su tratamiento origina en el paciente sentimientos de inseguridad sobre su futuro que se manifiesta de forma negativa al rehusarse a -- realizar planes a futuro; dicho sentimiento irá disminuyendo -- conforme exista en el paciente la aceptación de la enfermedad y de su tratamiento médico.

En el caso de la Insuficiencia Renal Crónica, la depresión es más probable que se presente cuando existe duda acerca de la gravedad o cuando hay duda en las relaciones personales del paciente, es decir, el desconocer la forma como reaccionará o actuará su familia ante esta nueva situación; el riesgo de que se presente será mayor si el padecimiento cambia radicalmente la vida del paciente y éste se enfrenta a la pérdida de muchas actividades de su vida cotidiana, en tales situaciones el paciente preferirá estar solo y no participará de la vida social normal.

2.2. ASPECTOS SOCIALES DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Cuando el hombre pierde alguna de sus funciones biológicas como lo es en este caso la función renal, ocasiona un deterioro físico que altera su vida social y laboral ya sea de forma temporal o permanente.

El tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica requiere de una inversión de tiempo constante que afecta la ocupación que desarrolla normalmente el enfermo. El paciente renal económicamente activo ve seriamente reducido su ingreso económico familiar a causa de la disminución de su capacidad física e intelectual derivada de los trastornos propios de su enfermedad. Si el paciente debe abandonar su empleo se deberán considerar dos aspectos importantes que son por un lado el ajuste emocional y psicológico que trae un cambio de tal magnitud y por otro, los cambios inherentes a la disminución de su capacidad de empleo; situaciones que repercuten en su economía debido a que el paciente deberá seguir una dieta establecida de acuerdo a sus necesidades nutricionales y calóricas, la cuál en la mayoría de los casos resulta un gasto extra que afecta su economía familiar sin mencionar los ingresos que deberá destinar a la transportación

del paciente y un acompañante al centro hospitalario para - la continuación de su tratamiento. Todo ello desequilibra - en gran medida la economía familiar pues los gastos no son previstos y el ingreso en ocasiones no alcanza a cubrir sus necesidades más elementales.

Por ser la insuficiencia renal crónica un padecimiento que se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, generalmente el paciente se ve en la necesidad de abandonar su actividad laboral, pues la enfermedad lo incapacita para realizar actividades que impliquen un esfuerzo mayor, originando que el paciente se vea en la necesidad de abandonar - su actividad laboral en la mayoría de los casos.

Resumiendo, el paciente renal crónico independientemente de la ocupación que desarrolle, ya sea estudiante, obre-ro, empleado, profesionalista, ama de casa, comerciante, -- etc., tendrá que ajustarse a su nueva forma de vida, pues - en algunos casos no podrá realizar sus actividades normal-- mente debido a los trastornos físico-químicos que trae con-- sigo la disminución de la función renal y que alteran de manera determinante su ámbito económico, social y familiar.

Otro factor que influye en el adecuado tratamiento del paciente es el que se refiere a las condiciones físicas de la vivienda, la que debe de contar con los servicios míni--

mos indispensables como son: electricidad, agua potable intradomiciliaria, drenaje y además de tener una distribución correcta pues esto afecta el tratamiento del paciente, si existe hacinamiento. Estos aspectos deberán cuidarse con el propósito de que el paciente se desenvuelva en un ambiente óptimo cuyas condiciones disminuyan el riesgo de que el paciente presente complicaciones durante el tratamiento. De no existir las condiciones higiénicas apropiadas se propiciará la presencia de infecciones en el paciente, situación que de ser repetitiva ocasionará complicaciones graves que pueden llevar a un desenlace fatal.

Por otro lado, el esparcimiento y la diversión son una necesidad básica del individuo que no debe dejarse de lado. Conforme la enfermedad avanza y el paciente presenta más alteraciones es fácil olvidar su necesidad de experimentar cosas agradables y divertirse.

Debido a que las actividades que antes realizaba y que le servían de esparcimiento se ven modificadas por la periodicidad del tratamiento y se hace necesario reemplazarlas por actividades más simples que vayan de acuerdo con el estado físico y emocional del paciente renal crónico.

2.3 ASPECTOS FAMILIARES DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Históricamente la sociedad ha presentado una base celular fundamental llamada "familia", la cual se define como un grupo de personas unidas por lazos consanguíneos que viven bajo un mismo techo.

Dicha unidad presenta diferentes clasificaciones, como son: familia nuclear, familia extensa y familia extensa compuesta. La primera está conformada por el padre, la madre y los hijos; la segunda por los miembros de la familia nuclear y algún pariente consanguíneo de línea directa ascendente o descendente, por último la familia extensa compuesta esta formada por la familia nuclear, algún otro miembro de la familia y otros más que no tienen relación consanguínea pero que viven bajo el mismo techo.

Actualmente la familia presenta características muy específicas que emanan de su situación dentro de la sociedad industrializada.

Por lo general, los recursos económicos con los que cuenta para la satisfacción de sus necesidades provienen esencialmente del salario del padre y de otros miembros de la familia (madre, esposa, hijos, etc.). Los miembros trabajan fuera del núcleo familiar y por lo tanto pasan, la mayor parte del tiempo

lejos unos de otros.

Este tipo de familia es, por lo tanto, cada vez menos una unidad de producción para situarse como una unidad de consumo. El hecho de que la familia sea económicamente una unidad de consumo ha provocado una pérdida considerable de sus funciones educativas.

En la actualidad, la producción está fuera del hogar presentándose cada vez más frecuente la independencia de los hijos respecto de los padres. Así la familia ha perdido en una amplia medida sus funciones de seguridad; debida esta situación por un lado, al alejamiento frecuente de los padres durante varias horas del día y por otro, al incremento de lugares públicos que sustituyen las funciones familiares (escuelas, centros recreativos, etc.).

Sin embargo, es importante señalar que por muchas que sean las funciones tradicionales que la familia pueda perder debido al ritmo de vida que impone la sociedad moderna, ningún grupo - excepto el que forman marido y mujer, padres e hijos pueden satisfacer las necesidades sociales y psicológicas del individuo de una forma tan eficaz e integral.

Ahora bien, el tener un miembro con una enfermedad crónica dentro del núcleo familiar trae consigo una serie de alteraciones en su dinámica en donde se ven afectados los roles establecidos antes de la presencia del padecimiento; esta nueva situación origina una serie de problemas que se reflejan en la dinámica

mica familiar, en la que se ven alterados los roles desempeñados por cada integrante de tal forma que puede llegar a originar la desintegración familiar como consecuencia del desequilibrio económico y moral que se da en el interior de la familia.

En el paciente con insuficiencia renal crónica "la diálisis cambia la vida que salva y crea problemas a medida que prolonga la supervivencia. Los pacientes llegan a temer la muerte y la vida y se convierten en marginados. El marginado se halla entre el mundo de la enfermedad y el de la salud, perteneciendo en parte a uno y otro; parece sano, pero se siente enfermo, expectante y deseoso de alcanzar la normalidad, que es justo lo que no puede conseguir"(6). Es un enfermo en continua adaptación a un estrés grave originado por factores como: factores relativos a actividades recreativas, factores económicos, relaciones, ocupacionales, restricciones debidas al tratamiento, etc.

Lo anterior trae consigo una serie de cambios en las expectativas habituales del rol de marido o esposa que se ven afectadas por la presencia de la enfermedad crónica y su tratamiento. Por ejemplo, el marido que es el sostén de la familia quizá no pueda seguir manteniendo este rol en la misma medida al convertirse en enfermo crónico y tener que someterse a diálisis; en esta situación la esposa asume el papel de controlador, no sólo

(6) LEVINE, David Z. "Manual de Cuidados del paciente renal"; México D.F.: Ed. Interamericana; 1987, pp. 29.

en lo financiero sino también en lo emocional. Y a la inversa si la esposa es la enferma, el marido asume responsabilidades - no sólo financieras sino también domésticas y la educación de - los hijos. Situaciones que traen consigo problemas sociales - de otros miembros de la familia, es decir, problemas de conduc- ta en los hijos, rebeldía en los hijos adolescentes, etc.

Otra situación en que rol se ve afectado por el padecimiento es en aquella en que el paciente a pesar de no ser el sostén de la familia contribuía al ingreso familiar, esto trae por tanto la disminución de los recursos económicos familiares y gas-- tos extras originados por el tratamiento, los cuales deberán -- ser sufragados con el ingreso familiar real.

En ocasiones, cuando la madre es la paciente los hijos ma- yores deben asumir el rol de vigilancia y protección de los --- hermanos menores, lo que origina problemas relacionados con el rendimiento escolar.

Las situaciones antes mencionadas, permiten observar que - la alteración de los roles establecidos pueden originar grandes conflictos en el interior de la familia llegando incluso a la - desintegración familiar, debido a que la vida familiar se ve deteriorada por el tiempo invertido en el hospital para el segui- miento del tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal.

2.4. ASPECTOS DE ORIENTACION MEDICA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Es indudable que el manejo interdisciplinario del enfermo renal y su familia es indispensable para el éxito del tratamiento, es decir el médico, la Trabajadora Social, las enfermeras, la dietóloga y todos los profesionistas que participan de alguna manera en el tratamiento del paciente deben mantener un vínculo permanente entre ellos y con el enfermo para el tratamiento integral del paciente. De la relación que el paciente mantenga con ellos se encargarán de orientarlo y darle la confianza necesaria para que coopere en su tratamiento integral.

Se ha observado que cuando la información sobre el padecimiento y su tratamiento, es proporcionada en forma adecuada a los pacientes y familiares se obtienen mejores resultados.

Uno de los principales problemas que enfrenta el equipo de salud, es la responsabilidad de decidir a que programa de diálisis va a ingresar el paciente; en esta decisión intervienen las posibles presiones de tipo institucional y económico además de las limitaciones del equipo de salud, debido a que en nuestro país las instituciones de seguridad social de tercer nivel no tienen capacidad para atender a la totalidad de los pacientes que requieren tratamiento de diálisis, hemodiálisis y/o trasplante renal.

De lo anteriormente expuesto, se puede concluir que la insuficiencia renal crónica es un padecimiento complejo que afecta todos los ámbitos en que desarrolla el paciente su vida cotidiana, que va presentar una serie de necesidades que deben ser identificadas por elemento del equipo de salud, éste profesionalista es el Trabajador Social, quien sirve como intermediario entre las necesidades sentidas por el paciente y su familia y los recursos con los que cuenta la institución para satisfacer dichas necesidades.

Cabe señalar que la Trabajadora Social del servicio de nefrología realiza visitas domiciliarias domiciliarias a los pacientes que se encuentran en atención de este servicio.

En dicha visita domiciliaria valora las condiciones en que se encuentra la vivienda como es la distribución, servicios, higiene, número de personas por habitación etcétera. Asimismo-- basandose en este estudio se dará un gran peso a la valoración que realice Trabajo Social para la realización de los diferentes tratamientos e inclusive el trasplante renal.

**CAPITULO III.- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
LA RAZA.**

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.

En los albores de la historia, el ser humano vivió bajo la amenaza constante de la inseguridad lo que originó en la comunidad humana la necesidad de unir sus esfuerzos individuales de forma inteligente para enfrentar los peligros del medio y de la existencia. Las diferentes actividades humanas tienen como finalidad alcanzar condiciones de seguridad y bienestar que permitan el desarrollo de la personalidad, la atención a las necesidades básicas y, mantener y acrecentar los niveles de vida.

Así el hombre ideó una serie de mecanismos de protección entre los que se encuentra la Seguridad Social que "busca garantizar el derecho humano a la salud, a la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo"(7) El instrumento básico de la seguridad social es el seguro social, cuyas ideas en nuestro país tienen sus orígenes en los primeros años del siglo XIX.

En México, la seguridad social esta a cargo de diversos organismos siendo uno de ellos el Instituto Mexicano del Seguro Social que es "un organismo público descentralizado con per

(7) Ley del Seguro Social y vista panorámica, 3a. Edición; México D.F; Editorial OLGUIN S.A., 1988, pp.9.

sonalidad y patrimonio propios a cuyo cargo está la organización y administración del Seguro Social" (8).

El Centro Médico La Raza, como parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desde su iniciación como Hospital de La Raza representa el símbolo hospitalario del IMSS y de la Seguridad Social en nuestro país.

El 19 de enero de 1943, en el Diario Oficial de la Federación se establece una ley que dictaminó, por decreto presidencial, otorgar servicios institucionales destinados a proporcionar prestaciones médicas a los trabajadores bajo el régimen de seguro social, para ello era necesario contar con instalaciones amplias y funcionales. Para cumplir con tal Ley, el Instituto Mexicano del Seguro Social requería de instalaciones -- hospitalarias apropiadas que le permitieran prevenir, curar y rehabilitar; ante semejante situación pretendió construir centros que cubrieran la demanda. Los primeros cálculos de la población derechohabiente llevaron a la planeación de cuatro -- hospitales que en la Ciudad de México correspondían a los cuadrantes en que se había dividido. Para tal efecto, el Ejecutivo de la Nación en 1944, dictó algunos acuerdos en donde señaló de utilidad pública la construcción de hospitales siendo necesario expropiar terrenos en lugares apropiados. Debido a

(8) Ley del Seguro Social y vista panorámica, 3a. Edición; México D.F; Editorial OLGUIN S.A., 1988, pp. 9.

la situación económica que atravesaba el país en ese momento - fue imposible realizar la idea original por lo que se decidió construir al menos dos de los llamados hospitales de zona. El Hospital de Zona # 1 proporcionaría consulta externa y atención médico-quirúrgica a la zona norte de la ciudad, mientras que el Hospital de Zona # 2 atendería los problemas que se presentarán en la zona sur de la urbe. El 12 de julio de 1944, el Director General del IMSS propuso ante el H. Consejo Técnico el proyecto de Convocatoria para la construcción del Hospital de Zona # 1, mismo que resultó aprobado. En la convocatoria se hizo una invitación para que los arquitectos e ingenieros mexicanos participarán en el concurso de proyectos del Primer Hospital de Zona que se construiría frente al Monumento de La Raza bajo las siguientes condiciones: contaría con una capacidad de 452 camas; entrega del programa médico formulado para el nosocomio; plano del terreno con especificaciones de ubicación, linderos y orientación; plazo de entrega para los trabajos; número y calidad de los planos; esquemas y cálculos a presentar; inclusión de una memoria explicativa del anteproyecto; jurado calificador; número de premios y designación en efectivo de cada uno de ellos así como la consideración para que el ganador fuera nombrado director técnico de la obra. - El programa médico del concurso señaló las finalidades del hospital y los servicios con que contaría.

Una vez publicada la convocatoria y el programa médico, -

el Instituto aceleró los trámites para contar con el predio en que se llevaría a cabo la construcción del hospital, resultaron elegidos los terrenos situados en la esquina del Paseo de Jacarandas y la Calzada de Vallejo, localizados en la Delegación de Azcapotzalco, propiedad del señor Guillermo Flores y su esposa Guadalupe Ochoa de Flores Muñoz. Para la expropiación autorizada, el H. Consejo Técnico propuso que se hiciera al IMSS una oferta sobre el precio justo a fin de que se realizara la liquidación del terreno en base a los dictámenes periciales. El pago se estipuló a razón de \$ 6.00 el metro cuadrado, resultando también afectados las propiedades de los señores Salvador Luteroth y Luis Carraro.

El 30 de diciembre de 1944 se resolvió el certamen, resultando aprobados los trabajos de los Arquitectos Enrique Yañez, 1er. lugar; Raúl Cacho, 2o. lugar y Alberto T. Arai, 3er. lugar (Fig.7).

Una vez que se decidió la construcción en el lugar señalado, el Dr. Neftalí Rodríguez y el Arq. Hannes Meyer presentaron el 21 de mayo de 1945 el "Programa Médico-Arquitectónico del Primer Hospital de Zona que se construiría en la esquina de la Calzada vallejo y Río Consulado frente al Monumento de La Raza, en México D.F.". Cabe mencionar que en este año se iniciaron las grandes construcciones del IMSS, mismas que se vieron limitadas por las condiciones que afectaban al país y por tanto al Seguro Social. La obra avanzó pero dichas condi

ciones no aseguraban la terminación de los trabajos iniciados. En febrero de 1948, el Subdirector Técnico del IMSS presionó a la Subdirección General Médica para que el presupuesto de funcionamiento del Hospital de La Raza se ajustará a las posibilidades del Instituto y a las necesidades de los servicios; es aquí donde se concibió la idea de crear unidades periféricas - añadidas a los Hospitales de Zona y la creación de Centros Médicos en el D.F. se redujeron a dos: La Raza y Narvarte. Este plan modificó ampliamente el proyecto final original y en agosto del mismo año, se formó una Comisión que dictaminó la conveniencia de crear unidades médicas llamadas "clínicas" distribuidas en el D.F. y cuya finalidad sería proporcionar atención médica a derechohabientes ambulatorios que no requirieran hospitalización. Así el Hospital de La Raza desempeñaría la función de una gran unidad de hospitalización que concentraría la mayor parte de pacientes que necesitarán ser encamados y para los cuales no existían unidades específicas de hospitalización. La idea era un gran hospital al que se anexarían pequeñas clínicas. En 1949 se sugirieron modificaciones respecto a la Consulta Externa, al pabellón de Infectología y al área de Especialidades, las cuales fueron aprobadas por el Dr. Nefthalí Rodríguez.

La construcción del Hospital de La Raza continuó y en septiembre de 1952, la Comisión de Eficiencia redactó un trabajo sobre el Hospital de Zona Número 1. El 12 de octubre de 1952

México, D. F., viernes 5 de enero de 1945

E 1945

VIERNES

PAGINA ONCE

RECIBIERON LOS PREMIOS DEL SEGURO SOCIAL

Cheque a los triunfadores en el Concurso de Arquitectos



El día 2 del actual a las tres horas de la tarde el jefe del Instituto Mexicano del Seguro Social, reunió en su oficina a los tres primeros ganadores en el Concurso Médico-Arquitectónico para la Construcción del Primer Hospital de Zona del IMSS.

Los arquitectos Enrique Yáñez, Carlos y Alberto T. Aral, cuyos proyectos ocuparon el primero, se-

gundo y tercer lugares, respectivamente, recibieron de manos del licenciado Ignacio García Téllez, director general del Instituto, los cheques con que fueron premiados, por diez mil, cuatro mil y dos mil pesos.

El Jurado Calificador de los proyectos presentados, según fue publicado oportunamente por el Instituto, estuvo integrado por los señores licenciado Ignacio García Téllez, in-

geniero Francisco Serrano, arquitecto Carlos Obregón Santachiно, doctor Alfonso Sordo Noriega, arquitecto Enrique del Moral, doctor Guillermo Dávila y arquitecto Ricardo Rivas Rivas.

Una vez corregidas las deficiencias observadas en los planos aprobados, se dará principio a la construcción del primer Hospital del Instituto en esta Capital.

Fig. 7 Premiación del Concurso "Médico-Arquitectónico para la construcción del Primer Hospital de Zona del IMSS.

tuvo lugar la inauguración simbólica del Primer Hospital de Zoona del Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Miguel Alemán ofreció la declaratoria inaugural.

Se considera el 10 de febrero de 1954 como la fecha oficial de inauguración del Hospital de La Raza ante la presencia del señor Director General del Instituto, Lic. Antonio Ortiz Mena y el Dr. Andrés Iduarte.

La recepción de los primeros pacientes en el Hospital de La Raza se dio en el servicio de Infectología durante los primeros días del mes de marzo de 1954, a la vez se pusieron en marcha algunos servicios auxiliares o paramédicos y administrativos. En el año de 1956, el Hospital de La Raza incrementó sus servicios aunque no con la rapidez deseada: en enero de 1956 se complementaron los servicios de Cardiología, Dermatología, Oftalmología, Psiquiatría, Reumatología, Urología, Medicina Física, Electrocardiografía y Endoscopías; en marzo Gastroenterología; en abril Alergología; en junio Medicina Nuclear; en agosto -- Guardería Infantil; en octubre Ginecología y Anatomopatología y en noviembre Endocrinología.

El 20 de enero de 1956 se nombró al Dr. Manuel Barquín -- Calderón como primer director del Hospital de La Raza (Fig.8) complementaron el cuerpo de gobierno tres subdirectores. El sismo que sacudió a la Ciudad de México en la noche del 27 al 28 de julio de 1957, afectó las obras de recimentación por lo



Fig. 8 Dr. Manuel Barquín Calderón,
Primer Director General del Hospital
de La Raza.

que se consultó al Ing. Manuel González Flores quien recomendó la remodelación de las estructuras y la recimentación con pilotes Franki. La obra en el Hospital de La Raza materialmente rehizo el edificio ya que respetando su arquitectura, se cambiaron muros, columnas y fachada; dicho trabajo resultó indispensable para mantener la estabilidad de las estructuras; se introdujeron mejoras, se incremento la capacidad nosocomial y surgieron otros servicios. La reparación y ampliación de las obras terminaron el 20 de octubre de 1958. Para entonces el Hospital atendía más de 500 consultas diarias.

De los años de 1958 a 1962 el Dr. Manuel Barquín imprimió al Hospital de La Raza un ritmo de trabajo nunca antes visto en alguna de las unidades institucionales de concentración. Para entonces el esquema de organización del Hospital, era:

(Fig.9)

El cuerpo de gobierno se encargaba de la representación social, la cuestión financiera y la organización general e interdepartamental así como de la cuantificación de la calidad de los servicios en general.

El cuerpo médico establecía las normas técnico-médicas y proporcionaba la atención a los pacientes. En esta etapa los expedientes clínicos se acercaban a los 100,000. Los servicios que se prestaban se encontraban clasificados de la siguiente manera:

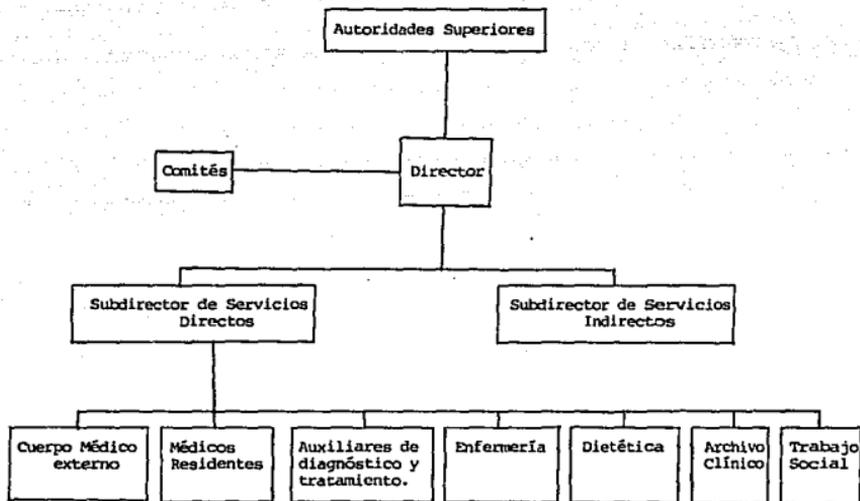


Fig.9 Organización del Hospital de La Raza, durante los años de 1958 a - 1962.

* Médico-quirúrgicos:

* Hospitalización:

* Medicina:

- * Medicina General.
- * Infectología.
- * Gastroenterología.
- * Nefrología.
- * Endocrinología, metabolismo y Nutrición.
- * Neumología no Tuberculosa.
- * Neuropsiquiatría.
- * Dermatología.
- * Alergia.
- * Cardiología.
- * Oncología.

* Pediatría:

- * Infectocontagiosos.
- * Medicina.

* Cirugía:

- * Cirugía General.
- * Neurocirugía.
- * Cirugía de Tórax.
- * Oftalmología.
- * Otorrinolaringología.
- * Bucodentomaxilar.

- * Urología.
- * Ginecología.
- * Traumatología.
- * Ortopedia.
- * Cirugía Reconstructiva.
- * Cirugía de Tumores.
- * Consulta Externa.
- * Emergencias.
- * Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.
 - * Patología y Laboratorios Clínicos.
 - * Endoscopia.
 - * Radiodiagnóstico.
 - * Electroencefalografía.
 - * Electrocardiografía.
 - * Hemodinamia.
 - * Radioterapia.
 - * Medicina Física.
 - * Banco de Sangre.
 - * Anestesiología.
 - * Inhaloterapia.
 - * Isótopos.
- * Servicios Médicos Complementarios:
 - * Enfermería.
 - * Farmacia.
 - * Alimentación.

- * Médico-Social.
- * Relaciones Públicas y Divulgación Cultural.
- * Archivo Clínico y Vigencia de Derechos.

En 1960 se iniciaron las labores de bioestadística en el hospital al crearse la Delegación de Estadística. El trabajo metódizado y la evaluación de los servicios dieron lugar a la publicación de las "Memorias" en donde se registró la información de cuanto se realizaba. El Hospital de La Raza fue la primera unidad del Instituto que aportó este tipo de información. El IMSS consciente de la importancia que tiene la participación de las unidades médicas en la docencia para el progreso médico nacional, contribuye a la enseñanza hospitalaria de los estudiantes de medicina. Para ello, en colaboración con la Facultad de Medicina y del Instituto Politécnico Nacional, implementó en el Hospital de La Raza algunos "cursos pilotos" como: los de Infectología y Medicina Preventiva, Pediatría, Hematología, Gastroenterología y Neurocirugía. Hacia 1962, en el Hospital de La Raza se despertó una nueva modalidad: la del entendimiento dinámico, la del incremento de las actividades educativas y la de un sentimiento humanista en el desempeño ejecutivo. Para 1963 el cupo del hospital se saturó debido a que el número de derechohabientes aumento en proporción desigual al cupo del hospital; en este año existió una proposición para reestructurar los servicios médicos, las actividades de enseñanza

progresaron y aparecieron folletos sobre "Programa Educativo para Médicos Residentes", "Programa de Actividades Científicas" y "Programa de Eventos Académicos en el Hospital de La Raza". En marzo de 1964 tuvo lugar la celebración de las Jornadas Médicas Conmemorativas del X Aniversario durante las cuales se expusieron los avances que ha presentado el trabajo diario. El Director General del Instituto informó al H. Consejo Técnico sobre la realización de las jornadas y comunicó que los trabajos que se presentaron culminaron con una nueva etapa al transformarse el Hospital de La Raza en Centro Médico La Raza, con la inauguración del Centro de Gineco-Obstetricia # 3 el 19 de junio de 1964.

A principios de 1965 el Centro Médico La Raza enfrentó dificultades relacionadas con el ejercicio médico, los conflictos entre dirigentes médicos no institucionales y las autoridades gubernamentales frenaron el desarrollo de otros servicios y la demanda de atención se derivó al IMSS. El Hospital General del Centro Médico La Raza respondió al llamado. Ante la situación tan tensa que se vivía un gran número de médicos de dicho hospital publicaron un desplegado en el que reiteraron su disposición para laborar. Para mejorar el trabajo se programaron sesiones científicas en cada servicio y la posibilidad de enseñanza a los médicos residentes e internos fue mayor.

En 1966 se trató de mejorar algunas instalaciones físicas del hospital e insistir sobre la dotación del equipo y mobilia

rio necesario en ciertos servicios; se iniciaron estudios para remodelar las estructuras, para crear una biblioteca a la altura de la unidad, para organizar una clínica de tumores y la docencia fue atendida con preferencia para evitar conflictos como los suscitados en 1965.

El bienio 1967-1968 propició la reglamentación hospitalaria, los reglamentos aparecieron publicados en dos volúmenes - uno por año. El Tomo I reglamentó al cuerpo médico, hablaba sobre el informe de actividades mensual, sobre la expedición - de incapacidades, el uso de aulas, los traslados de cadáveres y la forma correcta de utilizar los quirófanos; por primera -- vez se mostró la imagen de Coatlicue como símbolo del hospi--- tal. El Tomo II apareció en marzo de 1968 el cual vigiló la reglamentación de los servicios de Admisión, Urgencias, Interconsultas, Trabajo Médico-Social y Relaciones Públicas e Infecciosos. Las políticas institucionales se resumen en el trato conveniente y comedido de los enfermos. Otros acontecimientos importantes que sucedieron en el mismo año fueron la solicitud para la creación de una unidad de diálisis propuesta por el Jefe del servicio de Uronefrología, la autorización de la - Comisión Nacional de Energía Nuclear para el uso de material - radioactivo, se planeó crear un servicio de Génetica y establecer un "Sistema Progresivo de Atención Integral del Paciente". Las autoridades concededoras de la problemática de hospital, meditaron la construcción de un Centro Médico más completo alre-

dedor del Hospital General del Centro Médico La Raza; ante tal rumor el H. Consejo Técnico solicitó al Dr. Ignacio Morones -- Prieto, Director General, información al respecto cuya respuesta indicó que se pensaba ampliar las instalaciones del Centro.. Médico La Raza debido a que se obtendrían magníficos resulta-- dos porque la unidad gozaba de un prestigio muy grande. Para ello, se debía iniciar la compra de terrenos. Con la compra de terrenos adyacentes surgió la idea de rehabilitar el conjunto hospitalario Centro Médico La Raza. A este respecto el 2 de enero de 1969 el Subdirector General Médico, Dr. Luis Mën-- dez Hernández, giró instrucciones para que se aprovecharán al máximo los edificios existentes (Hospital General, Gineco-Obstetricia # 3 e Infectocontagiosos) y para que se construyera - cuanto se necesitará y cuanto permitiera construir la superfi-- cie para erigir un Centro Médico Integral. Se formó una Comisión de estudio que concluyó nominar cinco unidades con las letras A, B, C, D y E.

La Unidad A correspondía al Hospital de La Raza que conta-- ría con una distribución de servicios especial para Hospitali-- zación, Cuerpo Intermedio y Consulta Externa. La Unidad B se refería a un nuevo edificio por construir con capacidad de 450 camas. La Unidad C era también de nueva construcción con 250 camas en total, al servicio de Ortopedia se destinaron 200 ca-- mas y al de Cirugía Reconstructiva que incluía Bucodentomaxi-- lar las 50 camas restantes. La Unidad D era el hospital de -

Gineco-Obstetricia # 3 que elevó su capacidad de 250 a 285. -- La Unidad E correspondía al Hospital de Infectología que no se modificó y conservó su capacidad de 190 camas.

Para abril del mismo año, surgió la idea de construir el Hospital de Especialidades Médico-Quirúrgicas del Centro Médico La Raza, el cual debía poseer características especiales: -- sería un hospital de concentración de alta especialidad que -- prestaría servicio a la población de las 6 clínicas hospitalares y las 14 clínicas de Consulta Externa localizadas en el norte y noroeste del D.F y Valle de México, con 450 camas médico-quirúrgicas, consultorios de las especialidades previstas y uno -- más para servicio dental, auxiliares de diagnóstico y trata-- miento y los servicios generales apropiados a su tipo y capaci-- dad. En octubre de 1970 la sugerencia de los doctores Carlos E. Talancon Zapata y Héctor Berea se vió cristalizada y el 16 de ese mes se atendió al primer paciente mediante diálisis; la Unidad de Hemodiálisis y Fisiología Clínica Renal quedó incorporada al centro Médico La Raza.

Al tomar el Dr. Francisco Puente Pereda la Dirección del Centro Médico La Raza, la Subdirección se reinstaló quedando a su cargo el Dr. Fernando Díaz ballesteros. Para entonces la Dirección del Hospital propuso a la Subdirección General Médica del IMSS la reorganización del Hospital debido a que su ele vado número de camas, la antigüedad del edificio e instalaciones, el nivel de ocupación y grado de especialidad hacía nece-

sario la revisión periódica de su estructura. La Especialidad de Infectología se eliminó creándose un hospital especializado, así desde el segundo semestre de 1971 el Hospital de Infectología resultó autónomo. Se creó dentro de la división de Medicina el servicio de Medicina Interna el cual incorporó las especialidades de: Endocrinología, Dermatología, Alergología, Reumatología, Hematología, Neumología y Psiquiatría. A la división de Cirugía se incorporó el Departamento de Músculo Esquelético (Traumatología y Ortopedia) y Cirugía Reconstructiva; los quirófanos pasaron a depender de esta división. La División de Pediatría se clasificó en cinco secciones: prematuros, lactantes, preescolares, escolares y adolescentes. La Unidad Metabólica se agregó a la división de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. La Dirección del Hospital reguló los servicios paramédicos correspondientes a Enfermería, Trabajo Social y Archivo Clínico; La Subdirección reglamentó la Biblioteca y Hemeroteca así como el servicio de Fotografía y Dibujo. La Guardería Infantil pasó a depender del Departamento de Trabajo Social del propio hospital. En el territorio administrativo también se realizaron algunos cambios.

A la reorganización se añadió los propósitos de rehabilitación de un gran número de áreas; el Dr. Francisco Puente Pareda analizó el estado del Centro Médico La Raza y describió el conjunto arquitectónico formado por tres bloques, a fin de sugerir una serie de remodelaciones globales.

También se opinó sobre la conveniencia de construir una -
unidad vertical de varios pisos destinada a estacionamiento --
que cubriera las necesidades de los tres hospitales del Centro
Médico La Raza, la ampliación de los jardines y el estableci-
miento de un depósito de vehículos o garage de transportes en
terrenos localizados a espaldas del Hospital General.

Los propósitos de rehabilitación buscaron lograr una remo-
delación integral, de ahí que dicho programa obedeciera a la -
necesidad de crear nuevos recursos para la zona norte del D.F.
y Valle de México, en donde el Centro Médico La Raza consti-
túa el apoyo de alta especialidad para las unidades médicas -
ahí ubicadas. En enero de 1971 La Dirección del hospital for-
muló un calendario de obra que abarcó el año entero. Comenzó
a hablarse de la demolición de ciertas áreas del hospital y la
construcción de edificios nuevos que conformaran un todo. El
Hospital de Especialidades Médico-Quirúrgicas, estudiado duran-
te 1969 reapareció como una posibilidad más concreta. El 3 -
de febrero de 1971, el Dr. Puente Pereda aprobó un anteproyec-
to en el que se asignaron características especiales a cada --
cuerpo del Hospital General, reconocidos como A y B y donde --
apareció una estructura nueva que alojaba otras especialida-
des.

No es sino hasta el 16 de febrero de 1972 cuando la Subdi-
rección General Médica a cuyo frente se hallaba el Dr. Luis --
Castelazo Ayala, aprobó la "remodelación del actual edificio";

tres días después se acepto la construcción del nuevo edificio designado con la letra D.

El Director del Hospital General del Centro Médico La Raza fue quien resumió el proyecto global, indicando que una vez terminada la obra de remodelación quedarían 4 cuerpos de edificio:

Cuerpo " A " Hospitalización: 9 pisos; actualmente Hospitalización del Hospital General.

Cuerpo " A " Intermedio: 9 pisos; actualmente Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, y Gobierno de la Unidad. Ambos - A y B - remodelados en su totalidad.

Cuerpo " C " Construcción Nueva: sobre la actual plazoleta -- del edificio, con entrada por Calzada Vallejo; 3 pisos para Consulta y aulas más arriba. Corregía a la Consulta Externa por demoler.

Cuerpo " D " Construcción nueva: entre Calzada Vallejo y calle Seris, paralela a la Calle Zaachila; 10 pisos. Destinada al Hospital de Especialidades, con basamento adjunto, al cual en ocasiones se designa como cuerpo D bis. (Fig.10).

Dicho planteamiento originó conflictos pero se ejecuto a partir del propio 1972. Durante el proceso de remodelación la Unidad de Nonoalco-Tlatelolco sirvió de apoyo para seguir prestando atención médica, sufriendo para ello innúmerables --

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

cambios.

El Cuerpo "D" destinado al Hospital de Especialidades que
dó distribuido de la siguiente manera:

- SOTANO:** Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:
Medicina Nuclear.
Hemodinamia.
Anatomía Patológica.
Oficina de Hospitalización y sala de altas.
Sala de Espera para admisión.
- PLANTA BAJA:** Laboratorio Clínico y Laboratorio de Urgencias.
Radiodiagnóstico con 8 salas de Rayos X.
Urgencias Médicas.
Trabajo Social y Terapia Intensiva.
Hospitalización transitoria.
Jefatura de servicio.
- PRIMER PISO:** Gobierno del Hospital de Especialidades:
Dirección y Subdirección.
3 Oficinas Jefes de División.
Jefatura de Enfermería.
Administración.
- SEGUNDO PISO:** Piso tipo para Hospitalización:
72 Camas: 58 Oftalmología y 14 O.R.L.
Estaciones para enfermeras.

Sanitarios.
Ropería.
Tisanería.
Cuartos sépticos.

TERCER PISO: Piso tipo para hospitalización:
78 camas: 24 Otorrinolaringología y 54 An--
giología.

CUARTO PISO: Piso tipo para hospitalización:
72 camas: Gastroenterología 54 y Cirugía --
Vías Digestivas 18.

QUINTO PISO: Piso tipo para hospitalización:
Cirugía de Vías Digestivas 72 camas.

SEXTO PISO: Piso tipo para hospitalización:
72 camas: Endocrinología 34, Unidad Metabó-
lica 8, Medicina Interna 30.

SEPTIMO PISO: Piso tipo para hospitalización:
80 camas: Medicina Interna 14, Neurocirugía
30 y Neurología 36.

OCTAVO PISO: Piso tipo para hospitalización:
72 camas: Cirugía General.

NOVENO PISO: Cocina general y comedor de personal.
2 Aulas.
Sanitarios.
Biblioteca.
Almacén.

Los servicios anteriormente expuestos fueron con los que contó inicialmente la Torre de Especialidades del Centro Médico La Raza, al ser inaugurada en el año de 1972.

Es importante mencionar que el Hospital de La Raza guarda dos tesoros artísticos: murales de Diego Rivera y David Alfaro Siqueiros. (*)

(*) NOTA.- La información histórica contenida en este capítulo fue obtenida del libro:
"Bosquejo histórico: Centro Médico La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social; México D.F.

3.2. OBJETIVOS DEL HOSPITAL.

"De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, - la atención médica se conceptua, como un conjunto de acciones directas y específicas destinadas a poner al alcance de la población los recursos de diagnóstico precoz del tratamiento oportuno y restaurador, y de la observación consecuente.

Contribuye asimismo a la educación y a la investigación: directa e individualmente colabora en la protección y fomento de la salud, dentro de programas coordinados y permanentes". (8)

Por otra parte se debe tomar en cuenta que la atención médica debe contemplarse como una necesidad a nivel social, la que debe proporcionarse de una manera oportuna y permanente, pero sobre todo también se deberá considerar de la cobertura, la calidad de la calidad médica por lo que es conveniente mencionar los niveles de atención médica que son tres.

En el primer nivel se refiere "al primer contacto de la población con los servicios de salud, que solo disponen de recursos limitados". (9)

(8) Sánchez, Rosado Manuel. "Elementos de Salud Pública" México, D.F., 1983 pag. 195

(9) Idem

Este primer nivel tiene fundamentalmente un carácter - promocional y educativo de protección específica y de atención de enfermos que requieren una medicina simplificada -- además se realizan funciones como de vigilancia epidemiológica, detección oportuna de enfermedades crónicas, planificación familiar, control del embarazo, apoyo al control sanitario y a la vigilancia del ambiente, promoción del saneamiento y capacitación de la población en el cuidado de su salud; así como la canalización de pacientes al segundo o tercer nivel.

El segundo nivel se encuentra que son atendidos los -- problemas que son resueltos en el primer nivel; es decir, - que en este nivel se encuentran mayores recursos de diagnóstico y terapéuticos para padecimientos no muy complejos y - que pueden requerir de hospitalización contando con los --- servicios de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna es decir especialidades básicas.

En lo referente al tercer nivel, que es al cual se encuentra enfocada la presente investigación, comprende a --- hospitales e institutos que cuentan con los recursos suficientes para la atención de casos complejos que no pueden - ser atendidos en los otros niveles, un tres por ciento cuenta con subespecialidades y además realiza importantes labo-

res de docencia e investigación.

La atención médica debe satisfacer los siguientes requisitos: igualdad, que consiste en poder proporcionar los servicios médicos a todos sin tomar en cuenta edad, sexo, ocupación o credo; oportunidad, es referente a prestar los servicios en el momento adecuado; integridad, este rubro se refiere a las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación; la accesibilidad, que significa ponerse al alcance de todos los habitantes tanto de áreas rurales como urbanas y por último la calidad, que se refiere a la aplicación actualizada de acuerdo a los adelantos científicos.

Cabe mencionar que los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social tienen como objetivos los siguientes:

- Garantizar el derecho a la salud de la población amparada
- Sensibilizar al paciente y a su familia a fin de que participe en el tratamiento intra y extra hospitalario.
- Lograr que el paciente conozca la importancia de su padecimiento y sus limitaciones como resultado del mismo.
- Lograr la participación activa de los pacientes para su auto-cuidado.

"Con la finalidad de proporcionar atención médica eficiente y adecuada a la problemática de salud que presenta -

cada paciente de los servicios médicos están estructurados y regionalizados para su mejor funcionamiento, en los tres niveles de atención a los que corresponden diferentes tipos de unidades médicas relacionadas funcionalmente entre sí:

- Unidades de Medicina Familiar.

(Primer Nivel)

- Hospital General de Zona.

(Segundo Nivel)

- Hospitales de Especialidades.

(Tercer Nivel) " (10)

Por último, el objetivo del Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social es el siguiente: "Ofrecer a la población derechohabiente una atención adecuada, oportuna y eficaz en todos y cada uno de sus servicios que lo conforman."

(10) Cuadernos de Orientación. Niveles de Atención Médica. México, D.F., 1987. pag. 21-22.

3.3.. ESTRUCTURA ORGANICA.

El Centro Médico la Raza es una institución dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, que es un organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, además se considera como un instrumento o recurso básico de la Seguridad Social, establecido como un servicio público encaminado a proteger eficazmente al trabajador y su familia contra riesgos de la existencia, basándose en los principios de la seguridad social cuya finalidad es la de garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Asimismo el Centro Médico la Raza es un complejo hospitalario considerado como uno de los más importantes a nivel nacional, dentro del rango de tercer nivel de atención a la salud; ya que cuenta con recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el tratamiento de enfermedades de difícil manejo.

El Centro Médico la Raza está conformado por las siguientes Unidades Hospitalarias:

- Hospital General
- Hospital de Infectología

- Hospital de Gineco-Obstetricia.

- Hospital de Especialidades.

Actualmente el Hospital de Especialidades se encuentra estructurado de la siguiente forma:

- SOTANO

Hemodinamia

Medicina Nuclear

Patología

Informes

Admisión Hospitalaria

Oficina de Servicios Generales

Central de Medicamentos

Jefatura de Conservación

Oficina de Servicios Básicos

Roperia

Almacen

Fotocopiado e impresiones

Archivo

-PLANTA BAJA

TRABAJO MEDICO SOCIAL

Extensión Hospitalaria

Unidad de Féresis

Quirófanos

Servicios de Radiodiagnóstico

Laboratorio Central

	Laboratorio de Hematología Especial
	Laboratorio de Inmunología
PRIMER PISO	Dirección
	Subdirección médica
	Subdirección administrativa
	División de Cirugía
	División de auxiliar de diagnóstico
	División de Medicina
	Jefatura de enseñanza audiovisual
	Jefatura de enfermería
	Jefatura de personal
	Contraloría
	Inventarios
	Delegación sindical
SEGUNDO PISO	Terapia Intensiva
	Unidad Coronaria
	Unidad de Diálisis
	Inhaloterapia
TERCER PISO	Hematología
	Urología
CUARTO PISO	Angiología
	cirugía general
QUINTO PISO	Neurología
	Nefrología

SEXTO PISO

Cirugía Reconstructiva

Neurocirugía

Electromiografía

Neurología

SEPTIMO PISO

Medicina Interna

Reumatología

Dermatología y alergia

OCTAVO PISO

Cardiología

Endocrinología

NOVENO PISO

Unidad Metabólica

Unidad de trasplante

Gastroenterología

Proctología

Bucodento Maxilar

DECIMO PISO

Auditorio

Aulas

Biblioteca

Departamento de Nutrición

y Dietética

Comedor de personal

3.4 PROGRAMAS DESARROLLADOS POR TRABAJO SOCIAL MEDICO EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE ATENCION DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MEDICO LA RAZA.

El Trabajo Social Médico en el Hospital de Especialidades ha implementado una serie de programas en respuesta a las necesidades observadas en los pacientes que acuden a los diferentes servicios, debido a que toda enfermedad va acompañada de trastornos psíquicos o emocionales a los que hay que atender para disminuir la tensión emocional y ansiedad que pueden interferir en el curso normal del tratamiento.

A continuación se mencionan los programas de acción que actualmente el Departamento de Trabajo Social Médico desarrolla con los pacientes que acuden al Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, para recibir atención médica de tercer nivel.

El Servicio de Nefrología cuenta con un programa denominado "Introducción al padecimiento del síndrome nefrótico del paciente y familia", cuyo objetivo se enfoca a los factores sociales, emocionales, familiares, económicos y culturales que están actuando en la vida del paciente y su familia. Las actividades desarrolladas en este programa son las siguientes:

" Elaboración de estudios socioeconómicos, entrevistas formales con nota, entrevistas informales y orientación en general, visita diaria a pacientes hospitalizados de primer ingreso, revisión de expedientes, visita a pacientes hospitalizados, notas -

iniciales, visitas a domicilio, localizaciones, constancias y comprobantes, trámites al Ministerio Público, altas voluntarias control de pacientes foráneos, orientación en casos de defunción, formación de grupos y orientación de Banco de Sangre"(11)

En el servicio de Terapia Intensiva se desarrolla un programa titulado "Estimulación sensorial", que tiene como objetivo:

"Ofrecer a los pacientes una estimulación sensorial más agradable que les ayude a superar el estrés en que se encuentran".

"Integrar al familiar como parte activa en el tratamiento del enfermo"(12).

El programa implementado en el servicio de Cirugía General esta dirigido a la "Rehabilitación integral de pacientes con -- Estomas", el cual tiene como objetivo la atención de pacientes que requieren tratamiento con estomas en el tracto digestivo, a través de la formación de grupos multidisciplinarios para desempeñar acciones encaminadas a la orientación, educación y rehabilitación de los enfermos"(13).

En el servicio de Unidad Coronaria se desarrolla el programa "Orientación a familiares de pacientes de la Unidad Coronaria", cuyos objetivos son:

"Orientar y apoyar al paciente en forma eficaz y oportuna durante

(11) Informe Anual de Trabajo Social Médico del Hospital de Especialidades CMR; 1991.

(12) Idem

(13) Idem.

te su estancia en el servicio".

" Proporcionar a los familiares información y apoyo para atenuar el estrés y angustia"(14).

"Integrar al paciente y familiares a los grupos de rehabilitación a través de la coordinación con Trabajo Social Médico del Servicio de Cardiología"(15).

Al servicio de Unidad Coronaria ingresan pacientes con diferentes tipos de cardiopatías, el mayor porcentaje presenta infarto agudo al miocardio; interviniendo Trabajo Social Médico en la elaboración de estudios médico-sociales por medio de los cuales se captan las causas que favorecieron la presentación del padecimiento y así poder establecer posibles soluciones a la problema existente.

En el servicio de Cardiología, el programa implementado se llama "Orientación para la prevención primaria y secundaria de la Cardiopatía Isquémica y de la rehabilitación Biopsicosocial de los pacientes con este padecimiento"(16).

El programa desarrollado en el servicio de Endocrinología se denomina "Manejo Integral del Paciente diabético Tipo I". -- Las actividades que el trabajador social médico realiza son: estudios médicos-sociales a pacientes de nuevo ingreso, visitas domiciliarias para conocer cambios en la estructura familiar --

(14) Informe Anual de Trabajo Social Médico del Hospital de Especialidades.

(15) Idem.

(16) Idem.

El Programa llamado "Rehabilitación del paciente con cirrosis hepática por alcohol", es llevado por la Trabajadora Social del servicio de Endocrinología.

En el servicio de Reumatología existe en proceso un proyecto denominado "Grupo con pacientes de Lupus Eritematoso Sistémico"; para lo cual se realizó una investigación en la cual se -- detectaron los problemas más sobresalientes de este tipo de pacientes.

Finalmente, en el servicio de Hematología existe un grupo llamado "Donaféresis" el cual se encuentra conformado por pacientes que presentan leucemia, hipoplasia medular, linfomas -- púrpura, trombocitopénica, inmunología y neutropenia. La finalidad de este grupo es disponer de familiares donadores para -- los pacientes que requieren de fracciones de sangre para salvar su vida.

CAPITULO IV.- TRABAJO SOCIAL MEDICO.

4.1 TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

El establecimiento y desarrollo del Trabajo Social en el área de la Salud, surgió debido "al reconocimiento por parte de los médicos del significado e importancia de los aspectos sociales y emocionales de la salud y de la enfermedad" (17). De ahí, que la atención médica combine el tratamiento de los trastornos orgánicos con el tratamiento de los factores sociales -- que afectan la eficiencia de dicha atención y que contribuyen a aumentar la duración de la incapacidad.

4.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

El Trabajo Social en el área de la Salud, tiene "como un antecedente importante... la labor de una sociedad fundada en Londres en 1880, llamada Society for After Care of Poor Persons Discharged from Insane Asylum" (18), cuya función consistía en atender a los pacientes de escasos recursos económicos que eran

(17) HERNANDEZ de Vittorioso, Lidia C. "Trabajo Médico Social"; Ed. HUMANITAS; Buenos Aires, Argentina; 1969; pp. 5.

(18) CASTELLANOS, Maria C. "Manual de Trabajo Social"; Ed. LA PRENSA MEDICA MEXICANA S.A.; 13a. Reimpresión; México D.F.; 1985; pp. 84.

dados de alta de los hospitales para enfermos mentales. Posteriormente "alrededor de 1893 se reorganizó el trabajo de las denominadas "Damas Limosneras" de Londres (Ladies Almoners), - de acuerdo con un plan publicado en 1892 por el secretario de la "Sociedad de Caridad". En este plan se pedía que la caridad pública se coordinará con la ayuda que necesitaban los enfermos que concurrían a los dispensarios y que por razones económicas tenían que abandonar su curación. Fue en el Royal -- Free Hospital de Londres, en 1895, donde se empezó a trabajar de acuerdo con esta nueva filosofía" (19).

En 1905 el Dr. Cabot crea la primera plaza de Trabajo Social en un Hospital. El Dr. Richard C. Cabot en 1903 ejercía como médico de dispensario, durante su ejercicio se interesó - por mejorar los métodos de diagnóstico utilizados en las instituciones a fin de elaborar al enfermo un diagnóstico científicamente establecido; durante el desarrollo de tales esfuerzos se encontró con una gran dificultad que consistía en que para tener un mejor conocimiento del paciente era necesario conocer su hogar, su habitación, sus alimentos, su familia, sus costumbres, etc., aspectos que no podía obtener con la sola visita - al dispensario, por lo que sus diagnósticos seguían siendo superficiales e incompletos.. Fue entonces cuando se dio cuenta de la necesidad de una inspectora social que estudiará más

(19) CASTELLANOS, María C. " Manual de Trabajo Social". pp. 84.

profundamente la enfermedad del paciente que lo consultaba y su situación económica a fin de poder llevar a cabo el tratamiento adecuado, organizando los recursos de las instituciones de las instituciones de beneficencia, haciendo un llamado a la caridad voluntaria y utilizando las fuerzas de las diferentes asociaciones de caridad. Fue así como en 1905 hizo entrar en el Hospital General de Massachusetts a la primera inspectora social retribuida, destinada a trabajar todo el día en cooperación con el Dr. Cabot y otros médicos del dispensario. Esa primera inspectora social fue Miss Garnet Pelton que aunque era enfermera de profesión se destacó como pionera en la lucha anti tuberculosa; su función consistía en profundizar y ampliar el conocimiento del enfermo a fin de establecer un diagnóstico más completo y tratar de atender sus necesidades económicas, mentales y morales ya fuera a través de la misma inspectora o recurriendo a grupos benéficos constituidos en organizaciones de ca ridad dentro de la comunidad. Miss Garnet ejerció durante 8 meses en colaboración con 13 voluntarias, entre ellas Miss. Ida M. Cannon quien la sucedió y elevó el servicio a la categoría de Departamento; en 1918 creó la Asociación Americana de Trabajadores Sociales Hospitalarios.

El Dr. Cabot entendía que la función primordial de la inspectora social era ocuparse de todas las necesidades del indiv iduo y su actividad consistía en dar y recibir sin caer nunca en la dádiva, debido a que el acto de dar creaba la dependencia --

del individuo debido a que dañaba la iniciativa moral y laboral. La labor del Trabajo Social la centraba en la acción educativa y en la investigación. El Dr. Cabot señaló que "es importante que la Trabajadora Social sea claramente reconocida como miembro importante de la institución de que forma parte", -- pues es miembro del equipo de salud y "uno de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento". Pero para ello... la trabajadora social debe contar con ciertos conocimientos médicos"(20). -- Que le permitirán actuar como elemento del equipo de salud con una función específica sin invadir otros campos.

Otra pionera del Trabajo Social Hospitalario fue Mary Ellen Richmond, quien indicó la importancia de la prevención y la educación en el tratamiento de la ceguera, el alcoholismo, -- la demencia y la debilidad mental. En 1922 señaló que el Trabajador Social es "" es el intérprete de la población ante el -- hospital y del hospital ante la población""(21). Richmond, al igual que Cabot, luchó por un Trabajo Social científico, basado en la investigación social.

En Estados Unidos de Norteamérica, en 1930 los trabajadores sociales iniciaron trabajos de proyección a grupos masivos interviniendo en programas de salud y bienestar de manera -- interdisciplinaria que extendía sus beneficios a sectores más --

(20) KISNERMAN, Natalio. "Salud Pública y Trabajo Social"; Ed. HUMANITAS; Buenos Aires, Argentina; 1981; pp.119.

(21) KISNERMAN, Natalio. "Salud Pública y Trabajo Social", pp. 120.

amplios de la población; esto trajo consigo que los trabajadores sociales adquirieran un cúmulo de conocimientos que les permitían valorar la importancia de preservar la salud en vez de actuar sobre factores causantes de la enfermedad. Esta nueva visión permitió unificar los esfuerzos hacia acciones preventivas y fomentó la actitud de buscar a los enfermos antes de que éstos llegaran en busca de la atención médica. Aunado a lo anterior, la función social del hospital se fue extendiendo rápidamente y los hospitales se fueron haciendo cada vez más conscientes del paciente como individuo que tiene necesidades.

En América Latina, el médico Alejandro del Río creó en Chile en 1925, la Escuela de Servicio Social siendo la primera en esta parte del continente americano. Esta carrera surgió como una carrera paramédica, criterio que imperó en América Latina hasta principios de la década de los 60's.

En nuestro país, aún antes de que se crearán las Escuelas de Trabajo Social, existían personas que se dedicaban dentro de los hospitales a ayudar a los enfermos cuyos recursos económicos les impedían proveerse de medicamentos, prótesis, etc. A partir de 1943, empiezan a ser contratados trabajadores sociales para desempeñar ciertas funciones de orientación y ayuda a la población hospitalizada. Inicialmente su función consistía en fijar cuotas y de promover la ayuda material a los enfermos con mayores carencias; posteriormente conforme el papel del trabajador social fue destacando, se le empezó a ubicar como el --

profesionista que mantenía la conexión entre el paciente y su hogar. Conforme se avanza en la práctica profesional en esta área se van delimitando sus funciones.

Así es como el Instituto Mexicano del Seguro Social, como máximo representante de las instituciones de Seguridad Social en nuestro país, se sirve de la colaboración del Trabajo Social para alcanzar el objetivo que tiene establecido. El vínculo que este profesional establece con el equipo de salud permite a éstos tener un conocimiento más amplio y profundo de la realidad social que rodea al enfermo con la finalidad de que la atención proporcionada sea integral mediante la instauración de programas multidisciplinarios. Por ello, el Trabajador Social debe desempeñar acciones tendientes a modificar los factores sociales que favorecen la enfermedad y obstaculizan el tratamiento, estableciendo las condiciones adecuadas en el medio social del paciente que le permitan recuperar el estado de bienestar.

4.1.2 CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

El Trabajo Social en el área de la salud es "la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales - que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención, y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en los individuos, los grupos y las comunidades"(22).

Es importante señalar que esta referencia conceptual además de los factores sociales "reconoce la intervención de elementos biológicos y psicológicos; por lo que se requiere el --trabajo en equipo, a través de una plena integración, no como una mera sumatoria de esfuerzos, sino a partir de la interdisciplinariedad; lo que implica la concurrencia de conocimientos y acciones en un marco de referencia lógico y bien estructurado, que permita la consecución de los fines propuestos, como -son: la higiene, el saneamiento y mejoramiento del ambiente; - la educación para la salud, la nutrición, la salud materno infantil, la planeación familiar, la salud bucal, la salud men--

(22) TERAN Trillo, Margarita. "Perfil Profesional del Trabajador Social en el área de la salud"; Revista de Trabajo Social # 37; UNAM; México - D.F; 1989; pp.42.

tal, la salud ocupacional, la higiene del deporte y la recreación; la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, la prevención de accidentes, la rehabilitación y la seguridad social"(23).

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

El Trabajador Social especializado en el área de la salud "es el profesional del equipo de salud que a través del conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud, se integra en acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos sociales, para la promoción y atención de la salud; tomando como marco los tres niveles de servicios"(24). De ahí, como señala Margarita Terán en su revista del perfil profesional, que su formación está orientada a la investigación sociomédica que le permite conocer los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad, la administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas - así como la educación y la dinámica de grupo que le permitirán promover la organización de la población para que participe en

(23) TERAN, Trillo Margarita.

(24) TERAN Trillo, Margarita. pp. 43.

proyectos de prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; es aquí donde deberá sistematizar las experiencias - obtenidas para la retroalimentación teórico-operativa de la -- profesión a fin de elaborar modelos de intervención que permitan la obtención de mejores resultados.

Es así como los objetivos del Trabajo Social en el área - de la salud deben fijarse en función de los objetivos genera-- les de la institución a la cual pertenece, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales debido a que "las enfermedades por sí solas son suficientes para provocar las mayores transformaciones en la vida de los indiviiduos. No sólo alteran su nivel económico sino sus hábitos y costumbres, intereses, relaciones familiares y sexuales, carrera profesional, ocupaciones, dietas y vicios, etc. Por estas ... razones suelen ocasionar notables cambios en las esferas - física, psíquica y social del individuo"(25).

En base a lo anterior, se puede decir que el objetivo general del Trabajo Social en el área de la salud es "participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud"(26). Para lograr tal objetivo se deben establecer objetivos específicos que mantengan una estrecha relación entre sí para pro--

(25) CASTELLANOS, Marie C. "Manual de Trabajo Social"; pp.83.

(26) TERAN Trillo, Margarita. "Perfil Profesional del T.S en el área de la salud"; pp. 44.

gresivamente alcanzar el objetivo general. Los objetivos específicos, que se señalan en la Revista de Trabajo Social # 37 respecto al Perfil Profesional del Trabajador Social en el --- área de la salud, son:

1. Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, en relación a un contexto social determinado.
2. Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
3. Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
4. Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen consciente y activamente en los programas de salud.
5. Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre.
6. Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.

4.1.4 FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

Como funciones propias del Trabajo Social en el área de la salud, la revista del "Perfil Profesional del Trabajador Social en el área de la salud", señala las siguientes:

1. INVESTIGACION:

- Diseñar protocolos específicos.
- Identificar factores económicos, sociales y culturales -- que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.
- Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud.
- Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud.
- Estimar el costo social de los programas y proyectos de la salud.
- Hacer estudios de prospectivas sociales por la educación para la salud en México.
- Establecer el perfil de los usuarios de servicio.
- Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de salud (local, regional o nacional).

2. ADMINISTRACION:

- Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud.

- Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general.
- Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles.
- Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.
- Buscar la optimización de la eficiencia de recursos, intra-institucionales.
- Controlar los procesos administrativos del servicio de Trabajo Social.
- Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad de ésta.
- Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.
- Diseñar manuales de normas y procedimientos del servicio de Trabajo Social.
- Establecer sistemas de coordinación intra y extra-institucionales.
- Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales (sinistros y catástrofes).
- Hacer acopio de material didáctico y de difusión.

3. EDUCACION:

- Mantener a la población usuaria del servicio informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.
- Impulsar la educación para la salud física y mental.
- Promover la paternidad responsable, así como los progra--

mas de educación para la salud y de medicina preventiva.

- Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los - servicios de salud.
- Promover campañas de prevención de enfermedades, acciden- tes de trabajo, del hogar, etcétera.
- Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.
- Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.
- Diseñar material de apoyo didáctico.

4. ENSEÑANZA:

- Asesorar estudiantes y pasantes de Trabajo Social.
- Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones -- del Sector.
- Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes.
- Coordinar actividades o proyectos especiales, con institu- ciones educativas de Trabajo Social.
- Difundir las funciones y programas de los Servicios de -- Trabajo Social, ante nuevos miembros del equipo o grupo - de estudiantes.
- Promover la asistencia y participación del personal a --- eventos de superación académica y profesional.
- Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área.

5. ASISTENCIA.

- Proporcionar orientaciones médico-sociales, de distinta - índole; tanto a pacientes como a familiares.

- Realizar estudio 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 derechohabiente de otra institución).

6. PROMOCION SOCIAL O COMUNITARIA:

- Participar en campañas comunitarias de salud.
- Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.
- Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.
- Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.
- Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro.
- Coordinar intra y extrainstitución, la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro.

7. ORIENTACION LEGAL.

- Orientación 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 Mi--

nisterio Público.

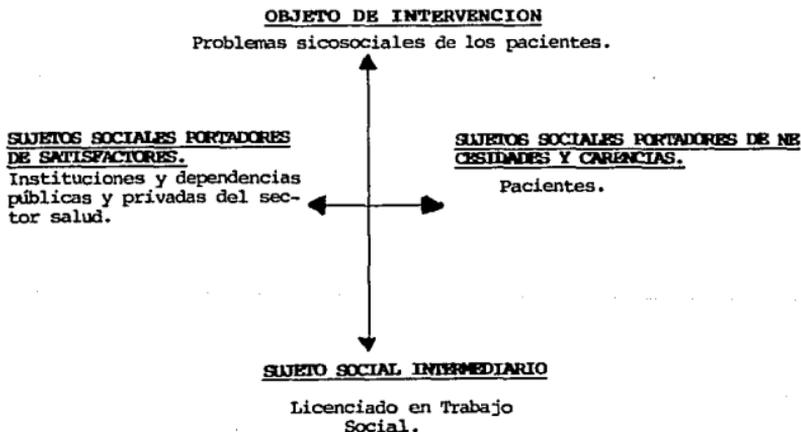
- Canalizar el caso.

8. SISTEMATIZACION.

- Analizar el conjunto de los casos atendidos para conformar 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.
- 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 específicas - de Trabajo Social.

4.1.5. **ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA ESPECIFICIDAD DE TRABAJO SOCIAL MEDICO.**

El Trabajo Social Médico constituye un elemento fundamental en el desarrollo de las actividades de toda institución dedicada al área de la salud. En este sentido, es indispensable señalar los elementos constitutivos de la especificidad que integran a esta área y en conjunto hacen posible la existencia y permanencia del Trabajo Social Médico.



MARCO DE REFERENCIA: Todo el marco teórico de las diferentes disciplinas en las que se fundamentará y conceptualizará la intervención real en esta área (Medicina, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y su metodología de intervención de atención individualizada, grupo y comunidad).

OBJETIVOS: Contribuir a que todos los pacientes, independientemente del padecimiento que presenten, logren llevar un tratamiento eficaz, oportuno, adecuado y a tiempo.

FUNCIONES: 1.- Orientar a los pacientes para lograr una rápida adaptación al medio hospitalario y al proceso del tratamiento.

2.- Capacitar a los enfermos para que tengan un marco de referencia más amplio respecto a su padecimiento.

3.- Organizar a los pacientes para el mejor aprovechamiento de los recursos que brinda la institución en beneficio de la salud.

PROCEDIMIENTOS: a) Investigación. Es la fase de la detección de la problemática presentada por los pacientes.

b) Diagnóstico. Jerarquización de la problemática, señalando las causas y los efectos.

c) Pronóstico. Efectos que se obtendrán como consecuencia de seguir con la problemática existente.

d) Programación. En base a los resultados obtenidos en la investigación se darán posibles alternativas de solución.

EJECUCION: En esta etapa se realizará la operativa de la planeación, es decir la consecución de las metas y objetivos fijados.

EVALUACION: La evaluación se realiza a lo largo de todo el proceso, a través de informes periódicos de las actividades realizadas.

4.2 ORGANIZACION Y FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MEDICO LA RAZA, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Trabajo Social en el Hospital de Especialidades, Centro Médico la Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, se rige a través de un instructivo de operación, el cual es un documento normativo emitido por la subdirección general médica, a través de la jefatura de servicios de centros médicos.

En este documento se clasifican las diferentes categorías de trabajo social dentro de la institución de la siguiente forma: Jefe, Subjefe y Trabajadora Social diferentes niveles -- que se encargan de la difusión, implantación, supervisión y -- cumplimiento de las normas institucionales relacionadas con su servicio y que están esyablecidas en el instructivo de operación de Trabajo Social.

El instructivo se desarrolla tomando en cuenta las diferentes categorías de Trabajo Social. Principia por asignar actividades a cada puesto, es decir, asignación de estas por niveles jerárquicos.

En primera instancia se señala actividades correspondientes al jefe del servicio de Trabajo Social Médico y así consecutivamente hasta llegar a el último nivel.

Las actividades realizadas en el servicio de nefrología - por trabajo social médico son:

a).- Actividades Técnico asistenciales. Establece los criterios de funcionamiento técnico del servicio para guiar a la -- trabajadora social durante el proceso de atención médica intra y extramuros, además coordina el funcionamiento de el servicio además establece coordinación con otras instituciones para a-- tender problemas específicos y promover las relaciones humanas entre el personal y los derechohabientes.

b).- Actividades de enseñanza. Reconoce las necesidades de capacitación y adiestramiento del personal en el servicio; participa en eventos académicos y promueve la participación de el personal de trabajo social en eventos extramuros.

c).- Actividades de investigación.- Determina con base en los diagnósticos de salud de la unidad las investigaciones sociales y de salud, asesora el desarrollo de las investigacio-- nes hasta su publicación.

d).- Actividades Administrativas. Dirige y participa en todo lo referente a la organización y administración de los dife^{re}ntes servicios que componen la torre de Especialidades.

4.2.1. **CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.**

El Trabajo Social en el Hospital de Especialidades Centro-Médico la Raza es considerado como el conjunto de " acciones -- metodológicamente orientados mediante la investigación de factores sociales que influyen en la salud para participar en programas tendientes a educar, organizar y motivar a la población a - efecto de contribuir a la salud integral". (27)

En este sentido la definición abarca todos los aspectos - sociales que de alguna forma influyen en el desarrollo de as--- pectos de la salud de los individuos, es decir que abarca todas las necesidades que manifiesta el paciente y las acciones - que se deben llevar a cabo para obtener resultados optimos en - el tratamiento integral del paciente.

La definición anterior fue retomada de la conceptualiza--- ción de el trabajo social en el área de la salud y esta misma-- es retomada dentro de la institución debido a que no existe una definición propia.

(27) TERAN Trillo, Margarita. "Perfil profesional del Trabajador Social en el área de la salud": Revista de Trabajo Social #37; U.NA.M.; México D.F.; 1989; pp. 32.

4.2.2. OBJETIVOS.

De acuerdo a la Organización Interna que existe en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, se establece que los diferentes servicios proporcionados por esta institución se lleve a cabo un programa de Trabajo Social en cada uno de estos.

El programa del servicio de Nefrología señala como objetivo fundamental, el siguiente:

"Proporcionar a través de Tratamiento Social las condiciones favorables del paciente urémico, para poder llevar a cabo tratamiento médico ideal basados principalmente en el entrenamiento paciente-familiar, ubicándolo como agente dinámico de su propio tratamiento, lo que se traduce en la prolongación del promedio de vida, así como el mejoramiento de la sobrevida." (28)

Este objetivo se enfoca a la participación del enfermo y - su familia en el tratamiento integral del paciente, desarrollando un conjunto de habilidades en ellos, que les permitan contribuir en el restablecimiento del paciente.

(28) Programa de Trabajo Social del servicio de Nefrología. Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza. IMSS.

Asimismo, en el Hospital se desarrolla un objetivo general de Trabajo Social que dice: "En forma organizada los profesionales de Trabajo Social en el área médica deben contribuir a que los derechohabientes reciban una atención ágil, eficaz y oportuna en un ambiente de mutuo entendimiento cordial y humano dentro de una adecuada imagen institucional."

El objetivo anterior señala la efectividad de la contribución que debe tener el Trabajador Social para la atención del enfermo y la imagen de la institución que resulta de ello.

4.2.3 FUNCIONES.

En relación a las funciones que realiza Trabajo Social Médico en el Hospital, se clasifican de la siguiente manera:

"Entrevistar a todos los pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de la unidad para detectar, conocer y en su caso, tratar el desequilibrio de los procesos sociales del paciente que interfieren en el proceso de la atención médica hospitalaria.

Realizar visita diaria con el equipo de salud a los pacientes hospitalizados para mantener la relación con éstos y su familia y atender sus problemas sociales inmediatos.

Atender los casos con problemas socio-culturales que interfieren en el tratamiento y recuperación del paciente durante su estancia hospitalaria.

Informar al médico tratante de los antecedentes, evolución y resultados de los casos problema y acordar acciones futuras.

Integrar a pacientes o familiares que requieran tratamiento social.

Educar individual o grupalmente a los familiares o acompañantes para el manejo social del paciente durante su estancia hospitalaria y para su continuidad en domicilio.

Impartir pláticas de educación para la salud y de orientación

a los derechohabientes en el ámbito de la unidad, con base a los programas establecidos como prioritarios.

Realizar actividades extramuros con fines de investigación, seguimiento de casos y tratamiento social.

Investigar los recursos asistenciales del área de influencia de la unidad hospitalaria para formulación del catálogo de servicios.

Asesorar al equipo de salud en aspectos sociales de los pacientes, grupo y comunidad dónde interactúan". (29)

(29) Instructivo de operación del servicio de Trabajo Social en unidades hospitalarias. 1984. IMSS. pag.17

CAPITULO V.- PLANEACION DE LA INVESTIGACION.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Insuficiencia Renal Crónica, es un estado clínico causado por la destrucción progresiva e irreversible del riñón -- que imposibilita mantener la homeostásis del organismo.

Esta enfermedad es considerada como un problema de salud pública, debido a que afecta a miles de personas cada año en nuestro país.

El tratamiento médico de la Insuficiencia Renal Crónica -- por ser de difícil manejo debe ser atendida en una unidad médica de segundo o tercer nivel, como lo es en este últimocaso el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social; el cual cuenta con los recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios.

Dentro de los recursos huamnos esta unidad cuenta con la participación de un equipo multidisciplinario conformado por -- médicos nefrologos, cirujanos generales, enfermera especialistas en enfermedades renales, enfermeras sanitaristas, psicólogo, dietólogo y trabajadora social, cuya participación es de -- suma importancia debido a que es el profesional que establece un vínculo entre la institución y las necesidades del paciente tomando en cuenta que este vínculo permite al equipo de salud conocer la realidad psicosociofamiliar y de orientación médica de cada paciente que obstaculiza el tratamiento de la Insufi--

ciencia Renal Crónica.

Es importante mencionar, que las enfermedades provocan -- cambios en la vida del hombre debido a que no sólo se ve afectado el aspecto económico sino también el social, como lo es - su ocupación, su carrera profesional, sus relaciones familia-- res y sexuales, intereses, costumbres, dieta, al generarse pro blemas de desempleo, desintegración familiar, etc.

La mayoría de las enfermedades crónicas van acompañadas - de trastornos psíquicos o emocionales originando notables mo- dificaciones en la conducta del paciente.

5.2 OBJETIVO GENERAL.

Elaborar una investigación en una institución de tercer nivel de atención médica, con la finalidad de establecer una propuesta de intervención del Licenciado en Trabajo Social que permita, a través de la implementación de estrategias, mejorar las condiciones psicosociofamiliares y de orientación médica del Paciente Renal en Fase terminal, con el propósito de que exista un mejor aprovechamiento del tratamiento médico del paciente y de su dinámica en general.

5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Contribuir a la satisfacción de las necesidades sociales de los pacientes renales, a través de medidas tendientes a mejorar sus relaciones interpersonales en sus diferentes ámbitos, con el objeto de un mejor aprovechamiento de su tratamiento.

- Fundamentar la importancia de informar adecuadamente al paciente y núcleo familiar, los aspectos del padecimiento de forma clara y comprensible para lograr su participación activa en el tratamiento.

- Proponer actividades que permitan elevar el nivel de vida de los pacientes nefrológicos, con la finalidad de aprovechar al máximo los recursos económicos para un tratamiento adecuado.

- Proponer acciones tendientes a mejorar las relaciones existentes en la dinámica familiar, con el propósito de fomentar la cooperación para el tratamiento integral del paciente renal en fase terminal.

- Implementar estrategias que contribuyan a la superación de la crisis psicológica, producto de la enfermedad que padecen los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

5.4 HIPOTESIS.

La problemática psicosociofamiliar y de orientación médica que presenta el enfermo con Insuficiencia Renal Crónica, --
afecta su tratamiento integral.

5.5 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACION.

La investigación a realizar será por una parte documental ya que los datos obtenidos serán de fuentes escritas cuya finalidad es obtener información susceptible de ser utilizada en la investigación que servirá como base teórica.

Por otra parte será de campo, es decir, se establecerá un trato directo con los derechohabientes que presentan Insuficiencia Renal Crónica y reciben atención integral en el servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Asimismo, la presente investigación será de tipo descriptivo debido a que identificará los principales problemas que presentan y afectan el tratamiento integral del paciente renal en fase terminal, en los diferentes ámbitos que lo rodean y conforman como ser social.

5.6 PROCEDIMIENTO METODOLOGICO.

Una vez definido el problema de la investigación se elaborará un marco teórico que se basará en la investigación documental obtenida de centros bibliotecarios e instituciones del sector salud.

Posteriormente se procederá a realizar la investigación de campo, que consistirá en la aplicación de técnicas e instrumentos como son: la observación, la entrevista, elaboración y aplicación de cuestionario para la recolección de la información, contemplando a un porcentaje de pacientes que ingresen al servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Una vez obtenida la información documental y de campo, se procederá a codificar, tabular e interpretar los datos obtenidos con el propósito de comprobar la hipótesis planteada en la investigación.

Finalmente se elaborará la estructuración, redacción y presentación de la investigación.

5.7 DEFINICION DE VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Problemática psicosociofamiliar y de orientación médica del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica se denomina al -- conjunto de dificultades, problemas y aspectos de índole psicológica, emocional, económico, laboral, de relación social con sus semejantes y de orientación médica que afectan o condicionan el adecuado desarrollo del tratamiento integral del paciente.

VARIABLE DEPENDIENTE

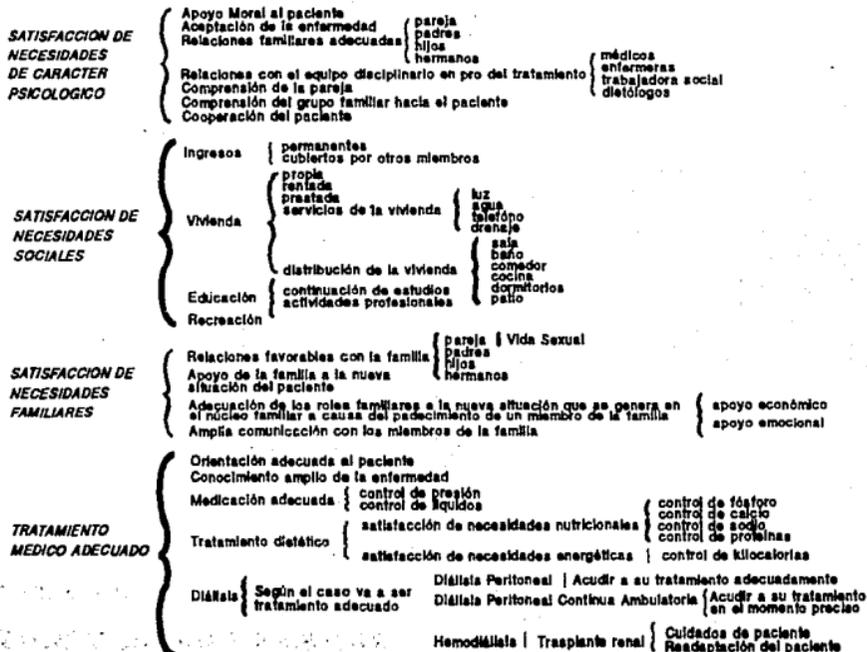
Tratamiento Integral del Paciente se llama al conjunto de medidas a seguir en la atención del paciente con Insuficiencia Renal Crónica no sólo desde el punto de vista médico sino de todos los aspectos que lo conforman como ser social, encaminadas a lograr su adaptación y reintegración a la nueva forma de vida que llevará a raíz de la manifestación del padecimiento. El paciente no es considerado como un caso médico aislado sino como una totalidad en que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

5.8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

HIPOTESIS: La problemática psicosociofamiliar y médica que presenta el enfermo con insuficiencia renal crónica, afecta su tratamiento integral.

Variable Dependiente:

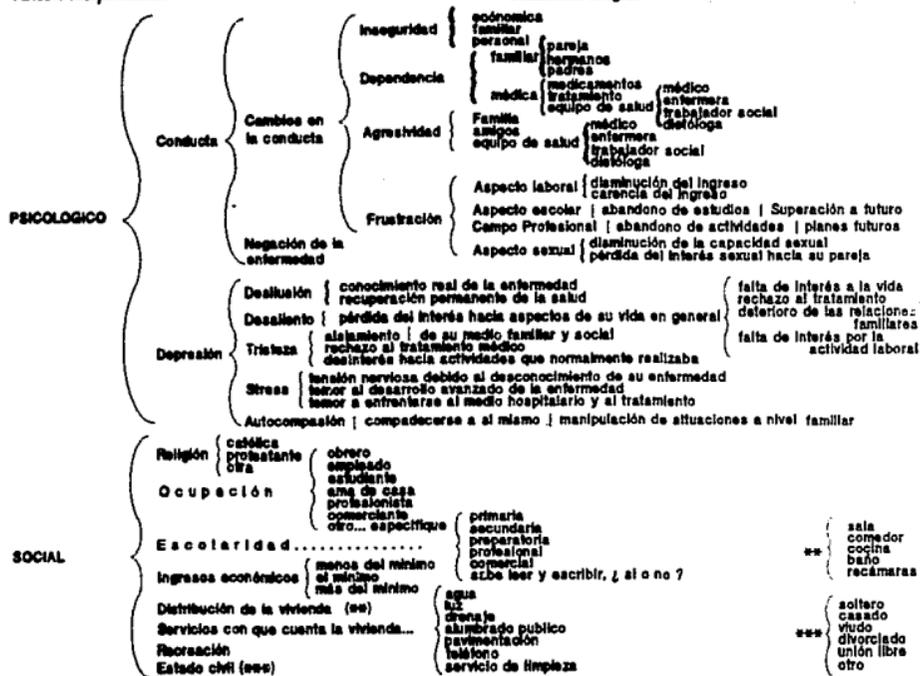


OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

HIPOTESIS: La problemática psicosociofamiliar y médica que presenta el enfermo con insuficiencia renal crónica, afecta su tratamiento integral.

Variable Independiente: PARTE I

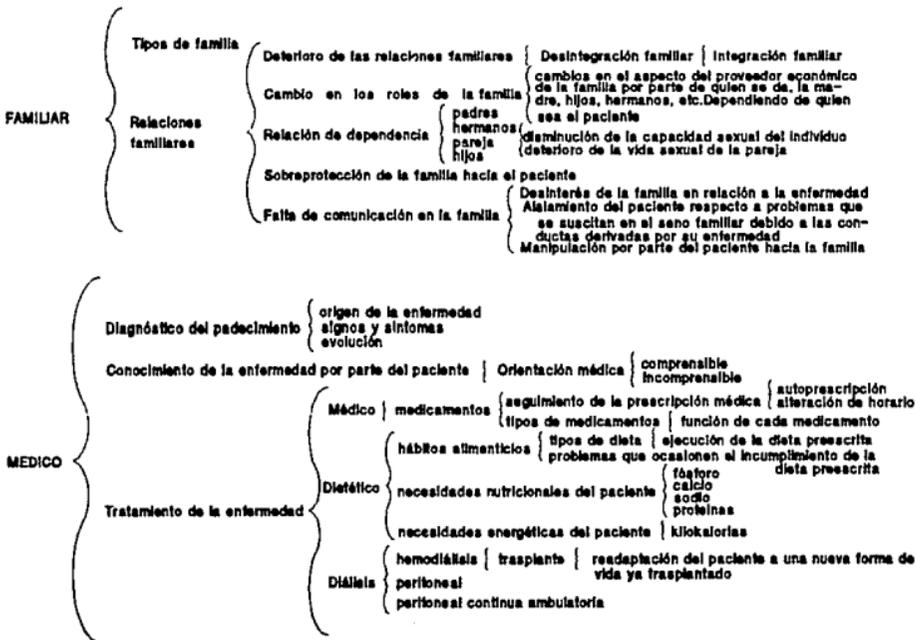
130



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

HIPOTESIS: La problemática psicosociofamiliar y médica que presenta el enfermo con insuficiencia renal crónica, afecta su tratamiento integral.

Variable Independiente: PARTE II



5.9 INSTRUMENTO UTILIZADO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PRESENTACION: El presente cuestionario tiene por finalidad - conocer la problemática del paciente con Insuficiencia Renal - Crónica, en sus diferentes aspectos psicológicos, sociales, familiares y médico, justificando así de una manera objetiva la participación del Licenciado en Trabajo Social, dentro del servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social; para establecer un conjunto de propuestas dirigidas a satisfacer las necesidades de los pacientes en torno a su problemática.

Agradecemos de antemano su colaboración al responder las preguntas que a continuación se enumeran.

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
No. de Cédula: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____
Código Postal: _____ Ocupación: _____
Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____
Familiar Responsable: _____

INSTRUCCIONES: Favor de marcar con una X la respuesta elegida.

ASPECTOS PSICOLOGICOS

1.- Hace cuanto tiempo tuvo usted conocimiento de su enfermedad: _____

2.- Ha sentido usted que su carácter ha sufrido algún cambio - por su padecimiento:

SI _____ NO _____

3.- Qué actitud ha presentado usted frente a su padecimiento:

TRISTEZA _____ DEPRESION _____ RECHAZO AL TRATAMIENTO _____
AUTOCOMPASION _____ ACEPTACION _____

4.- Cuáles son los cambios que ha observado en su carácter respecto a sus relaciones personales:

AGRESIVIDAD _____ AISLAMIENTO _____ INSEGURIDAD _____

5.- Sus actividades cotidianas se han visto frustradas o limitadas por la enfermedad que padece:

SI _____ NO _____

6.- En algún momento de su tratamiento ha sentido el deseo de abandonarlo:

SI _____ NO _____

7.- Considera usted necesario que se proporcione orientación psicológica a los pacientes que presentan este padecimiento:

SI _____ NO _____

8.- Cómo han sido las relaciones con el equipo de salud:

	BUENAS	MALAS	REGULARES
MEDICO	_____	_____	_____
ENFERMERA	_____	_____	_____
TRABAJADORA SOCIAL	_____	_____	_____
DIETISTA	_____	_____	_____
PSICOLOGO	_____	_____	_____

ASPECTO SOCIAL

9.- Qué religión práctica:

CATOLICA _____ PROTESTANTE _____ NINGUNA _____ OTRA(Es-

- pecifique) _____
- 10.- Actualmente que ocupación desempeña:
 PENSIONADO _____ JUBILADO _____ OBRERO _____
 EMPLEADO _____ ESTUDIANTE _____ AMA DE CASA _____
 PROFESIONISTA _____ COMERCIANTE _____ OTRO _____
 DESEMPLEADO _____
- 11.- El padecimiento ha afectado su ocupación actual:
 SI _____ NO _____
- 12.- De las actividades que realizaba normalmente, cuáles se -
 han visto limitadas por el padecimiento:
 ASPECTO LABORAL _____ ASPECTO ESCOLAR _____ ASPECTO PROFE
 SIONAL _____ ASPECTO SEXUAL _____ OTRO _____
 NINGUNO _____
- 13.- Sus ingresos económicos mensuales son:
 MENOS DEL MINIMO _____ MINIMO _____ MAS DEL MINIMO _____
- 14.- Quienes aportan ingresos económicos al gasto familiar:
 PADRES _____ HERMANOS _____ PAREJA _____ HIJOS _____
 PACIENTE _____ OTRO _____
- 15.- Considera que los ingresos económicos con que cuenta son
 suficientes para cubrir todas sus necesidades:
 SI _____ NO _____
- 16.- Qué aspectos de su tratamiento médico se ven afectados --
 por su ingreso económico:
 ADQUISICION DE MEDICAMENTOS _____
 SEGUIMIENTO DE LA DIETA _____
 TRASLADO DE SU DOMICILIO AL HOSPITAL _____
 NINGUNO _____
- 17.- Su vivienda es:
 PROPIA _____ RENTADA _____ PRESTADA _____ OTRO(Especi-
 fíque) _____

- 18.- Tipo de vivienda:
 CASA SOLA _____ DEPARTAMENTO _____ CASA EN VECINDAD _____
 CUARTO DE AZOTEA _____ OTRO (Especifique) _____
- 19.- Distribución de la vivienda:
 NUMERO DE RECAMARAS _____ SALA _____ COMEDOR _____
 COCINA _____ BAÑO COMPLETO _____ MEDIO BAÑO _____
 FOSA SEPTICA _____
- 20.- Cuántas personas duermen en promedio por habitación:

- 21.- De qué material es la mayor parte de las paredes de su vivienda:
 LAMINA DE CARTON _____ MADERA _____ LAMINA DE ASBESTO _____
 ADOBE _____ TABIQUE RESANADO _____ OTROS _____
- 22.- De qué material es el techo de su vivienda:
 LAMINA DE CARTON _____ MADERA _____ LAMINA DE ASBESTO _____
 TEJA _____ CONCRETO _____ LADRILLO _____ OTROS _____
- 23.- El piso de la vivienda es de:
 TIERRA _____ CEMENTO _____ MADERA _____ MOSAICO _____
 OTROS _____
- 24.- Servicios con que cuenta la vivienda:
 ELECTRICIDAD _____ DRENAJE _____ AGUA POTABLE _____
 ALUMBRADO PUBLICO _____ PAVIMENTO _____ SERVICIO DE LIMPIA _____
 TELEFONO _____

ASPECTO FAMILIAR

- 25.- El paciente vive con:
 PADRES _____ HERMANOS _____ ABUELOS _____ HIJOS _____
 ESOSO (A) _____ OTROS _____

26.- A partir de su padecimiento como han sido las relaciones con su familia:

BUENAS _____ MALAS _____ REGULARES _____

27.- El apoyo que ha recibido de su familia ha sido:

ECONOMICO _____ MORAL _____ AMBOS _____ NINGUNO _____

28.- A partir de su enfermedad, quien se ha hecho responsable de las siguientes actividades:

PROVEEDOR ECONOMICO _____

QUEHACERES DEL HOGAR _____

CUIDADO DE LOS HIJOS _____

29.- A partir de su enfermedad ha sentido que tiene que depender de su familia:

SI _____ NO _____ EN QUE ASPECTO SIENTE LA NECESIDAD DE ESTA AYUDA _____

30.- Piensa que su familia se preocupa demasiado por usted:

SI _____ NO _____

31.- Considera conveniente que su familia se preocupe por usted:

SI _____ NO _____

ASPECTO DE ORIENTACION MEDICA

32.- Conoce usted su diagnóstico:

SI _____ NO _____

33.- Conoce el origen de su enfermedad:

SI _____ NO _____

34.- Considera que la información médica que recibe sobre su padecimiento es clara:

SI _____ NO _____

35.- De acuerdo a su tratamiento médico, señale que situaciones se han presentado con mayor frecuencia en su caso:

SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCION MEDICA _____

ALTERACION DE HORARIOS EN EL CONSUMO DE LOS MEDICAMENTOS _____

AUTOPRESCRIPCION _____

36.- En base a su tratamiento dietético cree usted necesario seguirlo correctamente:

SI _____ NO _____

37.- Actualmente que tipo de tratamiento lleva usted:

TRATAMIENTO MEDICO-DIETETICO _____

DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE _____

DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA _____

HEMODIALISIS _____

TRASPLANTADO _____

5.10 CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO.

Para la selección de la muestra se consideró como universo a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitentes y pacientes trasplantados del Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza.

El primer grupo quedo conformado por los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal Intermitente, considerándose para ello que anualmente ingresan al servicio de Nefrología 220 nuevos pacientes - insuficientes renales. El segundo grupo quedo constituido por pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que han recibido el - procedimiento terapéutico del Trasplante Renal, para lo cual se tomó como base el hecho de que actualmente esta unidad hospitalaria de tercer nivel cuenta con un total de 137 pacientes trasplantados.

Para conformar la población a investigar se eligieron estos dos grupos por presentar características similares en su problemática psicosociofamiliar y de orientación médica, independientemente del tipo de tratamiento que recibían.

Se consideró como población a los pacientes que ingresaron durante el período de 1988 a 1991 al servicio de Nefrología, -- del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, para iniciar

toneal Intermitente y el resultante de 22 equivale al 10 % de la población a estudiar.

La población del segundo grupo, quedó conformada por un 13 % de la población total, realizando la misma operación que se empleo para determinar la cantidad del primer grupo, en donde:

$$\begin{array}{rcl} 137 & - & 100 \% \\ X & - & 13 \end{array} = 17.81$$

El 137 corresponde a la población total de pacientes con Trasplante Renal y el 17.81 que en números cerrados se consideró 18 equivale al 13% de la población que conformó la unidad de estudio. Es importante señalar que se estimó el 13 % de la población total de pacientes trasplantados a fin de mantener equilibrada la información de un grupo con la del otro, debido a que la información obtenida del primer grupo sería mayor que la proporcionada por el segundo grupo originado esto por el número desigual de la población total de cada grupo.

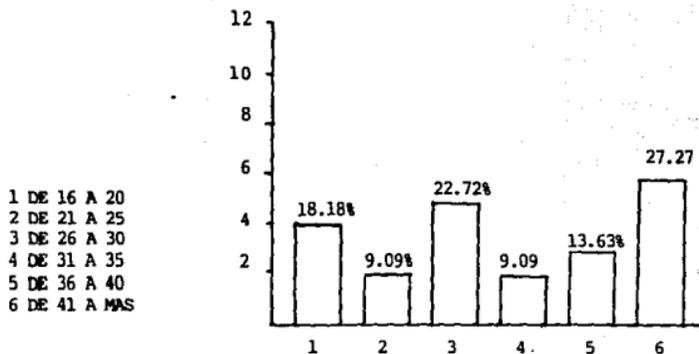
5.11 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.

**GRUPO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO
DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE**

	E D A D	Frec.	%
1	16 A 20	4	18.18
2	21 A 25	2	9.09
3	26 A 30	5	22.72
4	31 A 35	2	9.09
5	36 A 40	3	13.63
6	41 A MAS	6	27.27

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

E D A D

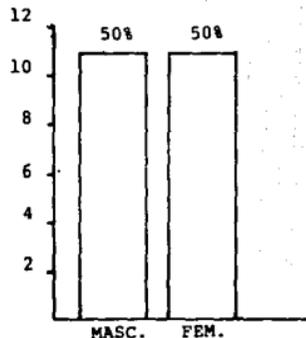


FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

S E X O	Frec.	%
MASCULINO	11	50.0
FEMENINO	11	50.0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

S E X O .



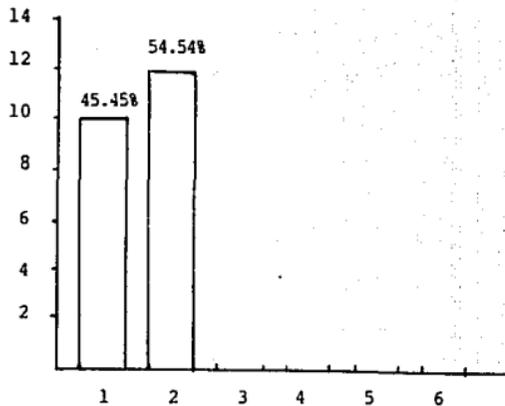
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

	ESTADO CIVIL	Frec.	%
1	SOLTERO	10	45.45
2	CASADO	12	54.54
3	VIUDO	0	0
4	DIVORCIADO	0	0
5	UNION LIBRE	0	0
6	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

ESTADO CIVIL

- 1 SOLTERO
- 2 CASADO
- 3 VIUDO
- 4 DIVORCIADO
- 5 UNION LIBRE
- 6 OTRO

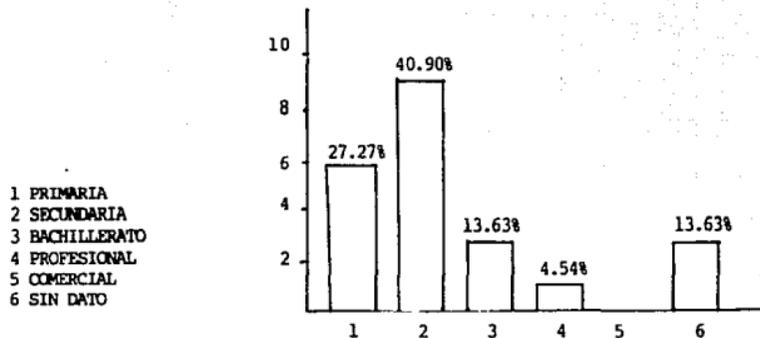


FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

	ESCOLARIDAD	Frec.	%
1	PRIMARIA	6	27.27
2	SECUNDARIA	9	40.90
3	BACHILLERATO	3	13.63
4	PROFESIONAL	1	4.54
5	COMERCIAL	0	0
6	SIN DATO	3	13.63

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

ESCOLARIDAD



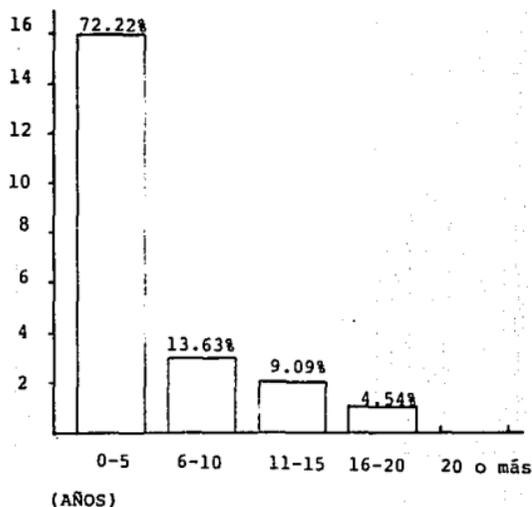
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

1.- Hace cuánto tiempo tuvo usted conocimiento de su enfermedad.

A Ñ O S	Frec.	%
0 - 5	16	72.22
6 - 10	3	13.63
11 - 15	2	9.09
16 - 20	1	4.54
20 a más	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

1.- Hace cuánto tiempo tuvo usted conocimiento de su enfermedad.



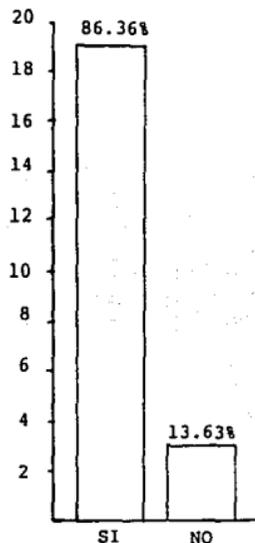
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

2.- Ha sentido usted que su carácter ha sufrido algún cambio por su padecimiento.

	Frec.	%
SI	19	86.36
NO	3	13.63

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

2.- Ha sentido usted que su carácter ha sufrido algún cambio por su padecimiento.



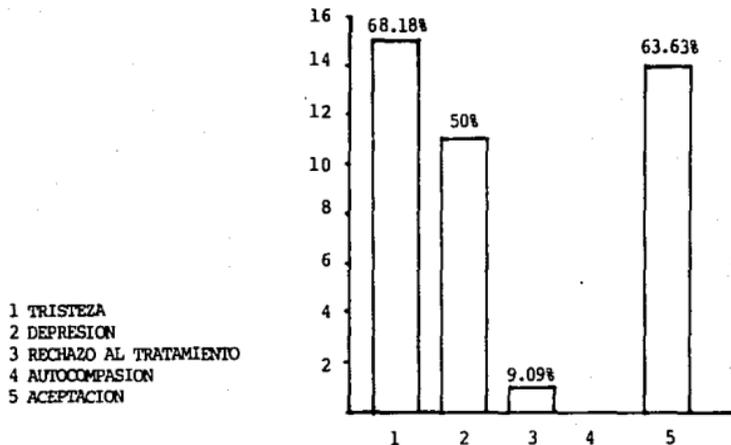
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

3.- Qué actitud ha presentado usted frente a su padecimiento.

	A C T I T U D	Frec.	%
1	TRISTEZA	15	68.18
2	DEPRESION	11	50.0
3	RECHAZO AL TRAT.	2	9.09
4	AUTOCOMPASION	0	0
5	ACEPTACION	14	63.63

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

3.- Qué actitud ha presentado usted frente a su padecimiento.



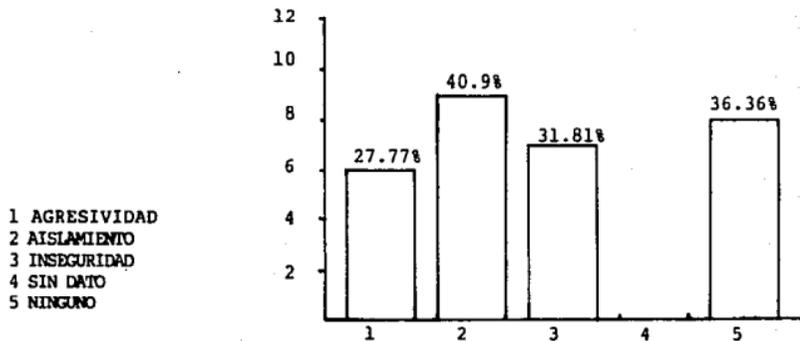
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

- 4.- Cuáles son los cambios que ha observado en su carácter respecto a sus relaciones personales.

	CAMBIOS EN SUS RELACIONES PERSONALES	Frec.	%
1	AGRESIVIDAD	6	27.77
2	AISLAMIENTO	9	40.9
3	INSEGURIDAD	7	31.81
4	SIN DATO	0	0
5	NINGUNO	8	36.36

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

4.- Cuáles son los cambios que ha observado en su carácter respecto a sus relaciones personales.



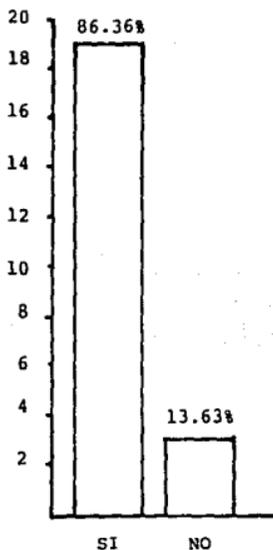
FUENTE: Hospital de Especialidades; centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en trata miento de Diálisis Peritoneal Intermite. Diciembre de 1991.

5.- Sus actividades cotidianas se han visto frustadas o limitadas por la enfermedad que padece.

	Frec.	%
SI	19	86.36
NO	3	13.63

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

5.- Sus actividades cotidianas se han visto frus-
tradas o limitadas por la enfermedad que pa-
dece.



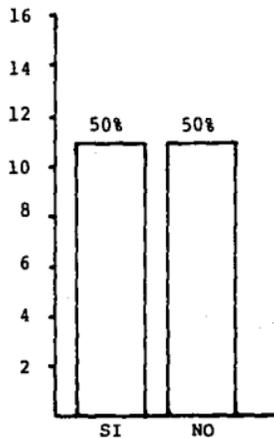
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La
Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario -
aplicado a Pacientes hospitalizados en trata-
miento de Diálisis Peritoneal Intermitente.
Diciembre de 1991.

6.- En algún momento de su tratamiento ha sentido el deseo de abandonarlo.

	Frec.	%
SI	11	50.0
NO	11	50.0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

6.- En algún momento de su tratamiento ha sentido el deseo de abandonarlo.



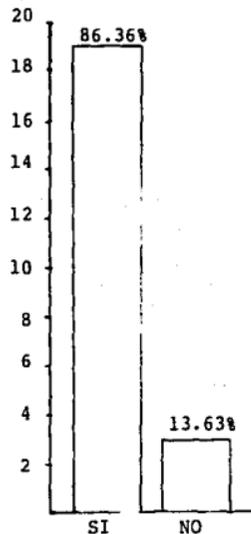
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

7.- Considera usted necesario que se proporcione orientación psicológica a los pacientes que presentan este padecimiento.

	Frec.	%
SI	19	86.36
NO	3	13.63

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

7.- Considera usted necesario que se proporcione orientación psicológica a los pacientes que presentan este padecimiento.



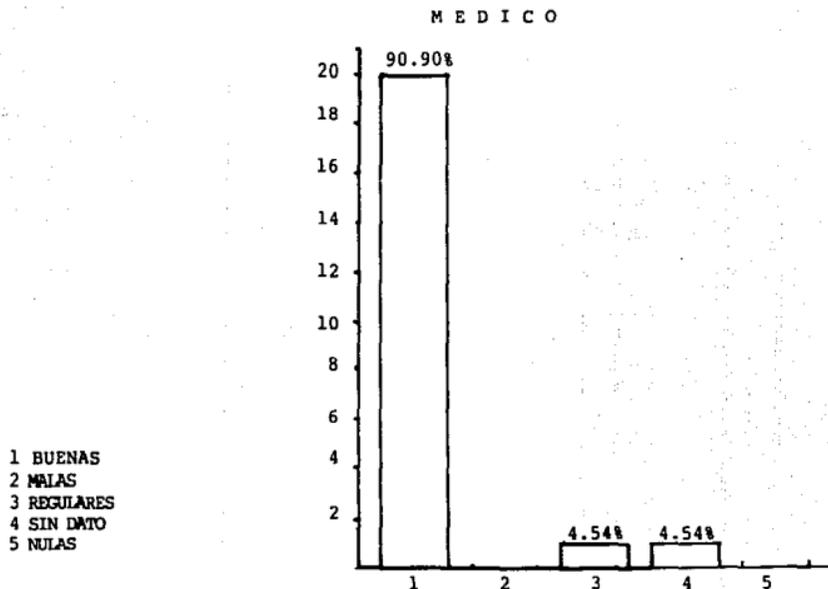
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

	M E D I C O	Frec.	%
1	BUENAS	20	90.90
2	MALAS	0	0
3	REGULARES	1	4.54
4	SIN DATO	1	4.54
5	NULAS	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.



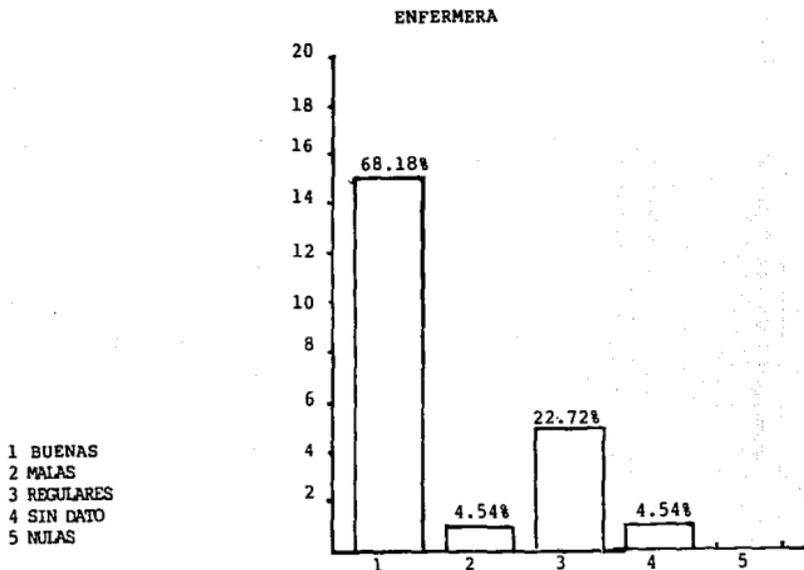
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

	ENFERMERA	Frec.	%
1	BUENAS	15	68.18
2	MALAS	1	4.54
3	REGULARES	5	22.72
4	SIN DATO	1	4.54
5	NULAS	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa cientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

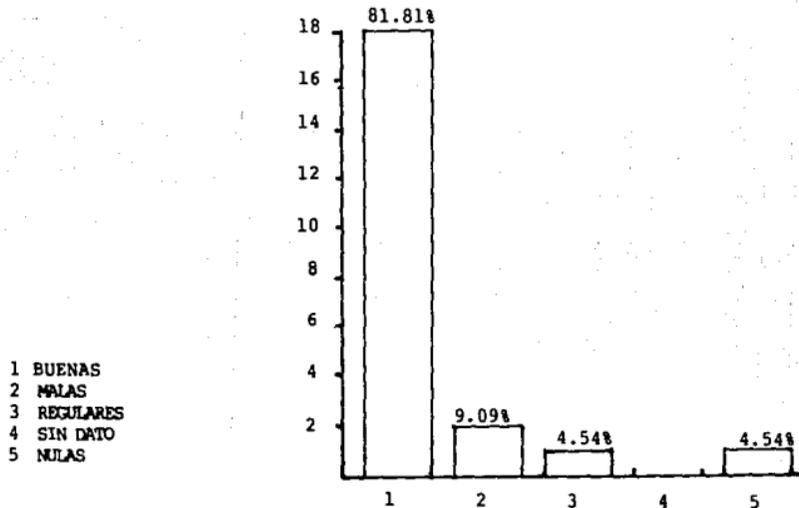
8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

	TRABAJADORA SOCIAL	Frec.	%
1	BUENAS	18	81.81
2	MALAS	2	9.09
3	REGULARES	1	4.54
4	SIN DATO	0	0
5	NULAS	1	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

TRABAJADORA SOCIAL



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

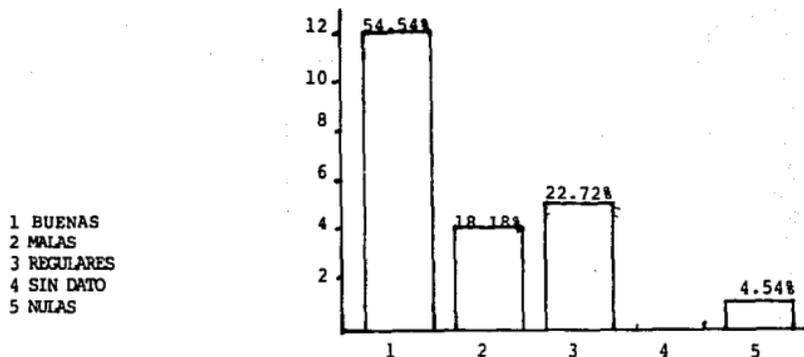
8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

	DIETISTA	Frec.	%
1	BUENAS	12	54.54
2	MALAS	4	18.18
3	REGULARES	5	22.72
4	SIN DATO	0	0
5	NULAS	1	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

DIETISTA



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa-
cientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis
Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

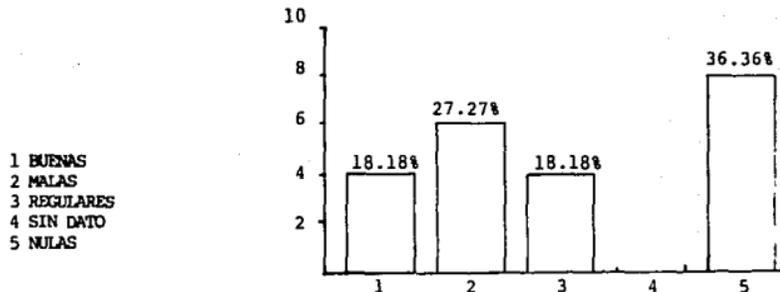
8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

	PSICOLGGO	Frec.	%
1	BUENAS	4	18.18
2	MALAS	6	27.27
3	REGULARES	4	18.18
4	SIN DATO	0	0
5	NULAS	8	36.36

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

PSICOLOGO



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

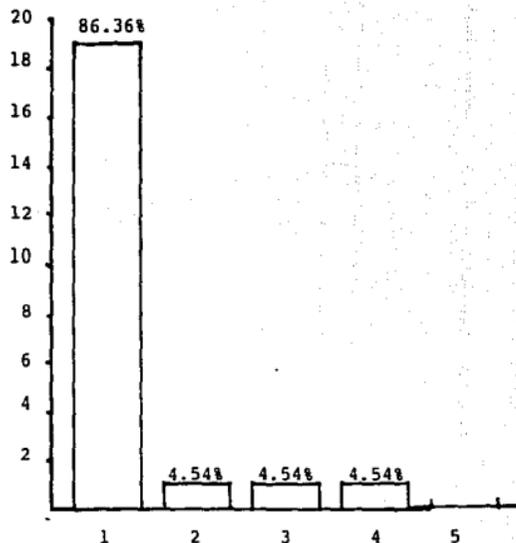
9.- Qué religión práctica.

	RELIGION	Frec.	%
1	CATOLICA	19	86.36
2	PROTESTANTE	1	4.54
3	NINGUNA	1	4.54
4	OTRA	1	4.54
5	SIN DATO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

9.- Qué religión práctica.

- 1 CATOLICA
- 2 PROTESTANTE
- 3 NINGUNA
- 4 OTRA
- 5 SIN DATO



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

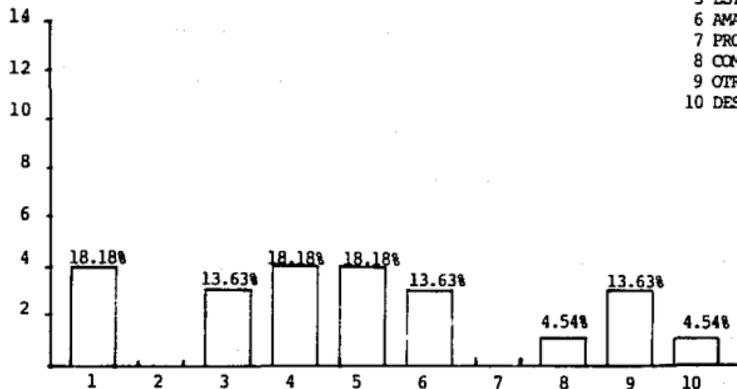
10.- Actualmente que ocupación desempeña:

	OCUPACION	Frec.	%
1	PENSIONADO	4	18.18
2	JUBILADO	0	0
3	OBRAERO	3	13.63
4	EMPLEADO	4	18.18
5	ESTUDIANTE	4	18.18
6	AMA DE CASA	3	13.63
7	PROFESIONISTA	0	0
8	COMERCIANTE	1	4.54
9	OTRO	3	13.63
10	DESEMPLEADO	1	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa-
cientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis
Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

10.- Actualmente que ocupación desempeña:

- 1 PENSIONADO
- 2 JUBILADO
- 3 OBRERO
- 4 EMPLEADO
- 5 ESTUDIANTE
- 6 AMA DE CASA
- 7 PROFESIONISTA
- 8 COMERCIANTE
- 9 OTRO
- 10 DESEMPLEADO



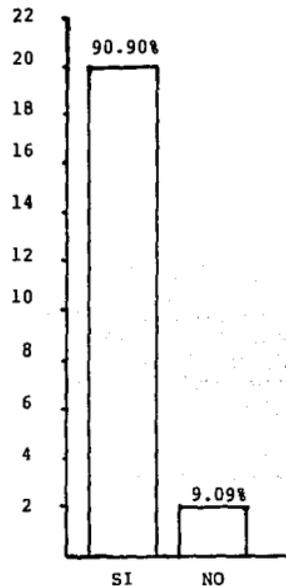
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados - en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

11.- El padecimiento ha afectado su ocupación actual.

	Frec.	%
SI	20	90.90
NO	2	9.09

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

11.- El padecimiento ha afectado su ocupación actual.



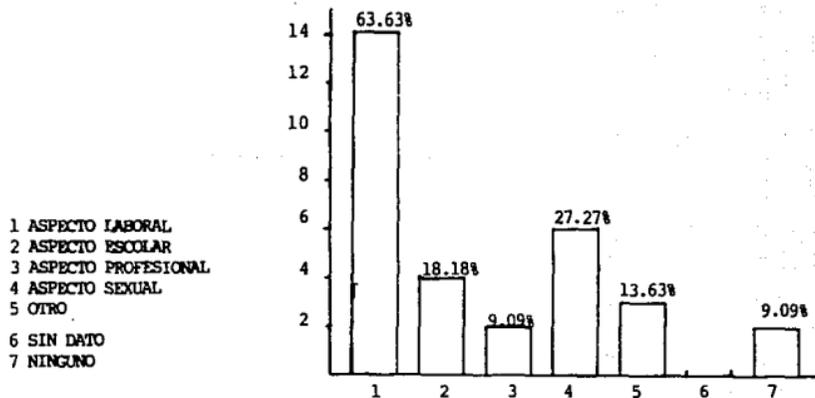
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

12.- De las actividades que realizaba normalmente, cuáles se han visto limitadas por el padecimiento.

	ACTIVIDADES	Frec.	%
1	ASPECTO LABORAL	14	63.63
2	ASPECTO ESCOLAR	4	18.18
3	ASPECTO PROFESIONAL	2	9.09
4	ASPECTO SEXUAL	6	27.27
5	OTRO	3	13.63
6	SIN DATO	0	0
7	NINGUNO		9.09

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa-
cientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis
Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

12.- De las actividades que realizaba normalmente, cuáles se han visto limitadas por el padecimiento.



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

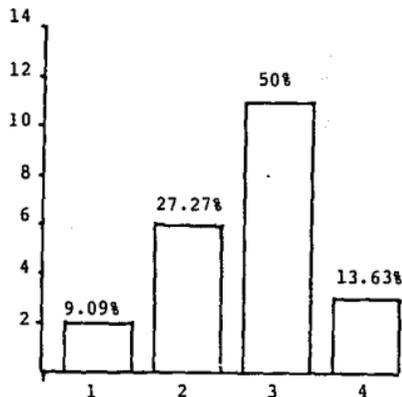
13.- Sus ingresos económicos mensuales son:

	INGRESO MENSUAL	Frec.	%
1	MENOS DEL MINIMO	2	9.09
2	MINIMO	6	27.27
3	MAS DEL MINIMO	11	50.0
4	SIN DATO		13.63

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

13.- Sus ingresos económicos mensuales son:

1 MENOS DEL MINIMO
2 MINIMO
3 MAS DEL MINIMO
4 SIN DATO



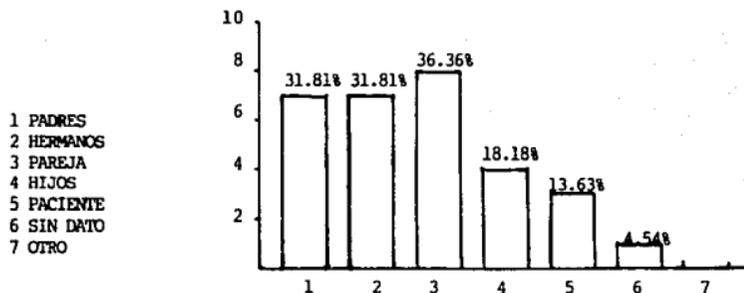
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

14.- Quienes aportan ingresos económicos al
gasto familiar.

	APORTAN INGRESO	Frec.	%
1	PADRES	7	31.81
2	HERMANOS	7	31.81
3	PAREJA	8	36.36
4	HIJOS	4	18.18
5	PACIENTE	3	13.63
6	SIN DATO	1	4.54
7	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

14.- Quienes aportan ingresos económicos al
gasto familiar.



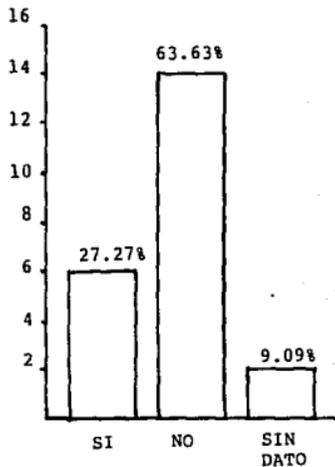
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

- 15.- Considera que los ingresos económicos con que cuenta son suficientes para cubrir todas sus necesidades.

	Frec.	%
SI	6	27.27
NO	14	63.63
SIN DATO	2	9.09

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

15.- Considera que los ingresos económicos con que cuenta son suficientes para cubrir todas sus necesidades.



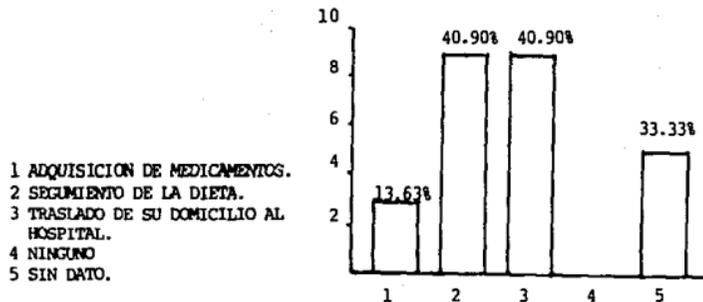
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

16.- Qué aspectos de su tratamiento médico se ven afectados por su ingreso económico.

	ASPECTOS TRATAMIENTO	Frec.	%
1	ADQUISICION DE MEDICAMENTOS.	3	13.63
2	SEGUIMIENTO DE LA DIETA.	9	40.90
3	TRASLADO DE SU DOMICILIO AL HOSPITAL.	9	40.90
4	NINGUNO	0	0
5	SIN DATO	6	33.33

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

16.- Qué aspectos de su tratamiento médico se ven afectados por su ingreso económico.



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

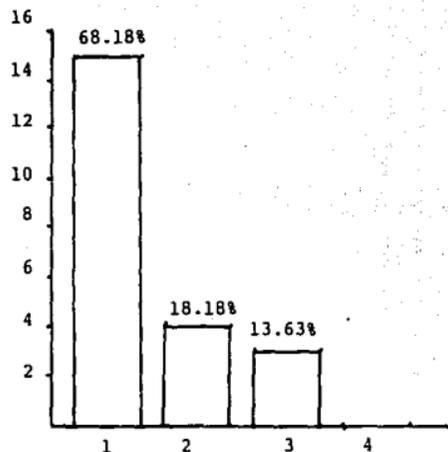
17.- Su vivienda es:

	SITUACION	Frec.	%
1	PROPIA	15	68.18
2	RENTADA	4	18.18
3	PRESTADA	3	13.63
4	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

17.- Su vivienda es:

- 1 PROPIA
- 2 RENTADA
- 3 PRESTADA
- 4 OTRO



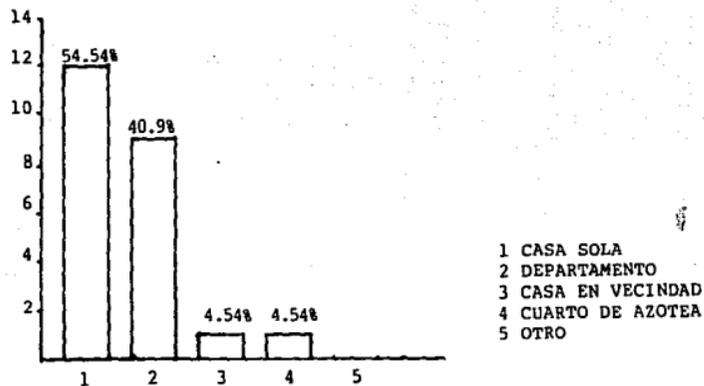
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

18.- Tipo de vivienda:

	TIPO DE VIVIENDA	Frec.	%
1	CASA SOLA	12	54.54
2	DEPARTAMENTO	9	40.9
3	CASA EN VECINDAD	1	4.54
4	CUARTO DE AZOTEA	1	4.54
5	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

18.- Tipo de vivienda:



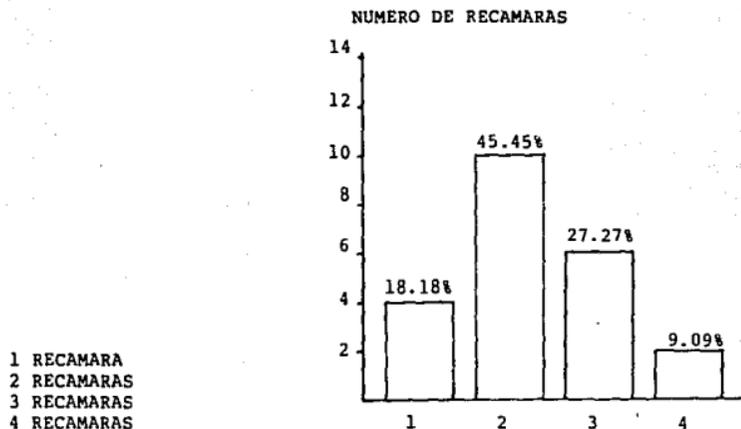
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

19.- Distribución de la vivienda:

	NUMERO DE RECAMARAS	Frec.	%
1	1 RECAMARA	4	18.18
2	2 RECAMARAS	10	45.45
3	3 RECAMARAS	6	27.27
4	4 RECAMARAS	2	9.09

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

19.- Distribución de la vivienda:



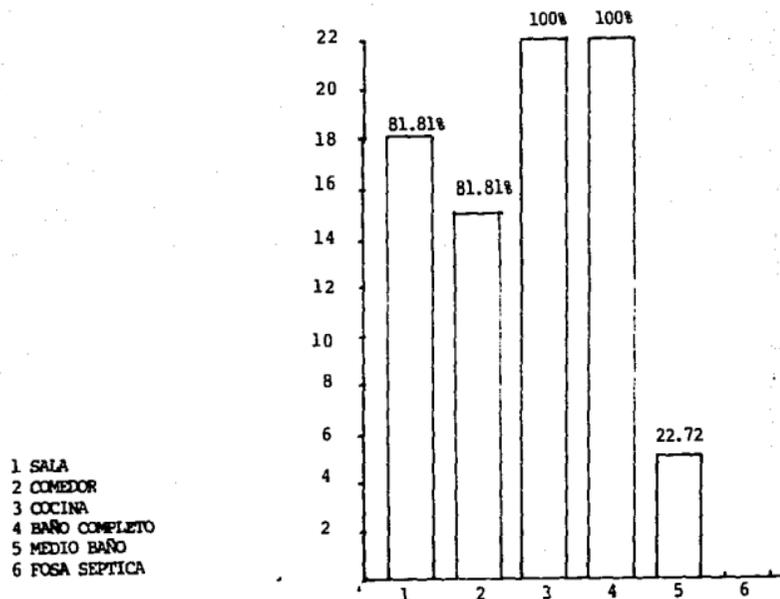
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis peritoneal intermitente. Diciembre de 1991.

19.- Distribución de la vivienda:

	DISTRIBUCION	Frec.	%
1	SALA	18	81.81
2	COMEDOR	15	68.18
3	COCINA	22	100
4	BAÑO COMPLETO	22	100
5	MEDIO BAÑO	5	22.72
6	FOSA SEPTICA	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

19.- Distribución de la vivienda:



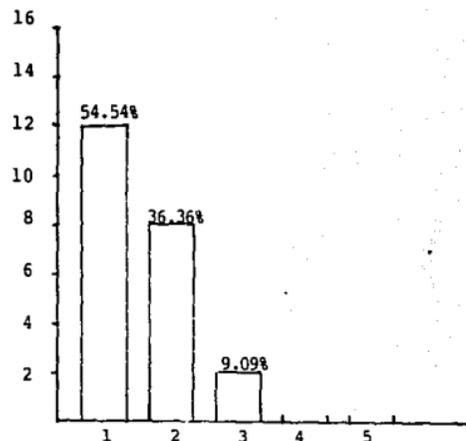
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

20.- Cuántas personas duermen en promedio por habitación.

	# PERSONAS/HAB.	Frec.	%
1	DE 1 A 2	12	54.54
2	DE 3 A 4	8	36.36
3	DE 5 A 6	2	9.09
4	MAS DE 7	0	0
5	SIN DATO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

20.- Cuántas personas duermen en promedio por habitación.



1 DE 1 A 2
2 De 3 A 4
3 DE 5 A 6
4 MAS DE 7
5 SIN DATO

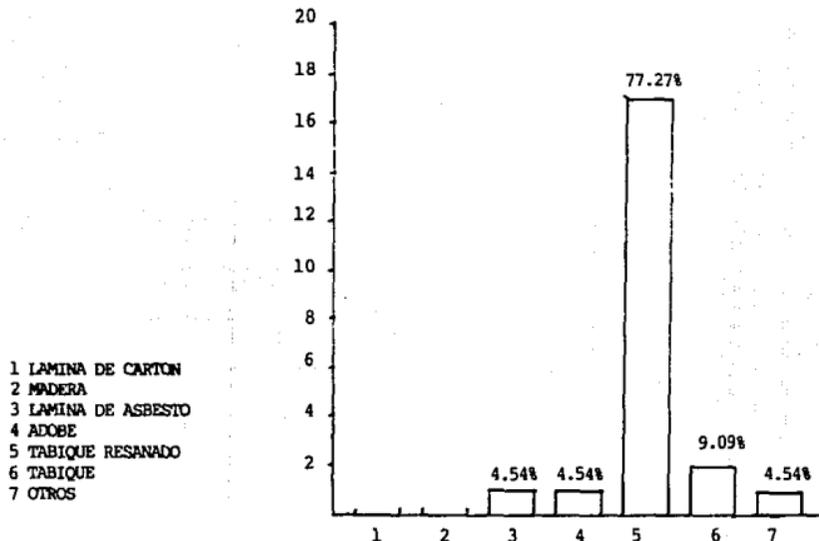
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

21.- De que material es la mayor parte de las paredes de su vivienda.

	MATERIAL DE PAREDES	Frec.	%
1	LAMINA DE CARTON	0	0
2	MADERA	0	0
3	LAMINA DE ASBESTO	1	4.54
4	ADOBE	1	4.54
5	TABIQUE RESANADO	17	77.27
6	TABIQUE	2	9.09
7	OTROS	1	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

21.- De que material es la mayor parte de las paredes de su vivienda.



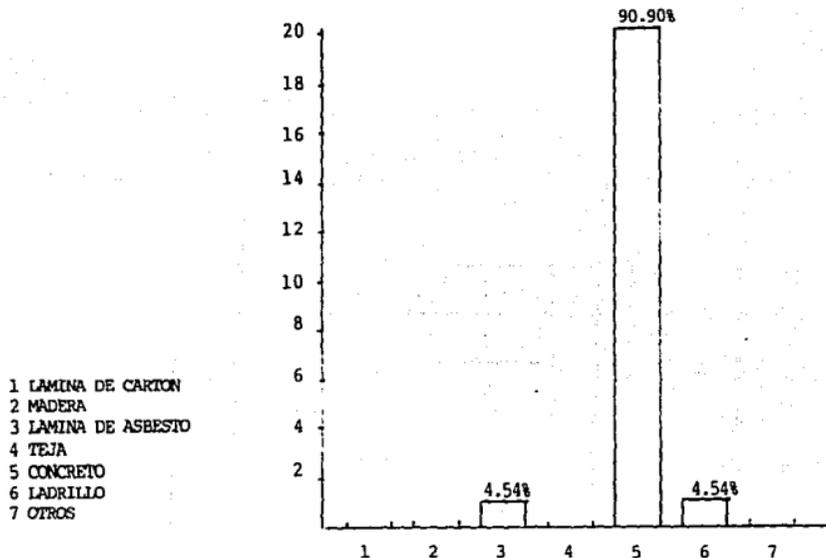
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermittente. - Diciembre de 1991.

22.- De que material es el techo de su vivienda.

	MATERIAL TECHO	Frec	%
1	LAMINA DE CARTON	0	0
2	MADERA	0	0
3	LAMINA DE ASBESTO	1	4.54
4	TEJA	0	0
5	CONCRETO	20	90.90
6	LADRILLO	1	4.54
7	OTROS	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

22.- De que material es el techo de su vivienda.



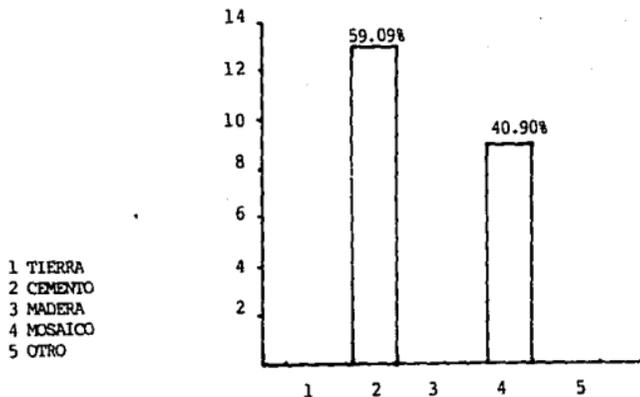
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa-
cientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis
Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

23.- El piso de la vivienda es de:

	MATERIAL PISO	Frec.	%
1	TIERRA	0	0
2	CEMENTO	13	59.09
3	MADERA	0	0
4	MOSAICO	9	40.90
5	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

23.- El piso de la vivienda es de:



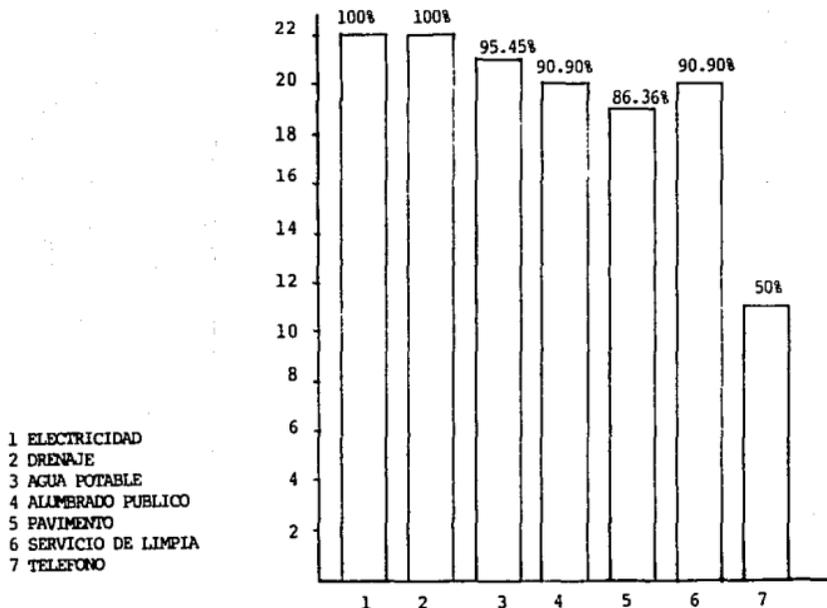
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

24.- Servicios con que cuenta la vivienda:

	S E R V I C I O S	Frec.	%
1	ELECTRICIDAD	22	100
2	DRENAJE	22	100
3	AGUA POTABLE	21	95.45
4	ALUMBRADO PUBLICO	20	90.90
5	PAVIMENTO	19	86.36
6	SERVICIO DE LIMPIA	20	90.90
7	TELEFONO	11	50.0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente, Diciembre de 1991.

24.- Servicios con que cuenta la vivienda:



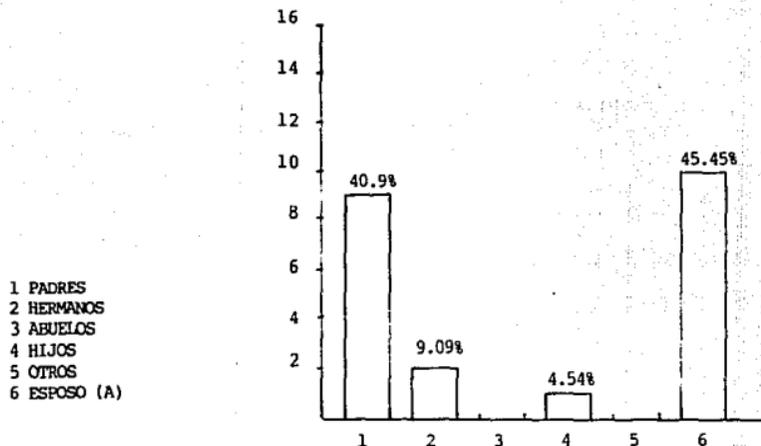
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

25.- El paciente vive con:

	VIVE CON:	Frec.	%
1	PADRES	9	40.9
2	HERMANOS	2	9.09
3	ABUELOS	0	0
4	HIJOS	1	4.54
5	OTROS	0	0
6	ESPOSO (A)	10	45.45

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

25.- El paciente vive con:



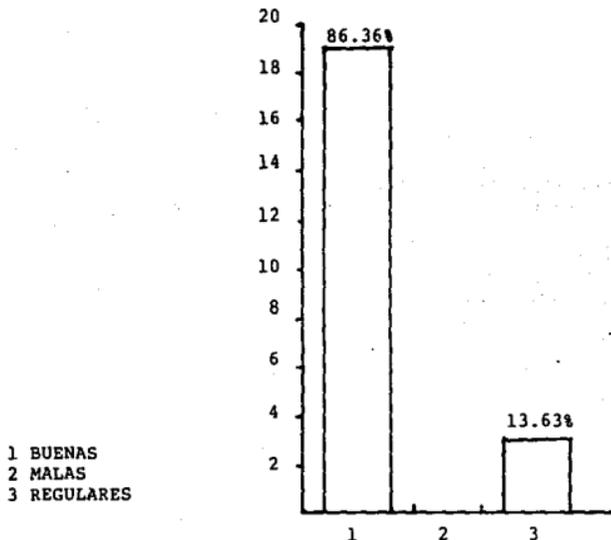
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

26.- A partir de su padecimiento como han sido las relaciones con su familia.

	TIPO DE RELAC.	Frec.	%
1	BUENAS	19	86.36
2	MALAS	0	0
3	REGULARES	3	13.63

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermittente. Diciembre de 1991.

26.- A partir de su padecimiento como han sido las relaciones con su familia.



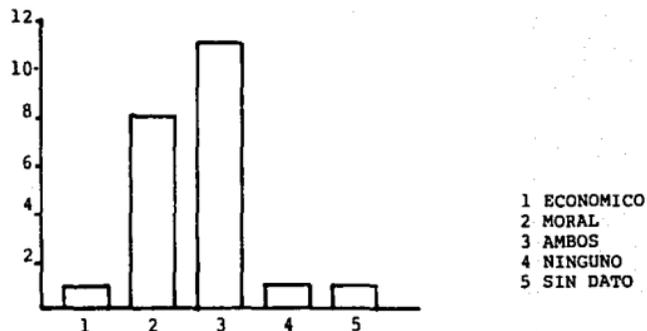
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

27.- El apoyo que ha recibido de su familia ha sido:

	TIPO DE APOYO	Frec.	%
1	ECONOMICO	1	4.54
2	MORAL	8	36.36
3	AMBOS	11	50.0
4	NINGUNO	1	4.54
5	SIN DATO	1	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

27.- El apoyo que ha recibido de su familia ha sido:



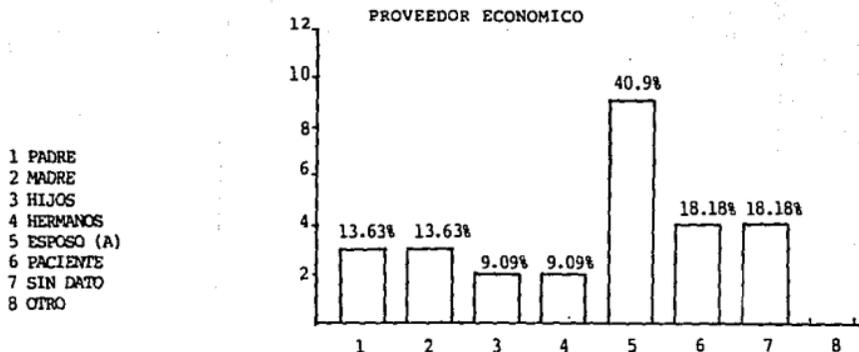
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermittente. Diciembre de 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:

	PROVEEDOR ECONOMICO	Frec.	%
1	PADRE	3	13.63
2	MADRE	3	13.63
3	HIJOS	2	9.09
4	HERMANOS	2	9.09
5	ESPOSO (A)	9	40.9
6	PACIENTE	4	18.18
7	SIN DATO	4	18.18
8	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa cientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:



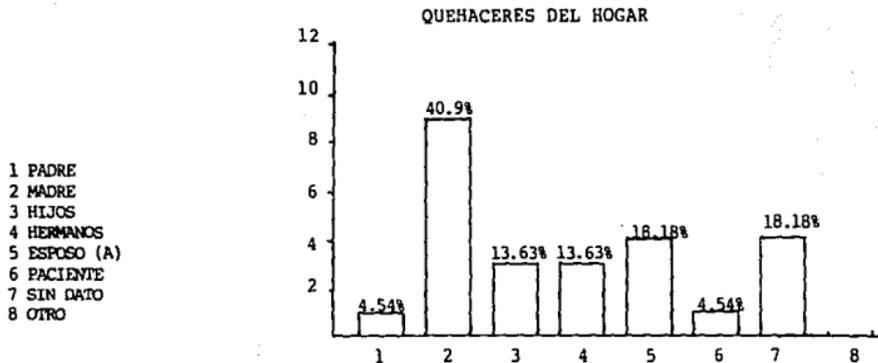
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:

	QUEHACERES DEL HOGAR	Frec.	%
1	PADRE	1	4.54
2	MADRE	9	40.9
3	HIJOS	3	13.63
4	HERMANOS	3	13.63
5	ESPOSO (A)	4	18.18
6	PACIENTE	1	4.54
7	SIN DATO	4	18.18
8	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:



FUENTE: Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

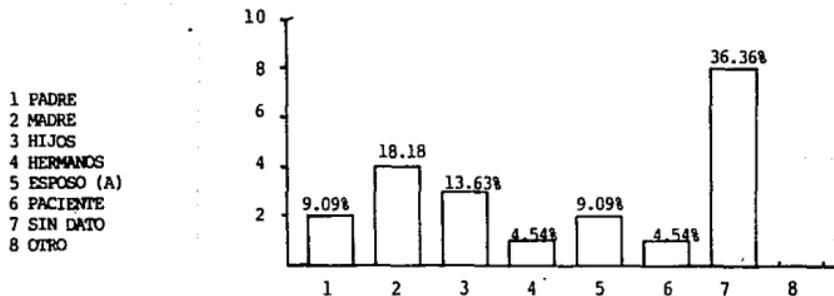
28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:

	CUIDADO DE LOS HIJOS	Frec.	%
1	PADRE	2	9.09
2	MADRE	4	18.18
3	HIJOS	3	13.63
4	HERMANOS	1	4.54
5	ESPOSO (A)	2	9.09
6	PACIENTE	1	4.54
7	SIN DATO	8	36.36
8	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:

CUIDADO DE LOS HIJOS



- 1 PADRE
- 2 MADRE
- 3 HIJOS
- 4 HERMANOS
- 5 ESPOSO (A)
- 6 PACIENTE
- 7 SIN DATO
- 8 OTRO

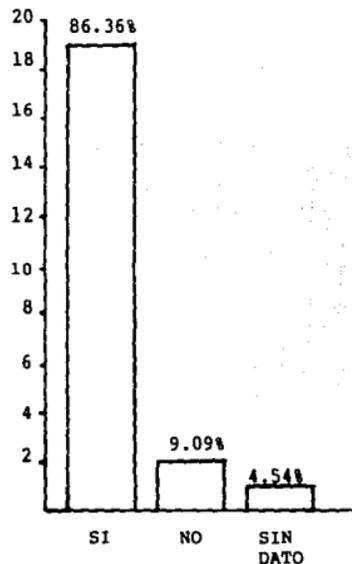
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

29.- A partir de su enfermedad ha sentido que tiene que depender de su familia.

	Frec.	%
SI	19	86.36
NO	2	9.09
SIN DATO	2	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

29.- A partir de su enfermedad ha sentido que tiene que depender de su familia.



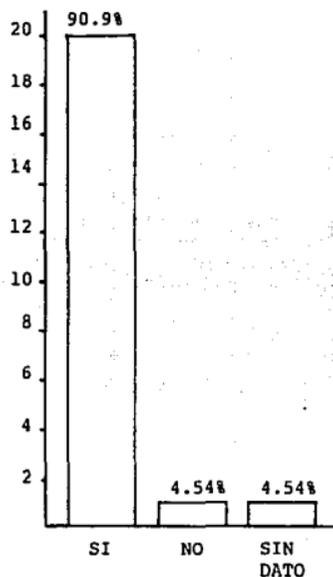
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermittente. Diciembre de 1991.

30.- Piensa que su familia se preocupa demasiado por usted.

	Frec.	%
SI	20	90.9
NO	1	4.54
SIN DATO	1	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

30.- Piensa que su familia se preocupa demasiado por usted.



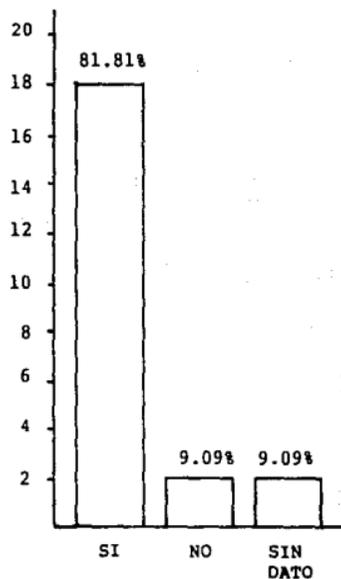
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

31.- Considera conveniente que su familia se preocupe por usted.

	Frec.	%
SI	18	81.81
NO	2	9.09
SIN DATO	2	9.09

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

31.- Considera conveniente que su familia se preocupe por usted.



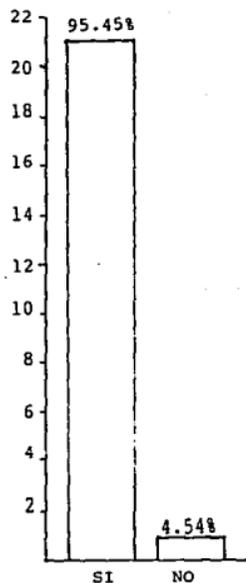
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

32.- Conoce su diagnóstico.

	Frec.	%
SI	21	95.45
NO	1	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

32.- Conoce su diagnóstico.



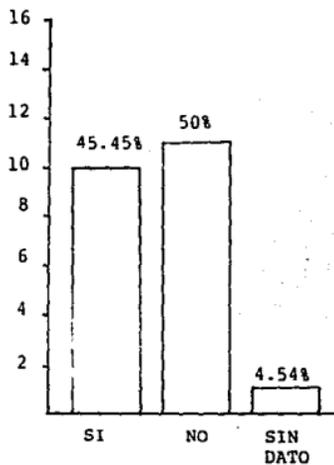
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

33.- Conoce el origen de su enfermedad.

	Frec.	%
SI	10	45.45
NO	11	50.0
SIN DATO	1	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

33.- Conoce el origen de su enfermedad.



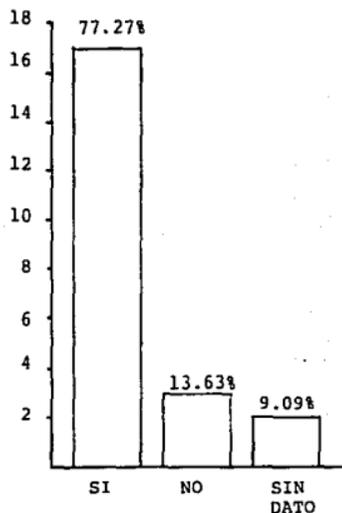
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

34.- Considera que la información médica que recibe sobre su padecimiento es clara.

	Frec.	%
SI	17	77.27
NO	3	13.63
SIN DATO	2	9.09

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

34.- Considera que la información médica que recibe sobre su padecimiento es clara.



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

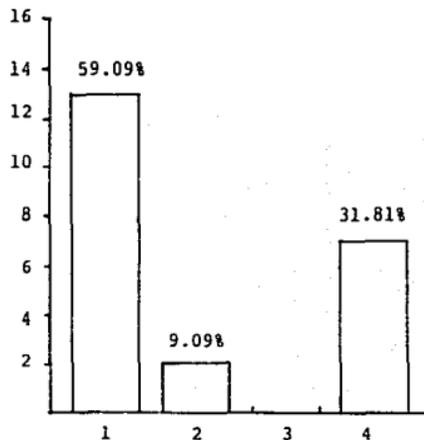
- 35.- De acuerdo con su tratamiento médico señale que situaciones se han presentado con mayor frecuencia en su caso.

	SITUACION TRAT.MED.	Frec.	%
1	SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCION MEDICA	13	59.09
2	ALTERACION DE LOS HORARIOS EN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS.	2	9.09
3	AUTOPRESCRIPCION	0	0
4	SIN DATO	7	31.81

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

35.- De acuerdo con su tratamiento médico señale que situaciones se han presentado con mayor frecuencia en su caso.

- 1 SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- 2 ALTERACIÓN DE LOS HORARIOS EN EL CONSUMO DE LOS MEDICAMENTOS.
- 3 AUTOPRESCRIPCIÓN.
- 4 SIN DATO.



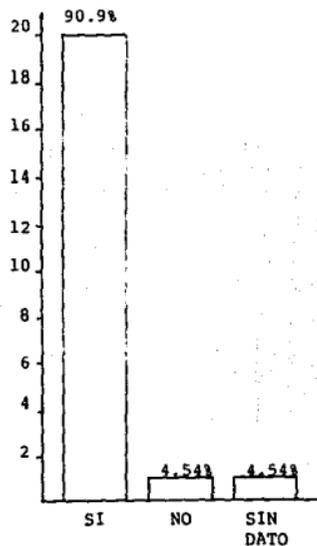
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

36.- En base a su tratamiento dietético cree usted necesario seguirlo correctamente.

	Frec.	%
SI	20	90.9
NO	1	4.54
SIN DATO	1	4.54

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

36.- En base a su tratamiento dietético cree usted necesario seguirlo correctamente.



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes hospitalizados en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

5.11.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

(GRUPO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL)

Como resultado de la aplicación del instrumento elaborado para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Tratamiento de Diálisis Peritoneal, se obtuvieron una serie de resultados que indudablemente apoyan el planteamiento formulado en la hipótesis que sustenta la presente investigación.

En este sentido el instrumento diseñado contempla los diversos aspectos que determinan de una u otra forma el tratamiento integral del paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

En lo referente al aspecto psicológico se estableció en primera instancia el tiempo que tienen los pacientes de conocer su padecimiento y se concluyó que el 72.22% de ellos manifestaron conocerlo en un período de 0 a 5 años; el 13.63% de 6 a 10 años; el 9.09% de 11 a 15 años y el 4.54% de 16 a 20 años. Lo que nos indica que la mayor parte de la población son pacientes a quienes recientemente se les ha manifestado la Insuficiencia Renal Crónica.

Los cambios de carácter que son resultado de la presencia de la enfermedad en los pacientes se dan en la mayo

ría de los casos ; el 86.36% de ellos manifestó que su carácter se modificó a raíz de su conocimiento de la enfermedad mientras que el 13.63% señaló no haber sufrido cambio alguno en su conducta.

Es pues necesario remarcar la importancia que tiene la orientación psicológica en la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal, debido a que sufren una serie de trastornos en su conducta, los que indudablemente pueden afectar su tratamiento o ayudar dependiendo de la actitud positiva o negativa que tenga el enfermo al respecto.

Las actitudes más comunes que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica varían de acuerdo a las características personales de cada individuo; sin embargo, la más frecuente es la tristeza debido a que el 68.18% de los pacientes señala haberla sentido; el 50% de ellos manifestó experimentar cuadros de depresión; el 9.9% indicó rechazo al tratamiento y 63.63% desarrolló actitudes de aceptación.

Como puede observarse las actitudes que presentan los individuos son generalmente situaciones que pueden afectar su tratamiento, pues son en muchas ocasiones la causa de que el paciente se encierre en su depresión tristeza o rechazo al tratamiento e impide el progreso acelerado de su tratamiento.

Una gran parte de los enfermos expresó que sus relaciones personales también se han modificado de diversas formas el 40% de ellos tiende a aislarse de la gente que le rodea;- el 31.81% se tornaron inseguros respecto a sus relaciones interpersonales y a sus actividades desarrolladas cotidianamente; el 27.27% se volvió agresivo como resultado de la fuerte tensión a la que se encuentran sujetos y el 36.36% no experimentó ningún cambio en sus relaciones personales.

No menos importante es la afectación que tienen las relaciones personales del enfermo como resultado de su padecimiento, debido a que el 74.00% de los pacientes tiene problemas en cuanto a que toman actitudes de aislamiento, inseguridad, o agresividad.

El 86.36% de los enfermos vieron frustradas sus actividades cotidianas, generalmente relacionadas con pérdida del empleo, abandono de estudios, disminución de sus capacidades físicas etcétera; el 13.63% no sintió que se afectaran sus - tareas normales.

Es un grave problema al que se enfrenta el paciente en relación a su vida cotidiana pues en la mayoría de los casos esta, se ve tremendamente afectada. El paciente tiene entonces que enfrentarse a problemas producto de su enfermedad por una parte y por la otra a conflictos derivados de la mis

ma enfermedad, el paciente se encuentra bajo intensa presión que en ocasiones lo orilla a pensar o desear dejar el tratamiento, y en este caso, el 50% de ellos así lo ha considerado debido a diversas razones, entre las que se encuentran: - la desesperación que les causa la enfermedad y el tratamiento; lo molesto que resulta ser el mismo y el tiempo constante que se emplea en él.

El otro 50% de la población no ha vislumbrado la posibilidad de abandonar el tratamiento, pues consideran que es indispensable para mantenerse relativamente sano.

Un porcentaje considerable de pacientes ha pensado en la posibilidad de abandonar su tratamiento, por lo que se deben establecer una serie de mecanismos que motiven al paciente a continuar con su tratamiento y las prescripciones generales y médicas que influyan en su tratamiento integral.

En este sentido se debe resaltar la inquietud que manifiestan los pacientes en su mayor parte, por que exista una orientación psicológica dentro de la unidad que les ayude a saber controlar el conjunto de problemas emotivos que se dan como consecuencia de la enfermedad y que además influyen negativamente en su tratamiento integral.

El 13.63% considera necesario la orientación psicológica, debido a que ha aceptado y asumido su enfermedad.

Con respecto a las relaciones que el paciente mantiene con el equipo de salud, es decir con el médico, la enfermera la trabajadora social, la dietista y el psicólogo, el 90.9% de los enfermos afirma que sus relaciones con el médico son buenas; el 4.54% se abstiene de dar información al respecto.

El médico es un elemento indispensable en el tratamiento del paciente, por ello debe de tratar ser claro, despertar la confianza absoluta del paciente, y estrechar sus relaciones con él para que el enfermo se sienta motivado a participar y desarrollar todas las actividades relativas a su tratamiento.

En cuanto a la enfermera, el 68.18% de los pacientes señala que sus relaciones con ella son buenas; el 4.54% piensa que son malas; el 22.72% regulares; el 4.54% las tacha de malas y finalmente el 4.54% no opina.

Asimismo la enfermera esta obligada a mantener buenas relaciones con el paciente pues está también íntimamente relacionada con el paciente en su tratamiento.

Respecto a la Trabajadora Social, elemento sin duda importante en el tratamiento del paciente, el 81.81% de los enfermos opinó que sus relaciones con ella eran buenas; el 9.09% que eran malas; el 4.54% regulares y el 4.54% no respondió.

La Trabajadora Social esta vinculada con el enfermo y-

sus familiares, pues ella se encarga en primera instancia de ser el mediador entre la institución y el enfermo además se encarga de satisfacer las necesidades y carencias del enfermo a través de la obtención y aprovechamiento de los recursos que brinda la institución. Por ello tendrá que mantener una excelente relación con el paciente y sus familiares, que se vea reflejada en el tratamiento integral del paciente.

Acerca de las relaciones con la dietista, el 54.54% opina que sus relaciones son buenas; el 18.18% que son malas; - el 22.72% regulares y el 4.54% no proporciona información.

Las relaciones que el enfermo mantiene con la dietista, no son del todo favorables, por lo que se debe poner especial atención a este aspecto, debido a que la dietista es un elemento importante en el tratamiento del paciente, pues éste - profesionalista se encarga de elaborar y proporcionar la dieta adecuada al paciente.

Por último, en lo que se refiere al psicólogo, en la -- mayoría de los casos, los enfermos manifestaron que no existía relación alguna con él; el 36.36% de ellos establece que jamás han recibido orientación de éste tipo por que no podía haber buena o mala relación; el 18.18% lo consideró como buenas; el 27.27% señala que han sido malas y el 18.18% regulares.

res.

Gran parte de los pacientes (63.63%) manifestó que sus relaciones con el psicólogo son malas o en ocasiones nulas. Esto es un grave problema debido a que el enfermo requiere de una orientación psicológica adecuada que le permita enfrentarse a su situación de la forma más positiva en beneficio de su tratamiento.

En suma, se puede afirmar que en general las relaciones que el enfermo mantiene con el equipo de salud son buenas, pero sin embargo podrían mejorar, pues ellas son indispensables para motivar al enfermo a continuar con su tratamiento integral.

A continuación se hace un análisis de los datos arrojados en el aspecto social.

El 86.36% de los pacientes practica la religión católica; el 4.54% es protestante y el 4.54% no practica religión alguna y el 4.54% desarrolla otro tipo de religión.

El tipo de religión que practican los pacientes en ocasiones es un freno al tratamiento del enfermo, debido a que algunas de ellas prohíben la transfusión sanguínea y la donación de órganos, de ahí la importancia de la religión en la vida de los pacientes.

La ocupación que desempeñan los pacientes se clasifica

de la siguiente manera:

el 18.18% son pensionados; el 13.63% son obreros; el 18.18% son empleados; el 18.18% estudiantes; el 13.63% amas de casa; el 4.54% comerciantes; el 13.63% otros y el 4.54% desempleados.

La mayor parte de los pacientes tienen responsabilidades de algún tipo. El 36.35% de ellos trabaja; el 31.81% se dedica a otras actividades como: amas de casa, estudiantes. Sin embargo todos ellos deben continuar efectuando alguna labor que indudablemente se verá interferida por la enfermedad que padecen y aunque continuen desarrollándola no podrán hacerlo de la misma forma.

Relacionada con la pregunta anterior la mayoría de los pacientes afirma que su ocupación actual se ha visto afectada por su padecimiento; el 90.9% señala que este es su caso, es decir el tiempo que pasan en el hospital impide que realicen sus actividades en forma normal, en este sentido se ven afectadas sus actividades laborales, escolares, deportivas, hogareñas, etc. Sólo el 9.09% no vieron afectadas -- sus actividades cotidianas con el padecimiento.

Entre las actividades que se ven afectadas con mayor frecuencia se encuentran las siguientes: el 63.63% manifestó que era laboral; el 18.18% el escolar; el 9.09% profesio

nal; el 27.27% el aspecto sexual; el 13.63% otros y el ----
9.09% no tuvo repercusión alguna en sus actividades.

La gravedad de la enfermedad afecta particularmente al al
gún aspecto importante de la vida cotidiana del enfermo, --
pues es un padecimiento crónico que disminuye las capacida-
des físicas del enfermo e impide que éste realice sus acti-
vidades como lo hacía normalmente.

Cuando se trata de sus actividades laborales, esto oca-
siona que la situación económica del enfermo se desequili--
bre e influya en su tratamiento.

En forma similar se afectan aspectos escolares, profe-
sionales e incluso sexuales que influyen y alteran su vida
normal.

Otro aspecto importante, es el relativo a la situación
económica del paciente, debido a que en ocasiones este es -
determinante en el seguimiento correcto del tratamiento.

La mayoría de los pacientes (50%) tiene ingresos supe-
riores al mínimo; el 27.27% ganan el mínimo; el 9.09% perci-
ben menos del mínimo y el 13.63% no proporcionan datos.

El 27.27% de los pacientes afirma que sus ingresos son
suficientes para satisfacer sus necesidades; el 9.09% no --
proporciona datos al respecto.

Resumiendo, se puede afirmar que es considerable el --

el número de casos que no alcanza a satisfacer sus requerimientos por lo reducido de sus ingresos y esto afecta seriamente su tratamiento integral pues no pueden llevar a cabo actividades que impliquen gastos extras.

Como consecuencia del reducido ingreso que perciben -- los pacientes ó los familiares de éstos, se perjudican aspectos relativos al tratamiento médico lo que constituye un -- grave problema, debido a que esto retrasa o influye en el -- pronto restablecimiento del paciente. Algunos de los aspectos que se ven mayormente afectados, son los siguientes: -- la adquisición de medicamentos en un 13.63% de los casos; -- el 40.9% en el seguimiento de la dieta; el 40.9% en el traslado de su domicilio al hospital y el 22.72% no da información .

Otro aspecto importante de este rubro es el relativo a la vivienda; en el 68.18% de los casos es propia; en el -- 18.18% es rentada; en el 13.63% es prestada. El hecho de que la vivienda sea propia resulta ser una gran ventaja para el paciente, en primer lugar porque no tiene que destinar permanentemente ingresos al pago de renta y en segundo lugar -- puede hacer las modificaciones pertinentes e indispensables para su tratamiento.

En el caso de las viviendas rentadas y prestadas, los

pacientes no pueden libremente hacer modificaciones, ad--
cuando las habitaciones y los baños a sus necesidades.

Por otra parte, el tipo de vivienda que predomina entre los pacientes es la casa sola, con un 54.54%; le sigue el departamento con un 40.9%; casa en vecindad en un 4.54% y el 4.54% en cuarto de azotea.

Al igual que lo expuesto anteriormente el habitar una casa sola es una ventaja pues en ella se pueden hacer las ampliaciones necesarias y tener un baño exclusivo para el enfermo que le ayude a prevenir infecciones que podría contraer fácilmente. En el caso de que habite espacios más reducidos o lugares que deban ser compartidos por diversas -- personas mantienen más expuestos a los pacientes a contraer infecciones que pueden traer graves consecuencias.

Sin duda la distribución de la vivienda es otro aspecto fundamental en el tratamiento integral del paciente, debido a que éste debe habitar en condiciones óptimas de higiene y de espacios amplios para evitar hacinamientos que son sumamente perjudiciales para el enfermo.

Los ingresos económicos con que cuentan los pacientes son aportados por diferentes miembros en la familia, sin -- embargo en muchos casos no son suficientes para satisfacer ampliamente las necesidades del enfermo y sus familiares.

Es considerable el número de pacientes (50%) que perciben el salario mínimo o menos del salario mínimo lo que resulta un problema más para el paciente, pues su enfermedad lo obliga a realizar una serie de gastos extras (en su dieta, transportación, medicamentos etc.) que no pueden ser cubiertos con su sueldo tan bajo.

En el 31.81% de los casos los padres se encargan de este aspecto; el 31.81% provienen de los hermanos; el 36.36% de la pareja; el 18.18% de los hijos del paciente; el 13.63% de el mismo paciente; y el 4.54% no proporciona datos.

Cómo puede observarse, es muy diversa la situación económica que existe entre los pacientes en relación a los miembros que aportan ingresos a la economía familiar, sin embargo, no en todos los casos esto significa que se encuentran satisfechas sus necesidades.

El mayor porcentaje de pacientes 63.63% considera que los ingresos económicos que perciben son suficientes para cubrir sus extensos requerimientos que no solo se reducen a sus necesidades básicas, sino que además el hecho de que exista un miembro con enfermedades de este tipo implica, efectuar gastos extras.

El 18.18% de los entrevistados, solo cuentan con una -

recámara en su vivienda, el 45.45% con dos recámaras; el -- 27.27% tienen tres recámaras, y el 9.09% con cuatro recámaras. Cómo puede observarse la mayor parte de los individuos no cuenta con un espacio amplio e individual que le sea propicio para mejorar sus condiciones de salud.

El 81.8% tiene un espacio que ocupa como sala en su -- vivienda y el 68.18% cuenta con un comedor, el 100% posee - cocina; el 100% tiene baño completo y el 22.72% sólo tiene medio baño.

El baño higiénico y de ser posible exclusivo para el - enfermo, es indispensable en su tratamiento, pues se requiere una higiene íntegra para que el paciente no contraiga infecciones de ningún tipo.

En los casos de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, es recomendable que el sanitario este recubierto de - mosaico para garantizar la higiene requerida por el paciente y que además sea solamente ocupada por él, dado que el enfermo puede fácilmente desarrollar infecciones por falta de higiene o por el contacto que tenga con accesorios contaminados por los demás miembros de la familia.

Por otra parte, lo ideal para los pacientes en estas - condiciones es que duerman en habitación propia e individual, sin embargo el total de ellos no cuenta con una recámara pa

ra su uso personal, sino que la comparten por lo menos con otro individuo lo que es una situación problemática e inconveniente para la salud del paciente.

En el 54.54% de los casos, duermen dos personas por habitación; en el 22.72% ocupan la habitación tres personas; el 13.63% cuatro personas duermen en el mismo cuarto y el 4.54% cinco personas y por último 4.54% seis personas.

El 100% de los pacientes duermen en una habitación que es ocupada por otros miembros de la familia, hecho que constituye un serio problema que llega a afectar su salud y su tratamiento, pues lo ideal es que tenga su recámara propia, para que no se vea afectado su tratamiento.

El material del cuál están construidas las viviendas constituye también un aspecto importante en su tratamiento, debido a que se requiere una higiene extrema y esta se logra manteniendo en óptimas condiciones las habitaciones, se debe evitar al máximo que no haya acumulación de polvos, de basura, de insectos y de toda clase elementos perjudiciales para la salud del enfermo, y esto se consigue mejor si las habitaciones están construidas con tabique, resanadas y pintadas para evitar este tipo de situaciones.

El 9.09% de las viviendas tienen paredes de tabique; el 4.54% de lámina de asbesto; el 4.54% de adobe; el 77.27%

de tabique resanado y el 4.54% de otros materiales.

En cuánto al material del techo de las viviendas, estos en su gran mayoría están hechos de concreto (90.9%); el --- 4.54% es de lámina de asbesto y el 4.54% de ladrillo.

El piso regularmente es de cemento en un 59.09% de las viviendas y en un 40.09% de mosaico.

No menos importante constituye el hecho de que la vivienda cuente con los servicios de electricidad, drenaje, - agua potable, alumbrado público, pavimento, servicio de lim pia y teléfono, pues ésto preserva las condiciones mínimas de higiene, salud y comunicación indispensables en el desarrollo de las actividades de los enfermos y sus familiares en apoyo a su tratamiento.

El 100% de las viviendas cuenta con servicio de electricidad; el 100% con drenaje; el 95.45% con agua potable; el 90.4% tienen alumbrado público; el 86.36% pavimentación; el 90.9% servicio de limpia y el 50% teléfono.

Generalmente todas las viviendas cuentan con todos los servicios. Esto es una ventaja para el enfermo, debido a que su vivienda debe tener estos servicios para su comodidad y su propia salud.

La familia del paciente juega un papel importante en - el tratamiento de éste debido a que le proporciona al en---

fermo, apoyo económico, moral y personal, en relación a su presencia a lo largo de su permanencia en el servicio para recibir su tratamiento.

El 40.9% de los pacientes vive con sus padres; el 9.09% con sus hermanos; el 4.54% con sus hijos y el 45.45% con su esposa, quienes indudablemente les brindan el apoyo incondicional requerido en esos momentos por los pacientes.

En la mayoría de los casos (86.36%) los pacientes --- mantienen buenas relaciones con su familia; sólo el 13.63% las cataloga como regulares.

Esta situación es reflejo de que gran parte de los pacientes son apoyados por su familia pues sus relaciones son verdaderamente las adecuadas para disminuir las diversas -- tensiones surgidas a raíz de su enfermedad.

Sin embargo también hay situaciones no muy propias que pueden influir en el tratamiento correcto del paciente y en consecuencia en su pronto restablecimiento.

Una buena parte de los pacientes (50%) recibe apoyo -- tanto económico como moral, por parte de sus familiares, -- esto es un factor que influye positivamente en su estado de ánimo y en consecuencia en su tratamiento, pues el enfermo no tiene preocupaciones extras que repercutan en su aten--- ción médica.

El 36.36% recibe ayuda moral de su familia que constituye también un hecho trascendental en su tratamiento, pues la familia brinda apoyo y alienta al paciente a continuar con su tratamiento y su vida.

El 4.54% recibe ayuda económica; el 4.54% no recibe ayuda de ningún tipo y el 4.54% no proporciona dato.

Como se dijo anteriormente el paciente debido a su estado emocional y físico requiere de apoyo en todos los ámbitos que afectan su cotideaneidad, y el que su familia le proporcione la satisfacción a las necesidades de este tipo resulta un fuerte apoyo para el seguimiento de su tratamiento.

Como consecuencia de su enfermedad, el paciente en muchas ocasiones debe abandonar los roles que desarrollaba -- antes de presentar la enfermedad, por lo que regularmente -- algún miembro de la familia debe asumir el papel que antes era exclusivo del enfermo.

En el 13.65% de los casos el proveedor económico de la familia es el padre; en el 13.63% es la madre; en el 9.09% los hijos; los hermanos en el 9.09%; el esposo o la esposa en el 40.9%; el paciente en un 18.18% y el 18.18% de los -- pacientes no dan información al respecto.

Es evidente que la pareja se encarga en la mayoría de .

los casos de proporcionar los medios económicos para la familia y el paciente lo cuál es indicador de que el enfermo no necesariamente debe trabajar para poder sostener su situación económica y puede entonces poner mayor atención al seguimiento de su propio tratamiento.

Los quehaceres en el hogar son desempeñados regularmente por la madre de los pacientes en el 40.9% de los casos; por la esposa en el 18.18% ; por los hijos en el 16.63%; -- por los hermanos en el 13.63%; por el padre en el 4.54% y - el 18.18% no contestó la pregunta.

El cuidado de los hijos es tarea de la madre en el --- 18.18% de los casos; en el 13.63% ellos mismos tienen que - asumir este rol, debido a que sus padres no pueden hacerse cargo de ello por diversas razones; el 9.09% de las esposas se encargan del cuidado de los hijos; el 4.54% de los her-- manos se dedican a cuidar a sus mismos hermanos; y finalmente el 4.54% de los pacientes se hacen cargo de este aspecto en la familia.

Son diversas las situaciones que se presentan en las - familias de los pacientes en relación al rol referente al - cuidado de los hijos, pero es más frecuente que la madre se encargue de este aspecto, es decir en la mayoría de los casos el paciente delega su función en alguno de los miembros

de la familia, porque sus capacidades físicas no le permiten asumir el rol que otros casos y bajo circunstancias normales de salud podría desempeñar.

El estado precario de salud de los pacientes y la disminución de sus capacidades físicas, provocan que éstos no puedan continuar con su rutina que desarrollaban antes de su enfermedad por lo que tienen que depender de alguna forma de su familia y el 86.36% de los pacientes se manifiesta esta necesidad. Los enfermos señalan que su estado de salud les impide realizar esfuerzos mayores que solo pueden ser desempeñados por sus familiares, por lo que se crea una situación de dependencia física, moral y económica en relación a sus parientes.

El 9.09% considera que no hay dependencia alguna respecto a su familia y el 4.54% no da información.

La presencia de un enfermo en la familia resulta ser siempre una preocupación para los integrantes de la misma pues siempre existen vínculos de unión y de amor entre ellos. En este caso el 90.9% de los pacientes señala que sus familiares se preocupan demasiado por ellos, y esto se manifiesta al estar siempre pendientes de las necesidades del enfermo, ya sean estas de tipo económico, médico, moral o personal. La familia brinda apoyo permanente al paciente

en la búsqueda de la solución a su problema de salud.

Los pacientes en su mayor parte creen conveniente que sus familiares se preocupen por ellos, pues consideran que esta situación es lógica y normal dado su estado de salud. El 81.81% así lo piensa; mientras que solo el 9.04% no ve -- correcto que sus parientes se inquieten demasiado por ellos pues opinan que esta no es la forma de solucionar sus pro-- blemas de salud.

El aspecto médico del paciente, es de suma importancia dado que en principio el enfermo debe conocer en toda su -- magnitud la enfermedad que padece, para que pueda seguir -- correctamente las prescripciones médicas.

En este sentido, es indispensable que tenga una idea - clara de su enfermedad, su diagnóstico y el tratamiento que debe seguir. Y así ocurre en la mayor parte de los casos. - El 91.45% conoce perfectamente bien su diagnóstico médico; sólo el 4.54% de ellos lo desconoce.

El 45.45% de los pacientes desconoce el origen de su - enfermedad, el 50% no sabe como fué que desarrolló este --- padecimiento y el 4.54% no aporta datos.

Es necesario afirmar que para que el tratamiento del paciente sea realmente integral y correcto, se deben prime-- ro que nada conocer el diagnóstico y el origen de la en--

fermedad e informar en forma clara y precisa al paciente de todo lo relacionado con su padecimiento, pues sólo a través de ello se obtendrá la respuesta positiva al seguimiento del tratamiento.

Para que el paciente entienda la información médica, - acerca de su enfermedad, esta deberá ser reforzada periódicamente para que no se olviden puntos esenciales del tratamiento.

El 77.27% de los pacientes considera que la información médica que les proporcionan acerca de su padecimiento es clara; el 13.63% opina que no lo es; y el 9.09% no da -- información.

Tan importante es para el paciente conocer los aspectos médicos de su padecimiento, como lo es el seguir correctamente las indicaciones que les proporcionan acerca de su -- tratamiento; sin embargo, en muchos casos, el paciente por alguna razón no puede o no quiere seguirlo como se lo señalan. El 59.09% de los pacientes considera que siguen correctamente la prescripción médica; el 9.09% de ellos reconoció que en varias ocasiones alteran sus horarios de consumo en los medicamentos; el 31.81% no proporciona información. --- Esto realmente es un grave problema pues el no llevar a cabo el tratamiento como les es indicado, puede acarrearlos

diversos problemas con respecto a su enfermedad y retrasar su rponto restablecimiento.

Asimismo, el enfermo reconoce que debe seguir al pie - de la letra su tratamiento dietético; en este sentido, el - el 90.9% así lo considera; el 4.54% no lo cree importante y el 4.54% no proporciona datos.

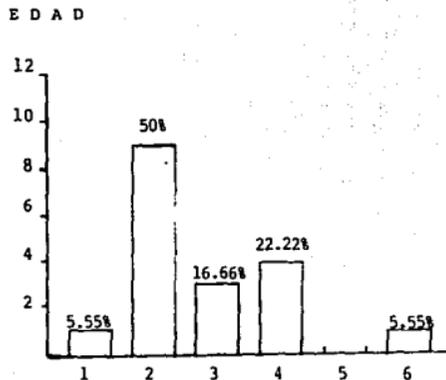
Es pues necesario también orientar correctamente al enfermo acerca de la importancia y consecuencias que trae consigo el no seguir la dieta indicada por el médico y la die-tóloga.

GRUPO DE PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL DE CONSULTA EXTERNA

	E D A D	Frec.	%
1	16 A 20	1	5.55
2	21 A 25	9	50.0
3	26 A 30	3	16.66
4	31 A 35	4	22.22
5	36 A 40	0	0
6	41 A MAS	1	5.55

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

1 DE 16 A 20
2 DE 21 A 25
3 DE 26 A 30
4 DE 31 A 35
5 DE 36 A 40
6 DE 41 A MAS

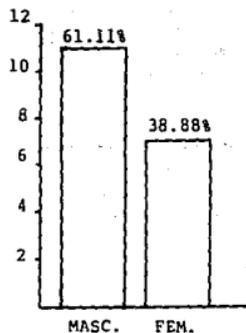


FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

S E X O	Frec.	%
MASCULINO	11	61.11
FEMENINO	7	38.88

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

S E X O



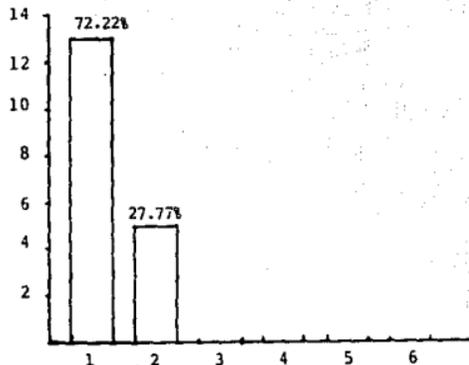
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

	ESTADO CIVIL	Frec.	%
1	SOLTERO	13	72.22
2	CASADO	5	27.77
3	VIUDO	0	0
4	DIVORCIADO	0	0
5	UNION LIBRE	0	0
6	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

ESTADO CIVIL

- 1 SOLTERO
- 2 CASADO
- 3 VIUDO
- 4 DIVORCIADO
- 5 UNION LIBRE
- 6 OTRO



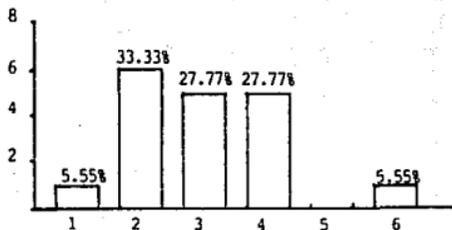
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

	ESCOLARIDAD	Frec.	%
1	PRIMARIA	1	5.55
2	SECUNDARIA	6	33.33
3	BACHILLERATO	5	27.77
4	PROFESIONAL	5	27.77
5	COMERCIAL	0	0
6	SIN DATO	1	5.55

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

ESCOLARIDAD

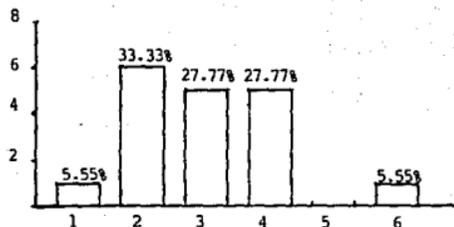
- 1 PRIMARIA
- 2 SECUNDARIA
- 3 BACHILLERATO
- 4 PROFESIONAL
- 5 COMERCIAL
- 6 SIN DATO



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa-
cientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. -
Diciembre de 1991.

ESCOLARIDAD

- 1 PRIMARIA
- 2 SECUNDARIA
- 3 BACHILLERATO
- 4 PROFESIONAL
- 5 COMERCIAL
- 6 SIN DATO



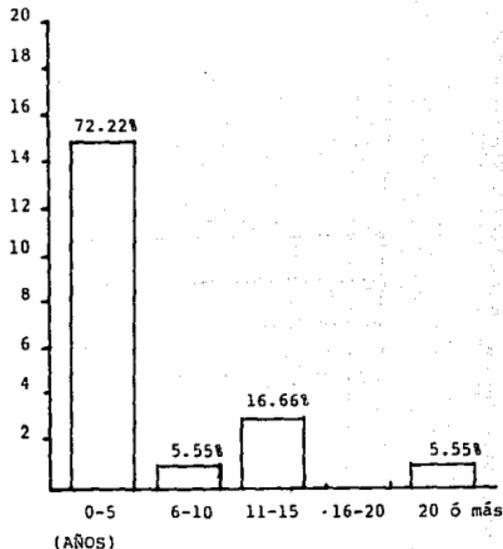
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa-
cientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. -
Diciembre de 1991.

1.- Hace cuánto tiempo tuvo usted conocimiento de su enfermedad.

A Ñ O S	Frec.	%
0 - 5	13	72.22
6 - 10	1	5.55
11 - 15	3	16.66
16 - 20	0	-
20 a más	1	5.55

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

1.- Hace cuánto tiempo tuvo usted conocimiento de su enfermedad.



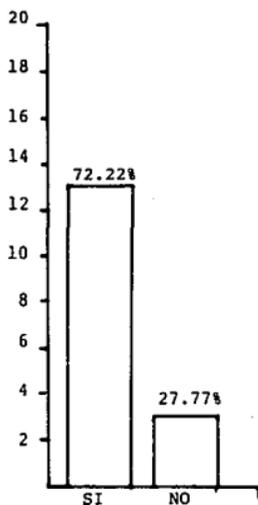
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

2.- Ha sentido usted que su carácter ha sufrido algún cambio por su padecimiento.

	Frec.	%
SI	13	72.22
NO	5	27.77

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

2.- Ha sentido usted que su carácter ha sufrido algún cambio por su padecimiento.



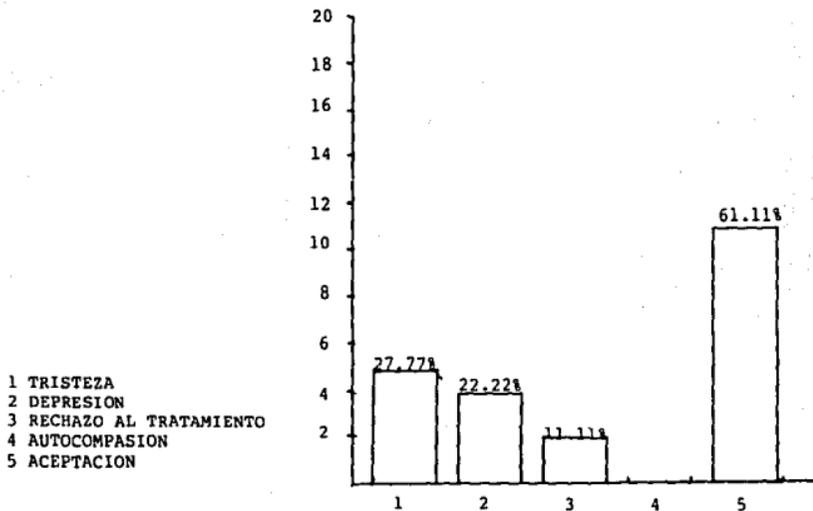
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

3.- Qué actitud ha presentado usted frente a su padecimiento.

	A C T I T U D	Frec.	%
1	TRISTEZA	5	27.77
2	DEPRESION	4	22.22
3	RECHAZO AL TRATAMIENTO	2	11.11
4	AUTOCOMPASION	0	-
5	ACEPTACION	11	61.11

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

3.- Qué actitud ha presentado usted frente a su padecimiento.



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

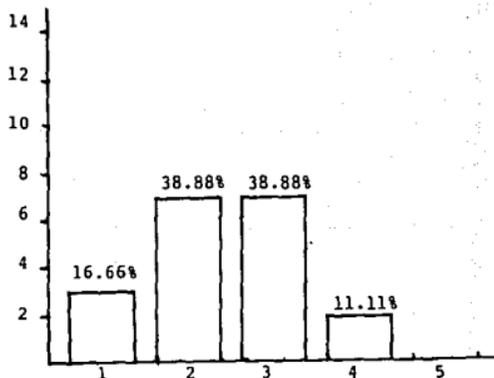
4.- Cuáles son los cambios que ha observado en su carácter respecto a sus relaciones personales.

	CAMBIOS EN SUS RELACIONES PERSONALES	Frec.	%
1	AGRESIVIDAD	3	16.66
2	AISLAMIENTO	7	38.88
3	INSEGURIDAD	7	38.88
4	SIN DATO	2	11.11
5	NINGUNO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de -- Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

4.- Cuáles son los cambios que ha observado en su carácter respecto a sus relaciones personales.

1 AGRESIVIDAD
2 AISLAMIENTO
3 INSEGURIDAD
4 SIN DATO
5 NINGUNO



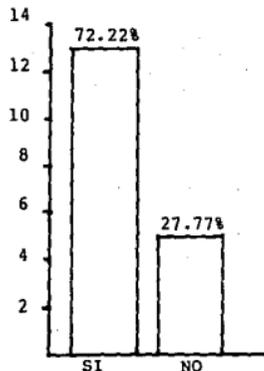
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de -- Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

5.- Sus actividades cotidianas se han visto frustadas o limitadas por la enfermedad que padece.

	Frec.	%
SI	13	72.22
NO	5	27.77

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología.
Cuestionario aplicado a pacientes de --
Trasplante Renal de Consulta Externa.
Diciembre de 1991.

5.- Sus actividades cotidianas se han visto frus-
tradas o limitadas por la enfermedad que pa-
dece.



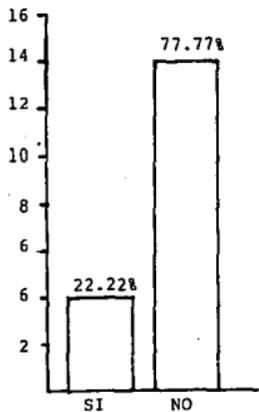
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médi-
co La Raza; Servicio de Nefrología.
Cuestionario aplicado a pacientes de --
Trasplante Renal de Consulta Externa.
Diciembre de 1991.

6.- En algún momento de su tratamiento ha sentido el deseo de abandonarlo.

	Frec.	%
SI	4	22.22
NO	14	77.77

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

6.- En algún momento de su tratamiento ha sentido el deseo de abandonarlo.



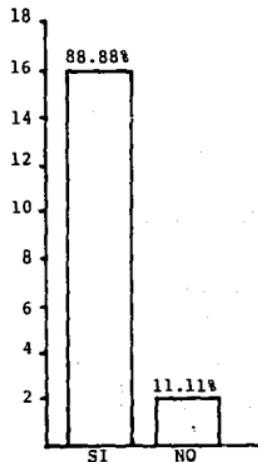
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

7.- Considera usted necesario que se proporcione orientación psicológica a los pacientes que presentan este padecimiento.

	Frec.	%
SI	16	88.88
NO	2	11.11

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

7.- Considera usted necesario que se proporcione orientación psicológica a los pacientes que presentan este padecimiento.



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

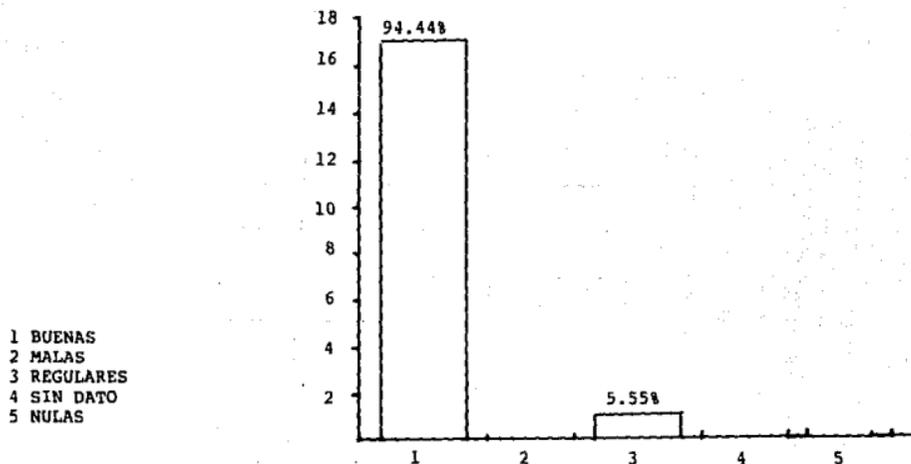
8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

	M E D I C O	Frec.	%
1	BUENAS	17	94.44
2	MALAS	0	0
3	REGULARES	1	5.55
4	SIN DATO	0	0
5	NULAS	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

M E D I C O



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro de Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

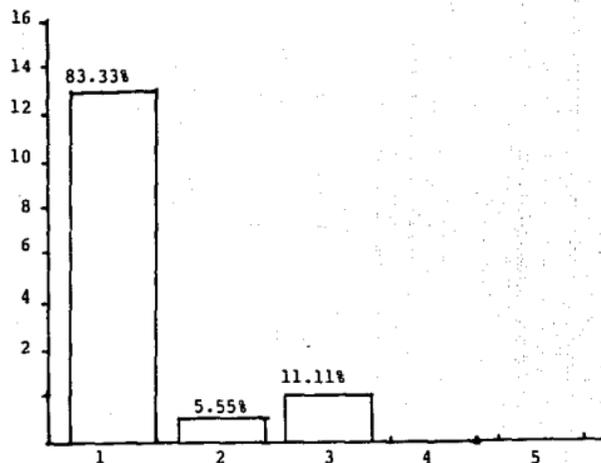
	ENFERMERA	Frec.	%
1	BUENAS	15	83.33
2	MALAS	1	5.55
3	REGULARES	2	11.11
4	SIN DATO	0	0
5	NULAS	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

ENFERMERA

- 1 BUENAS
- 2 MALAS
- 3 REGULARES
- 4 SIN DATO
- 5 NULAS



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

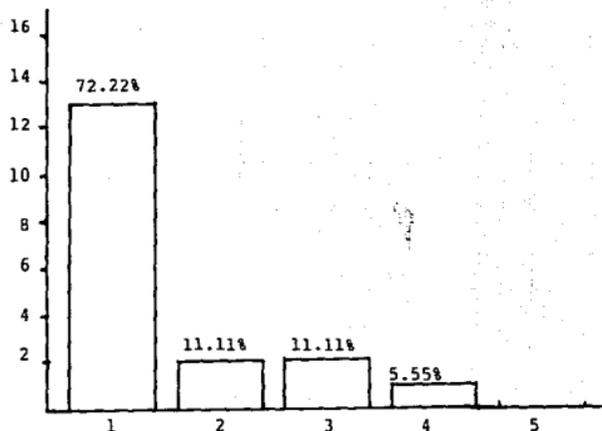
	TRABAJADORA SOCIAL	Frec.	%
1	BUENAS	13	72.22
2	MALAS	2	11.11
3	REGULARES	2	11.11
4	SIN DATO	1	5.55
5	NULAS	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

TRABAJADORA SOCIAL

- 1 BUENAS
- 2 MALAS
- 3 REGULARES
- 4 SIN DATO
- 5 NULAS



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

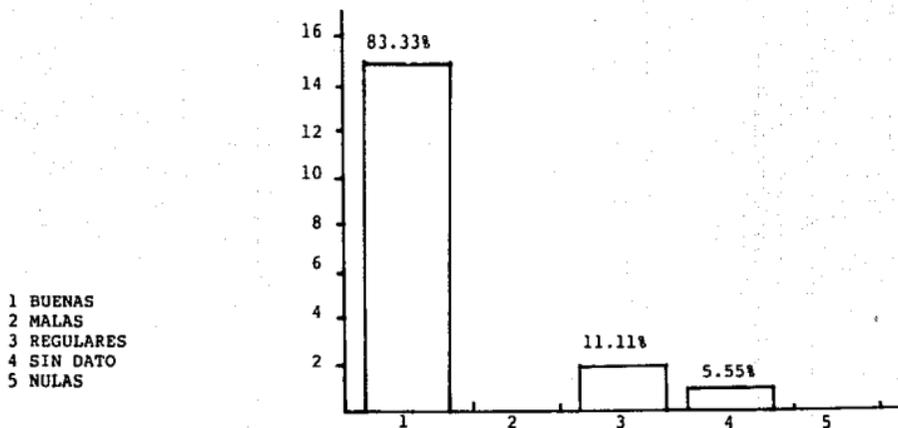
8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

	DIETISTA	Frec.	%
1	BUENAS	15	83.33
2	MALAS	0	0
3	REGULARES	2	11.11
4	SIN DATO	1	5.55
5	NULAS	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

DIETISTA



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

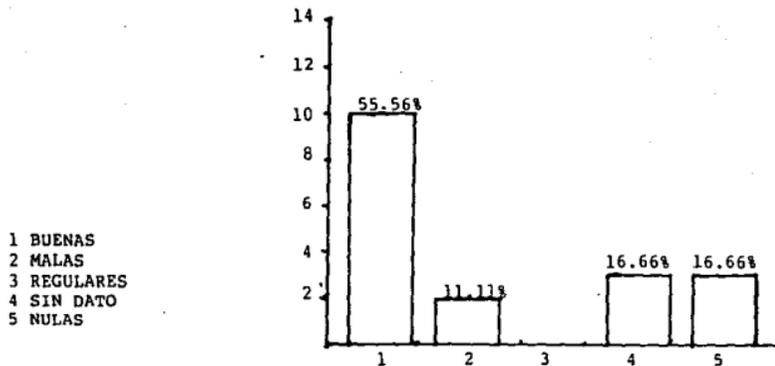
8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

	PSICOLOGO	Frec.	%
1	BUENAS	10	55.56
2	MALAS	2	11.11
3	REGULARES	0	0.
4	SIN DATO	3	16.66
5	NULAS	3	16.66

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

8.- Cómo han sido sus relaciones con el Equipo de Salud.

PSICOLOGO



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

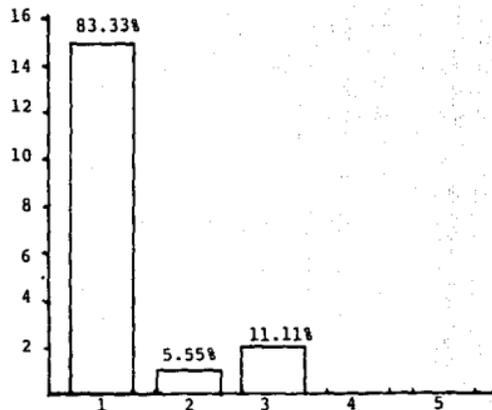
9.- Qué religión práctica.

	RELIGION	Frec.	%
1	CATOLICA	15	83.33
2	PROTESTANTE	1	5.55
3	NINGUNA	2	11.11
4	OTRA	0	0
5	SIN DATO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

9.- Qué religión práctica.

- 1 CATOLICA
- 2 PROTESTANTE
- 3 NINGUNA
- 4 OTRA
- 5 SIN DATO



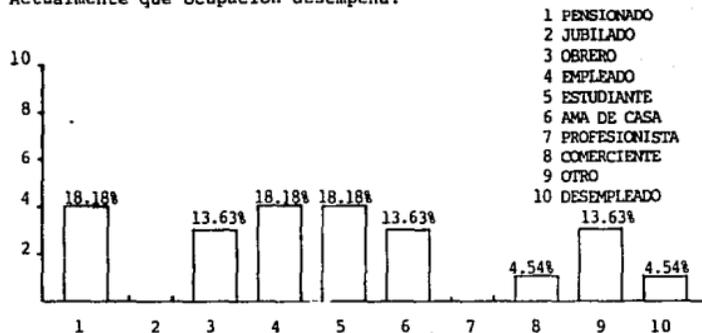
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

10.- Actualmente que ocupación desempeña:

	OCUPACION	Frec.	%
1	PENSIONADO	1	5.55
2	JUBILADO	0	0
3	OBRAERO	1	5.55
4	EMPLEADO	3	16.66
5	ESTUDIANTE	4	22.22
6	AMA DE CASA	2	11.11
7	PROFESIONISTA	2	11.11
8	COMERCIANTE	4	22.22
9	OTRO	0	0
10	DESEMPLEADO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

10.- Actualmente que ocupación desempeña:



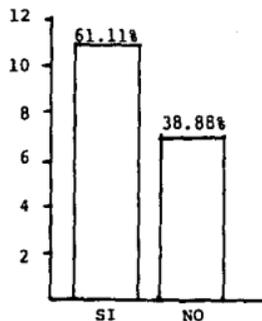
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes hospitalizados - en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente. Diciembre de 1991.

11.- El padecimiento ha afectado su ocupación actual.

	Frec.	%
SI	11	61.11
NO	7	38.88

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

11.- El padecimiento ha afectado su ocupación actual.



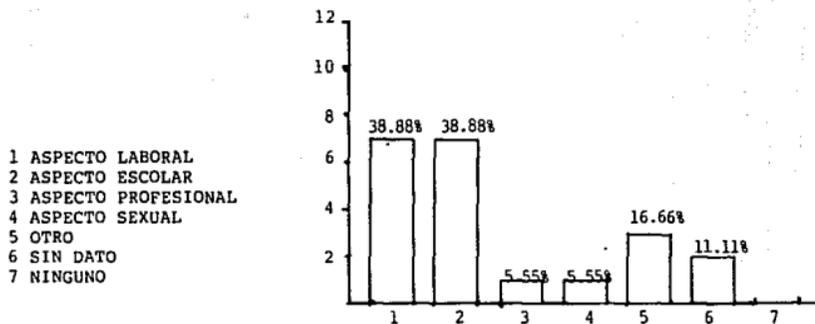
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de consulta Externa. Diciembre de 1991.

12.- De las actividades que realizaba normalmente, cuáles se han visto limitadas por el padecimiento.

	ACTIVIDADES	Frec.	%
1	ASPECTO LABORAL	7	38.88
2	ASPECTO ESCOLAR	7	38.88
3	ASPECTO PROFESIONAL	1	5.55
4	ASPECTO SEXUAL	1	5.55
5	OTRO	3	16.66
6	SIN DATO	2	11.11
7	NINGUNO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

12.- De las actividades que realizaba normalmente, cuáles se han visto limitadas por el padecimiento.



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

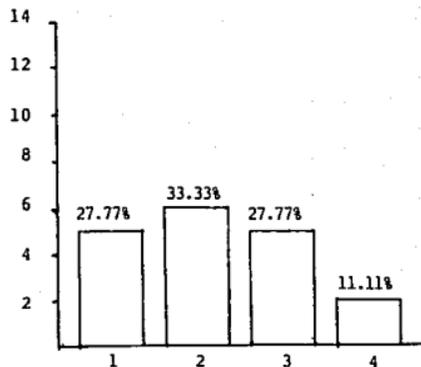
13.- Sus ingresos económicos mensuales son:

	INGRESO MENSUAL	Frec.	%
1	MENOS DEL MINIMO	5	27.77
2	MINIMO	6	33.33
3	MAS DEL MINIMO	5	27.77
4	SIN DATO	2	11.11

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

13.- Sus ingresos económicos mensuales son:

1 MENOS DEL MINIMO
2 MINIMO
3 MAS DEL MINIMO
4 SIN DATO



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

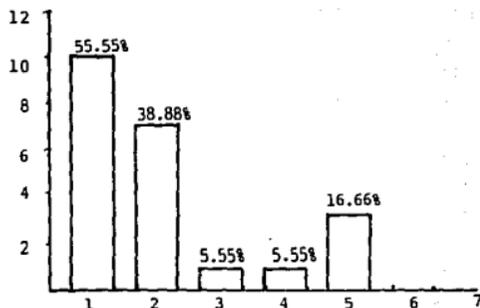
14.- Quienes aportan ingresos económicos al
gasto familiar.

	APORTAN INGRESO	Frec.	%
1	PADRES	10	55.55
2	HERMANOS	7	38.88
3	PAREJA	1	5.55
4	HIJOS	1	5.55
5	PACIENTE	3	16.66
6	SIN DATO	0	0
7	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

14.- Quienes aportan ingresos económicos al gasto familiar.

- 1 PADRES
- 2 HERMANOS
- 3 PAREJA
- 4 HIJOS
- 5 PACIENTE
- 6 SIN DATO
- 7 OTRO



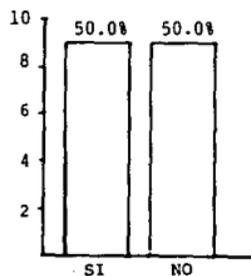
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

15.- Considera que los ingresos económicos con que cuenta son suficientes para cubrir todas sus necesidades.

	Frec.	%
SI	9	50.0
NO	9	50.0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

15.- Considera que los ingresos económicos con que cuenta son suficientes para cubrir todas sus necesidades.



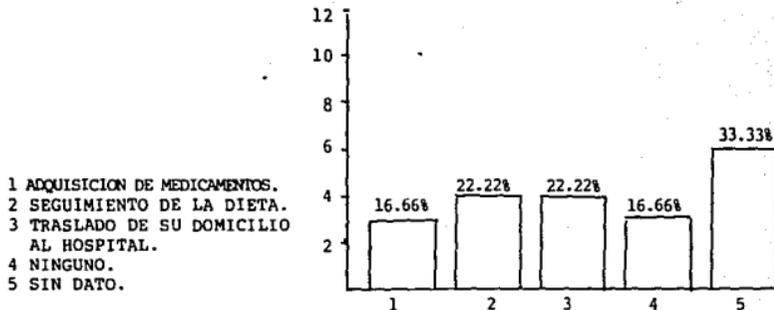
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

16.- Qué aspectos de su tratamiento médico se ven afectados por su ingreso económico.

	ASPECTOS TRATAM.	Frec.	%
1	ADQUISICION DE MEDICAMENTOS.	3	16.66
2	SEGUIMIENTO DE LA DIETA.	4	22.22
3	TRASLADO DE SU DOMICILIO AL HOSP.	4	22.22
4	NINGUNO	3	16.66
5	SIN DATO	6	33.33

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

16.- Qué aspectos de su tratamiento médico se ven afectados por su ingreso económico.



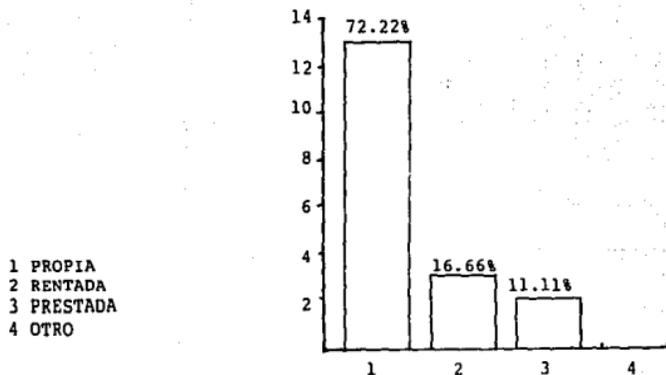
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

17.- Su vivienda es:

	SITUACION	Frec.	%
1	PROPIA	13	72.22
2	RENTADA	3	16.66
3	PRESTADA	2	11.11
4	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta externa. Diciembre de 1991.

17.- Su vivienda es:



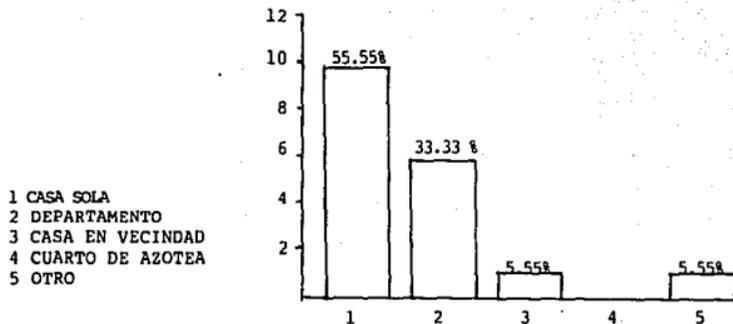
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

18.- Tipo de vivienda:

	TIPO VIVIENDA	Frec.	%
1	CASA SOLA	10	55.55
2	DEPARTAMENTO	6	33.33
3	CASA VECINDAD	1	5.55
4	CUARTO AZOTEA	0	0
5	OTRO	1	5.55

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

18.- Tipo de vivienda:



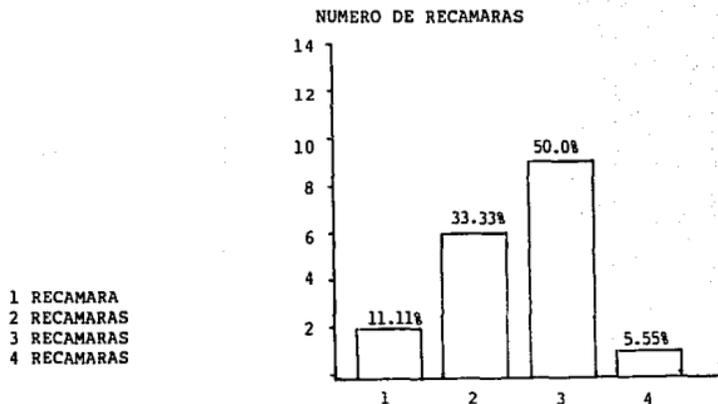
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

19.- Distribución de la vivienda:

	NUMERO DE RECAMARAS	Frec.	%
1	1 RECAMARA	2	11.11
2	2 RECAMARAS	6	33.33
3	3 RECAMARAS	9	50.0
4	4 RECAMARAS	1	5.55

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

19.- Distribución de la vivienda:



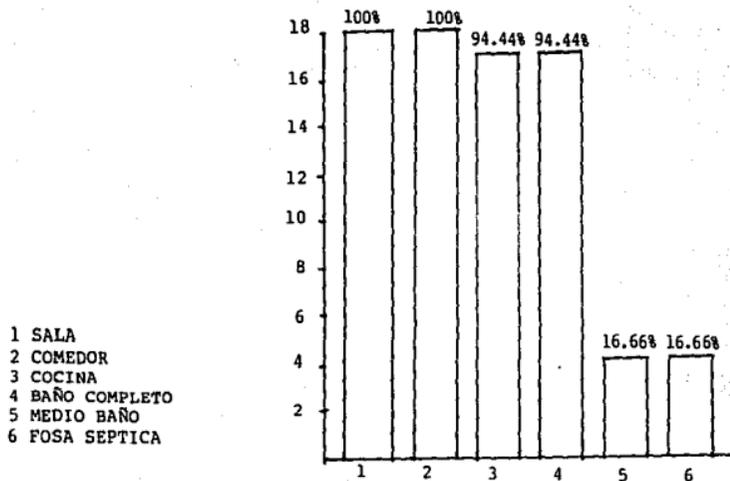
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

19.- Distribución de la vivienda:

	DISTRIBUCION	Frec.	%
1	SALA	18	100
2	COMEDOR	18	100
3	COCINA	17	94.44
4	BAÑO COMPLETO	17	94.44
5	MEDIO BAÑO	3	16.66
6	FOSA SEPTICA	3	16.66

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

19.- Distribución de la vivienda:



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

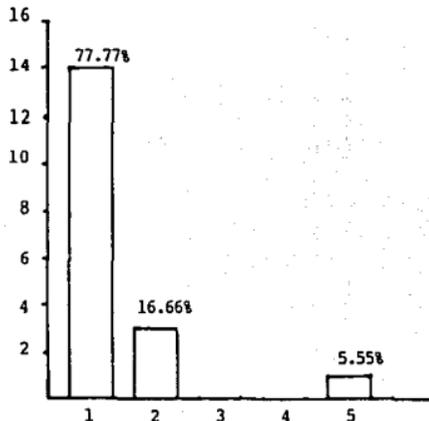
20.- Cuántas personas duermen en promedio por habitación.

	PERSONAS/HAB.	Frec.	%
1	DE 1 A 2	14	77.77
2	DE 3 A 4	3	16.66
3	DE 5 A 6	0	0
4	MAS DE 7	0	0
5	SIN DATO	1	5.55

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

20.- Cuántas personas duermen en promedio por habitación.

1 DE 1 A 2
2 DE 3 A 4
3 DE 5 A 6
4 MAS DE 7
5 SIN DATO



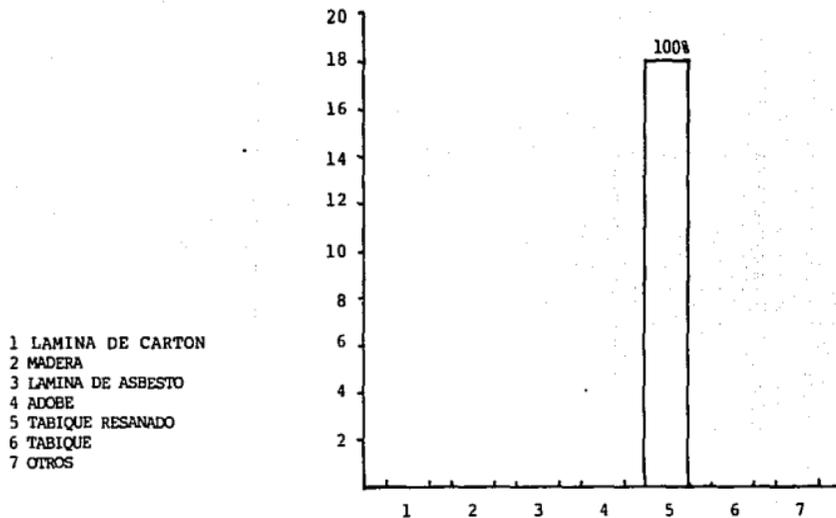
FUENTE: Hospital de Especialidades; centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

21.- De que material es la mayor parte de las paredes de su vivienda.

	MATERIAL PAREDES	Frec.	%
1	LAMINA DE CARTON	0	0
2	MADERA	0	0
3	LAMINA DE ASBESTO	0	0
4	ADOBE	0	0
5	TABIQUE RESANADO	18	100
6	TABIQUE	0	0
7	OTROS	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

21.- De que material es la mayor parte de las paredes de su vivienda.



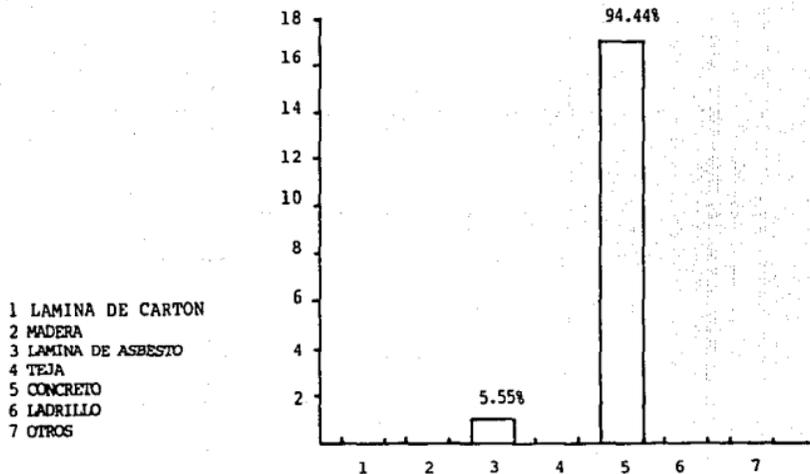
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

22.- De que material es el techo de su vivienda.

	MATERIAL TECHO	Frec.	%
1	LAMINA DE CARTON	0	0
2	MADERA	0	0
3	LAMINA DE ASBESTO	1	5.55
4	TEJA	0	0
5	CONCRETO	17	94.44
6	LADRILLO	0	0
7	OTROS	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

22.- De que material es el techo de su vivienda.



FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

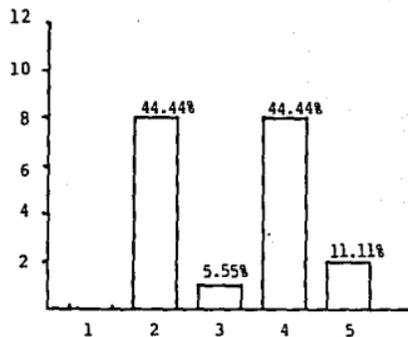
23.- El piso de la vivienda es de:

	MATERIAL PISO	Frec.	%
1	TIERRA	0	0
2	CEMENTO	8	44.44
3	MADERA	1	5.55
4	MOSAICO	8	44.44
5	OTRO	2	11.11

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

23.- El piso de la vivienda es de:

- 1 TIERRA
- 2 CEMENTO
- 3 MADERA
- 4 MOSAICO
- 5 OTRO



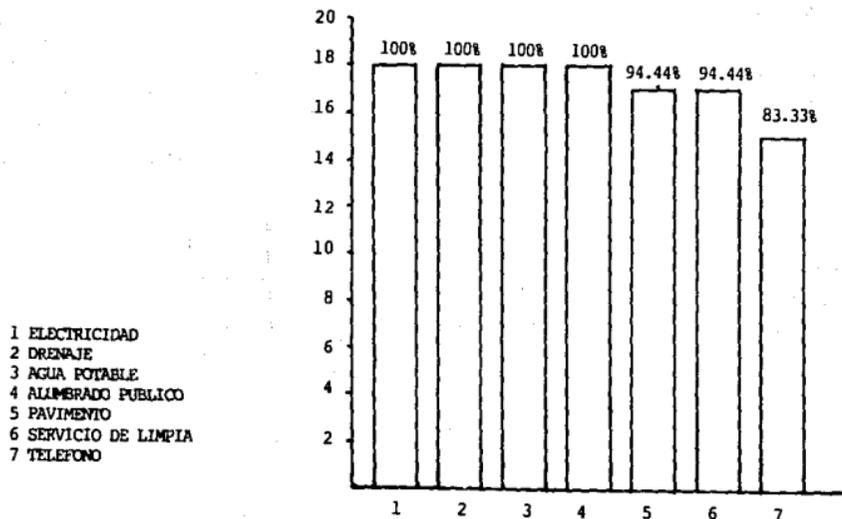
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

24.- Servicios con que cuenta la vivienda:

	S E R V I C I O S	Frec.	%
1	ELECTRICIDAD	18	100
2	DRENAJE	18	100
3	AGUA POTABLE	18	100
4	ALUMBRADO PUBLICO	18	100
5	PAVIMENTO	17	94.44
6	SERVICIO DE LIMPIA	17	94.44
7	TELEFONO	15	83.33

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

24.- Servicios con que cuenta la vivienda:



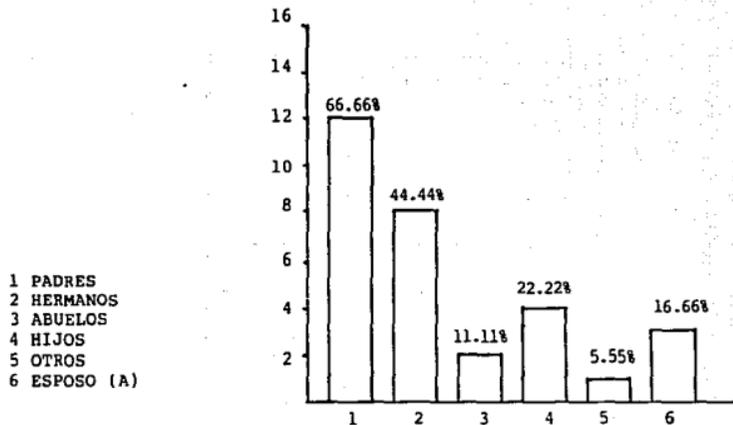
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

25.- El paciente vive con:

	VIVE CON:	Frec.	%
1	PADRES	12	66.66
2	HERMANOS	8	44.44
3	ABUELOS	2	11.11
4	HIJOS	4	22.22
5	OTROS	1	5.55
6	ESPOSO (A)	3	16.66

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

25.- El paciente vive con:



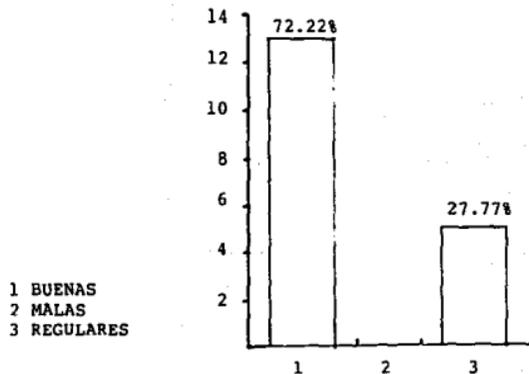
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa-
cientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. -
Diciembre de 1991.

26.- A partir de su padecimiento como han sido las relaciones con su familia.

	TIPO DE RELAC.	Frec.	%
1	BUENAS	13	72.22
2	MALAS	0	0
3	REGULARES	5	27.77

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

26.- A partir de su padecimiento como han sido las relaciones con su familia.



1 BUENAS
2 MALAS
3 REGULARES

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

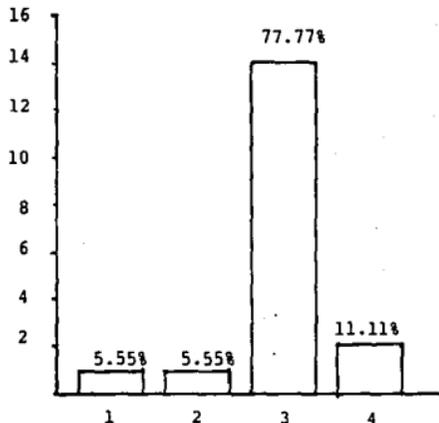
27.- El apoyo que ha recibido de su familia ha sido:

	TIPO DE APOYO	Frec.	%
1	ECONOMICO	1	5.55
2	MORAL	1	5.55
3	AMBOS	14	77.77
4	NINGUNO	2	11.11

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

27.- El apoyo que ha recibido de su familia ha sido:

- 1 ECONOMICO
- 2 MORAL
- 3 AMBOS
- 4 NINGUNO



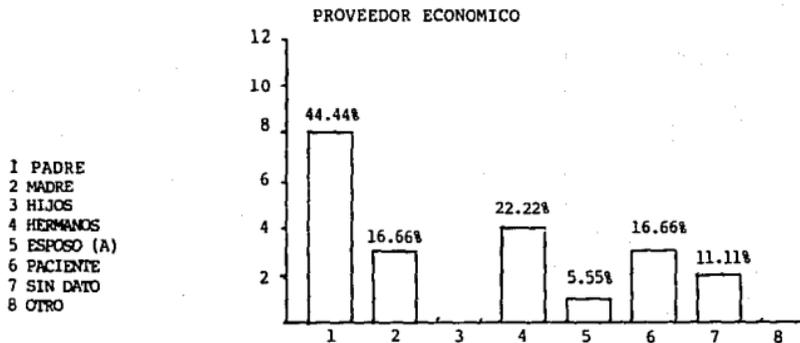
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:

	PROVEEDOR ECONOMICO	Frec.	%
1	PADRE	8	44.44
2	MADRE	3	16.66
3	HIJOS	0	0
4	HERMANOS	4	22.22
5	ESPOSO (A)	1	5.55
6	PACIENTE	3	16.66
7	SIN DATO	2	11.11
8	OTRO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:



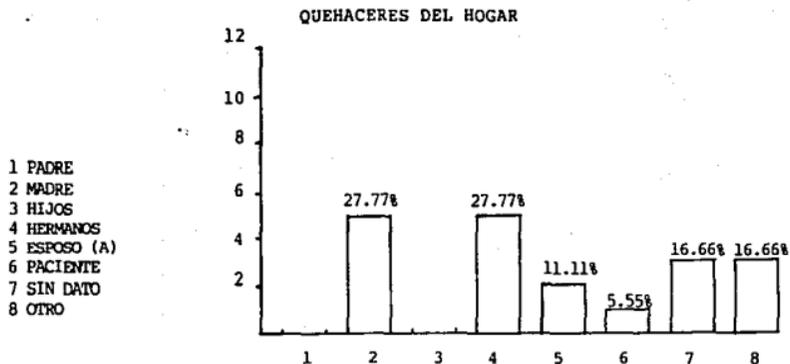
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pa-
cientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. -
Diciembre de 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:

	QUEHACERES DEL HOGAR	Frec	%
1	PADRE	0	0
2	MADRE	5	27.77
3	HIJOS	0	0
4	HERMANOS	5	27.77
5	ESPOSO (A)	2	11.11
6	PACIENTE	1	5.55
7	SIN DATO	3	16.66
8	OTRO	3	16.66

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:



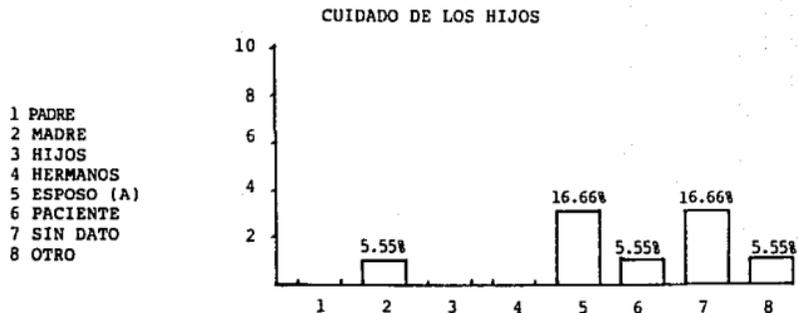
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:

	CUIDADO DE LOS HIJOS	Frec.	%
1	PADRE	0	0
2	MADRE	1	5.55
3	HIJOS	0	0
4	HERMANOS	0	0
5	ESPOSO (A)	3	16.66
6	PACIENTE	1	5.55
7	SIN DATO	3	16.66
8	OTRO	1	5.55

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

28.- A partir de su enfermedad quien se ha hecho responsable de los siguientes aspectos:



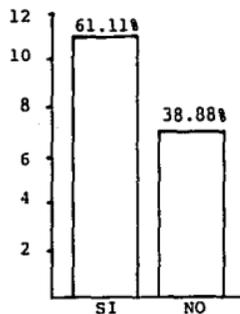
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. - Diciembre de 1991.

29.- A partir de su enfermedad ha sentido que tiene que depender de su familia.

	Frec.	%
SI	11	61.11
NO	7	38.88

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

29.- A partir de su enfermedad ha sentido que tiene que depender de su familia.



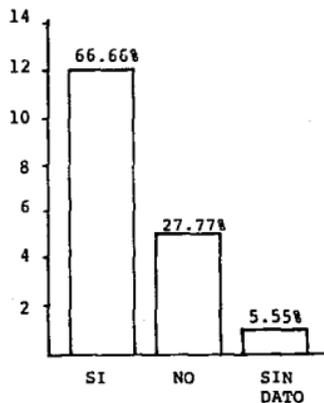
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

30.- Piensa que su familia se preocupa demasiado por usted.

	Frec.	%
SI	12	66.66
NO	5	27.77
SIN DATO	1	5.55

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

30.- Piensa que su familia se preocupa demasiado por usted.



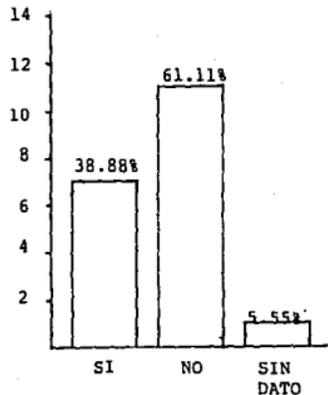
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

31.- Considera conveniente que su familia se preocupe por usted.

	Frec.	%
SI	7	38.88
NO	11	61.11
SIN DATO	1	5.55

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

31.- Considera conveniente que su familia se preocupe por usted.



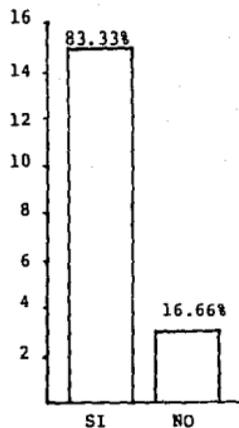
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

32.- Conoce su diagnóstico.

	Frec.	%
SI	15	83.33
NO	3	16.66

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

32.- Conoce su diagnóstico.



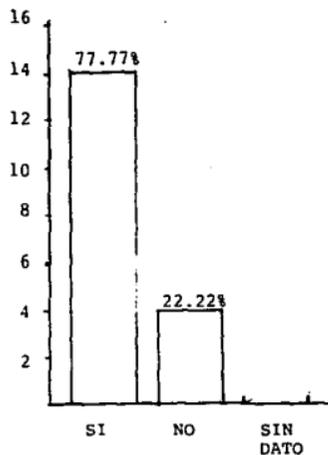
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

33.- Conoce el origen de su enfermedad.

	Frec.	%
SI	14	77.77
NO	4	22.22
SIN DATO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

33.- Conoce el origen de su enfermedad.



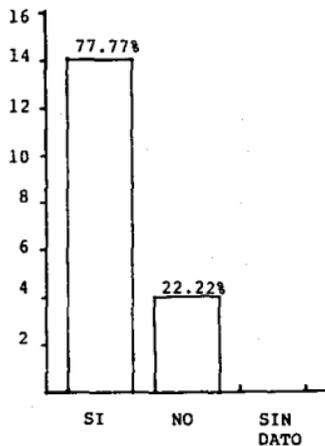
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

34.- Considera que la información médica que recibe sobre su padecimiento es clara.

	Frec.	%
SI	14	77.77
NO	4	22.22
SIN DATO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

34.- Considera que la información médica que recibe sobre su padecimiento es clara.



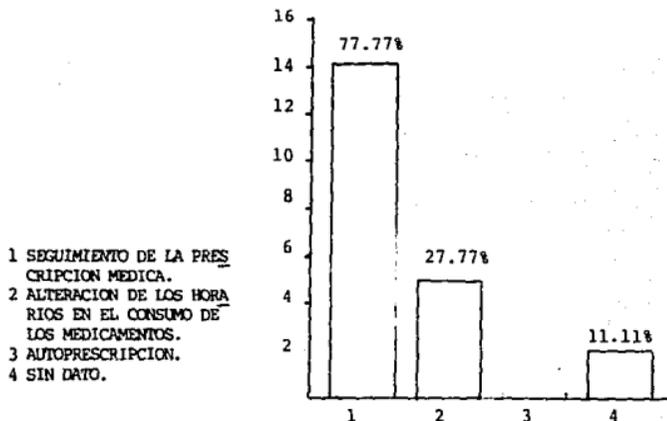
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

35.- De acuerdo con su tratamiento médico señale que situaciones se han presentado con mayor frecuencia en su caso.

	SITUACION TRAT.MED	Frec.	%
1	SEGUIMIENTO DE LA PRESCRIPCION MEDICA.	14	77.77
2	ALTERACION DE LOS HORARIOS EN EL CONSUMO DE MEDICAMEN.	5	27.77
3	AUTOPRESCRIPCION	0	0
4	SIN DATO	2	11.11

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de - 1991.

35.- De acuerdo con su tratamiento médico señale que situaciones se han presentado con mayor frecuencia en su caso.



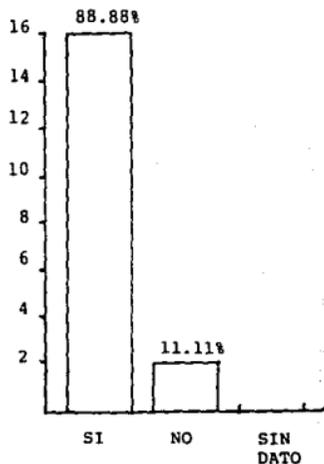
FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La Raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario - aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

36.- En base a su tratamiento dietético cree usted necesario seguirlo correctamente.

	Frec.	%
SI	16	88.88
NO	2	11.11
SIN DATO	0	0

FUENTE: Hospital de Especialidades; Centro Médico La raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

36.- En base a su tratamiento dietético cree usted necesario seguirlo correctamente.



FUENTE: Hoospital de Especialidades; Centro Médico La raza; Servicio de Nefrología. Cuestionario aplicado a Pacientes de Trasplante Renal de Consulta Externa. Diciembre de 1991.

5.11.2 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

(Grupo de Pacientes con Trasplante Renal de Consulta Externa).

De la aplicación del instrumento elaborado, en el grupo de pacientes con Trasplante Renal, se obtuvieron una serie de resultados que apoyan el planteamiento sustentado en la hipótesis que sirve de base a la presente investigación.

El instrumento diseñado abarcó los diferentes aspectos que de un modo u otro influyen en el tratamiento integral del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica, independientemente del tratamiento terapéutico en que se encuentre incluido.

El instrumento abarca cuatro aspectos esenciales de la vida del individuo que padece una enfermedad crónica la cual altera el desarrollo normal de su vida cotidiana. El primer aspecto abordado fue el psicológico en donde inicialmente se planteó el tiempo que tienen los pacientes trasplantados de conocer su padecimiento, observándose que el 72.22% de ellos tuvieron conocimiento de la enfermedad en un lapso de 0 a 5 años; el 16.66% de 11 a 15 años; un 5.55% de 6 a 10 años y el otro 5.55% de 21 años a más. Lo anterior nos permite señalar que la mayoría -- de los pacientes trasplantados tuvieron conocimiento de la enfermedad al poco tiempo de presentar los síntomas generales propios del padecimiento siendo integrados al programa de trasplante renal, procedimiento terapéutico que se pudo realizar en un

no mayor de 2 años debido a que la donación, en la mayoría de los casos, fue de donador vivo relacionado.

Los cambios de carácter originados por la evolución normal del padecimiento en el paciente trasplantado persisten debido a que el 72.22% manifestó presentarlos, mientras que el 27.77% no experimentó cambio alguno. De lo anterior se puede decir que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica por lo general presenta cambios en su carácter debido al deterioro orgánico causado por la presencia de la enfermedad y estas alteraciones continúan aún cuando el paciente ha sido trasplantado por lo que se hace necesario prestar apoyo en este a los pacientes con trasplante renal a fin de que se reintegre nuevamente a la vida.

Las actitudes que con mayor frecuencia presentan los pacientes trasplantados son la aceptación en el 61.11% de los casos; el 27.77% experimentó tristeza; el 22.22% depresión y un 11.11% rechazo al tratamiento. Independientemente de que la aceptación fue la actitud presentada por la mayoría de la población cuestionada, se puede observar que el resto de las actitudes presentadas como la tristeza, depresión y rechazo al tratamiento, en conjunto representan actitudes negativas que de no ser tratadas adecuadamente pueden obstaculizar la reincorporación del paciente trasplantado a su vida "normal" y el establecimiento de sus relaciones personales. A la vez, tales actitudes sirven como indicadores de la problemática existente en el grado de adaptación del paciente con trasplante renal a su nue-

vo modo de vida.

Respecto a sus relaciones personales la mayoría de los pacientes señalaron haber sufrido modificaciones, el 38.88% indicó aislarse de sus semejantes debido a las medidas que deben observar después de realizado el trasplante, las cuales en cierto modo limitan su vida social debido a que deben evitar asistir a lugares muy concurridos a sin de soslayar la posibilidad de contraer alguna infección ya que su sistema inmunológico se encuentra suprimido; otro 38.88% experimentó inseguridad ante lo que le pueda deparar el futuro y ante la constante amenaza de rechazar el órgano trasplantado; el 16.66% manifestó comportamientos agresivos como resultado de la tensión originada por la expectativa de que asuma una vida "normal" gracias al trasplante y la latente posibilidad del rechazo orgánico al trasplante; un --- 11.11% no proporcionó información al respecto.

La mayoría de los pacientes trasplantados vieron limitadas o frustradas sus actividades cotidianas, esta situación fue experimentada por el 72,22% de los pacientes mientras que el --- 27.77% no sintió afectación alguna en sus actividades. Esto - nos permite señalar que aunque el paciente con Insuficiencia Renal Crónica llegue al trasplante renal, esta situación no modifica la limitación o frustración de las actividades normalmente realizadas por el pacientes cuando se encontraba en tratamiento de Diálisis Peritoneal; esto hace difícil la reincorporación -- del paciente trasplantado a la vida "normal".

Un 77.77% de los casos manifestó no sentir deseo alguno de abandonar el tratamiento y el restante 22.22% señaló experimentar el deseo de abandonarlo. Esta situación nos permite observar que aunque la mayoría de los pacientes trasplantados han --llegado a la aceptación de la enfermedad, existe un porcentaje que aún trasplantados no la han aceptado del todo lo que influirá en la adaptación y desarrollo normal de su vida.

Un 88.88% de los pacientes cuestionados consideraron de su ma importancia el contar con apoyo psicológico, mientras que un 11.11% no cree necesario recibirlo. De lo anterior se puede --concluir que aún cuando el paciente ha recibido el tratamiento terapéutico idóneo para la Insuficiencia Renal Crónica, su si-tuación emotiva y psicológica se encuentra todavía muy afectada lo que hace indispensable que el pacientes trasplantado cuente con este tipo de orientación ya que le ayudaría a reducir la --deseperación, la inseguridad y el temor de rechazar el riñón --trasplantado; esto propiciaría nuevamente el interés del paciente por la vida.

Respecto a las relaciones que el pacientes trasplantado --mantiene con los miembros del equipo de salud, es decir con el médico, la enfermera, la trabajadora social, la dietista y el -psicologo, se encoentró que el 94.44% de los pacientes conside-
ra que sus relaciones con el médico son buenas y un 5.55% las -califica de regulares. En cuanto a las relaciones con el per-
sonal de enfermería para el 83.33% son buenas mientras que un -

5.55% las considera malas. Un 72.22% señala que su relación -- con la Trabajadora Social es buena; el 11.11% las valora como -malas; otro 11.11% como regulares y un 5.55% no proporcionó información. La relación con la dietista es calificada por el -83.33% como buena; el 11.11% como regular y el 5.55% no contestó la pregunta. Por último, el 55.56% de los casos califica de -buena su relación con el psicólogo; un 16.16% señaló no haber tenido relación con este profesionista; otro 16.16% no informó al respecto y un 11.11% las considera malas. En resumen, se puede señalar que las relaciones establecidas entre el paciente -- trasplantado y en equipo de salud son buenas, pero podrían me--jorarse con aquellos integrantes del equipo de salud con quie--nes las relaciones son regulares o malas a fin de que esta relación sea satisfactoria y propicie la adaptación del paciente -- trasplantado a la nueva vida que llevará. Es importante recalcarar la necesidad experimentada por la mayoría de los pacientes trasplantados de contar con apoyo psicológico, debido a que considerán que esta orientación les ayudaría a reducir la tensión emocional y la inseguridad que les produce la posibilidad constante del rechazo al injerto.

En el aspecto social se obtuvieron los siguientes resultados: el 83.33% de los pacientes trasplantados practican la religión católica; el 11.11% no practica ninguna religión y otro -- 5.55% señaló ser protestante. Se considera que la religión es un aspecto importante en la vida del ser humano debido a que sa

tisface la necesidad de algunos de creer en un ser superior o - en la existencia de una vida mejor, este aspecto debe ser conocido ya que en muchas ocasiones el paciente puede ser reducida su preocupación y temor desde este punto de vista.

En lo referente a la ocupación desempeñada actualmente por el paciente trasplantado se encontró que el 22.22% se dedica al comercio; otro 22.22% es estudiante; el 16.66% es empleado; un 11.11% es profesionista; otro 11.11% ama de casa; el 5.55% es pensionado; otro 5.55% es obrero y el restante 5.55% se dedica a otra actividad. Los resultados obtenidos a este respecto nos permite observar que la mayoría de los pacientes trasplantados se dedican a ocupaciones que no requieren de esfuerzo físico -- lo cual les permite seguir desarrollando su actividad debido a -- que no representa un peligro para su bienestar físico.

En relación con la pregunta anterior un 61.11% de los pacientes cuestionados consideran que el padecimiento sí afectó -- su ocupación mientras que el 38.88% señala no haber sufrido -- afectación en su ocupación. De lo anterior se puede concluir que los pacientes trasplantados cuya actividad no requiere de fuerza física la pueden seguir desarrollando mientras que los -- pacientes en que su actividad exige este esfuerzo se ven impedi dos para seguir desarrollándola debido a que deben evitar reali zar grandes esfuerzos a fin de no dañar el órgano trasplantado debido a que el lugar donde queda colocado el riñón carece de -- protección.

El 38.88% de los pacientes trasplantados señaló ver limitadas sus actividades en el aspecto laboral; otro 38.88% en el aspecto escolar; un 16.16% en otro aspecto como lo es el deporte; un 11.11% no proporcionó información; un 5.55% en el aspecto profesional y el restante 5.55% en el aspecto sexual. Lo anterior permite observar que el paciente trasplantado sí ve limitadas sus actividades en una u otra forma debido a que le es difícil reincorporarse a la vida activa debido en primera instancia a los cuidados que debe seguir y a las limitaciones que le son impuestas por los centros de trabajo.

Otro aspecto de importancia en el pacientes con trasplante renal es su situación económica ya que es uno de los factores que intervienen en el seguimiento adecuado del control médico. A este respecto el 33.33% manifestó que sus ingresos económicos mensuales son iguales al salario mínimo; un 27.77% tienen ingresos superiores al mínimo; otro 27.77% perciben menos del mínimo y el 11.11% restante no proporcionó dato al respecto.

Los ingresos económicos con cuenta el paciente trasplantado y su familia son aportados por diferentes miembros del núcleo familia, encontrándose que el 55.55% de los ingresos son aportados por el padre y un 38.88% por los hermanos; un 16.66% por el paciente; un 5.55% por la pareja del paciente y otro 5.55% por los hijos. Este esfuerzo conjunto por mejorar el ingreso económico del paciente y su familia no significa que todas las necesidades se encuentren satisfechas, debido a que un

50% de los pacientes señaló que su ingreso económico le permite cubrir todas sus necesidades mientras que el otro 50% restante indicó que no son suficientes para cubrirlas. De ahí que el ingreso económico afecte el seguimiento del tratamiento médico ya que un 22.22% lo ve afectado en el seguimiento de la dieta; otro 22.22% en el gasto de trasladarse al hospital; un 16.66% en la adquisición de medicamentos; otro 16.66% señala no verlo afectado en ningún aspecto y el 33.33% no proporcionó información al respecto.

Resumiendo, se puede afirmar que los ingresos económicos de la mayoría de los pacientes trasplantados no son suficientes para satisfacer sus requerimientos básicos por lo que suelen presentar dificultades en el seguimiento de las medidas de control para la evolución favorable del trasplante para lo cual deben dejarse de satisfacer algunas necesidades del núcleo familiar para que el paciente cuente con lo necesario para su tratamiento.

Otro aspecto fundamental en los pacientes trasplantados -- son las condiciones de la vivienda. El régimen de propiedad -- del 72.22% es propia; el 16.66% es rentada y en el 11.11% res-- tante es prestada. El hecho de que la vivienda sea propia implica una gran ventaja para el paciente debido a que no tendrá que destinarse parte de sus ingresos económicos al pago de renta, los cuales podrán ser destinados para satisfacer otras necesidades del paciente y núcleo familiar.

El tipo de vivienda que predomina entre los pacientes trasplantados es en un 55.55% casa sola; el 33.33% departamento; -- un 5.55% casa en vecindad y el restante 5.55% posee otro tipo. Se considera que la casa sola y el departamento son el tipo de vivienda ideal para que el paciente trasplantado evolucione favorablemente debido a que cuentan con todos los servicios necesarios los cuales reducirán la posibilidad de adquirir cualquier infección que ponga en peligro al trasplante.

La distribución de la vivienda es otro aspecto importante a considerar para la atención integral del paciente trasplantado, debido a que después del trasplante debe habitar en las mejores condiciones de higiene posible las cuales facilitarán su pronta recuperación y conservación del órgano trasplantado. El 50% de los pacientes cuenta con 3 recámaras; el 33.33% con dos recámaras; un 11.11% con una recámara y el 5.55% restante cuenta con 4 recámaras. Se puede concluir a este respecto que la mayoría de los pacientes cuestionados cuenta con espacios amplios, situación que evitará el hacinamiento que no es recomendable para estos pacientes. El 100% manifestó contar con un espacio destinado a la sala; el 100% cuenta con comedor; el 94.44% con cocina; un 94.44% con baño completo; un 16.66% con medio baño y otro 16.66% con fosa séptica.

El 77.77% de los pacientes trasplantados presentan un promedio de 2 personas por habitación; un 16.66% de 3 a 4 personas por habitación y un 5.55% no proporcionó información.

El 100% de la población cuestionada indicó que el material de construcción de la mayor parte de las paredes de su vivienda es de tabique resanado. Un 94.44% señaló que el techo de la vivienda es de concreto y un 5.55% de lámina de asbesto. En cuanto al piso de la vivienda un 44.44% es de mosaico, otro 44.44% de cemento; un 11.11% de otro material como la loseta y el 5.55% de madera.

En cuanto a los servicios públicos con que cuenta la vivienda el 100% cuenta con electricidad, drenaje, agua potable y alumbrado público; el 94.44% cuenta con pavimento y servicio de limpia y el 83.33% con teléfono.

Resumiendo, se puede señalar que la mayoría de los pacientes trasplantados cuenta con las condiciones necesarias para la evolución favorable del trasplante renal. A este respecto es importante mencionar que la trabajadora social realiza visita domiciliaria a los pacientes que se encuentran en protocolo de Trasplante Renal antes de que su caso médico sea aceptado en dicho programa de tratamiento. Durante la visita se valoran condiciones generales de la vivienda como son: distribución, el número de personas que duermen por habitación, el material de construcción de paredes, techo y piso, los servicios con que cuenta, la iluminación y ventilación de la misma, la higiene de la vivienda así como situaciones de hacinamiento y convivencia con animales. De ahí que la mayoría de los pacientes reúnan las condiciones mínimas necesarias para haber podido ser tras-

plantados, condiciones que deben ser observadas después de realizado el trasplante y el resto de su vida a fin de evitar la posibilidad de rechazo.

La familia del paciente trasplantado representa un aspecto importante en su tratamiento integral debido a que es el grupo con quien convive normalmente y quien proporciona al paciente apoyo emocional, moral y económico. El 66.66% de los pacientes viven con sus padres; el 44.44% con sus hermanos; el 22.22% con sus hijos; el 16.66% con su pareja; el 11.11% con sus abuelos y el 5.55% con otras personas. En base a lo anterior se puede observar que la mayoría de los pacientes trasplantados viven con sus padres y hermanos, es decir con la familia nuclear debido a ellos siguen desempeñando el rol de hijos de familia.

En cuanto a las relaciones familiares el 72.22% las califico como buenas, mientras que el 27.77% las catalogo como regulares. El apoyo que el paciente trasplantado recibe de su núcleo familiar en el 77.77% de los casos es económico y moral; el 11.11% no recibe ningún tipo de apoyo; el 5.55% recibe sólo apoyo económico y el otro 5.55% apoyo moral. Lo expuesto anteriormente permite señalar que la mayoría de los pacientes trasplantados mantiene relaciones favorables con su familia y esta situación se refleja en el apoyo que la familia le brinda al paciente en varios aspectos. Esto no quiere decir que el paciente trasplantado no presenta problemática en el aspecto familiar ya que un porcentaje menor manifestó que las relaciones fa

miliares son regulares y la mayoría de ellos no cuenta con ningún apoyo familiar. La problemática familiar puede influir negativamente en el estado de ánimo del paciente trasplantado y - por lo tanto en la evolución favorable del trasplante ya que al no poder disminuir la tensión provocada por la falta de apoyo familiar, se pueden presentar alteraciones orgánicas que pueden poner en peligro el bienestar físico y emocional del paciente - trasplantado.

Como se mencionó con anterioridad, el padecimiento trae -- consigo la alteración de los roles desempeñados por el paciente y los demás miembros del núcleo familiar. En el paciente trasplantado esta situación no se modifica, debido a que en la mayoría de los casos el rol que desempeñaba el paciente antes de -- iniciar el padecimiento es asumido por otro miembro de la familia y continúa desempeñándolo aún después de que el paciente ha sido trasplantado. De ahí que el proveedor económico de la familia en el 44.44% de los casos es el padre; un 22.22% los hermanos; en el 16.66% la madre; otro 16.66% el paciente; un 11.11% no proporcionó información al respecto y en un 5.55% la esposa. Es evidente que en la mayoría de los casos el padre desempeña el rol de proveedor económico lo que permite observar que la mayoría de los pacientes trasplantados son jóvenes e hijos - de familia.

Los quehaceres del hogar son generalmente desempeñados en el 27.77% de los casos por la madre; en otro 27.77% por los her

manos; un 16.66% por otra persona como el personal doméstico; - otro 16.66% no informó al respecto; un 11.11% por la pareja y - un 5.55% por el paciente.

En el cuidado de los hijos esta labor es desempeñada en un 16.66% por la esposa; otro 16.66% no proporcionó información; - un 5.55% por la madre; otro 5.55% por el paciente y finalmente el 5.55% por otra persona.

De lo anterior se puede concluir que en la mayoría de los casos el paciente trasplantado no asume nuevamente el rol que - desempeñaba antes de manifestarse el padecimiento debido a que presenta dificultad para recuperar la confianza en sí mismo, - situación que es originada por el período de enfermedad crónica y la dependencia familiar que este tipo de mal trae consigo.

Las enfermedades crónicas originan en el paciente cierta - dependencia familiar, la cual continúa manifestándose en el paciente trasplantado en el 61.11% de los casos mientras que en - un 38.88% considera que no depende de su familia en ningún aspecto. El 66.66% de los pacientes cuestionados señalan que sus familias se preocupan demasiado por ellos, situación que se manifiesta en su constante estar pendiente de sus necesidades llegando en ocasiones a la sobreprotección; un 27.77% indicó -- que su familia no se preocupa por él y el 5.55% no dio información al respecto.

El 61.11% de los pacientes no cree conveniente que la familia se preocupe por él debido a que esa preocupación no les ---

traerá beneficio alguno por el contrario, se puede acentuar la tensión originada por el temor al rechazo del injerto; el 38.88 % sí considera conveniente que se preocupen por él ya que esto les demuestra el cariño y el interés que tienen por su bienestar físico.

A este respecto se puede concluir, que el paciente trasplantado continúa presentando una marcada dependencia familiar y aunque una gran mayoría de ellos piensa que no es conveniente que su familia se preocupe por él, ésta continúa preocupándose por el bienestar del paciente como resultado del vínculo de amor y unión que caracteriza a la familia.

El aspecto de la orientación médica se considera de vital importancia por la evolución favorable del trasplante renal ya que el tener un conocimiento claro de la enfermedad, de las alternativas de tratamiento y de los cuidados que debe observar el paciente trasplantado le permitirá a éste seguir las indicaciones médicas al pie de la letra.

En este sentido el 83.33% de los pacientes manifestó conocer perfectamente su diagnóstico, mientras que un 16.66% indicó desconocerlo. Un 77.77% señaló conocer el origen de la enfermedad, mientras que el 22.22% mencionó desconocer el origen.

La mayoría de los pacientes trasplantados, un 77.77% considera que la información médica que se le proporciona sobre su control médico es clara; el 22.22% señala que no lo es.

Esto permite afirmar que la mayoría de los pacientes tras-

plantados conoce su diagnóstico y el origen de la enfermedad -- así como las posibles alternativas de tratamiento y las medidas que como pacientes trasplantados deben cuidar. Este conoci--- miento propicia en el paciente trasplantado su participación ac tiva en el cumplimiento de las indicaciones médicas observando-- se en este aspecto, que el 77.77% de los casos siguen la pres-- cripción médica; un 27.77% presenta alteración de los horarios en el consumo de los medicamentos y un 11.11% no informó al reg pecto.

En cuanto al tratamiento dietético un 88.88% indicó que es necesario seguirlo correctamente, mientras que un 11.11% no con sidera conveniente seguirlo. Es importante señalar en este ag pecto que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica una vez - trasplantado no necesariamente debe seguir un régimen dietético debido a que al instaurarse nuevamente la función renal, el organismo es nuevamente capaz de eliminar normalmente los productos de desecho que resultan de la ingestión de una dieta nor--- mal. Sin embargo, la mayoría de los pacientes trasplantados - continúan controlando la ingestión de líquidos y de alimentos - para evitar posibles complicaciones originadas por el exceso en el consumo de alimentos que anteriormente le eran prohibidos.

CAPITULO VI.- PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - DEL CENTRO MEDICO LA RAZA PERTENECIENTE AL INS TITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA.

6.1 Elementos constitutivos de la especificidad de Trabajo-Social con pacientes de insuficiencia renal crónica.

Es importante definir los elementos constitutivos de -- trabajo social médico, con enfermos de insuficiencia renal - crónica en tratamiento de diálisis peritoneal, para así de - esta manera poder delimitar el campo de acción de este profe sionista.

OBJETO DE INTERVENCION

Problemas psicosociofamiliares y de aten- ción médica del enfermo con insuficiencia renal crónica.

SUJETOS SOCIALES POR- TADORES DE SATISFAC- TORES.

Sevicio de nefrología,
Hospital de Especialidades
Centro Médico la Raza.

SUJETOS PORTADORES DE - NECESIDADES Y CARENCIAS

Enfermo con insuficiencia renal crónica.

SUJETO SOCIAL INTERMEDIARIO

Licenciado en Trabajo Social.

MARCO DE REFERENCIA: Es el conjunto de teorías y conocimientos (sobre la Insuficiencia Renal Crónica y tipos de tratamientos; investigación social; metodología de Trabajo Social de atención individualizada y Trabajo Social de grupo), que servirán de base para la intervención de Trabajo Social con pacientes de insuficiencia renal en fase terminal.

OBJETIVOS: Lograr que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica reciba un tratamiento integral adecuado a sus necesidades.

FUNCIONES: - Identificar factores psicológicos, sociales, familiares y de orientación médica que obstaculizan el tratamiento integral del paciente insuficiente renal.

- Elaboración de programas que respondan a las necesidades manifestadas en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.

- Lograr el mejor aprovechamiento de los recursos que la institución brinda a los pacientes de Insuficiencia Renal en fase terminal.

- Educar al paciente y familiares para lograr su participación activa en el tratamiento.

- Promover medidas para la prevención de la Insuficiencia Renal Crónica.

- Elaborar material didáctico de orientación sobre el padecimiento.

- Proporcionar orientación médico-social tanto a pacientes como a familiares.

- Realizar estudios de atención individualizada y de grupo.

PROCEDIMIENTOS:

INVESTIGACION: Detección de la problemática que presenta el paciente con Insuficiencia Renal Crónica, respecto a las limitaciones que obstaculizan el tratamiento integral.

DIAGNOSTICO: Establecer de manera concreta la problemática que presentan los pacientes con insuficiencia renal en fase terminal, a través de la jerarquización de los problemas señalando sus causas y efectos.

PRONOSTICO: En esta etapa se establecerán los efectos que traerá el continuar con los problemas detectados.

PROGRAMACION: En base a los resultados obtenidos en la fase de la investigación, se establecerán las posibles alternativas de solución. Asimismo se programarán una serie de medidas encaminadas a dar respuesta a la problemática identificada.

EJECUCION: En esta fase se llevarán a cabo las actividades planeadas en la etapa de programación, para la consecución de

las metas y objetivos establecidos.

EVALUACIÓN: Se llevará a efecto al final de la investigación para la comparación de los resultados obtenidos con los programados.

6.2 PROGRAMA DE INTERVENCION DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL CON PACIENTES DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

INTRODUCCION

El presente programa surge como una respuesta a la problemática psicosociofamiliar y limitaciones institucionales, que enfrentan los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal intermitente y de trag plante renal, del Hospital de Especialidades, Centro Médico la Raza, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

En este sentido se proponen cuatro proyectos enfocados concretamente a:

- 1.-La situación emotiva del paciente es un aspecto importante en el tratamiento integral del paciente debido a los constantes cambios de conducta que sufre el paciente a raíz de su enfermedad.
- 2.- En el aspecto social, se deben tener presentes las limitaciones de sus actividades cotidianas que se dan por la disminución de la capacidad física causada por la evolución del padecimiento.
- 3.- El cambio de roles en la dinámica familiar originado por la presencia de la insuficiencia renal crónica en algún miembro de la familia.

4.- Respecto a la orientación médica, el paciente debe de -- contar con información clara, precisa, oportuna y constante para el desarrollo integral del tratamiento.

Ante esta problemática surge la necesidad de elaborar - el presente programa que tiene como objetivo fundamental pro- poner una respuesta de intervención del Licenciado en Trabajo Social que permita a través de la implementación de cuatro - proyectos mejorar las condiciones psicológicas, sociales, fa- miliares y de orientación médica del paciente con insuficiencia renal crónica.

El primer proyecto se denomina "Admisión y Valoración - del paciente con Insuficiencia Renal Crónica". El cuál permi- tirá establecer el primer contacto con el paciente a fin de obtener información general.

El segundo proyecto denominado "Tratamiento Social del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de - diálisis peritoneal intermitente", tiene como objetivo am- - pliar la información acerca de todos los aspectos que confor- man la vida cotidiana del paciente y su situación médica pa- ra poder establecer el tipo de tratamiento médico-social que requiere el paciente.

El tercer proyecto llamado "Apoyo y Reforzamiento del - paciente con trasplante renal", tiene como finalidad, promo-

ver la formación de grupos, en éstos pacientes para su nueva forma de vida.

Finalmente, el cuarto proyecto designado "Obtención de Recursos de Apoyo al tratamiento del paciente con Insuficiencia Renal Crónica, tiene como objetivo promover la recaudación de recursos en apoyo al tratamiento médico.

JUSTIFICACION

Ante la problemática manifestada por los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis peritoneal intermitente y de trasplante renal, del Hospital de Especialidades, Centro Médico la Raza, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, se precisó de la elaboración de un programa que impulsara todas aquellas actividades que favorecieran el tratamiento integral del paciente.

DIAGNOSTICO

En base a la investigación realizada a los pacientes -- con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal y de trasplante renal, del Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social; destacan los siguientes problemas psicosocofamiliares y de orientación médica que afectan en forma determi-

nante al paciente y por lo tanto al tratamiento integral --- del enfermo.

En el grupo de pacientes con diálisis peritoneal intermitente se encontró que la mayor parte de ellos considera ne cesaria la orientación psicológica, en este sentido, señalan que jamás durante su tratamiento han recibido orientación de este tipo.

En relación al grupo de pacientes con trasplante renal se observa que un gran porcentaje de los pacientes desean re cibir orientación psicológica debido a los diversos trastornos que sufren en relación a aspectos emocionales provocados por la enfermedad que sufren. Algunos de ellos manifiestan - que no existe relación alguna con el psicólogo o psiquiatra. Como puede observarse a pesar de que un gran porcentaje de - pacientes siente la necesidad de que se le proporcione orien tación psicológica, la situación que se da en algunos casos refleja la carencia de tratamiento de éste tipo para el pa-- ciente.

Otro de los problemas que se presentan entre los pacien tes tanto de diálisis peritoneal intermitente como el grupo de pacientes con trasplante renal, es el que se refiere a la limitación de las actividades cotidianas del paciente como - resultado de la enfermedad que padecen.

En este caso el primer grupo señala que sus actividades se han visto sumamente afectadas, el segundo grupo así lo -- considera también. Son diversas las formas de afectación a -- las actividades incluyendo aspectos laborales, escolares, -- profesionales, sexuales etc.

No menos importante es el problema que se da en la familia de los pacientes de ambos grupos, la modificación de los roles que desempeñaba cada uno de los miembros antes de la -- enfermedad del paciente. En muchos casos en enfermo debe a--bandonar su empleo o dejar de lado actividades del hogar, es--colares o profesionales que implican esfuerzos superiores a los que puede desempeñar en estas condiciones el paciente, -- por lo que alguno de sus familiares asume su rol.

Asimismo, ambos grupos de pacientes manifestaron que la formación y orientación médica debe ser clara, oportuna e -- indispensable para conocer aspectos importantes de ella.

Se puede afirmar que independientemente del tipo de tratamiento que reciba el paciente con insuficiencia renal cró--nica o trasplantado, la problemática observada en los dife--rentes aspectos, psicológico, social, familiar y de orienta--ción médica no difieren en gran medida.

OBJETIVO GENERAL

Conocer e interpretar las necesidades y carencias de -- los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de diálisis peritoneal intermitente y trasplante renal a e-- fecto de promover la participación organizada de actividades generales para pacientes para la solución de sus problemas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las características generales del paciente con Insuficiencia Renal Crónica que ingresa por primera vez al se vicio de Nefrología, con el propósito de valorar su inclu--- sión al tratamiento que le resulte más apropiado.
- Conocer y analizar la información acerca de los aspectos - que conforman la vida cotidiana y situación médica del pa--- ciente con insuficiencia renal crónica, a fin de establecer el tratamiento médico-social que requiere el enfermo.
- Promover la formación de grupos con pacientes de trasplan- te renal para su reincorporación a un nuevo estilo de vida.
- Promover la recaudación de recursos económicos y materia-- les y de apoyo al paciente con insuficiencia renal crónica - que carezcan de los medios necesarios para llevar a cabo su

tratamiento médico.

METAS

- Realizar actividades que propicien la participación de los pacientes en su tratamiento.
- Realizar actividades encaminadas a lograr la participación de la familia del paciente en apoyo a su tratamiento.
- Aprovechar al máximo los recursos que brinde la institución para el tratamiento adecuado del paciente.
- Realizar entrevistas iniciales a todos los pacientes que ingresen por primera vez al servicio.
- Conocer y analizar toda la información proporcionada por el paciente con el fin de establecer el tratamiento que se ajuste a sus necesidades.
- Organizar grupos con el total de la población de pacientes trasplantados.
- Propiciar la coordinación con diversas instituciones para lograr su cooperación, la aportación de recursos económicos y materiales que sirvan de apoyo a los pacientes que no cuentan con recursos suficientes para su tratamiento.

LIMITES

La ejecución del programa se llevará a cabo en el servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades, Centro Médico la Raza, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, con una duración de un año.

El universo de trabajo estará constituido por los pacientes de insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal y trasplantados.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

- Médico Nefrólogo
- Enfermera especializada
- Trabajadora Social
- Dietista
- Psicólogo ó. Psiquiatra

RECURSOS MATERIALES:

- Papelería proporcionada por el Instituto
- Instalaciones Hospitalarias
- Material médico

- Mobiliario
- Medicamentos
- Material didáctico elaborado por la Trabajadora Social.
- Formatos utilizados por el departamento de Trabajo Social.

RECURSOS FINANCIEROS:

- Recursos financieros proporcionados por la institución
- Recursos obtenidos por dinaciones de instituciones coordinadas con el Instituto Mexicano del Seguro Social.

EVALUACION

El programa será evaluado a través de informes mensuales de las actividades señaladas en los proyectos.

Asimismo se realizarán reuniones semanales con el equipo de salud para conocer el desarrollo de la aplicación del programa.

SUPERVISION

La supervisión será a través de informes mensuales que reportarán el desarrollo de las actividades señaladas en los proyectos.

6.3 ESTRATEGIA METODOLOGICA DE INTERVENCION A NIVEL DE ATENCION INDIVIDUALIZADA.

Definición del Trabajo Social de atención individualizada del paciente con Insuficiencia Renal Crónica. Se denomina así al método del Trabajo Social que estudia individualmente la conducta del paciente insuficiente renal en fase terminal a fin de identificar los factores psicosociofamiliares y de orientación médica que podrían representar un obstáculo en el tratamiento integral, así como el aprovechamiento máximo de los recursos -- con que cuenta la institución para atenuar la problemática que presenta a fin de establecer alternativas de acción tendientes a lograr la aceptación, adaptación, participación y reintegración del paciente.

OBJETIVOS:

- Lograr la aceptación de la enfermedad.
- Lograr la adaptación del paciente al medio hospitalario y al personal médico.
- Lograr que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica - participe positivamente en el tratamiento médico sustitutivo de Diálisis Peritoneal Intermitente.
- Evitar la aparición de síntomas agravantes o de cuadros

de peritonitis, para lo cual se proporcionará la oportuna y adecuada información sobre el padecimiento, tipos de tratamiento y cuidados que debe observar el paciente en Diálisis Peritoneal.

- Lograr la reincorporación del paciente dializado a su actividad de acuerdo a las condiciones en que se encuentre.

PROPUESTA METODOLOGICA A NIVEL DE ATENCION INDIVIDUALIZADA

En base al planteamiento de Marie C. Castellanos para el Trabajo Social de Caso, a continuación se establecen una serie de pasos que deberán seguirse en el estudio de atención individualizada del Paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

1a. FASE. INVESTIGACION:

En esta fase se procederá a identificar la problemática específica que el paciente con insuficiencia renal crónica presenta en relación a los factores y necesidades sociales que podrían afectar el tratamiento terapéutico. En esta la investigación abarcará información de índole económica, familiar, emocional, laboral, etc., para lo cual se recurrirá a fuentes directas e indirectas. Las técnicas a utilizar son la entrevista y la observación.

2a. FASE. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO:

En esta etapa se establecerá de manera concreta la proble-

mática específica que el paciente con insuficiencia renal en fase terminal presenta en relación a sus carencias y necesidades; las causas y los efectos de esa problemática en la evolución -- del tratamiento; la jerarquización de los problemas detectados; se analizará la actitud del paciente frente a su problemática y los recursos de la unidad hospitalaria en que es atendido, que resulten útiles para la solución de sus problemas.

El diagnóstico permitirá establecer medidas encaminadas a la resolución o atenuación de la problemática presentado por el paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

Después de realizado el diagnóstico se procederá a elaborar el pronóstico en el que se enunciarán las posibilidades de éxito o de fracaso del tratamiento en relación a la problemática presentada por el paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

3a. FASE. PLAN DE ACCION:

En el plan se propondrán el conjunto de medidas recomendadas para atenuar o resolver los problemas que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica presenta en relación a sus necesidades y carencias sociales para el adecuado seguimiento del tratamiento.

4a FASE. TRATAMIENTO SOCIAL:

El tratamiento social es la etapa dinámica y activa del --

plan a seguir. En esta fase se pondrán en práctica las actividades propuestas para satisfacer las necesidades del paciente - con Insuficiencia Renal Crónica con el fin de encauzarlo para que resuelva o atenué las situaciones conflictivas que pueden afectar la evolución adecuada de su tratamiento. Es importante señalar, que el tratamiento social dependerá de la problemática específica de cada paciente con este tipo de enfermedad crónica. Cuando el Trabajador Social no cuente con los elementos o recursos necesarios para intervenir en una problemática específica canalizará al paciente a las instancias que pueden dar respuesta a sus necesidades.

6.4 ESTRATEGIA METODOLOGICA DE INTERVENCION A NIVEL DE GRUPO.

Definición del Trabajo Social de grupo con pacientes con Trasplante Renal. Se llama así al método de Trabajo Social -- que permitirá a los pacientes trasplantados mejorar su funcionamiento social y lograr su reintegración a su vida "normal" en general, a través de su integración voluntaria a grupos de apoyo.

OBJETIVOS:

- Lograr que el paciente trasplantado recupere la confianza en sí mismo.
- Disminuir la relación de dependencia que el padecimiento originó entre el paciente y su núcleo familiar.
- Reducir las tensiones emocionales del paciente trasplantado.
- Propiciar la participación del paciente trasplantado en actividades recreativas, culturales, académicas, etc.
- Propiciar la integración del paciente trasplantado a la vida económicamente activa.

PROPUESTA METODOLOGICA A NIVEL DE GRUPO.

Basándose en los planteamientos de algunos autores como - Natalio Kisnerman, Robert Vinter y Gisela Konopka, las fases -- propuestas a seguir en la intervención a nivel de grupo son:

1a. FASE. INVESTIGACION:

En esta fase se procederá a identificar los factores psico lógicos, emocionales, laborales y sociales que dificultan la -- adaptación y reintegración del pacientes trasplantado a su vida "normal". Para ello la investigación abordará aspectos emocio nales, psicológicos, laborales, etc., información que será obte nida de fuentes directas e indirectas utilizando las técnicas - de la entrevista y la observación. La información obtenida per mitirá determinar los grupos a formar en base a la presencia de características similares en relación a un problema específico del paciente trasplantado.

2a. DIAGNOSTICO: RECONOCER

En esta se expondrán de forma clara y precisa la problemá- tica específica que el paciente trasplantado presenta en rela- ción a su adaptación y reintegración a la vida "normal"; los -- factores que dificultan el proceso de adaptación y reintegra- ción; la jerarquización de los problemas detectados así como -- las causas y efectos que su presencia origina en la adaptación

y reintegración del paciente trasplantado.

3a. FASE. PRONOSTICO:

En esta etapa se mencionarán las posibilidades de éxito o las consecuencias que traerá consigo el atender o no la problemática detectada en el diagnóstico con respecto a la adaptación y reintegración del paciente con Trasplante Renal.

4a. FASE. PLANEACION:

En esta etapa se establecerán los objetivos, las metas, -- las políticas, los recursos y las actividades que la intervención del Trabajador Social tendrá en la atención de las necesidades presentadas por el grupo de pacientes trasplantados.

5a. FASE. EJECUCION:

Esta fase es de suma importancia en la intervención de Trabajador Social a nivel de grupo, debido a que representa la parte operativa de la planeación. En esta etapa se llevan a cabo -- los objetivos, las metas y las actividades programadas que deben responder en forma efectiva a las necesidades manifestadas por el grupo de pacientes trasplantados, en cuanto a la dificultad de adaptación y reintegración a su vida "normal".

Lo anterior se logrará a través del seguimiento del proceso de grupo, cuyas fases son:

a) FORMACION DE GRUPO. En esta etapa se constituirán los gru-

pos de pacientes trasplantados que presentan problemática en la adaptación y reintegración a su nuevo modo de vida. Esta etapa se inicia con la motivación del paciente trasplantado para que participe en su formación y se convierta voluntariamente en un participante activo de la vida grupal. Para ello, se programarán reuniones periódicas y se utilizarán técnicas grupales que propicien la integración.

b) ETAPA DE CONFLICTO. Ningún grupo es armonioso en su totalidad y el conflicto se presenta en formas de oposición entre los miembros del grupo en relación a los valores, normas, objetivos y diferencias de personalidad de cada integrante del grupo. El conflicto debe considerarse como una situación positiva debido a que acelera la organización e integración.

c) ETAPA DE ORGANIZACION. Se considera que el grupo ha entrado a esta etapa cuando manifiesta situaciones como: disminución de la ansiedad, la división del trabajo, la aparición del líder -- del grupo, la adquisición por parte de los miembros de una mayor responsabilidad, la identificación del grupo como propio. Es entonces cuando se produce un avance del grupo hacia los objetivos, se reducen las tensiones, se establece la aceptación y el sentido de pertenencia.

En esta fase se establecerán los objetivos, las metas y -- normas del grupo. Se analizarán las capacidades de cada elemento para que realice las actividades que beneficien el trabajo grupal; se ajustarán las expectativas de cada miembro con lo

que en realidad el grupo les puede brindar.

d) ETAPA DE INTEGRACION. Se considera que un grupo esta integrado cuando los roles y las diferentes estructuras se encuentran perfectamente ajustados entre sí. En esta etapa el grupo funciona como una unidad productiva en donde las capacidades -- y habilidades de cada paciente trasplantado son desarrolladas para hacer frente a la problemática presentada en relación a su adaptación y reintegración a su vida "normal".

6a. FASE. EVALUACION:

La evaluación deberá llevarse a lo largo del proceso de -- grupo. Este procedimiento es de vital importancia debido a -- que permite observar el desarrollo del grupo respecto a los objetivos y metas que persigue, además permite comparar los resultados obtenidos con lo planeado.

PROYECTO I

"ADMISION Y VALORACION DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA"

FUNDAMENTACION

El presente proyecto responde a la necesidad de establecer el primer contacto entre el paciente con insuficiencia renal crónica y el servicio de Nefrología.

En este sentido, se realizarán una serie de actividades y de estudios médicos-sociales, para conocer los aspectos generales del paciente y en base a ello poder valorar su situación y el tipo de tratamiento adecuado que deberá recibir.

Este proyecto contará con la participación de la trabajadora social responsable del servicio de Nefrología.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características generales del paciente con Insuficiencia Renal Crónica que ingresa por primera vez al servicio de Nefrología, a fin de valorar su inclusión al tratamiento que le resulte más apropiado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer el vínculo entre el paciente y el equipo de salud para poder valorar su ingreso al tipo de tratamiento que le sea más adecuado.
- Lograr la adaptación del paciente al medio hospitalario -- para que su tratamiento sea integral.

METAS

- Aplicar mensualmente a 18 pacientes de primer ingreso entrevistas iniciales.
- Orientar a los pacientes, acerca del reglamento interno del servicio.
- Realizar entrevista inicial d los 18 pacientes que mensualmente ingresan por primera vez al servicio para iniciar tratamiento de diálisis.
- Entrevistar a los familiares responsables de los 18 pacien que ingresan mensualmente al servicio por primera vez, para orientarlos respecto al reglamento de visita.
- Realizar sesión informativa con los 18 pacientes y fami--- liares para proporcionar información general acerca del pade cimiento.

- Llevar a cabo reuniones con el equipo de salud, a fin de valorar el desarrollo del plan de acción del tratamiento médico social de los pacientes de primera vez que resulten candidatos para continuar su tratamiento en esta unidad de atención médica.

PROYECTO I. "ADMISION Y VALORACION DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA PARA TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE".

ACTIVIDADES	METODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
- Presentarse la trabajadora social con el paciente y sus familiares y explicar el funcionamiento del servicio de Neofrología.	Grupo	- Observación - Entrevista	-Diario de campo -Carpeta informativa. -Rotafolio
- Realizar primera entrevista al paciente con el propósito de conocer sus características generales y diagnóstico médico	-Estrategia de intervención de atención individualizada	-Observación -Entrevista	- Diario de campo - Cuestionario
-Efectuar entrevista con el familiar responsable del paciente.	-Estrategia de intervención individualizada.	-Observación -Entrevista -Diálogo	-Cuestionario -Diario de campo
- Atender al paciente o familiar que presente dudas en relación a su atención dentro de el servicio.	-Estrategia de intervención de atención individualizada.	-Entrevista -Diálogo	-Diario de Campo
- - Iniciar acciones que correspondan al proceso de atención médico-social del paciente.	-Estrategia de intervención de atención individualizada.	-Entrevista	-Expedientes -Estudio Médico social. -Informes

PROYECTO I.

ACTIVIDADES	METODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
<p>- Trabajadora Social y equipo de salud, realizarán reuniones periódicas con el paciente a fin de establecer el plan de acción a seguir para el tratamiento médico social del enfermo.</p>	<p>-Grupo</p>	<p>-Observación -Entrevista -Diálogo -Recopilación documental.</p>	<p>-Expedientes -Estudio Médico Social. -Informes</p>
<p>- Incorporar al paciente a los programas institucionales establecidos.</p>	<p>-Estrategia de intervención de atención individualizada.</p>	<p>- Comunicación - Entrevista</p>	<p>-Formatos -Guía de entrevista.</p>
<p>- Realizar acciones de acuerdo a la atención individual del paciente.</p>	<p>"</p>	<p>- Comunicación - Entrevista - Diálogo</p>	<p>-Diario de campo</p>
<p>- Llevar registro de control a través de informes.</p>	<p>"</p>	<p>- Recopilación documental.</p>	<p>-Diario de campo -Informes</p>

PROYECTO II

**"TRATAMIENTO SOCIAL DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITEN
TE".**

FUNDAMENTACION

Este proyecto tiene como finalidad, ampliar la infor
mación obtenida inicialmente acerca de la dinámica psico-
sociofamiliar del paciente mediante la aplicación de estu
dios sociales, a fin de que el trabajador social realice
investigaciones sociales que le permitan intervenir adecu
damente en cada caso, para la consecución exitosa del tra
tamiento.

Esto permitirá al Trabajador Social establecer con--
juntamente con el equipo de salud el tratamiento médico -
social apropiado para cada paciente.

OBJETIVO GENERAL

Conocer y analizar la información acerca de los as--
pectos que conforman su vida cotidiana y su situación mé-
dica, a fin de establecer el tipo de tratamiento médico -

cial que requiere el paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Lograr que el paciente y su núcleo familiar amplien la información de los diversos aspectos que conforman la vida del enfermo.
- Identificar los problemas reelevantes de cada aspecto que puedan influir en el tratamiento integral del paciente con - insuficiencia renal crónica.
- Mantener vínculos estrechos con los pacientes y sus familiares, con el propósito de aclarar las dudas que se tengan respecto al padecimiento y su tratamiento.
- Efectuar seguimiento de casos de pacientes que siguen tratamiento médico en estas unidades hospitalarias.

METAS

- Realizar entrevistas a pacientes y familiares.
- Efectuar visitas domiciliarias a todos los pacientes que - lo requieran.
- Revisar los expedientes de los pacientes.
- Orientar al total de los pacientes y familiares, cuyo caso

sea elegido para continuar su tratamiento médico en el servicio de Nefrología sobre el funcionamiento del mismo.

- Realizar visita domiciliaria al total de pacientes que resulten candidatos para seguir tratamiento terapéutico en el servicio de Nefrología del Hospital de Especialidades.

- Entrevistar a los familiares de los pacientes que continúen su tratamiento sustitutivo en el servicio a fin de profundizar en el conocimiento del caso, para detectar la problemática que se presente en cada aspecto.

- Llevar a cabo reuniones periódicas con el equipo de salud para valorar el desarrollo médico social de cada paciente -- con el propósito de implementar medidas que permitan la evolución favorable del caso.

PROYECTO II. "TRATAMIENTO SOCIAL DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN TRATAMIENTO DE DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE".

ACTIVIDADES	METODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
- Presentación con el paciente y familiares; explicación del funcionamiento del servicio.	- Grupo	- Observación - Entrevista	- Diario de campo - Carpeta informativa. - Rotafolio
- Entrevista con el paciente con el propósito de conocer sus características generales y diagnóstico médico.	- Estrategia de de intervención de atención individualizada.	- Observación - Entrevista	- Diario de campo - Cuestionario
- Realizar entrevista con el familiar responsable del paciente	- "	- Observación - Diálogo - Entrevista	- Cuestionario
- Atender al paciente o familiar que presente dudas en relación a su atención dentro del servicio.	- "	- Entrevista - Diálogo	- Diario de campo
- Reunión de la trabajadora social y equipo de salud, con el propósito de establecer el plan de acción a seguir referente a pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal intermitente	- Grupo	- Observación - Entrevista - Diálogo - Recopilación documental	- Expedientes - Diario de campo - Estudio Médico Social. - Informes

PROYECTO II.

ACTIVIDADES	METODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
-Reunión con el paciente y familiares para proporcionarles información sobre el padecimiento y tratamiento de diálisis peritoneal intermitente.	- Grupo	-Mesa Redonda -Difusión. -Diálogo. -Comunicación.	-Rotafolio. -Pizarroón. -Carpeta Informativa. -Folletos. -Tripticos.
-Visitas domiciliarias.	-Estrategia de intervención individualizada	-Visita domiciliaria. -Entrevista. -Observación.	-Diario de campo -Estudio médico-Social para pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal intermitente.
-Seguimiento del caso.	- "	-Observación. -Entrevista. -Recopilación documental.	-Expedientes. -Informes. -Format's.
- Cierre del caso.	- "	-Entrevista	- Informe

PROYECTO III

"APOYO Y REFORZAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL".

FUNDAMENTACION

Este proyecto surge como respuesta a las necesidades -- emanadas de la investigación a pacientes trasplantados en el servicio de Nefrología.

Tiene como finalidad la formación de grupos a través - de los cuáles se buscará reducir la angustia, que se ve re- flejada particularmente en estos pacientes para lograr su integración a su nueva forma de vida.

OBJETIVO GENERAL

Promover la formación de grupos con pacientes de trasplante renal, para su reincorporación a un nuevo estilo de - vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- _ Organizar grupos de pacientes y familiares de éstos con el propósito de lograr su readaptación social y emocional.
- Motivar a los pacientes trasplantados para que participen

en la formación de grupos.

METAS

- Motivar a los pacientes trasplantados y familiares para que participen en la formación de grupos.
- Conformar grupos con todos los pacientes trasplantados.
- Promover a los grupos organizados.
- Entrevistar a los pacientes trasplantados que participen - en los grupos, con el propósito de verificar los resultados del desarrollo del grupo.
- Evaluar los resultados de la formación del grupo.

PROYECTO III.- " APOYO Y REFORZAMIENTO DEL PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL".

ACTIVIDADES	METODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
-Entrevista con el paciente a fin de conocer sus características generales y diagnóstico médico.	-Estrategia de intervención individualizada.	-Observación. -Entrevista.	-Diario de campo. - Cuestionario.
-Atender al familiar o al paciente que tengan dudas con respecto a la atención dentro del servicio de nefrología.	- "	-Entrevista. -Diálogo.	-Diario de campo
-Elaboración de propaganda para la promoción del grupo.	-Grupo	-Difusión.	- Carteles. - Folletos.
-Organización de grupos de pacientes trasplantados y familiares de estos.	-Grupo.	-Comunicación -Diálogo -Mesas redondas.	-Lista de asistencia. -Crónica. -Informes.
-Efectuar entrevistas a pacientes trasplantados, para interesarlos y motivarlos al grupo.	-Grupo.	-Entrevista -Diálogo. -Difusión.	-Guía de entrevista c. -Cuestionario. -Informes. -Material informativo.

PROYECTO III.

ACTIVIDADES	METODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
<p>_Formación de grupos .</p> <p>-Orientación a pacientes y familiares en relación a su situación médica, social, familiar y psicológica del paciente trasplantado.</p> <p>-Aclaración de dudas de pacientes y familiares en relación a situaciones particulares de pacientes trasplantados.</p> <p>-Evaluación del desarrollo del grupo.</p>	-Grupo	-Mesas redondas -Discusión.	-Rotafolio. -Pizarron. -Diario de campo -Crónica
	-Grupo	-Mesa redonda -Discusión.	" " "
	-Grupo -Caso	-Mesa redonda -Discisión -Diálogo	-Diario de campo -Carpeta informativa. -Rotafolio -Pizarrón.
	-Grupo		--Cuestionario -Informes finales

PROYECTO IV

" OBTENCION DE RECURSOS EN APOYO AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA".

FUNDAMENTACION

El presente proyecto surge en base a las necesidades -- observadas en el aspecto de la falta o carencia de recursos para el seguimiento del tratamiento de pacientes con insu---ficiencia renal crónica debido a que la gran mayoría de la - población investigada manifestó deterioro de los ingresos -- económicos debido a la presencia del padecimiento en algún - miembro de la familia.

OBJETIVO GENERAL

Promover la recaudación de recursos económicos y mate---riales de apoyo al paciente con insuficiencia renal crónica que carezcan de los medios necesarios para llevar a cabo su tratamiento médico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar a los pacientes cuyas necesidades obstaculicen -- el tratamiento médico.
- Lograr la optimización de los recursos institucionales.
- Lograr la coordinación con organismos públicos y privados para obtener donaciones.
- Promover actividades que contribuyan a la obtención de recursos.

METAS

- = Realizar a todos los pacientes estudios económicos, a fin de detectar a los más carentes.
- Aprovechar en su totalidad los recursos brindados por la - institución.
- Coordinarse interinstitucionalmente con organismos públi--cos y privados.
- Realizar actividades que promuevan la reaudación de re---cursos.

PROYECTO IV.- " OBTENCION DE RECURSOS EN APOYO AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA"

ACTIVIDADES	METODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
-Elaboración de estudio socio-económico.	-Estrategia de intervención - individualizada.	-Observación. - Entrevista.	- Estudio Socio-económico.
-Programar visitas a instituciones.	- Estrategia de intervención - individualizada	-Comunicación -Diálogo - Entrevista	-Formatos. -Crónograma.
-Visita organismos públicos y privados	-Estrategia de intervención - individualizada	- Visita a <u>ins</u> titución.	-Oficio.
-Entrevista con directivos o encargados de cada institución	- "	-Entervista	-Guia de entrevista.
- Presentación del diagnóstico social del paciente con insuficiencia renal crónica	- "	-Diálogo -Comunicación	-Informe .
- Tramite administrativo de las donaciones	- "	- Entrevista	-Solicitud. -Informes.
-Distribución de las donaciones.	- "	- "	-Informe.

PROYECTO IV.

ACTIVIDADES	METODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS
<p>- Integración del directorio de instituciones públicas y privadas.</p>	<p>-Estrategia de intervención - de atención individualizada.</p>	<p>-Investigación documental.</p>	<p>- Directorio..</p>

CONCLUSIONES

En base a los datos obtenidos en la fase de recolección y análisis de datos, se pudo detectar que el Paciente con Insuficiencia Renal Crónica, independientemente del procedimiento terapéutico que reciba, presenta una serie de problemas en los diferentes ámbitos que lo conforman como ser social debido a que cualquier enfermedad trae consigo transtornos psíquicos, emocionales, económicos y familiares que pueden llegar a obstaculizar el tratamiento adecuado del enfermo.

A continuación se expondrán las conclusiones a las que se llegó después de haber realizado la interpretación de los datos obtenidos durante el desarrollo de la investigación:

- 1.- Tanto el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente como el paciente trasplantado presenta actitudes de tristeza, depresión y rechazo al tratamiento; cambios de carácter manifestados en sus relaciones personales con sentimientos de agresividad, aislamiento e inseguridad. En ambos grupos se manifiesta el deseo de abandonar el tratamiento.
- 2.- El paciente con tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente como el paciente trasplantado ven limitadas sus actividades y ocupación; los aspectos más afectados por el padecimiento son el laboral, el escolar y el sexual.

- 3.- En ambos grupos los ingresos económicos son insuficientes para cubrir sus necesidades y seguir el tratamiento médico viéndose afectado principalmente en el seguimiento de la dieta y por el gasto de traslado del paciente al hospital; situaciones que vienen a reducir aún más el rendimiento -- del gasto familiar.
- 4.- Tanto el paciente en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermittente como el paciente con Trasplante Renal presentan dependencia hacia la familia a raíz del padecimiento en todos los aspectos como el físico, económico y emocional.
- 5.- En los dos grupos estudiados se presenta cambio en la expectativa habitual del rol desempeñado por el paciente el cual se ve modificado en el rol del proveedor económico, de los quehaceres del hogar y del cuidado de los hijos.
- 6.- La participación del Lic. en Trabajo Social con pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y Trasplantados, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social. en el desarrollo y aplicación de programas de atención a los pacientes es un aspecto indispensable en el tratamiento integral de este tipo de enfermos debido a que el Lic. en Trabajo Social es el profesionista que interviene en la satisfacción de necesidades y carencias de los individuos que requieren de esta atención; es el medio por el cual se establece el vínculo directo con la institución y, en este --

sentido, con la prestación de servicios médico hospitalarios.

- 7.- La problemática psicosociofamiliar y de orientación médica que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de Diálisis Peritoneal Intermitente y -- con Trasplante Renal debe ser tratada de manera profunda -- por medio del trabajo interdisciplinario del equipo de salud, explotando al máximo los recursos con que cuenta la -- institución en beneficio del paciente.
- 8.- La satisfacción de las necesidades y carencias de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en los aspectos -- psicosociofamiliar y de orientación médica, traerá consigo la obtención de mejores resultados en el tratamiento integral del paciente.
- 9.- Los pacientes con este tipo de padecimiento crónico requieren de una orientación psicológica que les permita reconocer y enfrentar los problemas que se generan a raíz de la enfermedad; por lo general esta actividad no es realizada en la institución.
- 10.- El paciente con Insuficiencia Renal Crónica y el trasplantado se caracterizan porque en el aspecto social se ven se rriamente afectados en su vida cotidiana debido al desarrollo propio de la enfermedad, la cual desencadena una serie de problemas que influyen en su vida social y por lo tanto en el tratamiento integral del mismo.

- 11.- Los pacientes en Diálisis Peritoneal Intermittente y trasplantados, en el aspecto familiar ven seriamente dañadas - sus relaciones con el núcleo familiar debido a que la exig tencia de un miembro con un mal crónico trae consigo la al teración de las funciones desempeñadas por cada integran-- te.
- 12.- La orientación médica debe ser clara, oportuna y constante a fin de que el paciente conozca ampliamente la enfermedad y coopere en el desempeño de todas las medidas y actividades propias de su tratamiento.
- 13.- El Trabajador Social deberá establecer una serie de estrategias teórico-metodológicas que permitan intervenir de -- forma sistemática, coherente y acorde a las necesidades y carencias presentadas por cada paciente.
- 14.- El Tratamiento Integral del paciente abarcará los aspectos psicológicos, sociales, familiares y de orientación médica que serán abordados por los diferentes profesionales del - equipo de salud cuyo campo de acción se relacione con es-- tos aspectos.
- 15.- De los aspectos anteriormente señalados se concluye que el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza per teneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, trata de cubrir en su totalidad las necesidades psicosociofamilia-- res y de orientación médica que presenta el paciente con - Insuficiencia Renal Crónica. Debido a que existen condi-

ciones que impiden brindar la atención en su totalidad, se hace indispensable la participación del Lic. en Trabajo Social que a través de su acción profesional propondrá e implementará una serie de medidas encaminadas a satisfacer las necesidades y carencias de los pacientes para el desarrollo adecuado de su tratamiento integral.

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

- ALAYON, Norberto.** "ABC del Trabajo Social Latinoamericano".- Buenos Aires, Argentina; Ed. ECRO; 1971.
- ANTOLOGIA,** "Especificidad del Trabajo Social". México D.F.: Escuela Nacional de Trabajo Social;- UNAM.
- ANTOLOGIA.** "Proceso de Investigación Social". México D.F.: Escuela Nacional de Trabajo Social;- UNAM.
- ANTOLOGIA.** "Metodología de las Ciencias Sociales". Méx ico D.F.: Escuela Nacional de Trabajo So- cial; UNAM.
- ANTOLOGIA.** "Planeación y Administración del Bienestar Social". México D.F.: Escuela Nacional de Trabajo Social; UNAM.
- CASTELLANOS, Marie C.** "Manual de Trabajo Social". México D.F.; Ed. La Prensa Médica Mexicana; 1985; 13a.- reimpresión, 193 p.
- EZEQUIEL, Ander Egg.** "Técnicas de Investigación Social". Bue- nos Aires, Argentina; Ed. HUMANITAS; 1990.
- GARCIA, Salord Susana.** "La Especificidad del Trabajo Social".- México D.F.: Escuela Nacional de Trabajo - Social; UNAM; 1986.
- GALLO T, Miguel Angel.** "Introducción a las Ciencias Sociales". México D.F.; Ed. QUINTO SOL; 1989; 1a. Edⁱ ción, 142p.
- GARZA, Mercado Ario.** "Manual de Técnicas de Investigación". Mé xico D.F.: Ed. COLEGIO DE MEXICO; 1982; 3a Edición, 287 p.
- HERNANDEZ de Vittorioso Lidia C.** "Trabajo Social Médico". Bue- nos Aires, Argentina; Ed. HUMANITAS; 1969, 59 p.

- KISNERMAN, Natalio.** "Salud Pública y Trabajo Social". Buenos Aires, Argentina; Ed. HUMANITAS; 1981, -- 246 p.
- KISNERMAN, Natalio.** "Servicio Social de Grupo". Buenos Aires, Argentina; Ed. HUMANITAS; 1981; 5a. Edición. 315 p.
- MACIAS, Gómez Edgar.** "Hacia un Trabajo Social Liberador". Buenos Aires, Argentina; Ed. HUMANITAS; 1973.
- NAVARRO, Murillo Pascual.** "Avances en Trabajo Social Médico". México D.F.: Ed. MENDEZ OTEO.
- SANCHEZ, Mejorada Cristina.** "Historia y Metodología del Trabajo Social". México D.F.; Ed. QUINTO SOL; -- 1988; 1a. Edición, 142 p.
- SAAVEDRA, Alfredo M.** "Nuevo Libro de Trabajo social". México D.F.: Ed. LIBROS DE MEXICO; 1967, 276 p.
- SMITH, Carole R.** "Trabajo Social con moribundos y su familia". México D.F.: Ed. PAX; 1988; 1a. Edición, -- 120 p.
- VALERO, Chávez Aida.** "Antología: Historia del Trabajo Social". México D.F.; Escuela Nacional de Trabajo Social; UNAM; 286 p.
- BEESON, Paúl B.** "Tratado de Medicina Interna". Tomo II, Madrid España; Ed. INTERAMERICANA; 1978.
- BERKOW, Robert.** "El Manual de Merck de diagnóstico y tratamiento". México D.F.; Ed. INTERAMERICANA; 1986
- DOSSETOR, John B.** "Insuficiencia Renal". Barcelona, España; Ed TORAY; 1975.
- GARDNER, Ernest.** "Anatomía". México D.F.: Ed. SALVAT; 1980; 3a Edición.
- GUYTON, Arthur C.** "Tratado de Fisiología Médica". México D.F.: Ed. INTERAMERICANA; 1980; 5a. Edición, --- 1159 p.

- HARRIGTON, Avery R.** "Fisiología Renal". México D.F.: Ed. LIMUSA 1987; 1a. Edición, 337 p.
- LEVINE, David Z.** "Manual de Cuidados del paciente renal". México D.F.: Ed. INTERAMERICANA; 1987, 422 p.
- LOPEZ, García Roberto.** "Anatomía, Fisiología e Higiene". México D.F.; Ed. Francisco Méndez Oteo; 1978;- 3a. Edición, 366 p.
- NOURSE, Alan E.** "El Cuerpo Humano". Colección Científica de TIME-LIFE. México D.F.; Ed. LITO OFFSET Latina; 1974, 200 p.
- PEÑA, José Carlos.** "Nefrología Clínica". México D.F.; Ed. Francisco Méndez Oteo; 1988; 2a. Edición; 554 p.
- SANCHEZ, Rosado Manuel.** "Elementos de Salud Pública". México - D.F.; Ed. Francisco Méndez Cervantes; 1983 312 p.
- SAN MARTIN, Hernan.** "Salud y Enfermedad". México D.F.; Ed. La Prensa Médica Mexicana; 1981; 4a. Edición.
- SMITH, Donald.** "Urología General". México D.F.; Ed. MANUAL MODERNO; 1985; 8a. Edición.
- TREVIÑO, Becerra Alejandro.** "Indicaciones de la Diálisis Peritoneal en la Insuficiencia Renal Crónica". México D.F.; Ed. La Prensa Médica Mexicana 198, 110 p.
- VANDER, Arthur J.** "Fisiología Renal". México D.F.: Ed. MACGRAW HILL de México; 1986; 2a. Edición en español, 238 p.
- ACKERMAN, Nathan W.** "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares". Argentina, Ed. HORME Psicología de Hoy; 1978.
- JOHNSON, H.M.** "Sociología y Psicología Social de la Familia".- Ed. PAIDOS; 1967.

- MINUCHIN, Salvador.** "Psicoterapia de la Familia". Barcelona, - España; Ed. GEDISA; 1985.
- SATIR, Virginia.** "Relaciones humanas en el núcleo familiar". - México D.F.; ED. PAX; 1978.
- SPEIER, Anny.** "Psicoterapia del grupo familiar". Buenos Aires, Argentina; Ed. PSIQUE; 1983, 278 p.
- FREDEN, Lars.** "Aspectos psicosociales de la Depresión". México D.F.; Ed. FONDO DE CULTURA ECONOMICA; 1986 1a. Edición, 423 p.
- HALLER, Gilmer B.Von.** "Psicología General". México D.F.; Ed. - HARLA; 1974; 2a. Edición, 486 p.
- MAC KINNON, Roger A.** "Psiquiatría Clínica Aplicada". México -- D.F.; Ed. INTERAMERICANA; 1973; 1a. Edi--- ción.
- PANCHERI, Paolo.** "Manual de Psiquiatría Clínicas". México D.F.; Ed. TRILLAS; 1987; 2a. reimpresión.
- ROSS, Stagner.** "Psicología de la personalidad". México D.F.: Ed TRILLAS; 1974; 1a. Edición. 687 p.
- CARDENAS DE LA PEÑA, Enrique.** "Centro Médico La Raza: Bosquejo Histórico". México D.F.: IMSS; 1976.
- MACC, Nancy L.** "Cuando el día tiene 36 horas". México D.F.; Ed PAX-México; 1990; 1a. reimpresión, 275 p.

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA. Vol. XXV, Año. 25, No. 9;
1982; UNAM; México D.F.; 423 p.

MANUAL DE HEMODIALISIS "TRAVENOL".

REVISTA DE "DIALISIS Y HEMODIALISIS". Vol. IV. Asociación Humanitaria para padecimientos renales A.C.

FOLLETO "INSUFICIENCIA RENAL CRONICA". Asociación Humanitaria para padecimientos renales, A.C.

SEMINARIO DE "ACTUALIZACION EN HEMODIALISIS Y DIALISIS PERITONEAL". Instituto Nacional de Cardiología -- "Ignacio Chávez"; Noviembre 27, 28 y 29 de 1991; México D.F.

CUADERNOS DE TRABAJO SOCIAL. México; ENTS; UNAM.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL # 37. México; ENTS; UNAM; 1989.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL # 16. México; ENTS; UNAM; 1983.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL # 39. México; ENTS; UNAM; 1989.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL # 23. México; ENTS; UNAM; 1985.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL # 18. México; ENTS; UNAM; 1984.

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL # 15. México; ENTS; UNAM; 1983.

MEJIA Vizcano, José Antonio. "Diagnóstico de Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Programas de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis". TESIS; Hospital 20 de Noviembre; -- ISSSTE, 1988.

MUÑOZ Barret, J. Manuel. "Trasplante Renal a partir del donador vivo relacionado". TESIS; Hospital 20 de Noviembre; ISSSTE, 1988.