



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**



**LA IMPORTANCIA DE LA VISITA DOMICILIARIA APLICADA A PACIENTES
RESIDENTES DEL DISTRITO FEDERAL, QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE
RADIONEUROCIROLOGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIROLOGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ, EN EL AÑO 2003.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A**

VICTOR MIGUEL ZÚÑIGA HERNÁNDEZ

DIRECTOR DE TESIS: GEORGINA SUSANA VOLKERS GAUSSMANN

MÉXICO DF

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Agradecimientos

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Gracias por permitirme prestar mi servicio social y haber realizado esta investigación, es un instituto que ha marcado mi vida sin precedentes.

Dr. Miguel Ángel Célis

Gracias por las facilidades otorgadas en la Unidad de Radioneurocirugía para la realización de esta Tesis.

A los honorables miembros del jurado

Gracias por sus comentarios y críticas para la culminación de mi trabajo, sus palabras fueron de gran utilidad.

Dedicatorias

Víctor (alias) Pablo

Gracias por haber sido partícipe de mi existencia, de ti he aprendido a ser libre pensador y honesto, empezando conmigo, dedico mi Tesis a tu esfuerzo y sacrificio por perder momentos con nosotros y estar en otro lado sólo, con tal de que estuviéramos bien, con esta realización profesional te digo y aseguro que no fue en vano.

Elia

Gracias por darme vida y estar siempre pendiente de que cumpliéramos nuestras metas en la escuela, dedico mi trabajo a tu tenacidad, a tu impulsividad para tomar decisiones, mismas que he aprendido y he utilizado para abrirme puertas, aunque dices no ser la madre perfecta, para mí, tu fortaleza y compromiso como madre demuestran lo contrario, eres la mejor.

Karla

Dedico mi trabajo a tu esfuerzo para cumplir tus metas aún ante cualquier obstáculo, eres un ejemplo a seguir. Gracias por tus aportaciones y consejos para mi Tesis, no solo eres mi hermana... eres mi amiga.

Fernanda Montserrat

Viktor Maximiliano

Gracias por dar luz a la Familia, por ser mis sobrinos, no pudo haber mejores, sólo ustedes.

Les dedico mi Tesis por esos momentos en los que querían jugar y no tenía tiempo, los quiero mucho y siempre estaré con ustedes... ya hay tío de tiempo completo.

Salgado

Gracias por estar conmigo, por darme un consejo oportuno y a nunca rendirnos, por ser mi segunda madre y habernos cuidado no como nietos, sino como hijos.

Yoyo

Hubiera querido que vieras este trabajo, pero aunque no estés en este mundo, dedico éste a tu memoria, a los momentos en que estuvimos juntos, aunque no fueran los suficientes, pero los disfrutaba mucho; a la fortaleza que demostraste hasta tu último aliento y eso siempre lo voy a tener en cuenta, **NUNCA DEBEMOS DARNOS POR VENCIDOS**, porque Tú no lo hiciste ni en **EL FINAL**.

Raúl

Te dedico mi Tesis, porque eres un ejemplo de disciplina y tenacidad, por ser más que un tío, te portaste por mucho tiempo como un hermano mayor.

Rosalba

Dedico mi Tesis a tu compromiso, a tu apoyo, a tus palabras porque aun cuando te sintieras triste, siempre has a tenido una palabra para mí, te quiero.

Familia Zúñiga Sánchez

Por tener siempre el humor a flote y mostrarme su cariño, agradezco que sean parte de mi lazo sanguíneo.

Familia Galván Zúñiga

Por mostrarme que debe ser uno neutral en situaciones de conflicto pero sobre todo por la entereza que han tenido para salir adelante por sí solos.

A mis primas y primos

Gabriel gracias por tu apoyo en la elaboración de esta tesis, te lo agradezco mucho y a mis amazonas y guerreros, gracias por soportar mis ausencias en las fiestas, por respetar mis momentos en los que necesitaba estar sólo. Preparen **EL TEQUILA!!**

Claudia

¿Qué puedo decirte que no lo haya dicho de frente?, eres mi amiga, mi cómplice, te agradezco infinitamente tu apoyo cuando más lo necesite, eres un hermoso ser humano que se cruzó en mi camino y afianzó en mí los valores de lealtad, amistad, trabajo y progreso sin pedir nada a cambio. Siempre serás correspondida con lo que tu das... INCONDICIONALIDAD.

Marco

Tu felicidad siempre la consideraré como alegría para mí, ahora quiero compartir mi felicidad y hacerte partícipe, gracias por tu amistad, por tu apoyo, a tu ejemplo de luchar por lo que uno quiere, eres el hermano que hubiera querido tener.

Georgina Volkens

Gracias por permitirme entrar al INNN – MVS a hacer mi servicio social, ahí conocí a una persona dedicada a su trabajo, ahí conocí a la amiga y a la profesional que en todo momento apoyó al novato y motivó a que realizara esta Tesis, gracias por ser mi asesora y amiga... he aprendido mucho de ti!!

Imelda Molina

Nunca te olvidaré, tu fuiste quien me enseñó el lado humano que debemos tener en nuestra profesión, tu me quitaste la soberbia y agradezco que seas mi amiga, mi maestra porque aunque digas que soy tu “Teacher”, yo aprendí de ti. El tiempo y la distancia no te alejarán de mí, ya nos veremos las caras en Inhaloterapia.

Armando Nava

Muchas Gracias por confiar en mí ya que he podido desarrollarme como profesional, de permitirme tomar decisiones acertadas o no en el ámbito laboral, de aconsejarme y motivarme cuando percibe angustia en mí, por tener la paciencia y objetividad para tolerar mis momentos de frustración y de enojo, gracias Inge.

Jackeline y Felipe

Gracias por ser mis amigos en estos años, por aguantar mis neurosis y humor negro y respetar mis momentos de privacidad, aunque no lo demuestre, los quiero mucho.

Doña Pina

Gracias por su alegría contagiosa, por su apoyo con mi Tesis que ahora concluyo, por escucharme y ser una buena amiga.

Cristina

Gracias por tu amistad y apoyo, por tu sentido del humor y ese sentido de responsabilidad, agradezco tus regaños porque nunca me han hecho olvidar mis compromisos.

Nidia Coronado

Gracias por apoyarme en la elaboración de esta Tesis y por ser mi amiga.

Doña Cristina

Gracias por brindar su amistad a la Familia Zúñiga Hernández y estar con mi abuela, eso permitió que me dedicara exclusivamente a mi Tesis.

Familiares y Amigos de Enfermos de la Neurona Motora AC.

Agradezco el laborar en una organización donde existen personas que padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica y que una sonrisa aún en condiciones muy adversas siempre será un retrato que me dice "SIGUE LUCHANDO". El trabajar ahí es consecuencia de este trabajo.

Pero sobre todo, agradezco a la vida por darme un sinfín de satisfacciones personales, familiares, laborales y las que sigan llegando... esto es el principio.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	----------

CAPÍTULO UNO

TRABAJO SOCIAL DE CASOS APLICADO EN EL SECTOR SALUD

1.1 Conceptos	4
1.1.1 Trabajo Social de Casos	4
1.1.2 Trabajo Social Médico	7
1.1.3 Antecedentes del Trabajo Social de Casos	9
1.2 Metodología del Trabajo Social de Casos	15
1.3 Técnicas e Instrumentos del Trabajo Social de Casos en el Sector Salud	18
1.3.1 Entrevista	18
1.3.2 Observación	20
1.3.3 Estudio Socioeconómico	21
1.3.4 Visita Domiciliaria	22

CAPÍTULO DOS

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ

2.1 Niveles de Atención en el Sector Salud	26
2.2 Antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	27
2.3 Antecedentes Internacionales y Nacionales de la Radioneurocirugía	29

CAPÍTULO TRES

PROCEDIMIENTOS PARA LA ASIGNACIÓN Y RECLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

3.1 Conceptos Relevantes	31
3.2 Procedimiento para la Asignación del Nivel Socioeconómico a pacientes	32
3.3 Procedimiento para la Reclasificación del Nivel Socioeconómico del paciente	34

CAPÍTULO CUATRO
PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL
VELASCO SUÁREZ

4.1 Perfil Socioeconómico de los usuarios que acudieron al INNN – MVS en el año 2003	35
4.2 Perfil Socioeconómico de la Población que acudió a la Unidad de Radioneurocirugía en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	37

CAPÍTULO CINCO
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA VISITA
DOMICILIARIA REALIZADA A LOS USUARIOS RESIDENTES DEL DF QUE
ACUDIERON A LA UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGÍA EN EL INNN – MVS
EN EL 2003

5.1 Análisis Cuantitativo y Cualitativo	54
--	-----------

CONCLUSIONES	88
PROPUESTAS	91
ANEXOS	93
GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICOS	107
BIBLIOGRAFÍA	113

INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud pública en México son una opción para todas aquellas personas que no cuentan con algún sistema de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), entre otros.

La población que acude a estas instancias, en particular las de tercer nivel, requieren de atención médica especializada, es decir, que sean atendidos por un equipo multidisciplinario, entre los cuales se encuentra el trabajador social, cuyas funciones son de suma importancia en los procesos de salud – enfermedad del paciente y/o usuario.

La incorporación de este profesional en el sector salud, se fundamenta en el estudio de las características sociales, económicas y culturales que presenta el individuo, donde es necesario conocer las necesidades y los problemas que pueden afectar la atención médica del paciente.

Su participación es vital en las acciones de salud, debido a que realiza funciones de investigación social, educación, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, mismas que aportan información indispensable sobre la dinámica familiar, redes sociales e institucionales de apoyo, así como, variables sociodemográficas que contribuyen en la preservación y/o conservación de la salud de los y las pacientes que acuden a solicitar atención médica.

Específicamente, la función de investigador social, inicia a partir de la recolección de datos que proporciona el sujeto de estudio, mediante instrumentos y técnicas, como el estudio socioeconómico (ESE), la visita domiciliaria, la entrevista y la observación, que en conjunto, son herramientas eficaces que permiten identificar el entorno social y recursos materiales con los que cuenta el paciente.

El ESE es un instrumento que permite conocer la situación económica de una familia y asignar un nivel socioeconómico (NSE) en el cual se aplican las cuotas de recuperación que

el paciente realiza por los servicios recibidos de los Institutos Nacionales de Salud (INSALUD)¹.

Por tal motivo, la presencia de trabajadores sociales en la atención de usuarios se hace fundamental para identificar factores que influyen en el inicio o continuación del tratamiento y evitar su deserción por falta de recursos económicos. Se utilizó como estrategia el realizar visitas domiciliarias a la vivienda del usuario, para conocer e identificar su dinámica familiar, redes de apoyo, condiciones de higiene, vivienda y recursos materiales que le permitan mantener su tratamiento.

La presente investigación tiene sus antecedentes en marzo del año 2003 con el programa del Vínculo Interinstitucional ENTS – INNN, para prestadores de servicio social; en esas fechas, la Unidad de Radioneurocirugía (URNC) había sido inaugurada por el C. Presidente Vicente Fox Quesada; ésta alberga uno de los equipos médicos más innovadores para el avance médico y científico, un equipo que le permite al paciente iniciar con su tratamiento y ser efectuado en un periodo de 20 días sin que él tenga que ser hospitalizado; asimismo, el proceso de rehabilitación es en mucho menor tiempo que en las cirugías tradicionales; es decir, la URNC cuenta con uno de los equipos más modernos en todo el mundo ya que en ese momento, se tenía el conocimiento de 3 equipos similares en hospitales públicos alrededor del planeta.

Durante la etapa, de marzo a octubre 2003, y mediante la orientación y asesoramiento de la Supervisora de Trabajo Social, el PSS estuvo a cargo de las actividades que debe desarrollar el trabajador social en la URNC. Se elaboró una base de datos de tipo estadístico, basado en los indicadores del Estudio Socioeconómico, como parte de una estrategia de control de pacientes atendidos y que acudieron a la unidad, lo cual permitió tener un acercamiento a la situación real en la vida del usuario y que, al momento de realizar visitas a sus domicilios, se comparaba esta realidad objetiva de la realidad obtenida a través del instrumento socioeconómico en gabinete.

La tesis aborda cinco capítulos; el Capítulo 1 corresponde a la Metodología de Trabajo Social de Casos, relacionada con la visita domiciliaria, tales como: conceptos, antecedentes,

¹ Tello Peón, Nelia E., Modelo de Intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud, Ed. ENTS / UNAM, Mayo, 1999, pág. 44

metodología, técnicas como la entrevista y la observación e instrumentos como son el reporte de visita domiciliaria y el estudio socioeconómico. Sin embargo, y debido a la importancia que tienen los trabajadores sociales en el sector salud, como intermediario entre el usuario y la institución, y parte fundamental en el proceso de rehabilitación del paciente, es importante mencionar el Trabajo Social Médico, conocido anteriormente como Trabajo Social Hospitalario, su concepto y objetivo.

El segundo capítulo versa sobre los antecedentes internacionales y nacionales de la Radioneurocirugía y del equipo médico utilizado en esta unidad, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN-MVS)

El capítulo 3 se refiere a los procedimientos establecidos para la asignación del Nivel Socioeconómico del usuario para hacer uso de los servicios que proporciona la institución, y los trámites a seguir, así como, la reasignación del mismo, procedimiento conocido como Reclasificación del Nivel Socioeconómico.

La descripción del perfil social del total de la población que acudió al INNN – MVS, para posteriormente realizar el perfil de los usuarios atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía en el año 2003, se presenta en el capítulo 4.

La interpretación y evaluación cuanti-cualitativa de los resultados (Capítulo 5), que se obtuvieron al finalizar la recolección de datos obtenidos del reporte de la visita domiciliaria de los usuarios.

Por último, de los resultados obtenidos, se elaboran algunas propuestas consideradas pertinentes así como las conclusiones que permitan rechazar o confirmar la hipótesis planteada y el logro de los objetivos.

CAPÍTULO UNO

TRABAJO SOCIAL DE CASOS APLICADO EN EL SECTOR SALUD

1. Conceptos

1.1.1 Trabajo Social de Casos

El Trabajo Social Individualizado o de Casos, es uno de los métodos que este profesionalista de la acción social aplica como recurso para analizar el medio ambiente del sujeto de estudio, y que le permitirá identificar la problemática existente, para posteriormente elaborar un diagnóstico social, mismo que puede incluir a especialistas de otras áreas, con lo cual se realizará un plan de acción más específico a la situación presentada por el individuo.

En la actualidad podemos encontrar una diversidad de autores que a través de la teoría o de la experiencia de campo nos permiten conocer más a fondo la metodología y herramientas de esta categoría del Trabajo Social.

Sin embargo, hablar de un concepto unificador que abarque toda la gama de procedimientos metodológicos y sistemáticos sobre el Trabajo Social de Casos es difícil, por tal motivo, en la presente investigación se describen los conceptos de autores pioneros y contemporáneos de este método y que a la vez son base del Trabajo Social de Casos que se realiza en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN – MVS) y en la Unidad de Radioneurocirugía (URNC).

El Trabajo Social de Casos, es un método que cuenta con una diversidad de conceptos, sin embargo, éstos varían más en la sintaxis y poco en el significado.

Mary Richmond (1917), lo considera como “la serie de procesos que desarrollan la personalidad de cada individuo a través de ajustes efectuados concientemente y realizados en las relaciones sociales de los hombres con el medio en que viven”.

Linton B. Swift en 1939, menciona que es “el arte de asistir al individuo en el desarrollo y uso de su capacidad personal para entender los problemas que encara en su ambiente social”.

Gordon Hamilton, en 1960, menciona que es una “acción de descubrimiento de recursos en el ambiente inmediato, y la búsqueda de aquellas capacidades individuales que pueden ofrecer una vida confortable y llena de satisfacciones, desde el punto de vista económico y personal.”¹

En 1962, María C. Castellanos lo consideró como “el método que estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas en el sujeto para debilitar y eliminar las negativas, para lograr el mayor grado de ajuste y de adaptación entre el individuo y su medio circundante.”²

En 1975, Brady y Tuertincky mencionan que “estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar, descubrir y encausar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas como medio de lograr el mayor grado de integración del individuo a la sociedad.”³

Delia Selene Dios de Puente (1978), menciona que la atención se ocupa del ser humano individualmente o en familia en conflicto, tal como existen en la realidad, dentro de una situación total. Atiende a las personas afectadas por diferentes problemas de orden material, social y cultural, etc., que les crean desajustes.

En 1980, Félix Biestek lo define como “el arte en el cual se utiliza el conocimiento de las ciencias humanas y la habilidad para éstas, a fin de motivar las posibilidades del individuo y los recursos de la comunidad.”⁴

Para Helen Harris Perlman (1980), “es un proceso empleado por algunas instituciones consagradas a fomentar el bienestar público para ayudar al individuo a afrontar con mayor eficacia sus problemas de ajuste social.”⁵

Evelyn Davison (1982), lo define como “un servicio personal proporcionado por trabajadores calificados a individuos que requieren ayuda especializada para resolver algún problema material, emocional o de carácter familiar.”⁶

¹ Hamilton, Gordon, Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casos, Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1974, pág.2

² Castellanos, María C., Manual de Trabajo Social, Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1991, pág. 7

³ Alayón, Norberto, Definiendo al Trabajo Social, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1986, pág.4

⁴ *Ibíd.*, pág. 20

⁵ Harris Perlman, Helen, El Trabajo Social Individualizado, Ed. RIALP S. A., Madrid, 1982, pág. 20

Ezequiel Ander – Egg, en 1992 menciona que es “ayuda social que se presta a nivel individual, utilizando una serie de procedimientos.”⁷

Etna Meave (1995), comenta que Eddy Montalvo define al Trabajo Social de Casos en su libro *Psicología y Asistencia Social Individual*, como una tarea profesional de carácter educativo y pretende ayudar a la persona a solucionar sus problemas de funcionamiento social, utilizando sus propios recursos y los que ofrece a la comunidad.⁸

Para estos autores, el Trabajo Social de Casos, mantiene estrecha relación entre el individuo, sociedad (sistema) y la intervención de un profesional que mediante el uso de un bagaje metodológico, instrumental y de funciones específicas del trabajador social como puede ser la gestión, posterior a una investigación, diagnóstico, plan de acción y seguimiento del caso les permitirán generar una solución a su problema.

A esto, Ludwig Von Bertalanffy (1901 – 1972) define al sistema como “un conjunto de elementos que interactúan entre sí”, del cual se infiere que hay una interdependencia entre las partes con un cambio a través de la relación.

Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados, los primeros son organismos vivientes que tienen un intercambio con el ambiente a través de un principio de organización que es la información; ésta puede ser de entrada (input) y salida (output).

Los sistemas abiertos se caracterizan por:

- **Totalidad:** cada una de las partes se relacionan entre sí, y si sucede un cambio en una de las partes del sistema, éste afecta y modifica el comportamiento de otras partes; en el caso de un integrante de la familia, se espera una repercusión o cambio en los otros elementos del sistema dependiendo de la jerarquía del mismo.

⁶ Davison, Evelyn H, Trad. Guadalupe Alarcón Morali, *Trabajo Social de Casos*, Ed. Traducciones Continentales, México, 1973, pág. 55

⁷ Ander – Egg, Ezequiel, *Investigación y Diagnóstico para el Trabajo Social*, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1987, pág. 16

⁸ Meave Partida, Etna María del Carmen, *Metodología para el Estudio Social de Casos*, Ed. ETME EDICIONES, México, 1995, pág. 6

- **Jerarquía:** un sistema se comprende de varios subsistemas, así siempre un sistema esta dentro de otro sistema que lo influye pero a la vez el mayor se modifica por el proceso de realimentación.
- **Realimentación:** la información que va de un emisor a un receptor y viceversa.
- **Equifinalidad:** los procesos sociales están determinados por la propia naturaleza y no necesariamente por las condiciones sociales.

Por tal motivo, lo más importante, es el proceso del usuario en el presente ya que las situaciones contextuales influyen de manera importante, por lo que no es posible hacer predicciones determinantes sobre los procesos de desarrollo en el individuo y en la familia. Cada individuo, cada familia son únicos.⁹

1.1.2 Trabajo Social Médico

La inserción de Trabajo Social como parte del equipo multidisciplinario en el sector salud, se originó a principios del siglo XX, esto se debió a la constante preocupación por mejorar el diagnóstico clínico, en el cual se incluyera, no sólo el aspecto biológico, sino el psicosocial del individuo que acudía a hospitales y, cuyo tratamiento y rehabilitación no se adecuaban a su realidad social, familiar y laboral. Por tal motivo, la inclusión de trabajadores sociales fue necesaria, para realizar diversas actividades, entre ellas, la visita domiciliaria, con el fin de mejorar el diagnóstico clínico.

Específicamente el Trabajo Social de Casos en el área de Salud, surge a raíz de que en el año 1905 el Doctor Richard C. Cabot, preocupado por el inapropiado tratamiento que proporcionaba a sus pacientes, decide enviar a una visitadora a evaluar la situación de cada uno de los casos.

En el caso de México, en 1943 “es llevada a cabo la fusión del Departamento de Salubridad que tenía a su cargo la atención de la salud de la población, especialmente de amplios sectores populares y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. A partir de esta fecha, paulatinamente se fueron ampliando los servicios médico – asistenciales: dormitorios, comedores, hogares substitutos, la capacidad de la casa cuna, del Internado

⁹ Sánchez Rosado, Manuel coord., Manual de Trabajo Social, Ed. Plaza y Valdéz, México, 2004, 2° edición, pág.169 - 172

Nacional Infantil, centro de salud, maternidades, hospitales, especialmente en la Dirección de Asistencia Materno Infantil, donde durante más de treinta años fue significativa la intervención de la trabajadora social, muchas de las cuales fueron empíricas, dando paso, poco a poco, a la intervención de trabajadores sociales egresados de las escuelas de la época”.¹⁰

Actualmente, la profesionalización en esta disciplina de las Ciencias Sociales, ha permitido que cada vez sea más significativa la presencia de licenciados en Trabajo Social en las instituciones de salud, lo que conlleva una inserción metodológica con la rigurosidad científica que requiere.

El Trabajo Social Médico requiere un grado de especialización que le permita al trabajador social intervenir en situaciones de crisis, conocer el o los padecimientos que afectan la salud del individuo en todas sus esferas de participación y contando con una colaboración inter y multidisciplinaria con el equipo de salud, a fin de proporcionar un adecuado tratamiento para el usuario* de estos servicios.

María C. Castellanos, menciona que el Trabajo Social Médico constituye una especialización del “estudio de casos”, en estrecha relación con los problemas médicos.

Este debe ser un servicio especializado, que analizará las consecuencias de la presencia de una enfermedad en la situación emocional, familiar, económica o laboral del individuo que solicita apoyo médico, por medio de una atención personalizada tanto al enfermo como a sus familiares y la problemática generada por esta situación.

“La situación emocional o económica del paciente suele ser, en muchas ocasiones obstáculo para su tratamiento (...) las enfermedades por sí solas son suficientes para provocar las mayores transformaciones en la vida de los individuos. No solo alteran su nivel económico sino sus hábitos y costumbres, intereses, relaciones familiares y sexuales,

¹⁰ Valero Chávez, Aida, El Trabajo Social en México: Desarrollo y Perspectivas, Ed. UNAM / ENTS, México, 1994, págs. 57, 58.

* Rosalba Tenorio, menciona que en nuestro país, el término Usuario, debe ser diferenciado del “Cliente”, ya que éste hace referencia a la compra – venta de una mercancía, lo cual se adecua a la realidad de algunos países, en donde existe una práctica privada de la profesión, el término usuario, se adapta a aquél que utiliza un servicio institucional. Sánchez Rosado, Manuel coord., Op. Cit. pág. 160

carrera profesional, ocupaciones, dietas y vicios, etc. Por estas y otras razones suelen ocasionar notables cambios en las esferas física, psíquica y social del individuo.¹¹

El trabajador social orienta y asesora, en cuanto a tramitación de apoyos dentro del nosocomio y evaluará el tipo de apoyo ante la problemática que detecte.

1.1.3 Antecedentes del Trabajo Social de Casos

La asistencia a la persona más necesitada, ha estado presente desde las sociedades primitivas, cuya ayuda al desvalido era proporcionado por la familia, la tribu o clan. En esta época, el vínculo entre los miembros de la comunidad era el motor principal para apoyar al desprotegido.

Los antecedentes a nivel institucional del Trabajo Social de Casos se remontan siglos atrás. En 1576 San Vicente de Paúl comenzó a individualizar la atención, en ese entonces la intervención que se realizaba era de caridad y filantropía y el objetivo consistía en tratar sobre bases individuales a cada persona.

Su obra inició “un proceso revolucionario en la caridad, transformando la limosna en trabajo voluntario, organizado y metódico a partir de la organización institucional de la caridad y el fomento de la filantropía. De estas acciones nace el Voluntariado, integrado por las damas de alcurnia”¹², así como, los vestigios de una Visita Domiciliaria con fines de entregar ropa y alimento a los pobres, realizada por la orden religiosa ‘Damas de la Caridad’.

Desde 1349, Inglaterra, elaboró leyes para proteger al pobre, pero no fue sino hasta el año de 1601, a partir de una recopilación de legislaciones anteriores que se crea la Ley de los Pobres (Poor Law), la cual da protección a éstos.

Sin embargo, con la creación en Inglaterra de la Organización de Sociedades de Caridad o Charity Organization Society (COS, por sus siglas en inglés) en 1869, la cual era una organización civil protestante dedicada a la filantropía pero que intervenía con el usuario de manera distinta a otras instituciones, se establecieron las bases para una intervención profesional y de carácter autogestivo.

¹¹ Castellanos, María C., Op. Cit, pág. 83

¹² Torres Díaz, Jorge, Historia del Trabajo Social, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1987, pág. 57.

La organización adoptó el método alemán denominado “Sistema Elberfeld”, el cual dividía a la ciudad en pequeños distritos, coordinados por un grupo de ciudadanos voluntarios para administrar la distribución de los servicios que proporcionaban.

La importancia de la Organización de Sociedades de Caridad, reside en profesionalizar al equipo conformado en su mayoría por mujeres de clase alta y un equipo de especialistas en el área de asistencia encargado de evaluar los casos.

Esto le permitió a la COS que laborara “no solo como forma institucionalizada de ayuda a los necesitados, sino en la formación de los procedimientos a seguir en el trabajo con la gente.”¹³

De los puntos más importantes de la COS se puede mencionar que realizó el programa de “visitadores amigables” quienes tenían como función visitar el domicilio del individuo y convivir con ellos, conocer sus carencias y su relación familiar (dinámica), aunque a muchos de los usuarios no les agradaba ser “investigados” en su entorno.

Los objetivos principales de la COS, eran:

- Reprimir la mendicidad;
- Ayudar a los verdaderos necesitados;
- Estimular la independencia y hacer entender que la familia era una gran unidad;
- Crear un buen sistema para que así no existiera el pauperismo.

Esto a través de varios mecanismos, como:

- Ayudar a los pobres a la autodependencia;
- Tener un completo conocimiento para ayudar;
- Dar socorro adecuado en calidad y cantidad;
- Atender el caso debidamente;
- Dar ayuda sólo a quien lo merecía;
- Ocuparse del caso hasta el final y archivarlo.

¹³ Ander – Egg, Ezequiel, Reflexiones en Torno a los Métodos del Trabajo Social, Ed. El Ateneo, México, 1992, pág. 27

A través de estos principios fundamentales de la COS, proporcionó las bases tanto al Trabajo Social de Casos como al Trabajo Social Comunitario.

Para orientar la acción asistencial, la COS, estableció 8 puntos los cuales mantienen una relación individuo – comunidad – Estado:

1. Cada caso será objeto de una encuesta escrita (estudio socioeconómico);
2. Ésta se presentará ante un comité evaluador, mismo que decidirá las medidas para la intervención;
3. La ayuda será metódica y prolongada hasta restablecer las condiciones normales del individuo y su familia, no se proporcionará socorro temporal;
4. El individuo será el agente de su readaptación, así como también sus parientes, vecinos y amigos (autogestión y redes de apoyo);
5. La COS, solicitará ayuda a instituciones a favor del individuo (redes institucionales de apoyo);
6. Los agentes de estas obras, recibirán instrucciones generales escritas y se formarán por medio de lecturas y estudios prácticos (profesionalización del personal);
7. Las instituciones de caridad enviarán la lista de los usuarios a fin de formar un fichero central con el objeto de evitar abusos y repeticiones de encuestas;
8. Se formará un repertorio de obras de beneficencia que permita organizarlas convenientemente.

En 1890, la COS contaba con 75 afiliadas en toda Inglaterra y estos planes se unificaron, para posteriormente instituir un plan de formación profesional por medio de conferencias y trabajos prácticos, cuyo impacto fue la creación de una Facultad de Sociología en 1903.

En 1897, Mary Richmond, quien era entonces auxiliar del tesorero de la Sociedad de Caridad, propuso la creación de una Escuela de Filantropía Aplicada, esta propuesta fue aprobada por la COS de Nueva York quienes organizaron un curso de verano de 6 semanas.

Mary Richmond fue la pionera del Trabajo Social de Casos, con la publicación de su libro *Diagnóstico Social* en 1917 propone la elaboración de diagnósticos acorde a las fuentes a investigar y con su libro. *¿Qué es el Trabajo Social de Casos?* en 1922 (*¿What is the Social Case Work?*) fundamenta la metodología de esta rama en tres métodos que a la fecha siguen vigentes: el método de casos, el de grupo y el comunitario. El diagnóstico social, es un elemento vital en la profesión, mismo que se basó en el diagnóstico clínico pero con un enfoque sistémico.

Al respecto, Ezequiel Ander –Egg, en su libro *Reflexiones en torno a los Métodos del Trabajo Social*, comenta lo siguiente: “Cabe señalar que el método de casos se elaboró teniendo en cuenta el modelo operativo o método clínico de la medicina (estudio, diagnóstico y tratamiento) de ahí que se le haya denominado “Modelo Clínico – Normativo” y que algunos consideran que fue formulado de esa manera por los trabajos que Mary Richmond realizó con el Doctor Cabot.”¹⁴

Debido al auge que en la década de los años veinte adquiere el psicoanálisis en Estados Unidos, el modelo descrito por Richmond, (Modelo Clínico Normativo) “se fundamenta con la Teoría del Yo y la sociología dinámica. Este modelo se vio influenciado por el método clínico de la medicina y, posteriormente, por la psiquiatría y el psicoanálisis”¹⁵ el cual se basó en las teorías de Sigmund Freud y Otto Rank, y la relación con el Trabajo Social, éste es el primer esfuerzo para ofrecer un sustento teórico a aquellos procedimientos que permitirán generar ajustes entre el individuo y su medio ambiente.

Como consecuencia del aumento de la población a nivel mundial, se generaban necesidades y problemas, Trabajo Social se extiende por todos los territorios y América Latina, influenciada por Estados Unidos, funda una de las primeras Escuelas de Trabajo Social en Argentina en 1930; en México fue hasta 1933, aunque la atención individualizada se dio en 1920 cuando las funciones del trabajador social eran investigar la situación académica y alimenticia en los niños alojados en casas cuna, escuelas industriales, escuelas de ciegos y sordos.

¹⁴ Ander – Egg, Ezequiel, Op. Cit. , pág. 27

¹⁵ Sánchez Rosado, Manuel Coord., *Manual de Trabajo Social*, Ed. Plaza y Valdéz, México, 2004, 2º edición, pág.169

Para ese año, en México, se institucionalizó la profesión cuando a la Escuela de Enseñanza Doméstica (1926) se le denomina como Escuela de Trabajo Social y Enseñanza Doméstica.

Posteriormente, en 1937 la UNAM realiza un curso con duración de tres años en Trabajo Social, la cual dependía de la Facultad de Derecho.

En 1943 “es llevada a cabo la fusión del Departamento de Salubridad que tenía a su cargo la atención de la salud de la población, especialmente de amplios sectores populares y de la Secretaria de Salubridad y Asistencia. A partir de esta fecha, paulatinamente se fueron ampliando los servicios médico – asistenciales: dormitorios, comedores, hogares substitutos, la capacidad de la casa cuna, del Internado Nacional Infantil, centro de salud, maternidades, hospitales, especialmente en la Dirección de Asistencia Materno Infantil, donde durante más de treinta años fue significativa la intervención de la trabajadora social, muchas de las cuales fueron empíricas, dando paso, poco a poco, a la intervención de trabajadores sociales egresados de las escuelas de la época”.¹⁶

A raíz de un estudio realizado por la Dra. Virginia Paraíso de Wolfe, especialista de la ONU, en el año de 1968, tanto la Universidad Nacional Autónoma de México, como la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey le otorgan el nivel de Licenciatura en Trabajo Social.

Sin embargo, y sin olvidar que las consecuencias en determinados países afectan a otros, en “América Latina de 1965 a 1975 se rechaza en las aulas universitarias el Trabajo Social de Caso, argumentando su carácter positivista y la no correspondencia a la realidad de estos países.”¹⁷

Algunos años después, se introduce de nueva cuenta la materia, pero con distintas denominaciones, como Método de Trabajo Social Individualizado, Modelos de Práctica de Caso Individualizado o Nivel de Intervención Individualizada; esta revaloración del Trabajo Social de Caso fue influenciada de acuerdo al contexto, a las necesidades específicas de cada región y a las nuevas concepciones profesionales del trabajador social que predominaban en la época.

¹⁶ Valero Chávez, Aida, *Ibíd.*

¹⁷ Torres Díaz, Jorge, *Op. Cit.*, pág. 188.

Actualmente el Trabajo Social de Casos, como lo menciona la profesora Rosalba Tenorio¹⁸ ha sido satanizado, sin embargo, es importante mencionar que es uno de los métodos utilizados por el Trabajo Social en el sector Salud.

Al hacer uso del Trabajo Social de Casos, el profesionista se apoya de distintos modelos de atención que se adecuen al caso a tratar, existen varios modelos que fueron implementados en otros países, sin embargo, en México, éstos no son tan claros en su teoría ni en su práctica, más bien se ha destacado un “empirismo inconsciente” en donde el trabajador social realiza una practica de acuerdo al tipo de institución en la que labora, solo algunos modelos que menciona Ricardo Hill (1986) se llevan a cabo¹⁹, estos son: el modelo de Socialización, Clínico Normativo, Intervención en Crisis, Provisión Social y Comunicación Interacción o de Terapia Familiar:

- **Modelo Clínico Normativo:** se apoya en el Método Clínico de la Medicina, la Psiquiatría y el Psicoanálisis (La Teoría del Yo) y la Sociología Dinámica; consiste en lograr cambios en aspectos de la personalidad y en el alivio de los síntomas, sin embargo, este ha sido un tema a debate ya que hace mayor énfasis en los aspectos clínicos que en los aspectos externos y su campo de acción suele ser intramuros, es decir, solo lo aportado durante la entrevista de gabinete.
- **Modelo de Socialización:** se fundamenta en la Antropología, Sicología y Sociología; en éste el mejoramiento progresivo de las condiciones sociales y económicas de los pobres, dependen de las cantidades de asistencia económica; por ejemplo: subsidios a diferentes programas como LICONSA, transporte público, desayunos escolares, entre otros.
- **Modelo de Intervención en Crisis:** se utiliza en instituciones médicas, el trabajador social, interviene con individuos que deben enfrentarse a situaciones difíciles pero temporales y que no pueden resolver el problema con sus recursos habituales; el objetivo de este modelo es generar un estado tolerable de confort a fin de que el sujeto pueda afrontar la situación desde otra perspectiva.

¹⁸ Sánchez Rosado, Manuel Coord., Op. Cit, pág.165

¹⁹ Idem; 169

- **Modelo de Provisión Social:** se proporciona el servicio al usuario visto éste en su rol de “ciudadano” en necesidad de un servicio institucional privado o gubernamental, como puede ser el servicio de comedor del DIF, asilos para el adulto mayor, u hospitales estatales en los diferentes sistemas de atención de la Secretaria de Salud.
- **Modelo de Comunicación – Interacción o de Terapia Familiar:** concibe al ser humano como un sistema abierto con amplias potencialidades, su conducta es inherente al contexto donde éste se desarrolla y cuando surgen conflictos se conocen como perturbaciones del sistema; se apoya en la Teoría de Sistemas, Teoría de Rol y Comunicación.

En el INNN-MVS, los modelos mas utilizados son de intervención en crisis y de provisión social, porque el individuo debe ser atendido desde su rol de ciudadano que solicita la prestación de un servicio.

Sin embargo, el trabajador social debe hacer uso del Modelo de Intervención en Crisis, cuando el usuario se encuentra en un estado de ansiedad o depresión que le impide afrontar de manera positiva su situación actual.

1.2 Metodología del Trabajo Social de Casos

La metodología que se utiliza en la atención individualizada, parte del Trabajo Social general, bien sea en casos, grupos o comunidades: utiliza como principales técnicas la entrevista, observación, visitas domiciliarias y fuentes directas.

La metodología consta de varias etapas, la primera de ellas es:

- a) **La investigación:** Etna Meave, comenta que implica “una cuidadosa observación de los diversos aspectos que presenta el sujeto y la situación que motiva el estudio, (...), al rescatar todos los elementos objetivos y subjetivos del pasado que permiten visualizar el cuadro observado”.²⁰

Consiste en establecer un acercamiento a la realidad social en la que se recaba información proporcionada por el usuario a fin de que permita al trabajador social realizar un diagnóstico real del problema. La investigación puede ser

²⁰ Meave Partida, Etna María del Carmen, Op. Cit., pág. 42

directa e indirecta. Es directa, cuando la información se obtiene a través de una serie de entrevistas con el sujeto de estudio, así como, la observación de sus actitudes y aptitudes. Se considera indirecta cuando la información proporcionada por el usuario no es concluyente o clara en cuanto al origen de su actual situación, y por tal motivo, el trabajador social deberá entrevistar a familiares, vecinos, amigos, médicos, etc., cotejar documentos oficiales (salario, antecedentes clínicos, etc.) o llamadas telefónicas, a fin de complementar la información obtenida de manera directa con el usuario, o como Etna Meave menciona, “es necesario complementarlos y darle forma, valorando los datos con la mayor exactitud posible de modo que cuando se elabore el informe, conserve su significado real, para esto es necesario formular una síntesis adecuada..”²¹

Lizbeth Camacho González, en su libro Modelos de Intervención Individualizada²², menciona que se debe tener una idea exacta de lo que vamos a investigar, sobre el usuario, debemos recopilar sus datos generales, así como, estructura familiar y antecedentes del problema a investigar.

De acuerdo a la Naturaleza del Problema, ella menciona que puede ser de emergencia, transitoria o crónica, siendo esta última la que se adecua a los fines de esta investigación, ya que explica lo siguiente: “Problema generado a partir de procesos disfuncionales en que se ha permanecido por largos periodos y que a su vez es causa de afectación en otras áreas del individuo, o bien, circunstancias impuestas por factores de salud degenerativas en el usuario o un miembro de su contexto inmediato.”²³

- b) **Diagnóstico Social:** Una vez realizada la investigación, el trabajador social procede a efectuar, el diagnóstico social como segunda etapa, cuyo fin es analizar e interpretar la situación encontrada, para tal fin se deben interrelacionar unos datos con otros, lo que permitirá identificar la naturaleza del

²¹ Ibídem, pág. 43

²² Camacho González, Lizbeth, Op. Cit., pág.31

²³ Ibídem

padecimiento, la problemática que esto genera, las causas, efectos, los factores que intervienen, etc. El Diagnóstico, debe aportar lo siguiente:

- Una correcta y precisa formulación del problema,
- La ubicación en el contexto en que tiene el problema,
- El análisis de factores causantes del problema, en relación circular con el impacto en la causa directa y en otras áreas,
- La previsión de alteraciones, riesgos y evolución en el proceso hacia el cambio,
- El señalamiento de recursos humanos, materiales, emocionales, económicos que intervendrán en el proceso.²⁴

El Diagnóstico Social es “una tarea mental que consiste en examinar las partes de un problema atendiendo a la importancia de su peculiar naturaleza y organización, a las relaciones existentes entre ellas y los medios de resolver el problema, pero para ser algo más que un mero ejercicio intelectual el diagnóstico debe llevar un plan de acción.”²⁵

- c) **Plan de Acción:** corresponde a la programación de estrategias que se llevarán a cabo para buscar la solución a los problemas detectados, tomando en cuenta los recursos del sujeto, su familia, la comunidad y las características del apoyo institucional, así como la urgencia de un tratamiento, el grado de avance de la enfermedad y las complicaciones derivadas de ésta. Así mismo, éste debe ser elaborado por el trabajador social en conjunto con un equipo inter y multidisciplinario, así como con el sujeto de estudio, cuyo objetivo es lograr la colaboración activa de todos los miembros durante el proceso y siempre estará en relación con la atención integral de paciente.
- d) **Tratamiento:** consiste en la ejecución de las acciones con actividades enfocadas al asesoramiento para que el sujeto y su familia participen en el plan trazado.

²⁴ *Ibíd.*, pág. 36

²⁵ Harris Perlman, Helen, *Op. Cit.*, pág. 201

- e) **Evolución del caso:** es la etapa final, en ésta, se lleva el seguimiento de la atención que se está proporcionando a cada familia, el cual debe ser asentado en el expediente del usuario; el tiempo estará relacionado con la duración del tratamiento o fallecimiento del paciente.

“El seguimiento, es una acción periódica sistematizada que exige ser registrada, con la periodicidad que se determine, se realiza el seguimiento de las acciones realizadas, se valora el impacto que tuvieron, se detecta las que quedaron inconclusas o las que son necesario repetir o cambiar; todo esto necesita ser registrado de acuerdo con la forma que se acostumbre en la institución de referencia, o bien, como lo decida el ejecutor del Plan.”²⁶

1.3 Técnicas e Instrumentos del Trabajo Social de Casos en el Sector Salud.

Aunado a la metodología de Trabajo Social de Casos, específicamente en la primera etapa, el trabajador social deberá hacer uso de técnicas e instrumentos, que utilizados de manera adecuada facilitarán la obtención de la información proporcionada por el sujeto de estudio o a través de su medio ambiente, con lo cual, al final de esta etapa se realizará un diagnóstico social objetivo y cuyos fines, para esta investigación será la justificación para proporcionar un apoyo institucional que genere un impacto al individuo y su entorno.

Estas técnicas e instrumentos van a estar íntimamente ligados y por tal motivo y específicamente hablando de esta investigación, no puede existir uno sin el otro para aplicar un tratamiento adecuado.

Las técnicas e instrumentos que a continuación se presentan corresponden a aquellos utilizados en el Departamento de Trabajo Social del INNN-MVS.

1.3.1 Entrevista

María C. Castellanos, menciona que la finalidad principal de la entrevista es “la obtención de datos que permitan un diagnóstico correcto, que a su vez sea la base del tratamiento psicosocial. (...) Desde el punto de vista del Trabajo Social podemos decir que,

²⁶ Camacho González, Lizbeth, Op. Cit., pág. 55

en general, la finalidad de la entrevista tiene una doble proyección y propósitos: obtener información y prestar ayuda.”²⁷

Susan Pick, define a la entrevista como la relación personal entre uno o más sujetos, en la cual uno de ellos, el entrevistado, posee determinada información que proporcionará a otro sujeto, el entrevistador.²⁸

Gordon Hamilton, argumenta que la “entrevista puede motivar, puede enseñar, puede recabar información, puede ayudar a los clientes a poner de manifiesto lo que les está molestando, la entrevista procura ser uno de los mejores medios para observar el comportamiento y las reacciones de una persona.”²⁹

Ésta es una técnica con procedimientos propios. Se nos presenta como una técnica para obtener información, que facilita el proceso de sistematización, estará influenciada por el carácter de la misma, es decir, se deben analizar sus objetivos, el lugar en donde se desenvuelve el trabajador social, políticas de la institución a la cual acude el usuario, y la realidad social, basado en el perfil socioeconómico de los usuarios y del país donde habitan.

Tal y como lo menciona Alfred Kadushin en su libro *La Entrevista en el Trabajo Social* (1972): “Al enfocar algún aspecto particular del funcionamiento social o algún área con problemas sociales recurrentes y significativos, cada agencia define para sí el contenido más relevante para las entrevistas.”³⁰

La entrevista es flexible y se adaptará de acuerdo al lugar en el que ésta se realice, no podemos realizar el mismo tipo de entrevista en la oficina que en el domicilio del usuario, Anamaría Campanini (1996), explica que en la entrevista en un servicio el trabajador social “conoce bien su contexto, las reglas que lo rigen, los límites y las dificultades que se pueden presentar (teléfono, colegas que entran, personas que esperan afuera). Pero si ha logrado delimitar su espacio de profesionalidad dentro del mismo servicio, está en

²⁷ Castellanos María C., Op. Cit, pág. 112

²⁸ Pick, Susan, Cómo investigar en Ciencias Sociales, Ed. Trillas, México, 2º edición, 1980, pág. 64

²⁹ Hamilton, Gordon, Op. Cit., pág.188

³⁰ Kadushin, Alfred, La Entrevista en el Trabajo Social, Ed. Extemporáneos, México, 1978, pág. 20

condiciones de eliminar estas molestias y mantener más fácilmente el control de la relación mientras conduce la entrevista.”³¹

Si la entrevista se realiza en el domicilio del sujeto de estudio, éste “estará más familiarizado con su ambiente, cosa que le permite provocar eventuales trastornos para obtener el control de la relación. Puede ser útil, asimismo, recordar que en esta situación el conocimiento de la realidad no es del todo objetiva. En efecto, la presencia del observador modifica el conjunto de las relaciones que se están analizando.”³²

Sin embargo, la entrevista es el procedimiento más efectivo para conocer la situación social del usuario, “a través de las palabras, que no son más que acciones sustitutas, el trabajador puede experimentar junto con el cliente situaciones vividas en el pasado y en el presente o las que pueda ofrecer en el futuro. Más aún, a través de la entrevista, el trabajador tiene acceso a los sentimientos y actitudes del cliente, al significado subjetivo de una situación objetiva.”³³

Para evitar que estos factores inclinen la balanza a una de las partes (entrevistado y entrevistador) en el domicilio, el trabajador social debe indagar la percepción de la familia por parte de vecinos o de otras fuentes indirectas como lo puede ser el trabajo o sus amigos.

Trabajo Social en el área de Salud, utiliza una entrevista no estructurada, es decir, trabajará con preguntas abiertas, sin un orden establecido, adquiriendo características de conversación.

“En la intervención individualizada se recomienda el uso de la entrevista semi abierta o semi estructurada. Ésta se caracteriza por tener una guía de datos e información necesarios a obtener, a través de convocar a que el usuario hable de los aspectos que le son más relevantes y significativos.”³⁴

1.3.2 Observación

La técnica de observación es uno de los procedimientos relacionados con distintas ramas de las Ciencias Sociales, en el caso de Trabajo Social y para los fines de esta

³¹ Campanini, Anamaría y Col, Servicio Social y Modelo Sistémico, Una Nueva Perspectiva para la Práctica Cotidiana, Ed. Paidós, España, 1996, pág.196

³² *Ibíd*em

³³ Kadushin, Alfred; Op. Cit. , pág. 30

³⁴ Camacho González, Lizbeth, Op. Cit., pág. 33

investigación, podemos mencionar que la observación es una técnica estructurada, que permitirá reconocer o registrar los hechos con utilización de instrumentos tales como el reporte de la visita domiciliaria y el estudio socioeconómico.

Observar no solamente es fijar nuestra vista en elementos que al parecer no tengan relación unos de otros, sino vincularlos con los aspectos culturales, políticos, sociales e históricos que influyen en nuestro caso a investigar.

Susan Pick (1980) hace mención de la Observación Participante, y comenta que “este tipo de técnica está determinado por el hecho de que el observador participa de manera activa dentro del grupo que se está estudiando; (...) con este tipo de observación, los investigadores pueden influir en la vida de los miembros del grupo, por ejemplo, atenuando sus tensiones o modificando sus métodos de enseñanza.”³⁵

En definitiva, la observación, puede ser entendida como proceso, con una finalidad objetiva, que es aproximarse a un mayor conocimiento de la realidad donde se quiere actuar. De todas maneras, esa realidad que intentamos conocer, no podemos entenderla o leerla como un simple recorte, sino como vinculada a procesos y diferentes construcciones, hoy en día más cercanas a la realidad.

1.3.3 Estudio Socioeconómico

El estudio socioeconómico (ESE), es un instrumento utilizado en los Institutos de Salud; Nelia Tello (1999) lo define como aquel instrumento que se aplica a través de la técnica de la entrevista, con el objeto de determinar el nivel socioeconómico que corresponde al pago de cuotas de recuperación, que el paciente hace por los servicios recibidos por los INSALUD³⁶.

Tanto en el Estudio Socioeconómico como en el reporte de la visita domiciliaria, en la práctica profesional, se observan diferencias de acuerdo a la institución que lo realice, “la división en partes de aspectos del estudio social ha sido tradicionalmente debido a la necesidad de análisis y cada ámbito de acción lo reacomoda, según sus necesidades y es el

³⁵ Pick, Susan, Op. Cit. , pág. 56.

³⁶ Tello Peón, Nelia E., Op. Cit., pág. 44

problema objeto de la investigación el que orienta la elección tanto de categorías como aspectos que van a ser analizados.”³⁷

1.3.4 Visita Domiciliaria:

Esta herramienta ha sido utilizada desde que la Organización de Sociedades de Caridad implementó su programa de “VISITADORAS AMIGABLES”, en la actualidad ésta la utilizan distintos profesionales, desde aquellos que se enfocan en aspectos fiscales, pasando por legales, hasta la prestación de algún crédito, sin embargo la finalidad depende de las funciones de cada profesión. En el área de asistencia ésta se utilizaba para paliar las necesidades inmediatas que tenían los usuarios.

En el área de Salud, nos permite conocer las condiciones arquitectónicas de la vivienda, condiciones de higiene, dinámica familiar, medio ambiente que les rodea y que influyen en el tratamiento y rehabilitación del paciente, así como las redes de apoyo sociales con las que cuenta y que toda esta recolección de información permite que se elabore en conjunto con un equipo multidisciplinario un plan de acción cuyo tratamiento sea adecuado para el paciente; en el INNN – MVS se realizan cada mes reuniones entre los profesionales de la salud para evaluar casos que requieran de una atención apropiada a sus condiciones biopsicosociales.

El Departamento de Trabajo Social en el INNN – MVS, se conforma por 14 trabajadoras sociales que en promedio, atienden a 500 pacientes que mensualmente ingresan por primera vez³⁸, sin embargo, al ser pocas trabajadoras sociales, no se puede mantener un seguimiento de cada caso y por tal motivo realizar visitas domiciliarias frecuentes resulta difícil.

Los instrumentos de registro básicos aplicados por el profesional en el instituto son, el estudio socioeconómico (ESE) y el reporte de visita domiciliaria, que utiliza para todos los servicios, de acuerdo al Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social. Ambos contemplan una serie de indicadores que permiten describir la problemática del paciente y analizarla para la búsqueda de alternativas que fomenten la salud de los usuarios, así como la asignación de una cuota de recuperación para el instituto de acuerdo al puntaje

³⁷ Meave Partida, Etna María del Carmen, Op. Cit., pág. 49

³⁸ Informe Anual de Trabajo Social, Control General de INSALUD, 2003

obtenido a través del estudio socioeconómico aplicado a las personas que acuden a solicitar apoyo médico.

En los servicios que proporciona el instituto (neurocirugía, neurología, neuropsiquiatría y urgencias) las visitas domiciliarias se realizan en casos especiales, para validar el estudio socioeconómico aplicado al usuario, lo cual permite exentar, disminuir, mantener o elevar el nivel socioeconómico, y que tiene relación directa con la cuota de recuperación asignada al usuario.

En el caso de los usuarios de la Unidad de Radioneurocirugía (URNC) y por el elevado costo del tratamiento, su frustración para cubrir la cuota de recuperación les impide identificar las redes de apoyo primarias que deben ser activadas y si el trabajador social no hace una intervención apropiada, se tiende a que desistan de su tratamiento para poder reincorporarse a sus actividades familiares, laborales y sociales que ocasionan alteraciones en el sistema familiar y los subsistemas de acuerdo a la jerarquía en donde se ubique el usuario; por este motivo, las visitas en la URNC se realizan al 100%.

Annamaría Campanini, menciona que “con frecuencia, la solicitud de ayuda económica puede ocultar dificultades de otro tipo que no aparecen de primera intención, o sea por la incapacidad del usuario para definir y exponer con claridad su problema o por la imagen asistencial que los servicios han inducido en la población”.³⁹

Por esto, el apoyo institucional que se proporciona en el INNN-MVS debe ser un último recurso cuando se ha comprobado que ni su situación económica actual ni sus redes de apoyo son suficientes para cubrir el costo del tratamiento.

La URNC en el INNN – MVS inició su funcionamiento a partir del 23 de diciembre de 2002, las actividades de Trabajo Social en esta unidad, han consistido en detectar el nivel socioeconómico de los pacientes; orientación a éste o a sus familiares para realizar trámites administrativos y asistenciales; y la realización de visitas domiciliarias tanto a pacientes residentes del Distrito Federal (realizadas en el 2003 por un prestador de servicio social), como a aquellos usuarios provenientes de otras entidades federativas (a través de un reporte de visita domiciliaria del DIF o de la clínica de salud de su localidad, o Presidencia Municipal), para ampliar su información.

³⁹ Campanini, Anamaría y Col, Op. Cit., p. 201

Pero, ¿qué es la Visita Domiciliaria?

Annamaría Campanini (1996), define a la Visita Domiciliaria, como una entrevista efectuada en el domicilio del usuario para profundizar la comprensión del diagnóstico y como estudio y observación del ambiente familiar.

El Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social del INNN – MVS en el año 2000, menciona que es aquella que realiza el trabajador social a un hogar con la intención de tomar contacto directo con la persona y/o su familia en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, apoyo o asesoramiento.⁴⁰

En ambos casos, el trabajador social hace uso de técnicas de entrevista (estructuradas y no estructuradas) y de observación (participante y no participante), para determinar el apoyo institucional.

En el libro de Modelos de Intervención Individualizada⁴¹, la Visita Domiciliaria, permite identificar los espacios de organización familiar, lugares destinados al descanso, a las comidas, a la recreación, a la intimidad. Reconocer las identidades plasmadas de cada uno de los que ahí viven.

Etna Meave (1995), define la Visita Domiciliaria, como una técnica que puede variar en sus unidades de observación en el estudio social y reviste importancia porque es un medio de investigar en forma directa en el lugar donde se desarrolla el individuo, ya sea su domicilio particular, su escuela, su área laboral, su barrio, etc.

“La visita domiciliaria, en particular, se considera como una técnica de observación participante”⁴², producida por la interacción social entre el profesional y los sujetos de estudio, mediante la recolección de datos de manera sistemática⁴³ en su entorno.

Sin embargo, en algunos casos, el desconocimiento del impacto generado y la falta de sistematización de los datos obtenidos a través de la visita domiciliaria, conlleva a que se convierta en un procedimiento administrativo, donde se eleva el riesgo de perder de vista sus objetivos y, omitir sus fines de investigación social, promoción de la salud,

⁴⁰ Manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social; Ed. Secretaría de Salud; México; 2001; p.93.

⁴¹ Camacho González, Lizbeth; Op. Cit. ; pág. 33

⁴² Pick, Susan Como investigar en Ciencias Sociales; Trillas; México; 2º edición; 1980; p. 56.

⁴³ www.margen.org/catedras/apunte18.html

intervención en un tratamiento y rehabilitación, en conjunto con un equipo multidisciplinario, así como, evaluación de la dinámica familiar y redes de apoyo relacionados con el estado de salud del paciente.

CAPÍTULO DOS

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

2.1 Niveles de Atención en el Sector Salud.

En la República Mexicana, la atención de salud ha sido organizada y dividida en tres niveles, cada uno de éstos realiza funciones específicas y mantienen relación entre ellos a fin de proporcionar un servicio adecuado para la persona que solicita atención médica.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN-MVS) entra en la categoría de instituciones de tercer nivel; a modo de referencia, se considera necesario explicar las características específicas de estos niveles:

A) Primer Nivel de Atención: Es el primer acercamiento que tiene la población con el sector salud. Se caracteriza por acciones de prevención y conservación de la salud, las cuales van dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente en que éste se desenvuelve. En este nivel, se integran los Centros de Salud, consultorios médicos, dispensarios y unidades de medicina familiar. La atención proporcionada al individuo es de consulta externa; las funciones a realizar son actividades de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, protección específica, así como planificación familiar. Los padecimientos a tratar son aquellos que se presentan con frecuencia y cuyo tratamiento es aplicable por medio de atención ambulatoria basada en recursos de poca complejidad técnica.

B) Segundo Nivel de Atención: Se constituye por unidades médicas con una complejidad técnica mayor al primer nivel. Los casos que se atienden en éste, suelen ser canalizados por el primer nivel o aquellos que se presentan de manera espontánea (urgencias médico quirúrgicas); los servicios prestados son ambulatorios, especializados y de hospitalización, por personal especializado. Las acciones realizadas, son de vigilancia epidemiológica y de fomento sanitario en apoyo a las actividades del primer nivel.

C) Tercer Nivel de Atención: En este último nivel de atención encontramos a los Institutos Nacionales de Salud, en los cuales la atención es considerada de alta especialidad, esto se debe a que realizan actividades de restauración y rehabilitación de la salud en los

usuarios referidos por los otros niveles y que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento con equipos de alta especialidad a costos menores que los de la práctica privada para los usuarios (basado en una investigación socioeconómica elaborada por trabajadores sociales). Por el nivel de especialidad con el que se cuenta, son de gran importancia en el ámbito nacional e internacional en investigación y equipo médico. La población atendida proviene de todo el territorio nacional y en algunos casos se atienden a personas de origen extranjero que acuden en busca de servicios médicos especializados.

2.2 Antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Las enfermedades del sistema nervioso, han afectado a la humanidad desde que ésta ha existido, la preocupación de estudiar más a fondo sobre este tipo de enfermedades no es algo de reciente interés.

Estudios antropológicos indican que alrededor del año 3000 AC se practicaban trepanaciones, identificadas por las huellas de los cráneos encontrados en regiones de Europa, Egipto y América, como lo fue en nuestro país.

En México, existen evidencias similares a las anteriormente mencionadas, que datan de los años 500 y 900 A. C., en Tlatilco, Monte Albán y Oaxaca.

En 1880 comienza a impartirse la cátedra de Enfermedades del Sistema Nervioso en la Escuela de Medicina de la Ciudad de México; para el Siglo XX, específicamente en la década de los treinta, la neurología adquiere la categoría de especialidad, en las Áreas de Medicina Interna o Cirugía General en diversos hospitales se establecen las primeras unidades de Neurología y Neurocirugía, lo cual conlleva a mejorar la atención de las personas con enfermedades neurológicas, estableciendo un instituto para tal propósito.

Para el 27 de febrero de 1952, el presidente de la República, C. Lic. Miguel Alemán Valdés decreta la creación de un instituto dedicado especialmente al área neurológica, éste sería creado en los terrenos donde actualmente se encuentra el Centro Médico Siglo XXI; sin embargo, el proyecto no se llevó a cabo en ese entonces, hasta que en 1960 el C. Lic. Adolfo López Mateos, presidente de la República en esas fechas, impulsa la formación del Instituto de Neurología y Neurocirugía, fundado por el Maestro Doctor Manuel Velasco

Suárez en febrero de 1964, cuyo propósito era convertirlo en un centro de asistencia, docencia e investigación de las neurociencias.

El INNN – MVS consta de una superficie mayor a los 40,000 m², ubicado en la Av. Insurgentes Sur No. 3811 Col. La Fama, Delegación Tlalpan, y es el principal centro de atención para personas con enfermedades del sistema nervioso que no cuentan con algún sistema de seguridad social.

Actualmente el INNN – MVS, cuenta con una gran trayectoria académica, así como de un gran prestigio en todo el país, gracias a sus investigaciones en padecimientos neurológicos y psiquiátricos, es la única institución en México que integra todas las áreas clínicas y de investigación. La dirección cuenta con la colaboración de más de ochenta médicos con especialidad y subespecialidad en neurociencias, trescientas enfermeras con capacitación neurológica, setenta médicos residentes en formación, psicólogos, trabajadores sociales y más de seiscientas personas de apoyo al personal médico.

Participa en actividades de investigación con la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional y con Universidades extranjeras; mantiene intercambio científico con organismos internacionales, entre ellos, la Organización Mundial de la Salud; asimismo, ha sido sede de congresos nacionales e internacionales.

Quienes han dirigido el instituto son médicos de alto prestigio, entre los cuales podemos mencionar a:

- Dr. Manuel Velasco Suárez, Fundador y Director Emérito de 1964 a 1970;
- Dr. Francisco Escobedo Ríos de 1970 a 1983;
- Dr. Francisco Rubio Donnadiou de 1983 a 1993;
- Dr. Jesús Rodríguez Carvajal de 1993 a 1998; y
- Dr. Julio Sotelo Morales de 1998 a la fecha.

Su estructura institucional consta de una dirección General, donde se desprenden las siguientes áreas, Dirección Médica, Dirección de Investigación, Dirección de Enseñanza y Dirección de Administración, coordinan seis subdirecciones y éstas a su vez 52 departamentos orientados a proporcionar servicio 24 horas del día, los 365 días del año.¹

¹ Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Cuarenta Años de Historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Ed. INNN – MVS, Dirección de Enseñanza, México, 2004, págs. 134

La Subdirección de Neurocirugía, practica entre 40 a 60 intervenciones por mes, de las cuales la mayoría son por aneurismas, malformaciones arteriovenosas, cavernomas y neurocisticercosis.

La Dirección Médica, coordina la subdirección de neurocirugía, de la cual pertenece la Unidad de Radioneurocirugía.

2.3 Antecedentes Internacionales y Nacionales de la Radioneurocirugía

El uso de la radiación en padecimientos cerebrales se ha aplicado desde 1951, cuando el Físico Lars Leksell lo implementó en el Hospital Karolinska en Estocolmo, Suecia. Sin embargo, las aplicaciones en casos clínicos iniciaron a partir de 1967, con equipos que utilizaban como fuente de radiación el cobalto. Desde entonces los avances tecnológicos en esta área y el conocimiento de los padecimientos que pueden ser tratados por este medio han tenido un gran auge, lo cual permitió que en 1997 la compañía Novalis desarrollara el Novalis Shaped Beam Surgery (NSBS) o Cirugía Guiada Con Imágenes, el cual utiliza un software altamente sofisticado y cuya precisión milimétrica para atacar los tumores evitando dañar el tejido sano que se encuentra alrededor de éste ha sido una ventaja para el tratamiento de algunos padecimientos como malformaciones arteriovenosas o algunos desordenes funcionales (Ver Glosario de Términos Médicos).

El diseño del NSBS, permite la configuración dinámica del haz de irradiación del tumor en todos los ángulos, asegurando que éste reciba la dosis completa prescrita protegiendo a su vez el tejido cerebral sano, se considera el método más avanzado de radiocirugía (dosis única) y radioterapia estereotáxica (dosis fraccionada)² en la actualidad.

² La radiocirugía consiste en la aplicación de una dosis única de radiación de alta energía al tumor o malformación arteriovenosa (MAV). Aunque implica el término de cirugía, no hay ninguna incisión en absoluto y se realiza en régimen ambulatorio, eliminando las complicaciones, la hospitalización y el tiempo de recuperación asociado con la cirugía craneal convencional.

La radioterapia estereotáxica permite la administración de la misma cantidad de radiación (o superior) que la radiocirugía convencional, pero es aplicada en pequeñas dosis distribuidas en una serie de tratamientos diarios (dosis fraccionada). El fraccionamiento de la dosis favorece la reparación del tejido sano cercano a la lesión, especialmente de estructuras críticas tales como las vías ópticas o el tronco cerebral

Información obtenida de: <http://www.acnefi.com/revista/2001h30.htm>

NSBS es considerada como una alternativa para el tratamiento no invasivo de tumores craneales y extracraneales, es decir, no hay intervención quirúrgica que pueda ocasionar cicatrices o desfiguraciones, como los procedimientos tradicionales. Este equipo, logra una distribución superior en las dosis para un número mayor que cualquier otro sistema actualmente disponible. El procedimiento es indoloro y evita largos periodos de hospitalización o rehabilitación.

En la actualidad, el NSBS, es utilizado en distintos países, en México, en instituciones públicas, se localizan en el IMSS Centro Médico de Occidente en Guadalajara Jalisco, Hospital General y en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

En el INNN – MVS, el Novalis Shaped Beam Surgery, fue instalado en el Departamento de Radiocirugía e inaugurado por el Presidente de la República Vicente Fox Quezada, en diciembre del 2002, lo cual convirtió a ésta en la primera institución en México en albergar el acelerador lineal Novalis. Equipo totalmente dedicado para el tratamiento de tumores del sistema nervioso central.

Debido a la importancia de los INSALUD y el marco legal de autonomía que establece, es obligatorio atender a toda la población que lo requiere, sin embargo, es necesario asignar un costo al tratamiento destinado, bajo criterios de gratuidad, sobre la base de que todas las personas tienen derecho a la salud.

Bajo esta tónica, Trabajo Social interviene directamente en evaluar los recursos disponibles del paciente y por lo tanto, las posibilidades de continuar un tratamiento que le permita preservar su salud.

CAPÍTULO TRES

PROCEDIMIENTOS PARA LA ASIGNACIÓN Y RECLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

3.1 *Conceptos Relevantes.*

Antes de iniciar con el presente apartado es importante conocer algunos conceptos que serán de utilidad para la presente investigación.

a) **Apoyo Institucional:** Es todo aquel procedimiento que se efectúa cuando la familia no cuenta con los recursos económicos, redes familiares e institucionales para cubrir en su totalidad o parcialmente la prestación de servicios de salud.¹

b) **Redes Sociales:** se dividen en dos, las cuales pueden ser primarias o secundarias:

- **Redes Sociales Primarias:** Son conjuntos de personas que se conocen entre sí, unidos por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio. Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva – positiva o negativa – más que por su carácter funcional. La contingencia de cambios en su localización temporal y geográfica no les impide mantener su carácter de territorio psíquico, afectiva, cultural e históricamente significativo.

La naturaleza de las relaciones que se dan en su interior esta basada en la reciprocidad mediata o inmediata y casi nunca son ni simétricas ni equivalentes en intensidad y contenidos.

En este tipo de redes los intercambios están caracterizados por la gratuidad. Lo que sus miembros trocan (intercambian), no puede ser sustituido mediante una adquisición económica ni ser prescripto por derecho.²

- **Redes Sociales Secundarias:** Son conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados en forma precisa para desarrollar una serie de misiones y funciones específicas (escuela, empresa, comercio, hospital,

¹ Manual de Procedimientos de Trabajo Social del INNN – MVS, INNN – MVS, México, 2006.

² Taucar, Nadia, La Perspectiva de Redes naturales: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social, Grupo E. I. E. M. Sub Equipo: S. S. Con Redes, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1998, pág. 36

juzgados, etc.), que se le reconocen socialmente como propias. Quienes las integran cumplen roles predeterminados y los intercambios que en ellas se concretan están fundados en el derecho o en el dinero.³

3.2 Procedimiento para la Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes.

Cabe mencionar que los Criterios y procedimientos para el incremento y/o aplicación de los catálogos de cuotas de recuperación (CCR) son uniformes para todos los Institutos de Salud.

Los INSALUD, asignan al usuario de los servicios que proporcionan el nivel socioeconómico para el pago de las cuotas de recuperación que corresponde a su situación económica al momento de realizar la entrevista.

De acuerdo al CCR se incluyen siete niveles para la clasificación socioeconómica, incluyendo exentos de cobro.

Cuadro 1
Pago de la cuota de recuperación de acuerdo al Nivel Socioeconómico del usuario que acudió a la Unidad de Radioneurocirugía.

NIVEL SOCIOECONÓMICO (NSE)	PORCENTAJE DE PAGO	CUOTA DE RECUPERACIÓN QUE CUBRE EL PACIENTE POR EL SERVICIO DE RADIONEUROCIROLOGÍA	ASIGNACIÓN DEL NSE DE ACUERDO A LA PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
EXENTO	0%	0	0 – 12
1	2%	\$4,000.00	13 – 24
2	5%	\$10,000.00	25 – 36
3	15%	\$30,000.00	37 – 52
4	38%	\$ 76,000.00	53 – 68
5	68%	\$136,000.00	69 – 84
6	100%	\$200,000.00	85 - 100

Fuente: Manual de Procedimientos para la Aplicación y Operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación, 2001

Cabe mencionar que las Cuotas de Recuperación están subordinadas a las políticas que la Dirección General de Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública aplique.

La asignación del NSE, contempla seis indicadores, a éstos se le dan valores porcentuales, mismos que al sumarlos, se obtiene el 100% de la calificación, esto con el fin de asignar un Nivel Socioeconómico para un adecuado pago de cuota de recuperación.

Éstos son:

³ *Ibíd.*, pág. 37

Cuadro 2
Indicadores contemplados para la asignación del NSE

INDICADORES	%
INGRESO FAMILIAR	55%
OCUPACIÓN	10%
ALIMENTACIÓN	10%
TIPO DE VIVIENDA	18%
LUGAR DE RESIDENCIA	5%
ESTADO DE SALUD FAMILIAR	2%
TOTAL	100%

Fuente: Manual de Procedimientos para la Aplicación y Operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación, 2001

“Con estos porcentajes, el ingreso familiar se constituye en el indicador básico. El resto de los indicadores afectan a la calificación en forma secundaria, pero permiten tener una idea de la condición social y económica del paciente y su familia.”⁴

Para asignar el Nivel Socioeconómico, el trabajador social realiza las siguientes actividades:

1. Recibe el Carnet e investiga los datos socioeconómicos, ya sea con el paciente o el responsable legal, esto por medio de un instrumento llamado Estudio Socioeconómico;
2. Posteriormente, solicita al entrevistado, la documentación siguiente:
 - Identificación oficial;
 - Comprobante de domicilio;
 - Datos de ingresos económicos del Responsable Legal.

En caso de ser foráneo y no tener en su totalidad la documentación solicitada, se omite por razones de tiempo y recursos económicos que ocasionaría enviarlo a su lugar de origen por la documentación restante. Una vez aplicado el Estudio Socioeconómico, se procede a sumar cada uno de los indicadores a fin de asignar un nivel socioeconómico, mismo que se incluirá en el Carnet.

⁴ Manual de Procedimientos para la Aplicación y Operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación, INNN – MVS, México, 2000, pág. 94

3.3 Procedimiento para la Reclasificación del Nivel Socioeconómico del paciente.

La reclasificación va a proporcionar una nueva clasificación socioeconómica con base en el Estudio Socioeconómico y la Visita Domiciliaria, a fin de que avalen su insolvencia para pagar el servicio médico proporcionado con el Nivel anterior.

La reclasificación es autorizada por la Dirección General o Dirección Médica a excepción de aquellos reasignados por actualización del Estudio Socioeconómico.

La reclasificación de Nivel Socioeconómico se aplicará de acuerdo a la valoración del Departamento de Trabajo Social, tomando en cuenta, para el caso de Radiocirugía, las siguientes características:

- a) Tratamiento Costoso cuando en el Nivel 1 rebase tres salarios mínimos mensuales vigentes, el saldo total que generó la estancia del usuario en el servicio de hospitalización y hasta cuatro salarios mínimos vigentes para el Nivel 2.
- b) Cuando la problemática socioeconómica del paciente esté interfiriendo en la continuidad de su tratamiento médico.
- c) Cuando el paciente comprueba mediante documentos oficiales que ha existido un cambio relevante en su situación socioeconómica que amerite ser revalorado, como: desempleo, gastos por enfermedad o defunción de alguno de los miembros de la familia.
- d) Cuando la Dirección General o la Dirección Médica giren instrucciones de reclasificar el caso y se envíe al Departamento de Trabajo Social el oficio autorizado.

La Reclasificación del Nivel Socioeconómico de usuarios residentes en el DF y área conurbada incluirá un reporte de Visita Domiciliaria.

En el caso de personas foráneas se mantendrá coordinación con DIF o Presidencia Municipal, a fin de que se envíe un reporte de Visita Domiciliaria.⁵

⁵ *Ibíd*em, pág. 30

CAPÍTULO CUATRO

**PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE AL
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL
VELASCO SUÁREZ.**

4.1 Perfil Socioeconómico de los usuarios que acudieron al INNN – MVS en el año 2003

El INNN- MVS atiende a miles de personas cada año, quienes acuden a dicho instituto pueden o no contar con alguna seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, etc.)

Antes de iniciar la descripción del perfil socioeconómico del usuario que acude a la Unidad de Radioneurocirugía, es necesario ubicar de manera global la población atendida en 2003¹, en este año, acudieron 6263 personas que hicieron uso de los servicios del instituto, de los cuales 73.11 % fueron personas que acudieron por primera vez y 26.89 % fueron usuarios que continuaban con algún tratamiento (también llamados subsecuentes).

Los usuarios que cuentan con seguridad social el 8.27 % acudieron por primera vez y 2.12% eran usuarios subsecuentes, mientras que la población de pacientes que no cubrían esa característica fue de 64.84 % para usuarios de primera ocasión y 24.76 % para usuarios que continuaban con algún tratamiento.

Sobre el lugar de procedencia, 2798 (el 44.68 %) son pacientes residentes del Distrito Federal, y cuyas Delegaciones con un alto índice de usuarios corresponde a Iztapalapa con 17.37%, Tlalpan (13.19%), Coyoacán (10.47%), Xochimilco (7.18%), Álvaro Obregón (7.04%), Gustavo A. Madero (6.90%), Cuauhtémoc (5.75%), Benito Juárez (5.47%), Iztacalco (5.15%), Venustiano Carranza (4.57%), Tláhuac (3.86%), Magdalena Contreras (3.61%), Miguel Hidalgo (3.43%), Azcapotzalco (3.11%), Cuajimalpa (1.68%), Milpa Alta (1.22%).

En lo referente tanto a personas del interior de la Republica Mexicana como aquéllas que residían en otros países (3465) 55.32 %, el 46.44% son residentes del Estado de México, Guerrero (6.44%), Veracruz (5.71%), Hidalgo (5.74%), Morelos (5.19%), Michoacán (5.08%), Puebla (4.73%), Guanajuato (3.92%) y Oaxaca con un 3.12% son las

¹ Informe Anual del Departamento de Trabajo Social del INNN – MVS, 2003

Entidades de donde proviene el mayor número de usuarios atendidos en el INNN – MVS, el resto de los Estados de la República Mexicana 13.27% y residentes de otros países equivalen al 0.35% restante.

En cuanto al nivel socioeconómico, podemos mencionar que del total de pacientes atendidos el 56.14 % acudieron al área de consulta externa, estos eran pacientes de primera vez 51.81% y el 4.33 % de usuarios acudieron como parte del seguimiento del paciente y que probablemente se habían encontrado en el área de Hospitalización años anteriores.

Los pacientes que se encuentran en el Área de Hospitalización 43.86 %, el 23.90% son pacientes que por primera vez ingresaron el área Hospitalaria y el 19.96 % son aquellos que continuaban bajo algún tratamiento.

Por lo tanto se menciona que en cuanto a nivel socioeconómico:

Cuadro 3
Nivel Socioeconómico del total de la población atendida en el INNN – MVS en el 2003.

NSE DEL TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL INNN – MVS.	
1	16.72%
2	40.03 %
3	28.55%
4	5.13%
5	6.12%
6	3.00%
EXENTOS DE PAGO	0.45%

Fuente: Informe Anual del Departamento de Trabajo Social Del INNN – MVS, 2003

Siendo el Nivel Socioeconómico 2 el que cuenta la mayor parte de los usuarios atendidos (40.03%), seguido del NSE 3 (28.55%), NSE 1 con el 16.72% y exenciones de pago solamente el 0.45%, en cuanto a los niveles altos (NSE 4, 5 Y 6) equivalen al 14.25% de los niveles asignados, esto quiere decir que la población de bajos recursos como el NSE 1, seguido del NSE 2 y NSE 3 y Exentos de pago son los usuarios en su mayoría que reciben atención por parte del INNN – MVS (85.75%).

Para los fines de la presente investigación, se considera que del total de los usuarios atendidos en el 2003, 309 pacientes acudieron a la Unidad de Radioneurocirugía, es decir, que la población cuyo tratamiento se realizó en éste servicio equivale al 4.93% del total de la población que acudió al Instituto de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

4.2 Perfil Socioeconómico de la Población que acudió a la Unidad de Radioneurocirugía en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

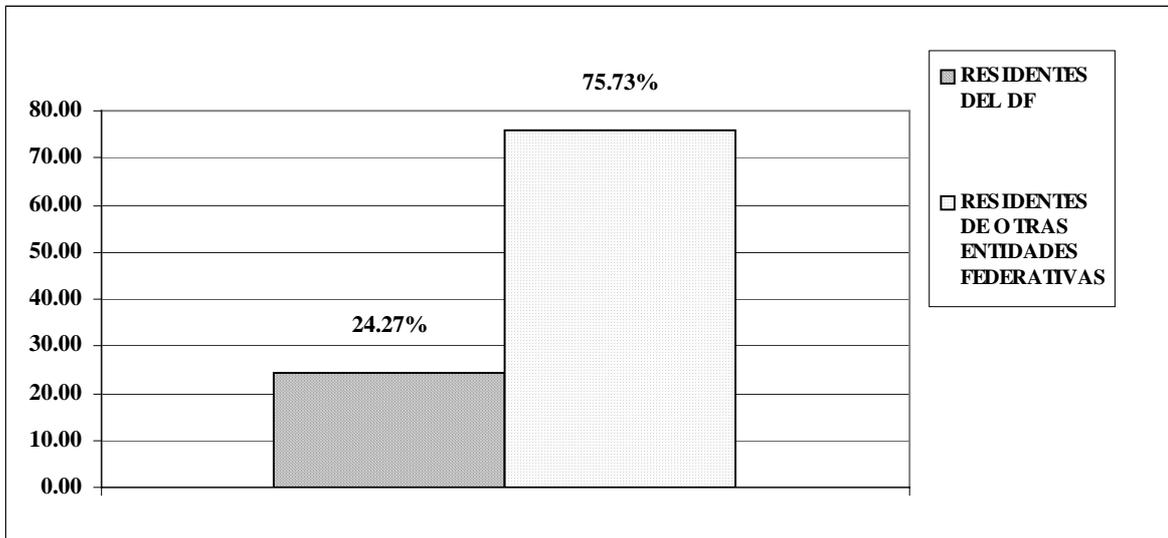
La población que acudió a la Unidad de Radioneurocirugía en el 2003 equivale al 4.93% de los casos atendidos en todos los servicios con los que cuenta el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, es decir, 309 pacientes fueron atendidos, la mayoría de los casos fue por padecimientos tales como Malformación Arteriovenosa, Adenoma de Hipófisis o Meningioma, así como otros padecimientos cuyo porcentaje por si solos no superan el 4%, pero cuya gravedad del mismo altera la dinámica familiar de cada uno de los casos, así como de la economía familiar.

Cabe mencionar que los pacientes que acudieron a este servicio no fue por primera vez, es decir, estas personas han acudido constantemente al INNN – MVS por el mismo padecimiento y distinto tratamiento en diferentes épocas de su vida, lo cual ha generado alteraciones en su esfera familiar, social o laboral y que ahí radica la importancia de la labor del trabajador social de valorar estos factores para determinar un apoyo institucional que se adecue a las necesidades de cada uno de los casos.

A continuación se describe gráficamente el perfil socioeconómico basado en los indicadores del instrumento del ESE aplicado por el personal del Departamento de Trabajo Social del INNN – MVS a los usuarios que acudieron a la Unidad de Radioneurocirugía en el año 2003.

La siguiente descripción aunque no es la parte medular de la investigación, tiene como finalidad el proporcionar la información sobre los 309 pacientes atendidos en la URNC y de ahí poder iniciar con la interpretación de los resultados obtenidos de la visita domiciliaria en el siguiente capítulo.

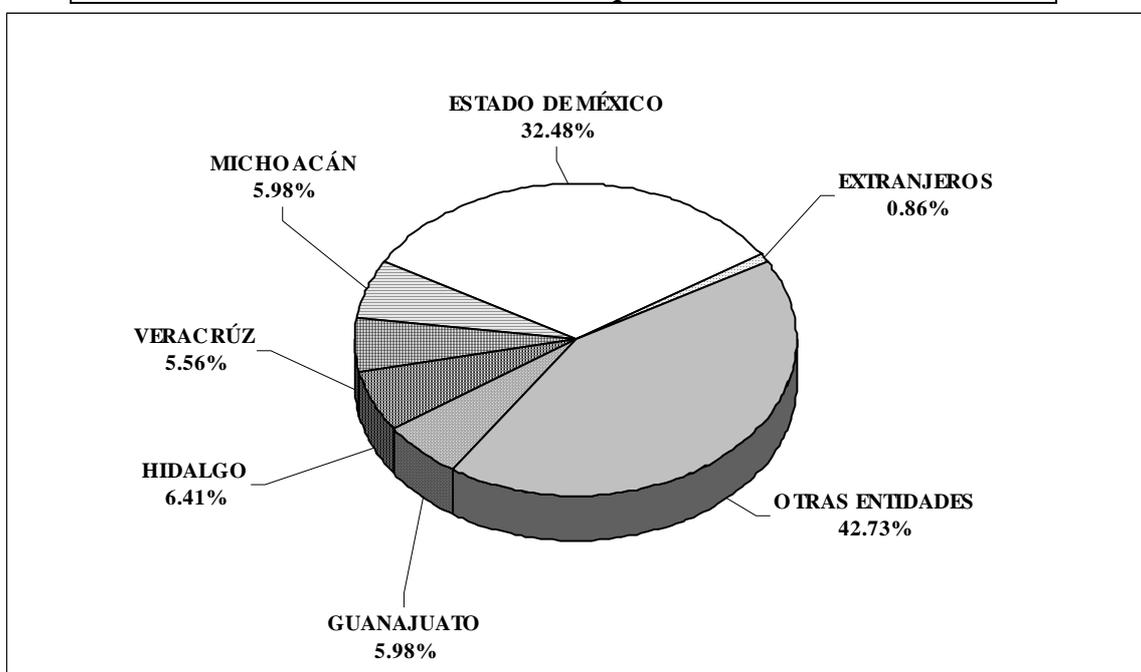
Gráfica 1
Lugar de Procedencia de los Usuarios de la URNC.



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Del total de usuarios de la URNC (309), 75.73% son usuarios que residen en el interior de la Republica Mexicana, mientras que aquellos cuyo lugar de residencia se encuentra en el Distrito Federal y que acudieron a la Unidad de Radioneurocirugía conforman el 24.27%; aquí es conveniente mencionar la distribución por género, de los pacientes que acuden de otras Entidades Federativas y otros países, el 36.25% son del género masculino, mientras que en mujeres el porcentaje es de 39.48%; en cuanto a los residentes del DF, la proporción es la siguiente, 9.06% corresponde a usuarios del género masculino, mientras que en mujeres equivale a un 15.21%. Es decir, la población por género atendida en la Unidad de Radioneurocirugía corresponde a mujeres con más de la mitad (54.69%) de los casos tratados en este servicio.

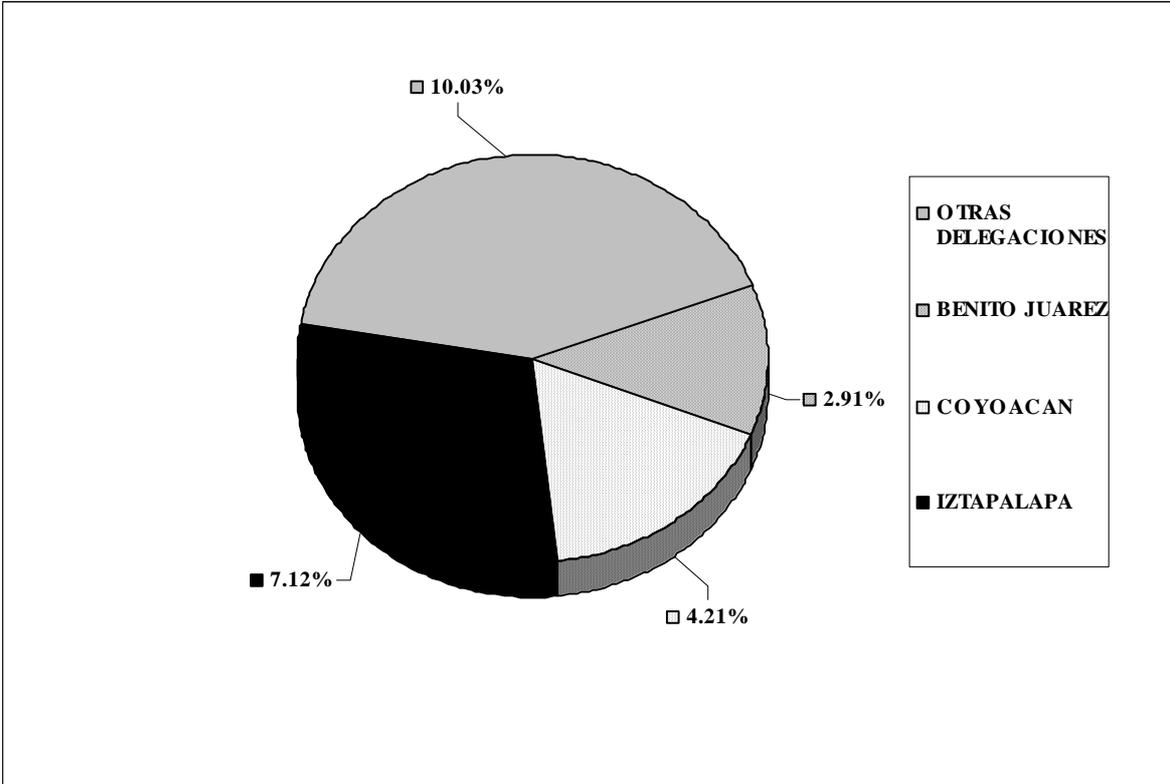
Gráfica 2
Entidad Federativa de usuarios que acudieron a la URNC



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Los servicios de salud especializados tienden a ubicarse en las grandes ciudades del país, como Monterrey, Guadalajara o la Ciudad de México, y aquellos usuarios provenientes de otras entidades donde no es posible una atención especializada para su tratamiento acuden a estas ciudades, en este caso, por tratarse de uno de los tratamientos más avanzados a nivel Nacional, la población proviene de todas partes del país así como personas que habitan en países centroamericanos como lo es Honduras y Nicaragua (0.65%) para poder tener una mejor calidad de vida que conlleve a una reincorporación a la sociedad en la que habitan; de los pacientes foráneos, podemos mencionar que el 33.01% son personas que acuden de entidades como: Zacatecas, Durango, Aguascalientes, Coahuila, Oaxaca, Chiapas, Puebla, entre otros. Sin embargo la zona geográfica de donde acude un mayor número de pacientes, (quizás por su cercanía con la Ciudad de México) es la Zona Centro del país, siendo el Estado de México (24.60%) el lugar donde existe una gran afluencia de usuarios que asistieron a la URNC, seguido de el Estado de Hidalgo con un 4.85%, Michoacán y Guanajuato con 4.53% cada uno, mientras que los usuarios provenientes del Estado de Veracruz conforman el 4.21%.

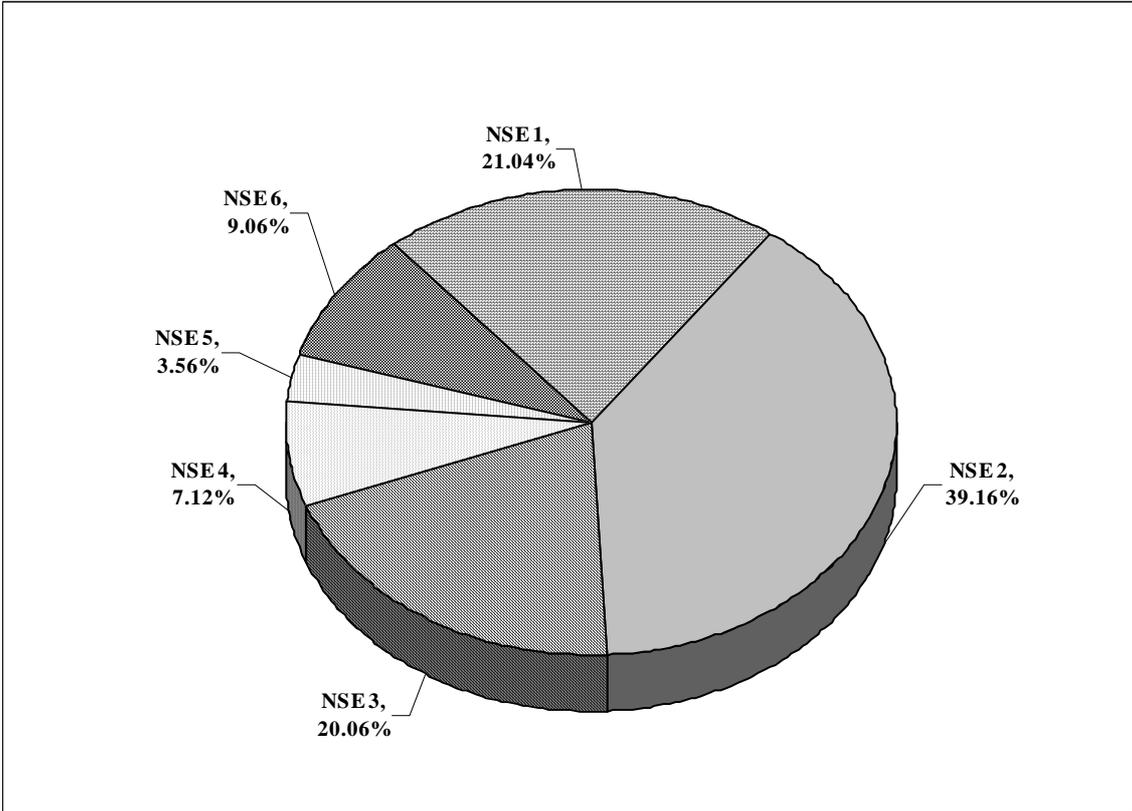
Gráfica 3
Delegaciones del Distrito Federal con mayor frecuencia en la población atendida en la URNC



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

El Distrito Federal, se divide en 16 delegaciones, Iztapalapa es el lugar de donde acudieron un mayor número de usuarios (7.12%), seguido de Coyoacán con un 4.21% y Benito Juárez con un 2.91%, otras Delegaciones como Xochimilco, Tlálpán, Gustavo A. Madero, Azcapotzalco, Magdalena Contreras, Hidalgo, Cuauhtémoc, Álvaro Obregón, Venustiano Carranza e Iztacalco conforman el 10.03%; mientras que las delegaciones como Tláhuac, Cuajimalpa y Milpa Alta no presentaron población que acudiera a la Unidad de Radioneurocirugía aunque en otros servicios del INNN –MVS se presentaron casos provenientes de estas zonas.

Gráfica 4
Nivel Socioeconómico de los usuarios atendidos en la URNC

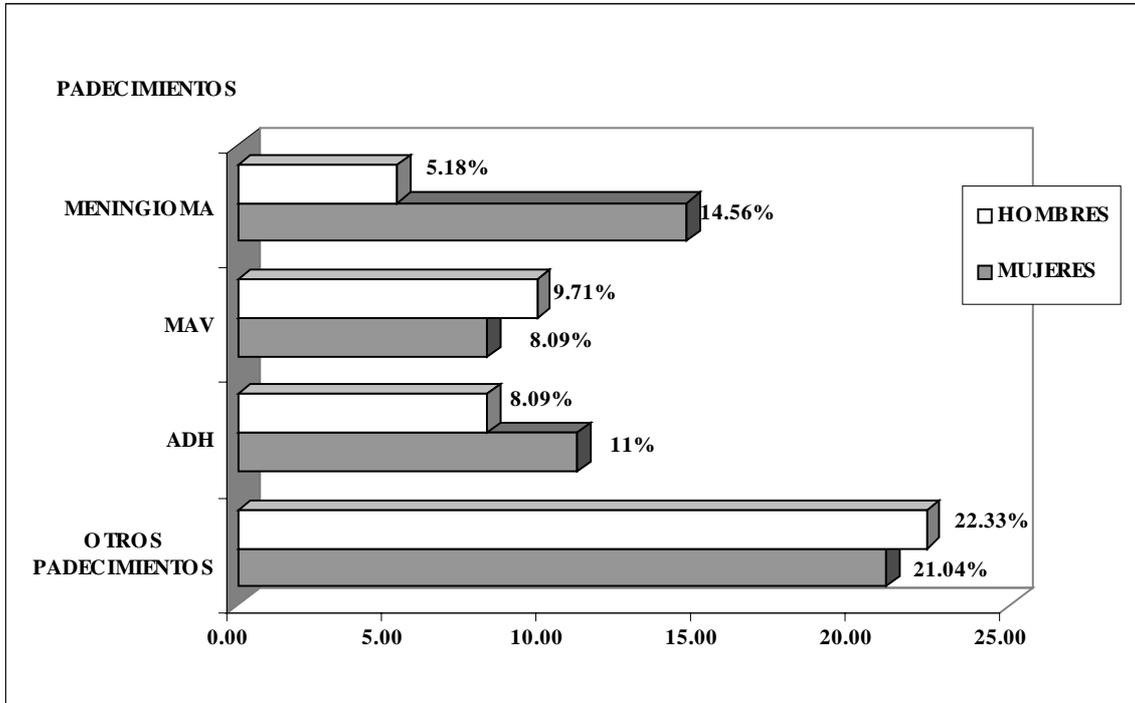


Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

El Nivel Socioeconómico 1 (Gráfica 4), de acuerdo al total de los pacientes atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía, representa a 21.04% de la población, mientras que el 39.16% son usuarios de NSE 2; el NSE 3 representa a 20.06%, NSE 4 es el 7.12%, el nivel 5 es 3.56% y el NSE 6 se conforma de un 9.06%, no existiendo personas que cuentan con Exención de Pago.

Siendo los primeros 3 Niveles Socioeconómicos, el 80.26% del total de la población atendida en la URNC, lo que al igual que en el total de la población atendida en otros servicios del INNN –MVS son éstos en su mayoría quienes reciben atención médica.

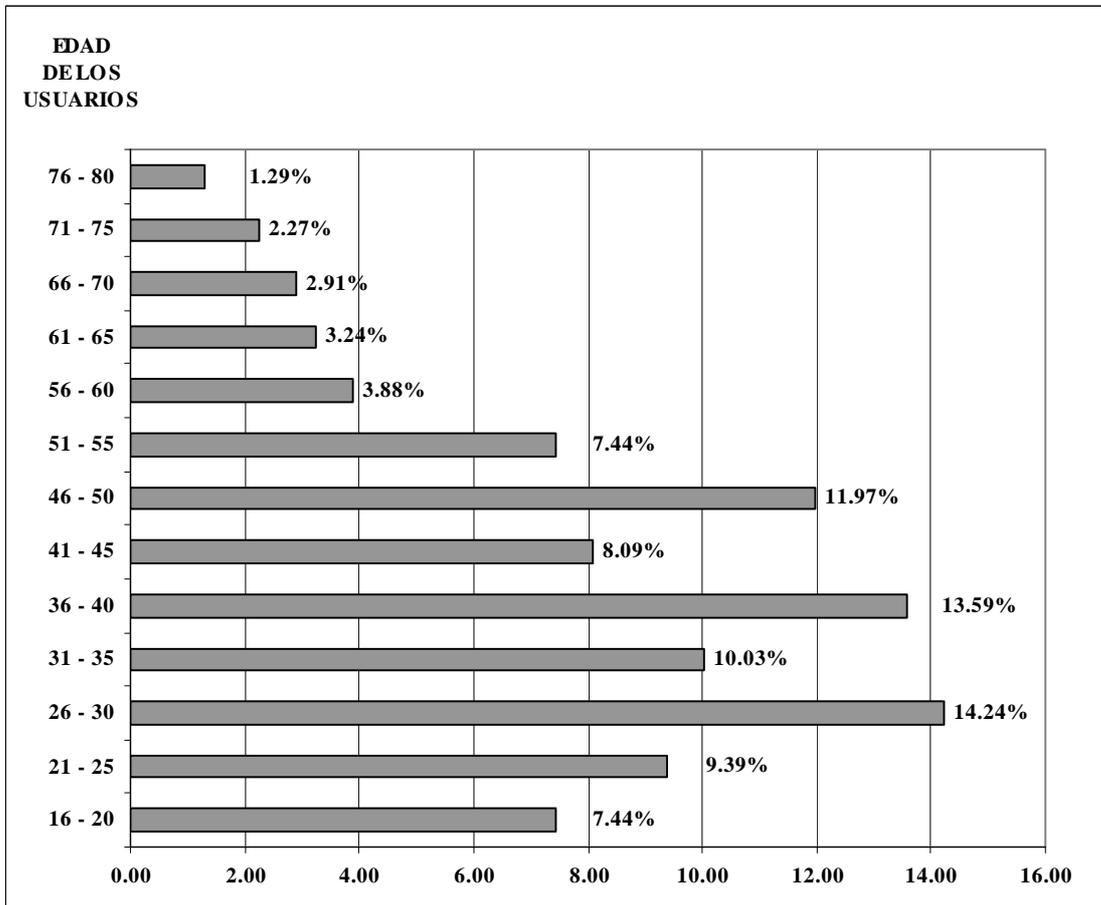
Gráfica 5
Padecimientos por de acuerdo al género de los Usuarios atendidos en la URNC



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

En cuanto al padecimiento, de acuerdo a la distribución según el género de los usuarios, se identifica lo siguiente: los usuarios cuya atención y tratamiento en Adenoma de Hipófisis (ADH) fueron del género femenino (11%), mientras que los casos de Malformación Arteriovenosa (MAV) fueron varones (9.71%), en cuanto a Meningioma la incidencia de casos repercutió en mujeres (14.56%); otros padecimientos tratados en la Unidad de Radioneurocirugía, tales como, Schwannoma, Angioma, Glioma, Germinoma, entre otros, corresponden a usuarios del género masculino (22.33%) cuyo porcentaje es ligeramente mayor que el de mujeres; sin embargo, como se mencionó anteriormente, la mayoría de casos corresponden a mujeres.

Gráfica 6
Edad de los usuarios atendidos en la URNC



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

El INNN – MVS, es una institución que solamente atiende a personas desde etapa de adolescencia hasta adultos mayores, sin embargo, y de acuerdo a la urgencia del padecimiento y de un tratamiento específico para mejorar la calidad de vida del usuario y mediante previa autorización de la Dirección General del Instituto, se presta el servicio a menores de 15 años.

En la URNC, se atendió a un 4.21% cuyas edades fluctúan entre los 6 a 15 años de edad, mientras que la atención a personas con rangos mayores a los anteriormente mencionados (16 a 80 años de edad) es un total de 95.79%.

Al realizar el análisis en la base de datos diseñada para esta investigación, se observó que el 82.20% corresponde a usuarios cuyas edades más representativas se sitúan entre los 16 a los 55 años de edad, donde aquellos cuyas edades se encuentran entre los 16 a los 20 años (7.44%) se dedican a las siguientes actividades: el 17.39% son sujetos que se encuentran desempleados, el 4.35% son empleados, 43.48% son estudiantes, 26.09% se dedican al hogar, mientras que el 8.70% no realizan ninguna de las actividades* mencionadas; siendo en casi su totalidad solteros, el 91.30%. (Ver Gráfico 8)

El siguiente rango de edades, 21 a 25 años (9.39%); el 31.03% son personas que se dedican al hogar, 24.14% no realizan ninguna actividad, 17.24% estudian, 13.79 son desempleados, 6.90% son obreros, 3.45% son empleados y profesionistas equivalen al 3.45%., siendo el 79.31% de los casos, personas solteras.

Los sujetos cuyas edades fluctúan entre los 26 a 30 años de edad (14.24%) realizan las siguientes actividades: el 29.55% se dedican al hogar, el 13.64% son desempleados, 11.36% son campesinos, el siguiente 11.36% son empleados, 9.09% no realizan ninguna actividad, 6.82% son comerciantes, personas que son obreros equivalen a 6.82%, 4.55% son profesionistas, estudiantes 4.55%, 2.27% realizan alguna actividad artesanal. El 50% de los casos son personas casadas, 6.82% viven en unión libre, 40.91% son solteros y 2.27 son viudos.

El rango de edad (31 a 35 años), corresponde a: 29.03% dedicados al hogar, 32.26% se encuentran desempleados o no realizan ninguna actividad, 9.68% son obreros; 6.45% se dedican al comercio; 12.90% son artesanos, campesinos, empleados y estudiantes (que equivalen a 3.23% en cada uno de los casos). De acuerdo a su estado civil, el 45.16% son casados, 29.03% son solteros, 12.90% viven en unión libre, 6.45% son separados y/o personas viudas.

En personas de 36 a 40 años de edad, se observa lo siguiente: 45.24% se dedican al hogar, mientras que el 19.05% son personas desempleadas (9.52%) o no realizan ninguna actividad (9.52%); 35.71% de los casos en este rango de edades realizan alguna ocupación, como puede ser empleado (9.52%), comercio (7.14%), artesanos (7.14%), obrero (4.76%),

* Las personas que se ubican en la categoría de “No realizan ninguna actividad” son individuos cuyo padecimiento no les permite realizar alguna actividad física extenuante, aun cuando se encuentran en el hogar.

profesionista (4.76%) y campesinos (2.38%). Siendo un poco más de la mitad casados (64.58%).

De 41 a 45 años de edad, 40% se dedican al hogar, desempleados (12%) o que no realizan ninguna actividad (8%) equivalen al 20%, mientras que quienes realizan alguna actividad productiva conforman el 40% restante, siendo en 68% de los casos personas casadas.

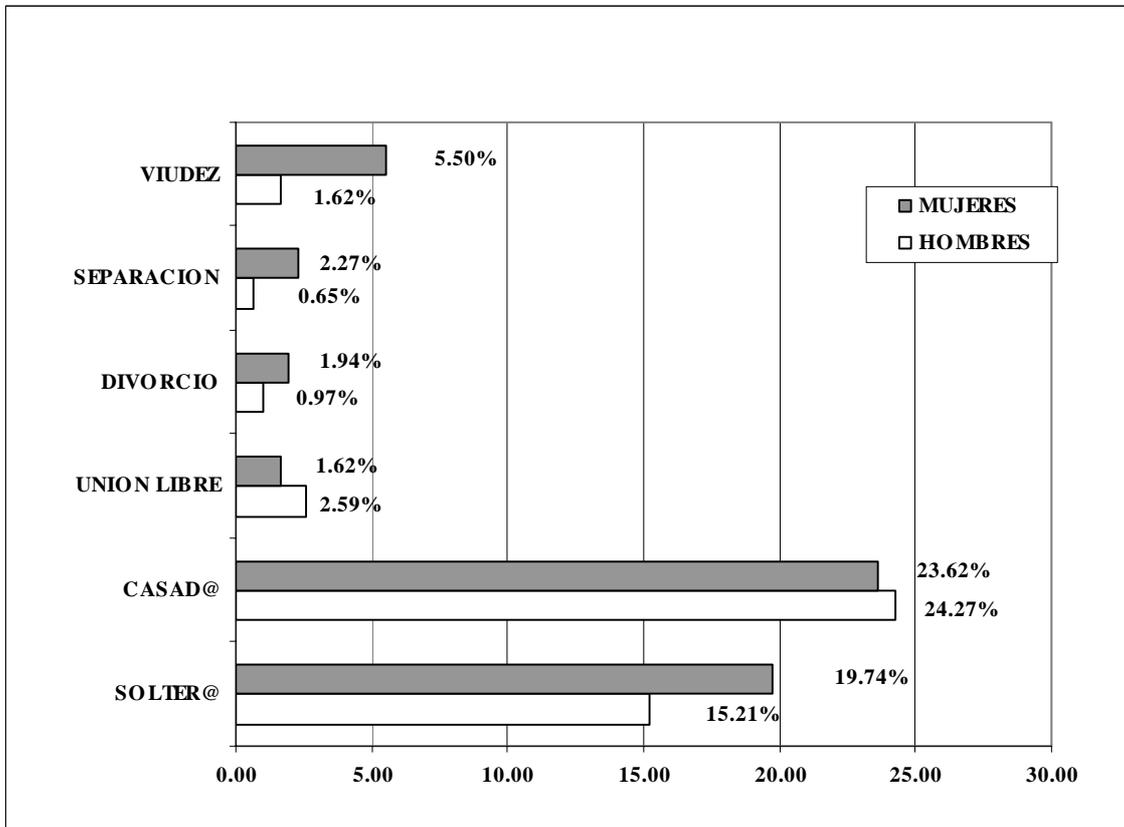
Personas de entre 46 a 50 años de edad, 40.54% se dedican al hogar, 21.62% se encuentran desempleados 5.41% o no realizan ninguna actividad (16.22%); 37.84% realizan alguna actividad.

Sujetos cuyas edades se encuentran entre los 51 a 55 años de edad, el 52.17% se dedican al hogar, mientras que se observa una decrecimiento en personas desempleadas (4.35%) o no realizan ninguna actividad (4.35%) conforman el 8.70%, mientras que aquellos sujetos que realizan alguna actividad contemplan el 39.13%.

En resumen la actividad importante que realizan los usuarios, independientemente de su edad es el hogar con un 36.61%, mientras que el 23.62% son personas desempleadas o que no se dedican a alguna actividad y estudiantes con el 7.09%, es decir, el 67.32% de las personas cuyas edades fluctúan entre los 16 a 55 años de edad que acuden a la URNC no realizan una actividad económica remunerada.

A partir de los 26 años se observa un incremento en personas que deciden vivir al lado de una pareja.

Gráfica 7
Estado Civil de los usuarios atendidos en la URNC



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

De acuerdo al Estado Civil de los usuarios, el 47.90% son personas casadas del género masculino (24.27%), esta misma situación se presenta en los varones que viven en Unión Libre (2.68%), sin embargo, cuando existe un divorcio o una separación, son las mujeres quienes se encuentran en esta etapa (1.94% en divorcio y 2.27% en separación), en algunos casos de las mujeres, {éstas suelen ser desprotegidas por sus parejas sentimentales cuando se va agravando su salud y afecta la economía familiar, teniendo que apoyarse en la familia de origen para poder educar a los hijos, cubrir costos del tratamiento o acompañamiento a sus citas médicas.

Cuadro 4
Nivel Académico de los usuarios atendidos en la URNC, según Género

GÉNERO / ESCOLARIDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	F	% GLOBAL
ANALFABETA	7	2.27%	4	1.29	11	3.56
PRIMARIA	21	6.80%	32	10.36	53	17.15
PRIMARIA EN CURSO	1	0.32%	5	1.62%	2	1.94
PRIMARIA INCOMPLETA	12	3.88%	23	7.44	35	11.33
SECUNDARIA	23	7.44%	23	7.44	46	14.89
SECUNDARIA EN CURSO	1	0.32%	0	0.00	1	0.32
SECUNDARIA INCOMPLETA	6	1.94%	5	1.62	11	3.56
NIVEL ACADEMICO MEDIO SUPERIOR	19	6.15%	39	12.62	58	18.77
MEDIO SUPERIOR EN CURSO	2	0.65%	6	1.94	8	2.59
MEDIO SUPERIOR INCOMPLETO	8	2.59%	1	0.32	9	2.91
LICENCIATURA	31	10.03%	23	7.44	54	17.48
LICENCIATURA EN CURSO	0	0	2	0.65	2	0.65
LICENCIATURA INCOMPLETA	6	1.94%	5	1.62	11	3.56
POSGRADO	3	0.97%	1	0.32	4	1.29
TOTAL	140	45.31%	169	54.69	309	100

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

El nivel académico² de los usuarios es el siguiente: personas que no cuentan con ningún tipo de estudio, es decir analfabetas (3.56%) de los cuales el 2.27% lo ocupan los hombres. Del total de pacientes, el 49.19% de la población se encuentra en Nivel Académico Básico (Primaria y Secundaria), siendo las mujeres que solamente cursaron dicho nivel (17.80%), mientras que las personas que actualmente cursan la primaria, es decir los infantes que fueron atendidos por disposición de las autoridades del instituto, integran el 1.94% siendo

² Los Niveles Académicos, son asignado de acuerdo a la Secretaría de Educación Pública, <http://www.sep.gob.mx>

la población del género femenino la más recurrente en este tipo de casos con el 1.62% y aquellos casos de sujetos que no concluyeron sus estudios (14.89%); en estos dos últimos casos (cursando y no concluyeron), se trata de personas adultas que solamente estudiaron ese nivel por cuestiones ajenas al padecimiento que presentan en la actualidad o de niños y adolescentes que actualmente no pueden continuar con sus estudios debido a complicaciones de su enfermedad.

En cuanto a Nivel Medio Superior (Bachillerato, Preparatoria o Carrera Técnica) se integra con un 24.27%, de los cuales son mujeres (14.89%) que cursaron (12.62%), cursan (1.94%) o que no concluyeron por motivos relacionados con el padecimiento o por causas ajenas a éste.

Los usuarios con estudios de licenciatura y posgrado (22.98%), son sujetos del género masculino, 12.94% han cursado 10.03%, o no concluyeron con sus estudios (1.94%) o cuentan con una especialidad en su carrera (0.97%).

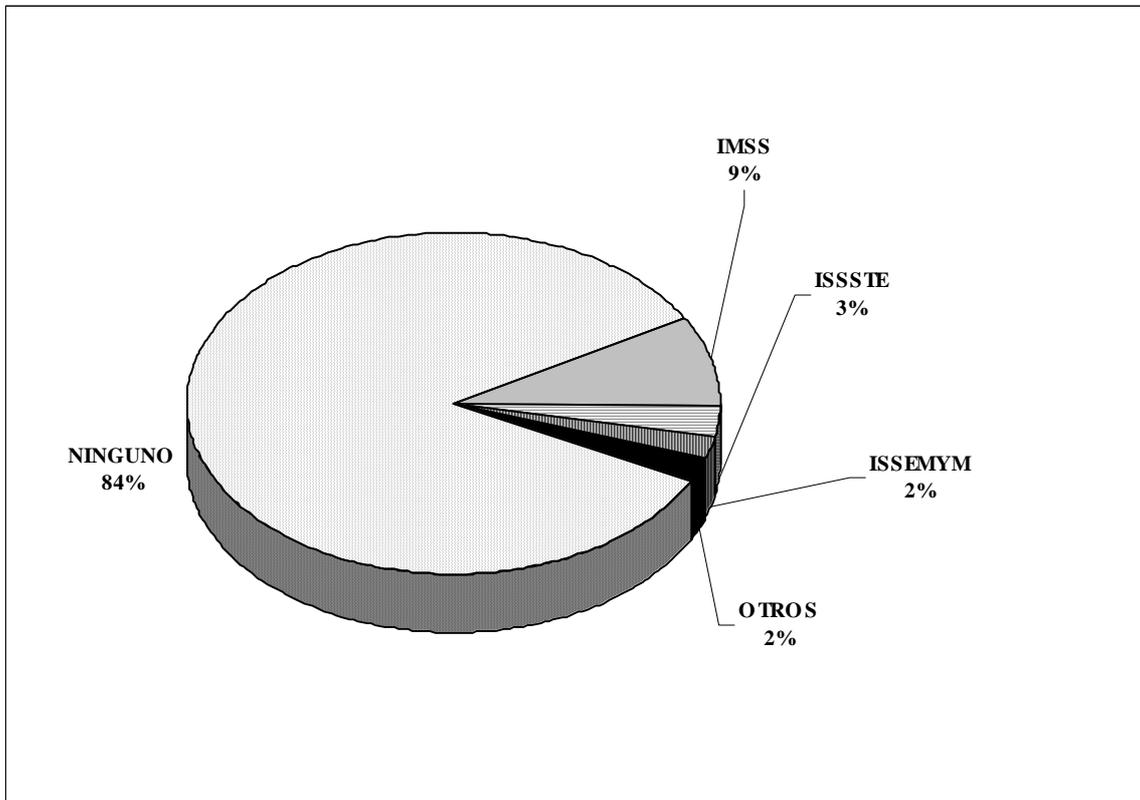
Gráfica 8
Ocupación de los usuarios atendidos en la URNC

OCUPACION	F	%
ARTESANO	9	2.91%
CAMPESINO	11	3.56%
COMERCIANTE	12	3.88%
DESEMPLEADO	35	11.33%
EMPLEADO	22	7.12%
ESTUDIANTE	28	9.06%
HOGAR	118	38.19%
NINGUNA	38	12.30%
OBRERO	14	4.53%
PENSIONADO	6	1.94%
PROFESIONISTA	16	5.18%
TOTAL	309	100%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Las ocupaciones se distribuyen de la siguiente forma: el 38.19% son personas que se dedican a actividades del hogar, siendo en su mayoría la población femenina 36.25% quienes realizan estas actividades. Las personas que no realizan ninguna actividad, por su salud se integra del 12.30% siendo en su mayoría personas del género masculino (9.71%); posteriormente las personas Desempleadas ya sea por motivos de salud o por cuestiones ajenas a su padecimiento se conforma de un 11.33% en donde los hombres son la población mayoritaria (8.74%). El 9.06% son personas que se dedican solamente al estudio, empleados (7.12%), profesionistas 5.18%, obreros 4.53%, comerciantes 3.88%, 3.56% campesinos, 2.91% artesanos y 1.94% pensionados. Esto sugiere que la población atendida en la URNC son sujetos de escasos recursos y que basados en el Nivel Socioeconómico son personas con niveles 1, 2 y 3.

Gráfica 9
Seguro Social en los usuarios atendidos en la URNC



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

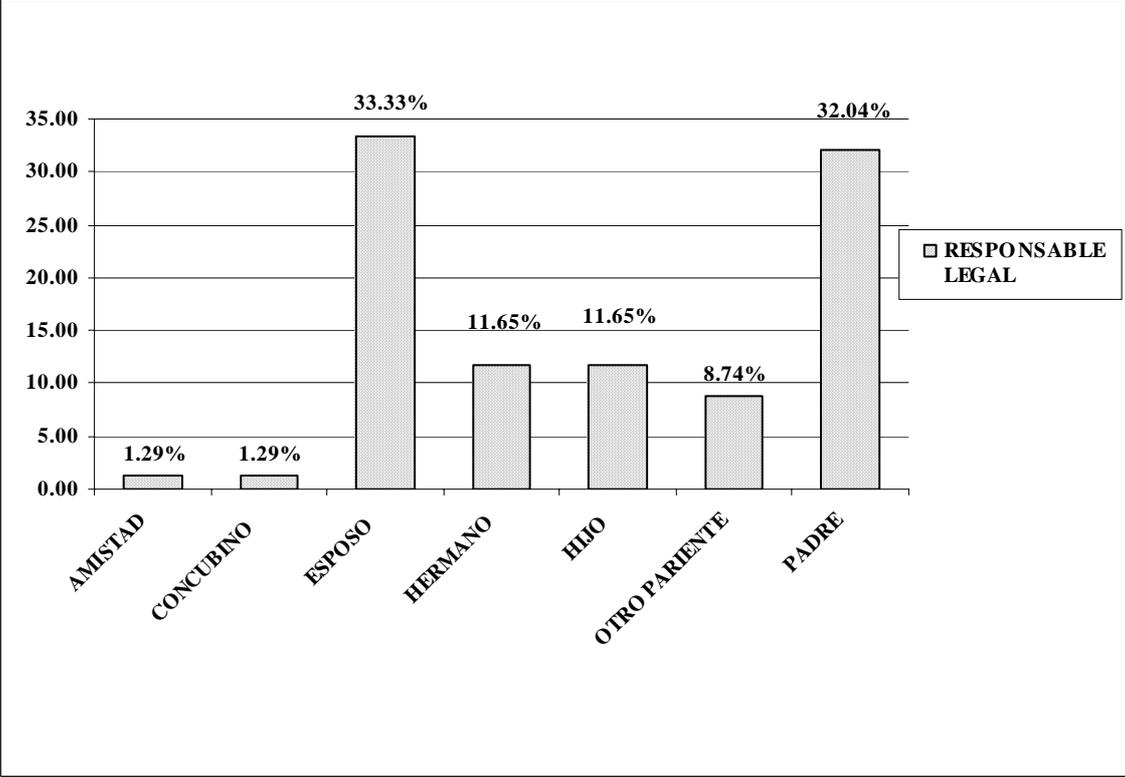
En relación a las personas que cuentan con seguridad social, el 84.14% son personas no derechohabientes a ningún servicio de seguridad social, lo cual mantiene relación con los niveles socioeconómicos 1, 2 y 3, siendo en menor cantidad la población con NSE 5 ó 6. Las personas que cuentan con IMSS conforma el 8.74%, en muchos casos referían asistir al servicio que proporciona el INNN-MVS debido a la desconfianza que manifestaban en cuanto a la calidad de atención o a la falta de un equipo avanzado para su atención. La situación es la misma en cuanto a usuarios con ISSSTE (2.59%), sin embargo aunque estas personas eran derechohabientes, no tenían apoyo de las mismas para subrogar el tratamiento; mientras que ISSEMYM (2.27%) subrogó el total del costo del tratamiento a sus usuarios. El 2.27% restante son personas con otro tipo de seguro, como puede ser

Seguro Banamex, Seguro del Sistema de Transporte Colectivo Metro o de otro país como en el caso de Honduras.

En estos casos también fueron subrogados por su servicio y asignado, al igual que los usuarios con ISSEMYM, el Nivel Socioeconómico '6'.

Las personas que acuden a solicitar atención médica en un INSALUD, deben asistir con una persona de su entera confianza quien decidirá por el paciente cuando éste se encuentre imposibilitado para realizarlo, ya sea para trámites administrativos, como puede ser el pago de la cuota de recuperación por uso de los servicios médicos, días de hospitalización o para recibir noticias sobre el estado de salud del paciente, a este sujeto se le conoce como el Responsable Legal (R. L.) y que no necesariamente será el principal proveedor económico del hogar, puesto que el paciente puede ser quien ostente ese rol en el núcleo familiar, sino que también puede ser alguien que dispone de mayor tiempo libre para acompañar al usuario a el instituto.

Gráfica 10
Parentesco del Responsable Legal (RL) en los usuarios atendidos en la URNC



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

En esta cuestión, los padres conforman el 32.04%, siendo común en los casos atendidos que la madre (20.06%) acompañe a su hijo o hija a su atención médica; los usuarios también son asistidos por su cónyuge (33.33%) siendo personas del género femenino (17.48%) quienes apoyan a sus parejas varones a asistir a su tratamiento, en este rubro los esposos que acompañan a su esposa al Instituto conforman el 15.86%.

Cuando el responsable legal es uno de los descendientes (11.65%) suelen ser las mujeres (6.15%) quienes acompañan a sus padres al instituto, en el caso de vástagos varones que acompañan a sus padres integran el 5.50%. Sin embargo, existen casos en que los familiares no pueden acompañar a los pacientes y por lo tanto debe hacerlo una persona de confianza o amistad (1.29%) donde varones cubren en su totalidad esta característica.

Cuadro 5
Ocupación del Responsable Legal (RL) de los usuarios atendidos en la URNC

OCUPACIÓN DEL RESPONSABLE LEGAL		
ACTIVIDAD	FREQ.	%
ARTESANO	8	2.59%
CAMPESINO	15	4.85%
COMERCIANTE	46	14.89%
DESEMPLEADO	8	2.59%
ESTUDIANTE	10	3.24%
EMPLEADO	39	12.62%
HOGAR	104	33.66%
OBRERO	44	14.24%
PENSIONADO	13	4.21%
PROFESIONISTA	22	7.12%
TOTAL	309	100%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

La ocupación de cada uno de los responsable son: Hogar 33.66%, 14.89% corresponde a comerciantes; 14.24% obreros, 12.62% empleados, 7.12% profesionista, 4.85% campesino, pensionado 4.21%, estudiante 3.24%, artesano 2.59% y desempleados 2.59%.

Una vez realizada la descripción del perfil socioeconómico de los pacientes atendidos tanto de manera general como los de la URNC, se procede a presentar de manera cuali-cuantitativa, los resultados obtenidos de las visitas domiciliarias.

CAPÍTULO CINCO

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA VISITA DOMICILIARIA REALIZADA A LOS USUARIOS RESIDENTES DEL DF QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROLOGÍA EN EL INNN – MVS EN EL 2003.

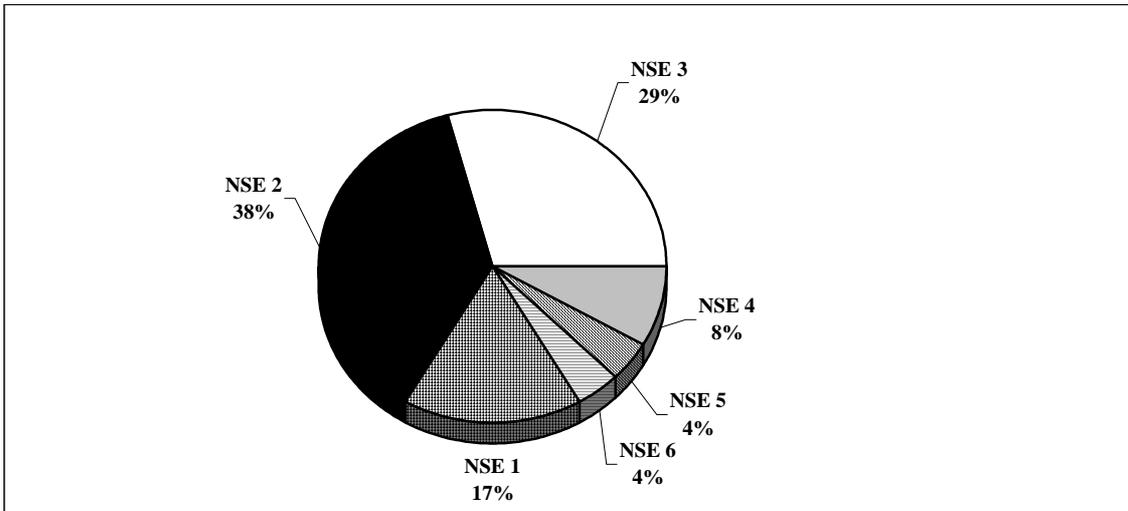
Siendo ésta una investigación de tipo retrospectivo, transversal, descriptiva y observacional, el objetivo general, fue analizar los resultados obtenidos de la visita domiciliar realizada a los pacientes residentes del Distrito Federal que acudieron a la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS en el año 2003, para evaluar el apoyo institucional.

La hipótesis menciona que **la visita domiciliar determina el mantenimiento del nivel socioeconómico obtenido a través del estudio socioeconómico.**

5.1 *Análisis Cuantitativo y Cualitativo*

Cuadro 6
Nivel Socioeconómico de los Usuarios Residentes del Distrito Federal que acudieron a la URNC, previo a realizar la Visita Domiciliar por parte del Equipo del Departamento de Trabajo Social del INNN – MVS

NSE ANTERIOR	FRECUENCIA	%
1	8	16.67%
2	18	37.50%
3	14	29.17%
4	4	8.33%
5	2	4.17%
6	2	4.17%
TOTAL	48	100

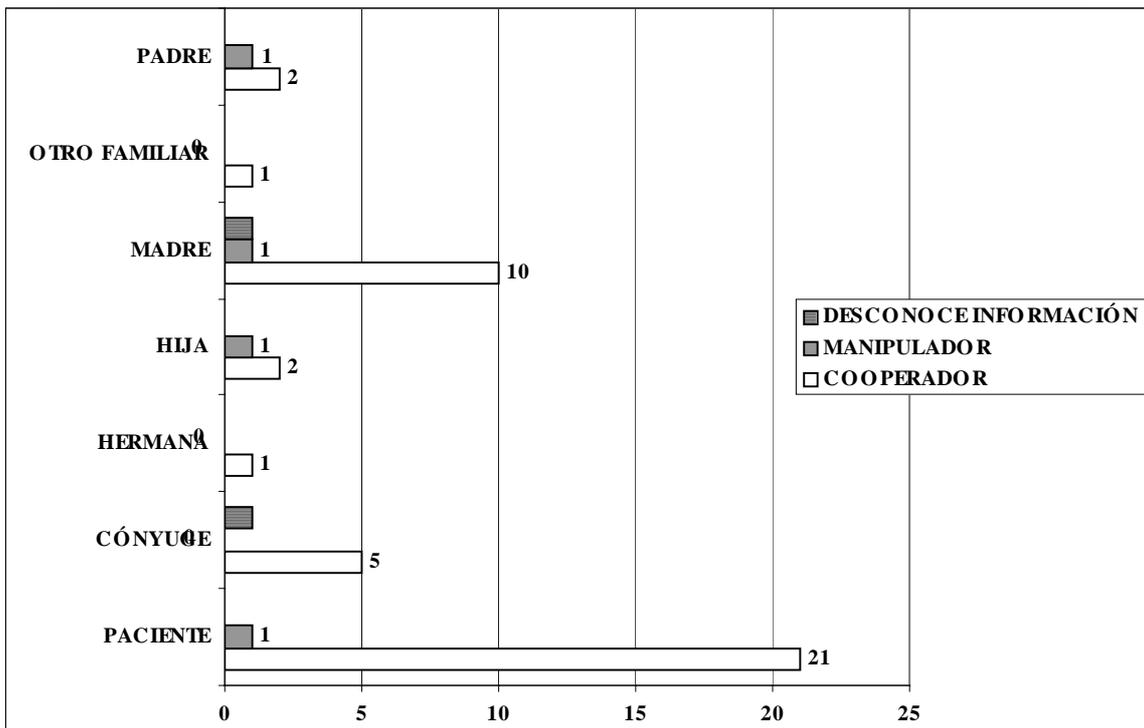


Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

De acuerdo a los datos obtenidos se observó que de 48 visitas domiciliarias realizadas el 16.67% son usuarios con NSE 1, el Nivel Socioeconómico 2 es de 37.50%, NSE 3 se conforma de 29.17%, mientras que los niveles que presentan una menor frecuencia son el NSE 4 con 8.33%; NSE 5 y 6 representan por si solos 4.17%.

Cuadro 7
Persona entrevistada al momento de realizar la visita domiciliaria a los usuarios residentes del DF

ENTREVISTADO	ACTITUD DEL ENTREVISTADO			TOTAL	
	COOPERADOR	MANIPULADOR	DESCONOCE INFORMACIÓN		
PACIENTE	21	1	0	TOTAL	
CÓNYUGE	5	0	1		
HERMANA	1	0	0		
HIJA	2	1	0		
MADRE	10	1	1		
OTRO FAMILIAR	1	0	0		
PADRE	2	1	0		
FRECUENCIA	42	4	2		48
%	87.50%	8.33%	4.17%		100%



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

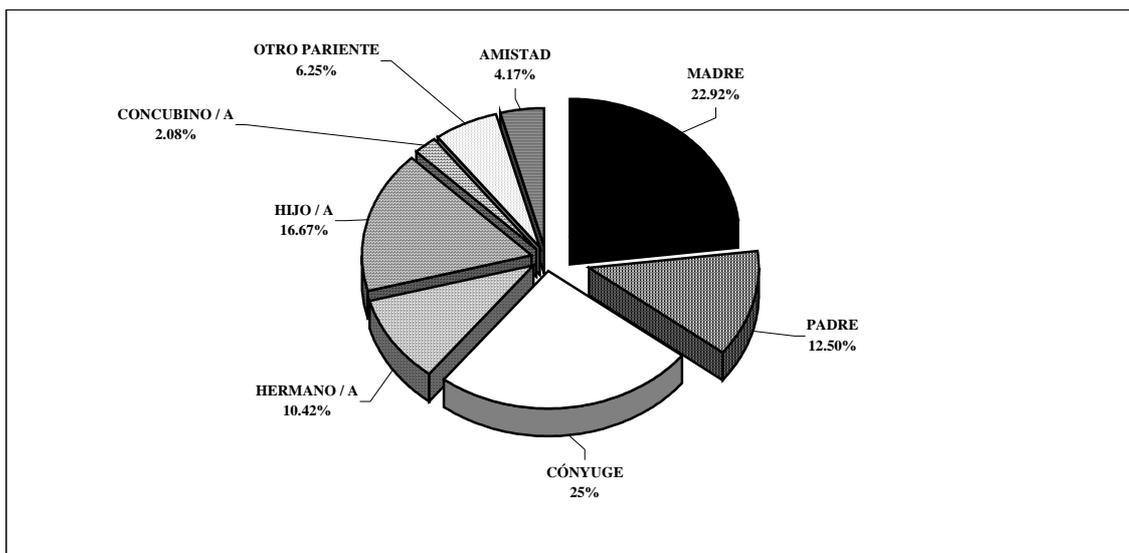
Al momento de realizar la Visita Domiciliaria, la actitud del entrevistado fue cooperador con una frecuencia de 42; la información se obtuvo directamente del paciente (21), seguido de 10 casos donde fue la madre con quien se realizó la entrevista, en 5 visitas la persona que proporcionó la información fue su cónyuge, en uno fue la hermana del paciente, así como otro pariente del usuario, 2 fueron hijas del paciente, esta misma frecuencia se observó en aquellos casos donde se obtuvo información por parte del padre.

En cuatro casos (el propio paciente, madre, padre e hija), el entrevistado tendió a manipular la información a fin de recibir un apoyo institucional (Reclasificación); sin embargo, una vez realizada la entrevista en el domicilio del paciente y de cotejar los datos con el Estudio Socioeconómico, el plan de acción consistió en orientarlos para generar redes de apoyo con otros familiares, ya que su situación socioeconómica se ajustaba a lo establecido previamente en el ESE.

Las personas que desconocen información, como ingresos del proveedor económico fueron dos de 48 casos.

Cuadro 8
Parentesco del responsable legal de los usuarios residentes del DF

RESPONSABLE LEGAL	FRECUENCIA	%
MADRE	11	22.92%
PADRE	6	12.50%
CÓNYUGE	12	25%
HERMANO / A	5	10.42%
HIJO / A	8	16.67%
CONCUBINO / A	1	2.08%
OTRO PARIENTE	3	6.25%
AMISTAD	2	4.17%
TOTAL	48	100%



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

El parentesco del Responsable Legal con una frecuencia mayor, es la del cónyuge (27.08% incluyendo la figura de concubinato); el 22.92% corresponde a la madre, mientras que el padre conforma el 12.50%, lo cual se deba, probablemente, a la percepción social que se tiene de esta figura, valorado como aquel que “debe” conseguir ingresos económicos para los gastos familiares; el hijo o hija suele ser el R. L., en este caso se detectó que el 16.67% se ubica en esta condición, hermanos (10.42%), otro pariente (6.25%); en 4.17% de los casos el responsable es una amistad del usuario.

Cuadro 9
Padecimiento por género de los usuarios residentes del DF

PADECIMIENTOS	MASCULINO	%	FEMENINO	%
ACROMEGALIA	0	0	1	2.08%
ADENOMA DE HIPÓFISIS	1	2.08%	5	10.42%
ASTROCITOMA	0	0	2	4.17%
CARCINOMA	2	4.17%	0	0
CAVERNOMA	0	0	1	2.08%
EPENDIMOMA	0	0	2	4.17%
GLIOMA	1	2.08%	3	6.25%
GLOMUS	0	0	2	4.17%
MAV	4	8.33%	4	8.33%
MENINGIOMA	3	6.25%	6	12.50%
METÁSTASIS	2	4.17%	1	2.08%
MICROADENOMA DE HIPÓFISIS	0	0	1	2.08%
NEOPLASIA	1	2.08%	0	0
NEURALGIA DEL TRIGÉMINO	0	0	1	2.08%
OLIGODENDROGLIOMA	1	2.08%	0	0
PARKINSON	1	2.08%	0	0
PROLACTINOMA	0	0	1	2.08%
SCHWANNOMA	1	2.08%	1	2.08%
TOTAL	17	35.42%	31	64.58%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Los usuarios según su género, se mantuvo de manera proporcional al total de la población atendida en la URNC, es decir, del total de visitas domiciliarias realizadas el 64.58% corresponde a mujeres, mientras que el 35.42% son hombres. Los padecimientos que tuvieron una mayor frecuencia en estos casos (47.92%), corresponde a MENINGIOMA con 18.75%, siendo las personas del género femenino la frecuencia mayor (12.50%) para éste; MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA (MAV) representa un 16.67%, ambos géneros tuvieron una frecuencia del 8.33% cada uno; ADENOMA DE HIPÓFISIS (ADH) conforma el 12.50% siendo mujeres (10.42%) quienes al realizar la visita domiciliaria mencionaban padecerla.

Cuadro 10
Tipo de familia y número de habitantes por vivienda de los usuarios residentes del DF

No. DE HABITANTES POR FAMILIA	TIPO DE FAMILIA*					No. DE HAB. %
	NUCLEAR	EXTENSA	MONOPARENTAL	COMPUESTA	TOTAL	
2	1	0	9	0	10	20.83%
3 a 6	13	13	3	2	31	64.58%
7 a 10	0	4	0	0	4	8.33%
11 a 14	0	3	0	0	3	6.25%
TOTAL	14	20	12	2	48	
TIPO DE FAMILIA %	29.17%	41.67%	25%	4.17%	100%	100%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

En tipo de familia, se observa que 14 de las 48 visitas domiciliarias realizadas, son de tipo Nuclear, siendo sólo un caso donde habitan 2 personas en la vivienda, esto porque sus hijos ya no cohabitaban en el domicilio al momento de ser visitados, mientras que en aquella donde residen de 3 a 6 habitantes la frecuencia fue de 13 casos.

La familia Extensa, aportó los siguientes datos, donde habitan de 3 a 6 habitantes corresponde a un total de 13, de 7 a 10 fueron 4 los casos donde se presentaba esta frecuencia y de 11 a 14 corresponde a tres, es decir, este tipo de familia representa 20 de los 48 usuarios visitados.

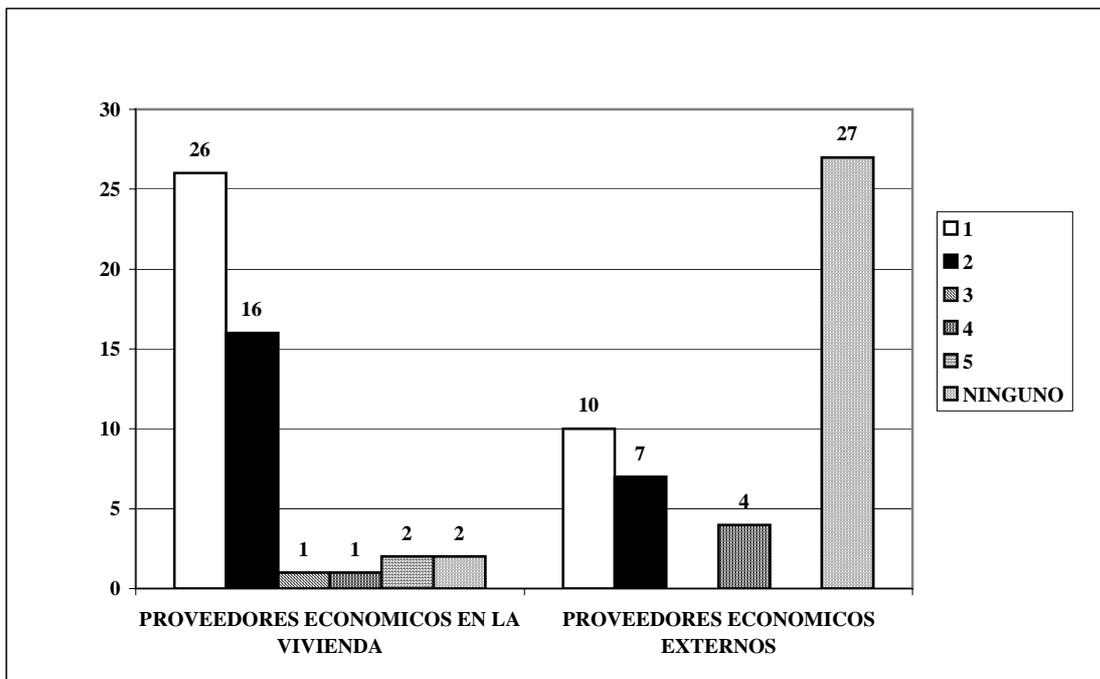
En familia Monoparental, en 9 de los casos viven 2 personas y en donde se encuentran de 3 a 6 habitantes tuvo una frecuencia de 3, dando un total de 12.

En el caso de familias compuestas, solo se observaron 2 casos de 48, donde residen de 3 a 6 personas.

* Ezequiel Ander – Egg, menciona que una Familia de Tipo Nuclear es aquella constituida por el hombre, la mujer e hijos en un mismo lugar; la Familia Extensa se refiere al conjunto de ascendientes, descendientes colaterales y afines de una familia nuclear; Familia Compuesta es un grupo formado por familias o por parte de éstas. Ander – Egg, Diccionario de Trabajo Social, Ed. El Ateneo, España, 1982, pág. 130
La familia Monoparental es donde solo existe una de las figuras paternas en la vivienda.

Cuadro 11
Proveedores Económicos (PE) en la vivienda de los usuarios residentes del DF

No. DE P. E.	P. E.	P. E. %	P. E. EXTERNOS	P. E. EXTERNOS %
1	26	54.17%	10	20.83%
2	16	33.33%	7	14.58%
3	1	2.08%	0	
4	1	2.08%	4	8.33%
5	2	4.17%	0	
NINGUNO	2	4.17%	27	56.25%
TOTAL DE P. E.	48	100%	48	100%



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

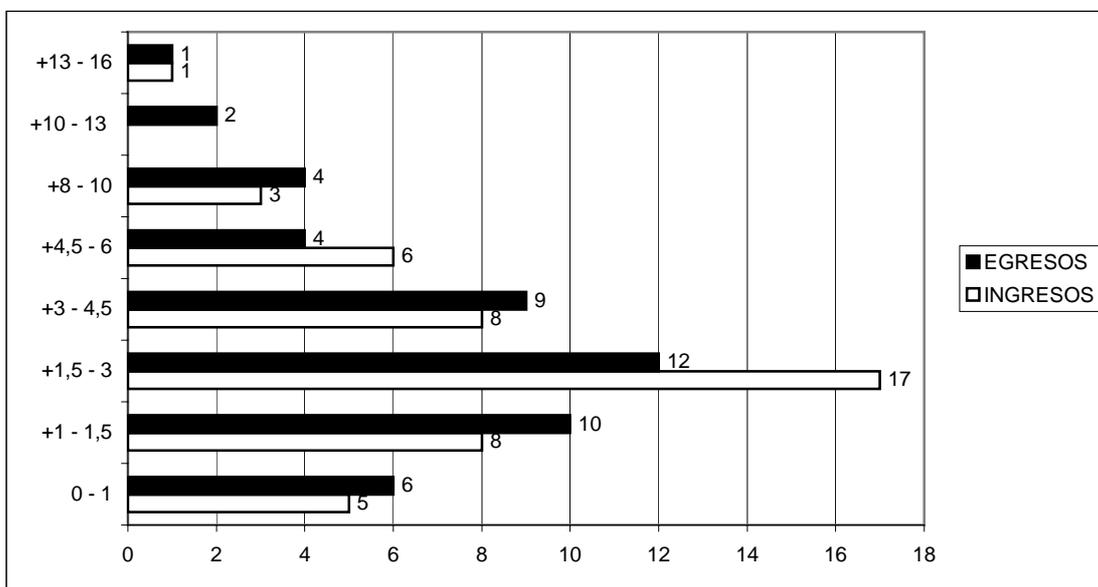
De acuerdo al número de habitantes por vivienda que se dedican a alguna actividad económica (proveedores económicos) se observaron los siguientes datos: viviendas donde solo una persona es el proveedor económico equivale al 54.17%; el 33.33% representa a 2 habitantes por vivienda; el 2.08% es de 3 habitantes; 4 proveedores económicos (P. E) 2.08%; donde existen 5 personas que cubren estas características, es del 4.17%; sin

embargo, existen dos casos (4.17%) donde no hay una persona que aporte de manera directa ingresos económicos en la vivienda, sino que, son apoyados de manera externa por familiares.

En el caso de proveedores económicos externos, el 20.83% de los usuarios son apoyados por una persona externa a la vivienda, 14.58% representa aquellos casos donde existen dos miembros que cubren esta característica, en cuatro familias se observó el apoyo de cuatro PE externos (8.33%), y donde solamente cubren los egresos del hogar los miembros que ahí viven representa el 56.25%.

Cuadro 12
Comparación entre ingresos y egresos por vivienda en el caso de los usuarios residentes del DF

SUELDO POR MES SEGÚN SALARIO MÍNIMO	INGRESOS	%	EGRESOS	%
0 - 1	5	10,42	6	12,50
+1 - 1,5	8	16,67	10	20,83
+1,5 - 3	17	35,42	12	25,00
+3 - 4,5	8	16,67	9	18,75
+4,5 - 6	6	12,50	4	8,33
+8 - 10	3	6,25	4	8,33
+10 - 13	0	0,00	2	4,17
+13 - 16	1	2,08	1	2,08
TOTAL	48	100	48	100



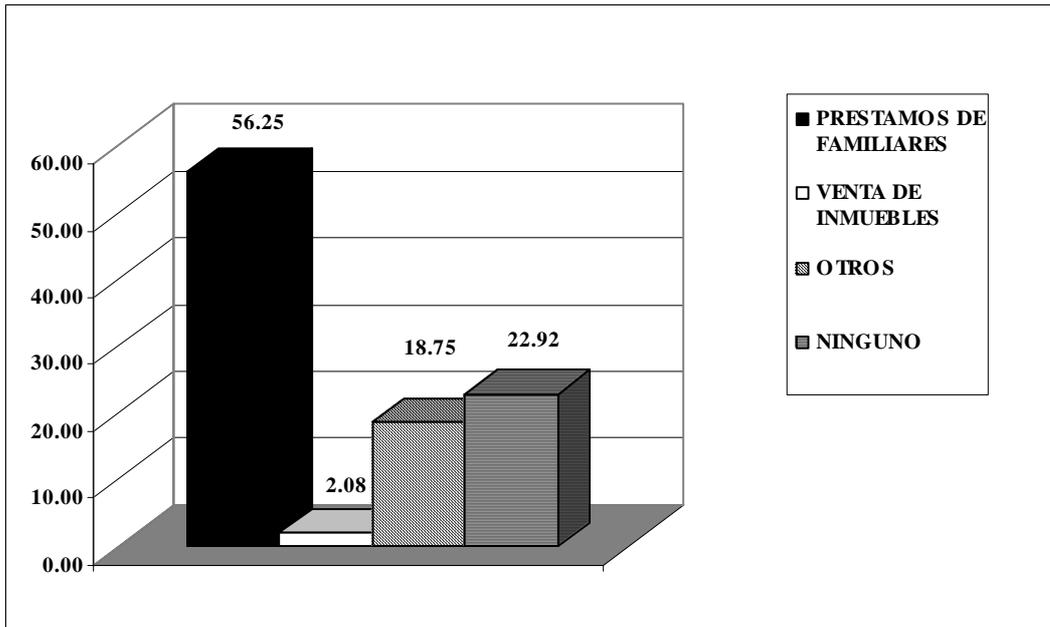
Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

El ingreso en las familias, de acuerdo al salario mínimo del 2003 (\$43.65) es el siguiente: 5 de 48 casos presentaron de 0 a 1 salario mínimo, mientras que en 8 viviendas éste se encuentra de +1 a 1½ salarios mínimos; +1½ a 3 salarios mínimos se observa una frecuencia de 17 familias que se ubica en este rango; +3 a 4½ salarios mínimos mensuales presenta una frecuencia de 16.67%, +4½ a 6 salarios mínimos (6), 3 casos cuentan con ingresos de entre + 8 a 10 salarios mínimos y solamente uno obtiene ingresos superiores de + 13 a 16 salarios mínimos, éste caso en particular sus ingresos reales eran superiores a los \$90,000.00 mensuales.

En cuanto al egreso se obtuvo la siguiente información: 6 familias mantienen egresos inferiores entre los 0 a 1 salario mínimo por mes, +1 a 1½ salarios mínimos se observaron 10 casos, +1½ - 3 salarios mínimos presenta una frecuencia de 12; 9 de 48 tiene egresos mayores a 3 y menores a 4½ salarios mínimos; más de 4 ½ a 6 salarios mínimos fueron 4; de mayores a 8 y menores a 10 salarios mínimos cuenta con 4 del total de casos visitados, salarios mínimos superiores a 10 y menores a 13 son 2 y más de 13 salarios mínimos y menores a 16 solamente uno.

Cuadro 13
Recursos utilizados para cubrir déficit de los usuarios residentes del DF

DÉFICIT	FRECUENCIA	%
PRÉSTAMOS DE FAMILIARES	27	56.25%
VENTA DE INMUEBLES	1	2.08%
OTROS	9	18.75%
NO EXISTE DÉFICIT	11	22.92%
TOTAL	48	100%

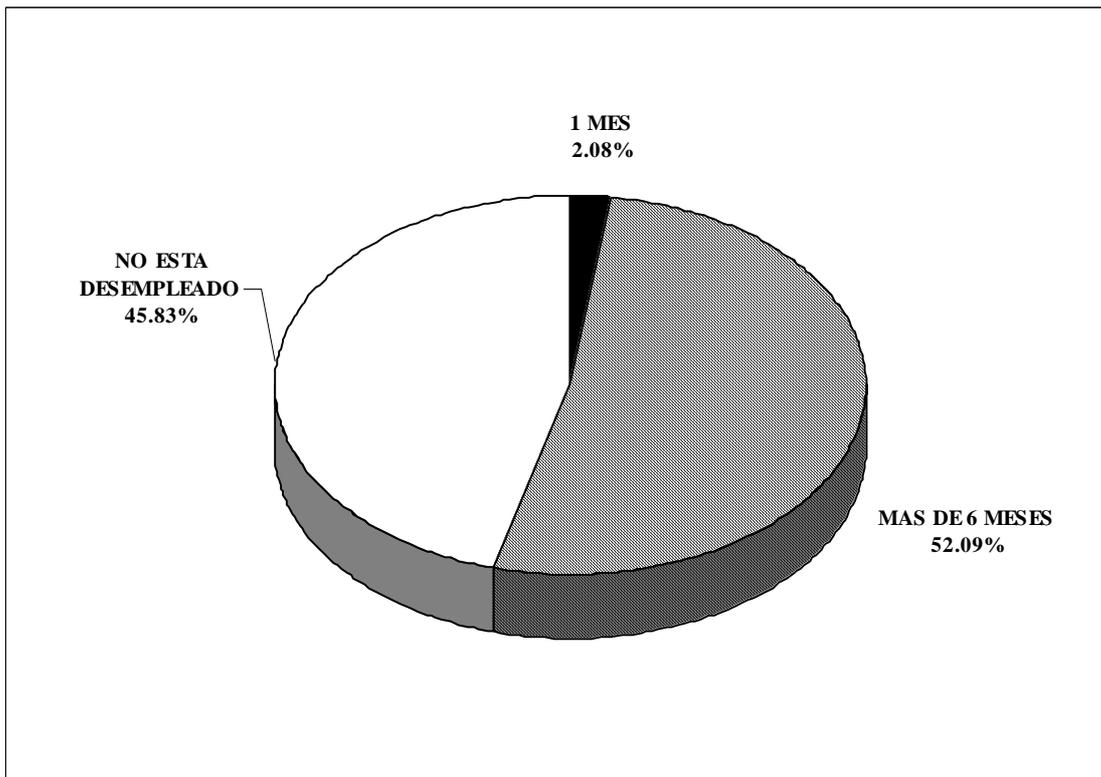


Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Los ingresos pueden ser inferiores a los egresos que la familia tiene de manera mensual, sin embargo, para poder cubrir ese costo extra, establecen redes de apoyo internas con otros familiares (56.25%), venta de bienes inmuebles (18.75%) u otros (18.75%) como puede ser el apoyo económico por parte de amistades o financiamiento por parte del trabajo, otros sin embargo, no cuentan con ningún apoyo (22.92%).

Cuadro 14
Desempleo del principal proveedor económico

TIEMPO DE DESEMPLEADO	FRECUENCIA	%
1 MES	1	2.08%
MAS DE 6 MESES	25	52.09%
TOTAL	26	54.17%



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

El 52.09% de las personas entrevistadas mencionaron que el paciente o el PE, se encuentra desempleado desde hace más de 6 meses, mientras que el 2.08% se encuentra en inactividad económica desde hace un mes, es decir, poco más de la mitad de los principales proveedores o el mismo paciente no se incluyen dentro de las personas económicamente activas (45.83%).

Cuadro 15
Ocupación del responsable legal o de los usuarios residentes del DF

ACTIVIDAD	PACIENTE	%	RESPONSABLE LEGAL	%
ARTESANO	2	4.17%	1	2.08%
CAMPESINO	0	0.00%	1	2.08%
COMERCIANTE	1	2.08%	9	18.75%
EMPLEADO	1	2.08%	6	12.50%
HOGAR	20	41.67%	11	22.92%
OBRERO	3	6.25%	11	22.92%
PENSIONADO	0	0.00%	3	6.25%
ESTUDIANTE	4	8.33%	0	0.00%
PROFESIONISTA	0	0.00%	5	10.42%
NINGUNO	9	18.75%	0	0.00%
DESEMPLEADO	8	16.67%	1	2.08%
TOTAL	48	100%	48	100%

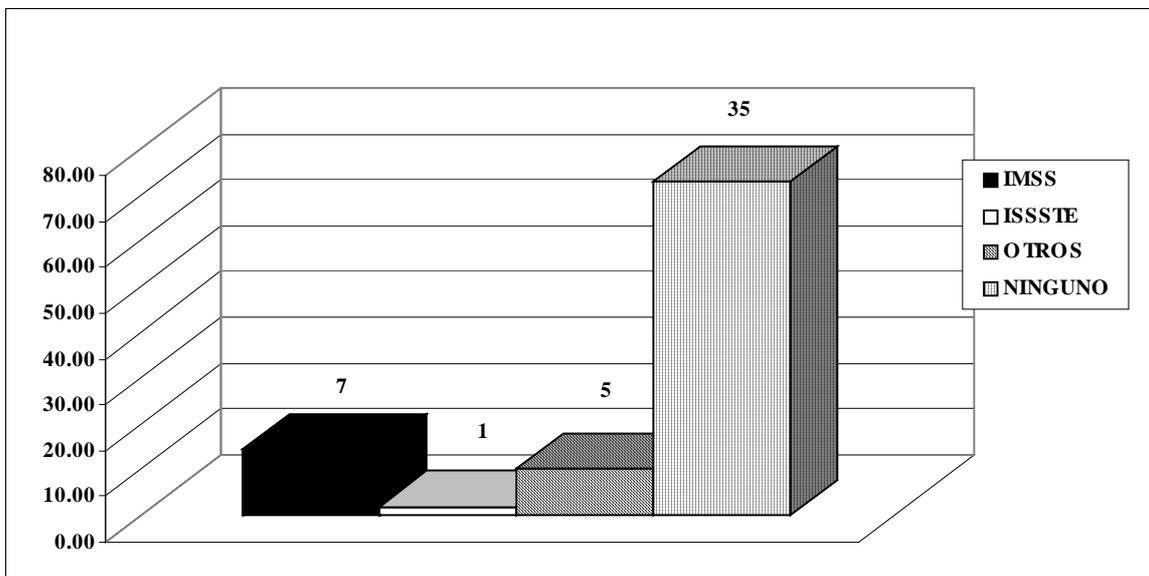
Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

En cuanto a los *pacientes* la situación es: el 77.08% de los casos no realizan alguna actividad fuera del domicilio, entiéndase: actividades del hogar (41.67%), desempleados (16.67%) y quienes no realizan ninguna por motivos de salud (18.75%); el 22.92% realiza actividades fuera de la vivienda tan diversas como son: artesano (4.17%), comerciantes (2.08%), obreros (6.25%) y estudiantes (8.33%).

En cuanto a las actividades del responsable legal, solo en un caso, éste se encontraba desempleado, el 22.92% se dedica al hogar, casi poco menos de la mitad que en el caso del paciente, el 22.92% labora como obrero, comerciante (18.75%), empleado (12.50%), profesionista (10.42%), pensionados (10.42%) y 2.08% en cada uno son para responsables legales con actividades como campesino y como artesano.

Cuadro 16
Usuarios residentes del DF con Seguridad Social

SEGURIDAD SOCIAL	FREQ.	%
IMSS	7	14.58%
ISSSTE	1	2.08%
OTROS	5	10.42%
NO CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL	35	72.92%
TOTAL	48	100%

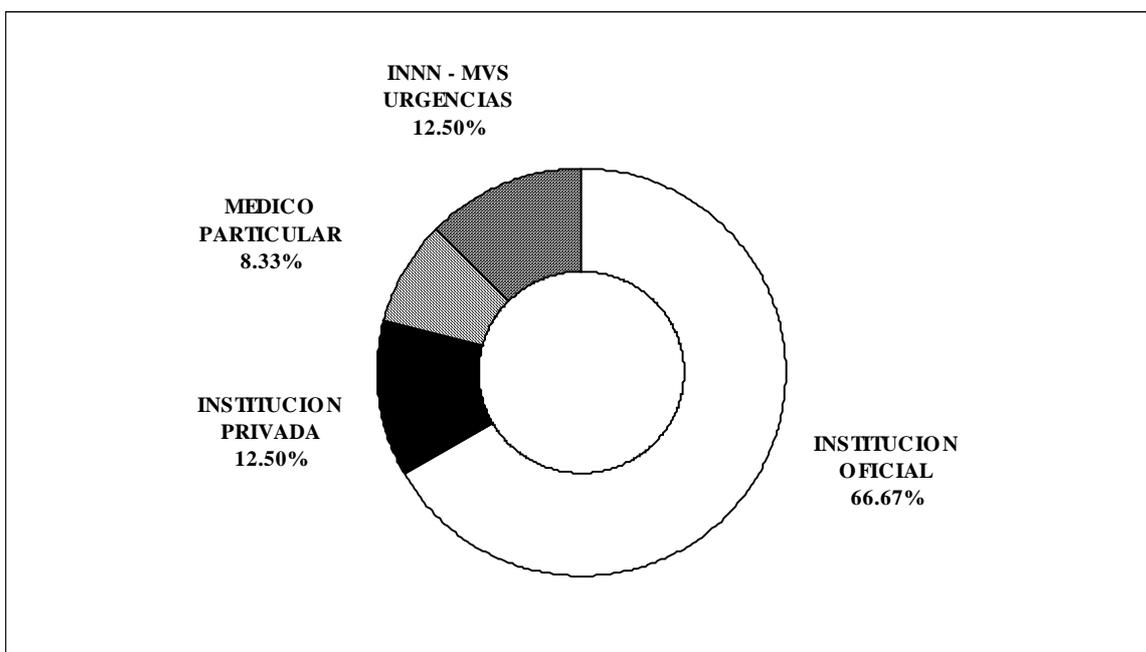


Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Los usuarios que acudieron a la Unidad de Radioneurocirugía como no derechohabientes suman 35; sin embargo, existen casos donde acudieron sujetos que contaban con seguro social como IMSS (7), ISSSTE (1) u otros (5) que pueden ser seguros bancarios o subrogados por otra dependencia gubernamental como Sistema de Transporte Colectivo Metro, cabe mencionar que esta ultima variable fueron sujetos con NSE 6 y que fueron subrogados en su totalidad por sus dependencias.

Cuadro 17
Institución médica donde se atendieron previamente los usuarios residentes del DF

ATENCIÓN MEDICA DEL USUARIO	FRECUENCIA	%
INSTITUCION OFICIAL	32	66.67%
INSTITUCION PRIVADA	6	12.50%
MEDICO PARTICULAR	4	8.33%
INNN - MVS URGENCIAS	6	12.50%
TOTAL	48	100

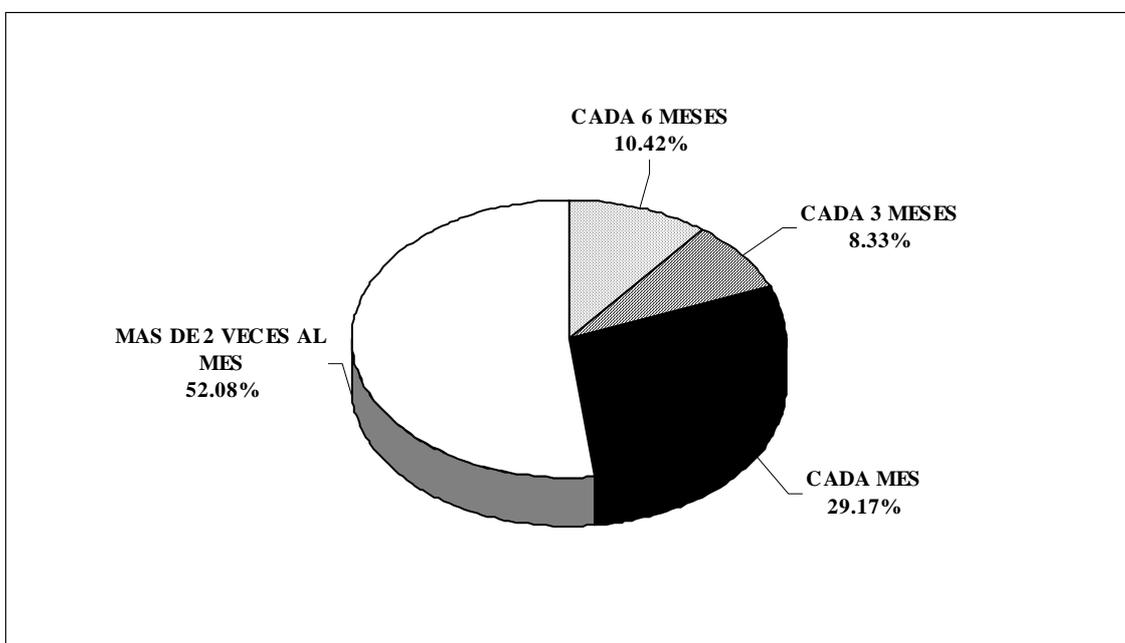


Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Antes de que el paciente acuda al INNN-MVS, éste debió ser atendido y canalizado en uno de los anteriores Niveles de Atención del Sector Salud, médico particular u hospital privado, sin embargo, puede suceder el caso de que el individuo ingrese por el Área de Urgencias del propio instituto para recibir la atención médica oportuna y adecuada (12.50%), por tal motivo el 66.67% se atendió previamente en una institución oficial, incluyendo a aquellos que son derechohabientes, el 12.50% se atendió en una institución privada, el 8.33% mencionó que acudió con un médico particular y éste fue quien los canalizó al instituto.

Cuadro 18
Frecuencia con la que acuden al INNN - MVS los usuarios residentes del DF

FRECUENCIA QUE ACUDE AL INNN	FRECUENCIA	%
CADA 6 MESES	5	10.42
CADA 3 MESES	4	8.33
CADA MES	14	29.17
MAS DE 2 VECES AL MES	25	52.08
TOTAL	48	100

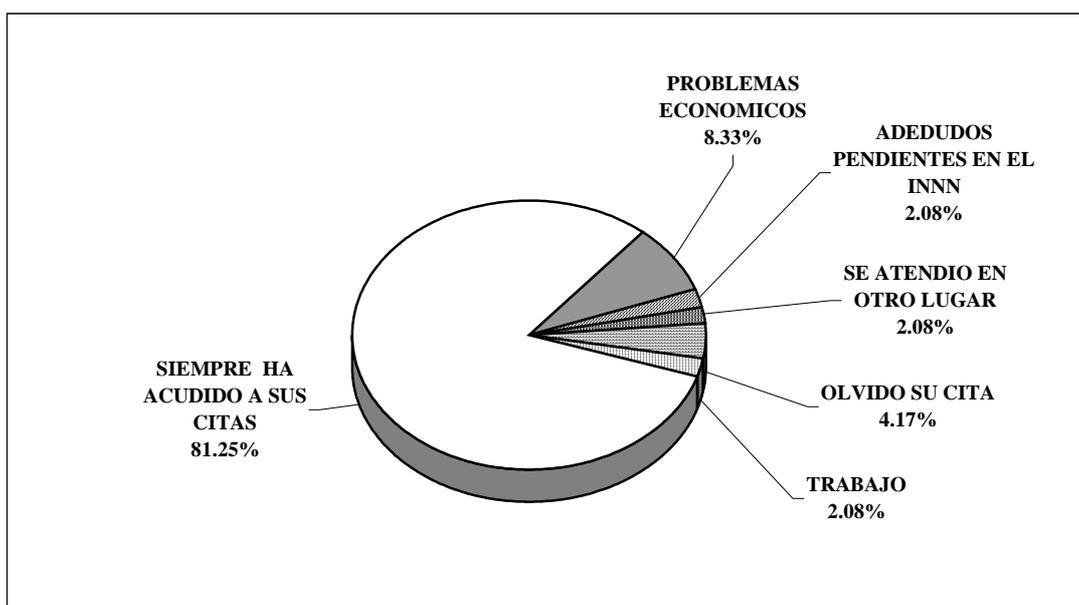


Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Debido a las características del padecimiento y el seguimiento del caso, el paciente puede acudir de manera esporádica o continua al instituto, los sujetos que acuden cada seis meses conforman el 10.42%, mientras que aquellos que asisten cada tres meses se refiere al 8.33%, los individuos que asisten cada mes conforman el 29.17% y los usuarios que deben estar presentes más de 2 veces al mes son el 52.08%, lo cual implica costos en transportación, alimentación, organización familiar para la realización de actividades diarias como trabajo, escuela o el hogar.

Cuadro 19
Motivo de ausencia a sus citas médicas del INNN - MVS en los usuarios residentes del DF

MOTIVO DE AUSENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
PROBLEMAS ECONOMICOS	4	8.33
ADEDUDOS PENDIENTES EN EL INNN	1	2.08
SE ATENDIO EN OTRO LUGAR	1	2.08
OLVIDO SU CITA	2	4.17
TRABAJO	1	2.08
SIEMPRE HA ACUDIDO A SUS CITAS	39	81.25
PORCENTAJE	48	100



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Los pacientes que no acudieron a su cita fue por problemas económicos (8.33%), mientras que otras personas olvidaron su cita (4.17%), aquellos que no se presentaron por adeudos pendientes en el instituto conforman el 2.08%, quienes se atendieron en otro lugar es el 2.08% y por cuestiones laborales fue el 2.08%, mientras que de las personas a quienes se les realizó Visita Domiciliaria y que no han faltado a sus citas conforman el 81.25%.

Cuadro 20
Medio de transporte y tipo de tratamiento en los usuarios residentes del DF

AUTOMOVIL	USUARIOS QUE DISPONEN DE AUTO	RADIOTERAPIA (DOSIS FRACCIONADA)	RADIOCIRUGÍA (DOSIS ÚNICA)
SI	12	4	8
NO	36	11	25
TOTAL	48	15	33

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Una vez que el paciente ha sido valorado por el especialista en la Unidad de Radioneurocirugía y de explicarle en qué consistirá su tratamiento (Radioterapia o Radiocirugía), se observó que:

En relación al medio de transporte y la frecuencia con la que deben asistir los usuarios al instituto debido al tratamiento valorado por el médico en la URNC es: 12 de 48 cuentan con vehículo para poder trasladarse con mayor facilidad, mientras que 36 no cuentan con un medio de transporte particular.

Las personas que asisten a la URNC, debido a que su tratamiento consiste en Radioterapia y cuentan con medio de transporte propio, son 4 quienes asisten en promedio 20 veces en un mes al instituto, lo cual implica costos en gasolina, pago del estacionamiento en el instituto; 11 de las 36 personas que no cuentan con vehículo, deben hacer gastos por el uso de transporte público.

Las personas que acuden a la URNC, una sola vez debido a que su tratamiento consiste en Radiocirugía, presentó una frecuencia de 33 usuarios, de los cuales 8 cuentan con automóvil propio y 25 deben usar otro medio para su traslado.

Cuadro 21
Tiempo de recorrido del INNN – MVS al domicilio y viceversa de los usuarios residentes del DF

TIEMPO DE RECORRIDO	FRECUENCIA	%
60 - 120 MINUTOS	22	45.83%
121 - 180 MINUTOS	12	25%
181 - 240 MINUTOS	9	18.75%
241 - 300 MINUTOS	2	4.17%
301 - 360 MINUTOS	1	2.08%
421 - 480 MINUTOS	2	4.17%
TOTAL	48	100%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Para realizar las Visitas Domiciliarias programadas, el Departamento de Trabajo Social mantiene relaciones con el personal de transporte de la institución, el trayecto para el domicilio del paciente fue: de 60 a 120 minutos de ida y vuelta al instituto, tuvo una frecuencia de 22 casos; de 121 a 180 minutos de trayecto fue en 12 visitas domiciliarias; de 181 a 240 minutos sólo nueve; de 241 a 300 minutos fueron sólo 2 entrevistas, de 301 a 360 se presentó en una, y de 421 a 480 minutos la frecuencia fue de 2 casos.

En algunos casos, la prolongación del tiempo se debió a que los señalamientos para poder arribar al domicilio del paciente no eran los correctos o en el camino se encontraba congestionado por el tráfico, por lo que si observamos el cuadro 20 en el cual se describe el tipo de tratamiento y el medio de transporte utilizado, donde existen 36 casos que no cuentan con un vehículo propio y aunado a esto, deben trasladarse diariamente a la institución; en el caso de las personas cuyo tratamiento consiste en radioterapia o en etapa preoperatoria, la situación se vuelve más complicada por el desgaste físico del paciente derivado del constante traslado, el pago de servicios de transporte público, aunado a la cuota de recuperación por el uso del equipo Novalis, deja en desventaja algunos casos.

Cuadro 22
Habitantes en la vivienda de los usuarios residentes del DF que presentan problemas crónicos de salud

PARENTESCO	2 CON EL PACIENTE	%	3 A 5	%	TOTAL
CONYUGE	1	2.08%	0	0.00%	1
PADRE	1	2.08%	0	0.00%	1
MADRE	3	6.25%	1	2.08%	4
HJO	1	2.08%	1	2.08%	2
OTROS FAMILIARES	3	6.25%	3	6.25%	6
OTROS NO FAMILIARES	2	4.175	0	0.00%	2
AMBOS PADRES	0	0.00%	1	2.08%	1
TOTAL	11	22.92%	6	12.50%	17

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

En cuanto a la presencia de miembros de la familia con problemas de salud se distribuye de la siguiente forma: 22.92% de los casos, mencionaron tener otra persona enferma, siendo la madre en un 6.25% y otros familiares con la misma frecuencia.

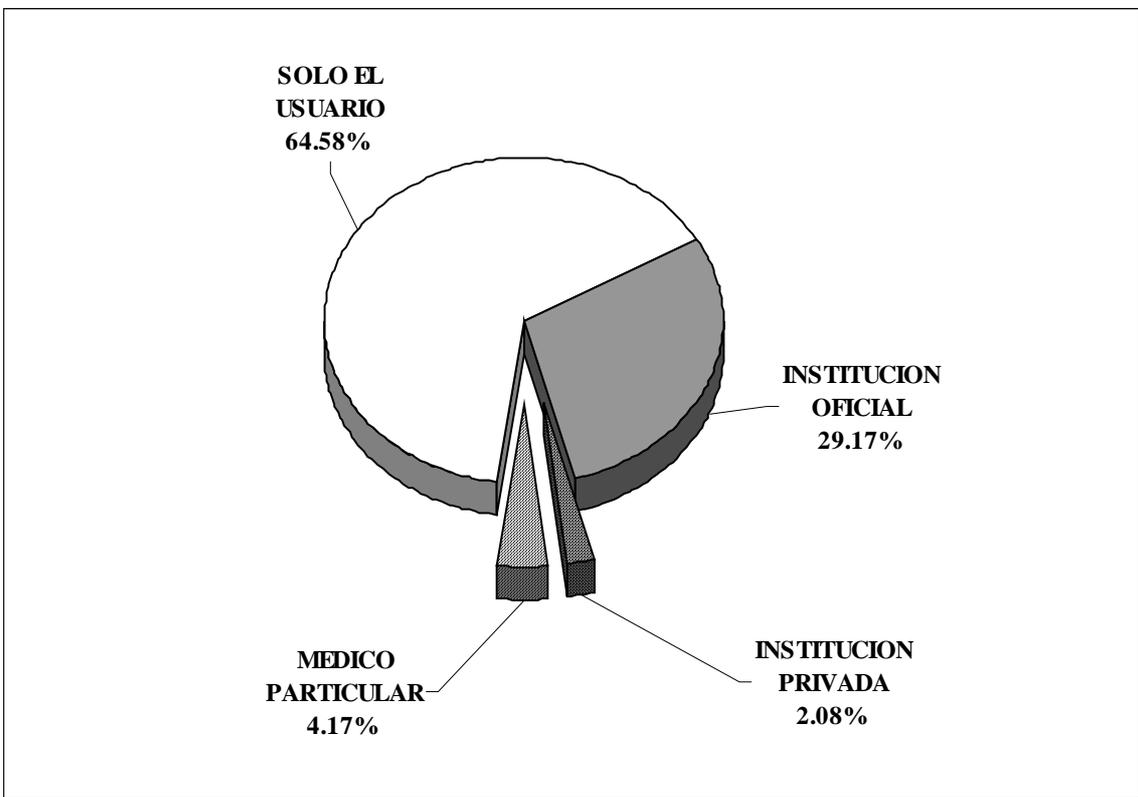
En aquellos donde habitan de 3 a 5 personas, 12.50% de la muestra se encontraban en esta categoría.

En ambas categorías (35.42%), el cuidado de dos personas conlleva un desgaste físico y mental, gastos económicos para la compra de medicinas, lo que puede influir la continuidad del tratamiento, ya sea en el paciente o de la otra u otras personas.

Del total de pacientes visitados, el 64.58% comentó que solo era el usuario del INNN – MVS quien se encontraba enferma.

Cuadro 23
Lugar donde se atiende al otro enfermo que habita en la vivienda de los usuarios residentes del DF

ATENCIÓN MÉDICA DEL FAMILIAR	FRECUENCIA	%
INSTITUCION OFICIAL	14	29.17%
INSTITUCION PRIVADA	1	2.08%
MEDICO PARTICULAR	2	4.17%
SOLO EL USUARIO	31	64.58%
TOTAL	48	100%



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Los familiares enfermos acuden a atenderse en Instituciones Oficiales (29.17%), Institución Privada (2.08%) y el 4.17% de los familiares acuden con un médico particular; el 64.58% representa a las personas que acuden al INNN – MVS.

Cuadro 24
Tipo de vivienda y zona demográfica donde habitan los usuarios residentes del DF

TIPO DE VIVIENDA	ZONA DEMOGRÁFICA	
	URBANA*	SUBURBANA*
BARRACA°	0	1
CUARTO REDONDO°	1	1
VECINDAD°	2	0
DEPARTAMENTO POPULAR°	16	1
DEPARTAMENTO RESIDENCIAL°	9	0
CASA SOLA °	16	0
CASA PROLETARIA°	1	0
TOTAL	45	3
%	93.75%	6.25%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

* Urbana, se refiere a la ciudad, con disponibilidad al 100% de los servicios públicos.

* Suburbana, es próxima a la ciudad, conjunto de aglomeraciones que rodean un centro urbano, contando con algunos servicios públicos.

° Barraca, es construída con material de desecho, donde solamente existe un cuarto, el cual es utilizado para dormir y comer; la construcción es de piso de tierra, las paredes y techo son de lámina, cartón, tablas o plástico, se localiza tanto en zona urbana como suburbana, no cuenta con servicios públicos, sin embargo pueden obtenerse de manera clandestina.

° Cuarto Redondo, consta de una sola habitación, mismo que es utilizado para cubrir todas las necesidades familiares (dormitorio, cocina, comedor), esta construido en pisos y paredes de cemento, mientras que el techo puede ser de lámina.

° Vecindad, conjunto de viviendas donde el patio es colectivo, así como los servicios sanitarios, lavaderos y toma de agua; el número de habitaciones varía de 2 a 3 y su uso puede ser desde cocina, dormitorio y en algunas ocasiones como sala o comedor, en su mayoría están construída de cemento; se encuentran tanto en zonas urbanas como suburbanas y cuenta con la mayoría de los servicios.

° Departamento Popular, se localiza en una unidad habitacional, cuenta con dos dormitorios como máximo, sala, comedor, cocina y baño. El piso es de vinil o mosaico, las paredes y techo son de tabique y cemento. Se ubica tanto en zona urbana como suburbana, cuenta con la mayoría de los servicios públicos.

° Departamento Residencial, se localiza de forma independiente en condominios, cuenta con mas de un dormitorio, de hecho cada uno de los miembros de la familia cuenta con habitación propia, sala, comedor, cocina, uno o dos baños, cuarto de servicio y habitaciones extra para usos diversos, el material predominante de construcción es de cemento, tabique, con acabados de lujo, tapiz, alfombra, parquet, entre otros, se localiza en zonas urbanas residenciales y cuenta con todos los servicios públicos.

° Casa Sola, localizada en forma independiente o en condominio, cada uno de los miembros cuentan con su dormitorio, ya que cuenta con tres o cuatro recamaras, esta construída con piso de loseta, las paredes y techo es de tabique y cemento, se localiza en zonas urbanas y cuenta con todos los servicios públicos.

° Casa Popular, ocupada por una o más familias, con una adecuada distribución de sus habitaciones, consta de dormitorio, mismos que pueden ser máximo tres, el piso es de cemento, o mosaico; se ubica en zona urbana o suburbana y cuenta con todos los servicios públicos.

El 93.75% son usuarios que habitan en zona urbana y suburbana el 6.25%.

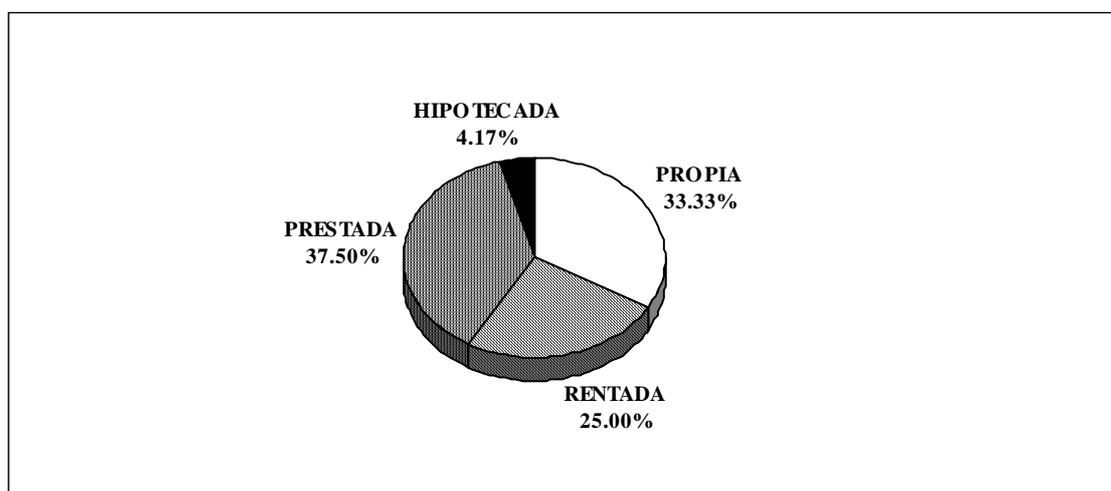
En el caso de personas que se ubican en zona urbana, siendo Departamento Popular y Casa Sola aquellas categorías cuya frecuencia es de 16 casos cada uno, seguido de personas que habitan en Departamento Residencial (9 de 48), en uno de los casos, se observó que habitan en un cuarto redondo, es decir, es una familia de tipo nuclear con cinco miembros bajo el mismo techo, donde cuentan con cocina, mesa y cama.

Las personas que habitan en zona suburbana (3), se distribuye a continuación: uno de los casos habita en barraca, mientras que otro se encuentra en cuarto redondo, y el siguiente caso vive en departamento popular.

En cuanto a la visita domiciliaria donde se observó que vive en barraca, se localizó en un lugar perteneciente a la Delegación Xóchimilco, donde no contaba con servicios públicos y las condiciones de higiene no eran adecuadas para ninguno de los miembros que habitaban (4 personas en total); sin embargo el apoyo que la institución proporcionó no fue en Reclasificación, sino que se extendieron redes sociales secundarias para apoyar éste en particular.

Cuadro 25
Tipo de tenencia de la vivienda donde habitan los usuarios residentes del DF

TENENCIA	FRECUENCIA	%
PROPIA	16	33.33%
RENTADA	12	25.00%
PRESTADA	18	37.50%
HIPOTECADA	2	4.17%
TOTAL	48	100%



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social. Marzo-Sentiembre 2003.

En cuanto al tipo de Tenencia de la Vivienda, el 37.50% comentó que la vivienda se las habían prestado para vivir, lo cual significa que mantienen redes primarias, el 33.33% mencionó que la vivienda es propia, el 25% paga una renta mensual y el 4.17% están pagando la hipoteca de la misma, es decir, el 29.17% de los usuarios entrevistados, invierten como parte de sus egresos la paga de la renta, lo cual también afecta la economía familiar aunado a el padecimiento del usuario.

Cuadro 26
Tipo de construcción predominante en muros de la vivienda

MUROS	FRECUENCIA	%
LAMINA	1	2.08%
TABIQUE	47	97.92%
TOTAL	48	100%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

La construcción predominante en los Muros de la Vivienda es Tabique (97.92%), mientras que solamente un caso cuenta con muros de Lamina.

Cuadro 27
Tipo construcción predominante en techos de la vivienda donde habitan los usuarios residentes del DF

TECHOS	FRECUENCIA	%
LAMINA	5	10.42%
LOZA	43	89.58%
TOTAL	48	100%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Viviendas cuya construcción de techo de lámina es 10.42%, aquellas con techo de loza, es decir, cemento conforma el 89.58% restante.

Cuadro 28
Tipo construcción predominante en pisos de la vivienda donde habitan los usuarios residentes del DF

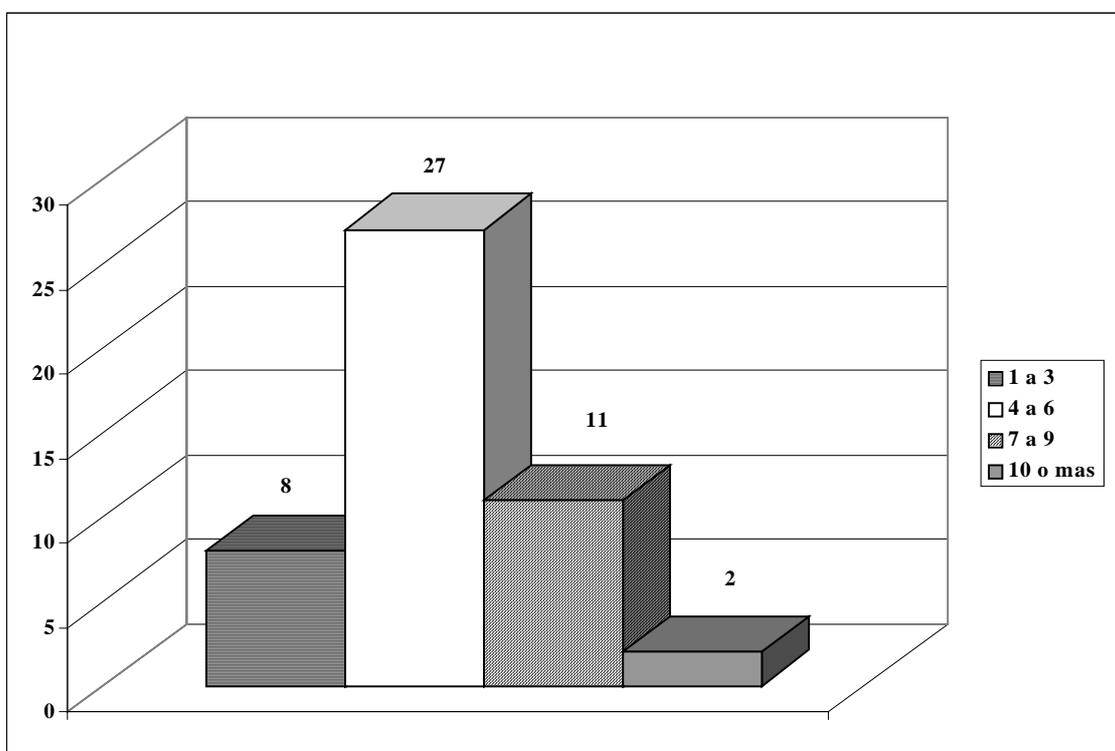
PISOS	FRECUENCIA	%
ALFOMBRA	7	14.58%
CEMENTO	14	29.17%
MADERA	2	4.17%
MOSAICO	24	50%
TIERRA	1	2.08%
TOTAL	48	100%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

El tipo de piso en la mitad de las viviendas visitadas es de Mosaico, mientras que el 29.17% de la viviendas tiene piso de Cemento, el 14.58% usa Alfombra, el 4.17% es de Madera y el 2.08% es de Tierra.

Cuadro 29
Cantidad total de habitaciones por vivienda donde habitan los usuarios residentes del DF

No. HABITACIONES	FRECUENCIA	%
1 a 3	8	16.67%
4 a 6	27	56.25%
7 a 9	11	22.92%
10 o mas	2	4.17%
TOTAL	48	100%



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

En cuanto a las Habitaciones que se encuentran en la Vivienda, 27 de 48 cuentan con cuatro a seis cuartos, que pueden ser dormitorios, cocina, baño, sala comedor o cuartos de servicio, mientras que 8, tienen de una a tres habitaciones, otras viviendas (11) con siete a nueve habitaciones y aquellas con diez o mas habitaciones presentaron una frecuencia de dos.

Cuadro 30
Existencia de hacinamiento en viviendas donde habitan los usuarios residentes del DF

No. DE HABITANTES POR VIVIENDA	NÚMERO DE DORMITORIOS						TOTAL
	CUARTO REDONDO / BARRACA	1	2	3	4	5	
2	0	3	7	0	0	0	10
3 a 6	3	4	15	8	1	0	31
7 a 10	0	2	0	2	0	0	3
11 a 15	0	1	1	0	0	1	4
TOTAL	3	10	23	10	1	1	48
%	6.25%	20.83%	47.92%	20.83%	2.08%	2.08%	100%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

Del total de viviendas, se detectaron aquellas habitaciones que son utilizadas para dormir, en el caso de viviendas de tipo Barraca o Cuarto redondo (3) se observó que duermen un promedio de 3 a 6 personas en la habitación; aquellas donde solamente se encuentra un dormitorio (20.83%) se identificaron 3 viviendas donde duermen dos personas en un cuarto, de 3 a 6 habitantes por un dormitorio, cuatro casos; viviendas donde hay una recámara para siete o diez personas, dos casos; y un caso donde duermen de 11 a 15 personas.

El 43.75% de la muestra, tiene dos habitaciones para uso de dormitorio; en siete casos, duermen 2 personas, de 3 a 6 habitantes tiene una frecuencia de 15 y un caso de entre 11 a 15 sujetos, divididos en dos recámaras

Las viviendas con tres recámaras (20.83%) se distribuyen de la siguiente manera: 8 casos donde duermen mínimo 3 personas y máximo 6; y dos donde duermen de 7 a 10 sujetos.

El 4.16% son para viviendas de 4 a 5 dormitorios, en ambos, se observó solo uno en cada una de las categorías, en aquella donde existen cuatro recámaras duermen de 3 a 6 personas, y en la que contiene 5 dormitorios habitan de 11 a 15 individuos.

De este indicador, la presencia de hacinamiento en total es de un 29.17% en los casos visitados, lo cual implica pérdida de privacidad en las parejas que cohabitan con menores de edad y en el caso del paciente, las condiciones de rehabilitación tienden a ser desfavorables al no tener una zona de confort ideal.

Cuadro 30
Niveles de construcción por tipo de viviendas donde habitan los usuarios residentes del DF

TIPO DE VIVIENDA	NIVELES DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA				
	1 NIVEL	2 NIVELES	3 NIVELES	NIVEL 4	MÁS DE CINCO
BARRACA	2	0	0	0	0
CUARTO REDONDO	1	0	0	0	0
VECINDAD	2	0	0	0	0
DEPARTAMENTO POPULAR	8	3	5	1	0
DEPARTAMENTO RESIDENCIAL	4	1	0	3	1
CASA SOLA	5	11	0	0	0
CASA PROLETARIA	1	0	0	0	0
TOTAL	23	15	5	4	1
%	47.92%	31.25%	10.42%	8.33%	2.08%

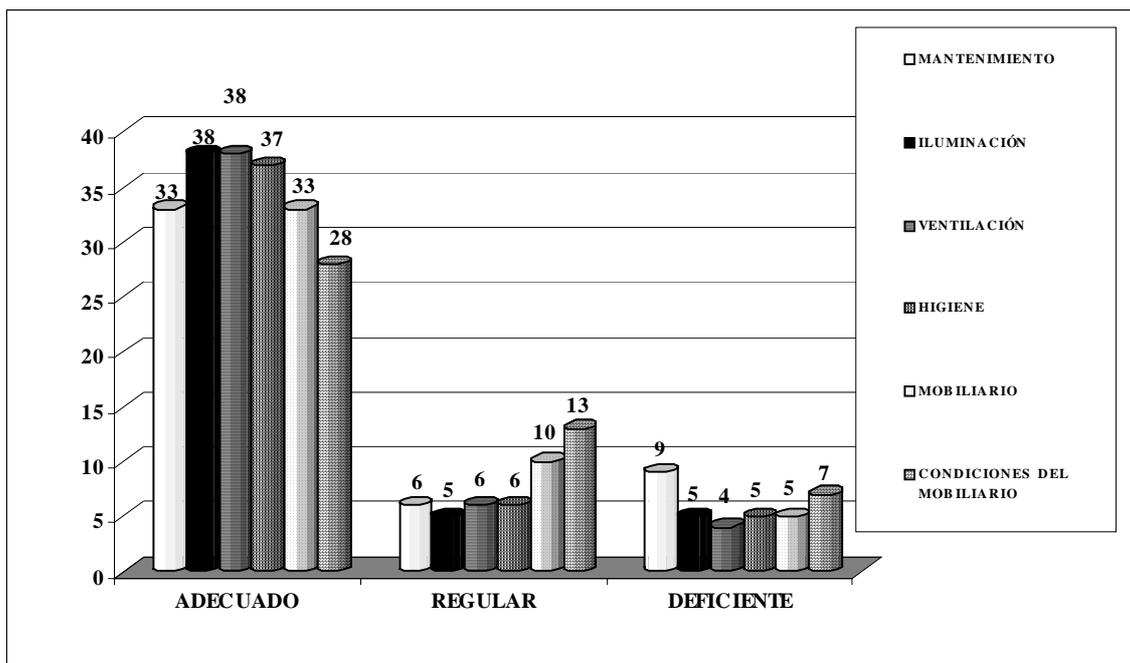
Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

En cuanto a los niveles de construcción de la vivienda, el 47.92% solamente tienen un nivel; barraca (2), cuarto redondo (1) vecindad (2), departamento popular (8), departamento residencial (4), casa sola tiene una frecuencia de 5 y casa proletaria una.

Aquellas viviendas que tienen dos niveles de construcción son, 11 de 48 son casas solas que tienen dos niveles, mientras que tanto departamento residencial como popular, indica el nivel donde se ubica el departamento del paciente, asimismo, cinco departamentos populares se encuentran ubicados en el tercer nivel del edificio; uno de la misma categoría en el cuarto nivel y tres departamentos residenciales en el mismo, solo un departamento residencial se localizó en el nivel cinco.

Cuadro 31
Condiciones físicas de las viviendas donde habitan los usuarios residentes del DF

CONDICIONES DE VIVIENDA	ADECUADO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
MANTENIMIENTO	33	68.75%	6	12.50%	9	18.75%	48
ILUMINACIÓN	38	79.17%	5	10.42%	5	10.42%	
VENTILACIÓN	38	79.17%	6	12.50%	4	8.33%	
HIGIENE	37	77.08%	6	12.50%	5	10.42%	
MOBILIARIO	33	68.75%	10	20.83%	5	10.42%	
CONDICIONES DEL MOBILIARIO	28	58.33%	13	27.08%	7	14.58%	



Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

En relación a las condiciones de vivienda, un promedio de 35 de éstas cuenta con un mantenimiento, iluminación, ventilación, higiene, mobiliario y características de este último en un nivel adecuado; 8 en promedio se encuentran en una situación regular y 6 en promedio presentan deficiencia en alguno de estos indicadores.

Cuadro 32
Motivos y plan de acción a seguir con los usuarios residentes del DF visitados en el año 2003

MOTIVO POR EL CUAL SE RECOMIENDA EL APOYO INSTITUCIONAL	MOTIVO POR EL CUAL SE CONSIDERA EL PLAN DE ACCIÓN		TOTAL
	RECLASIFICACIÓN	NO REQUIERE APOYO	
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA	8	18	26%
CIRUGÍAS U HOSPITALIZACIONES	1	0	1%
HOSPITALIZACIONES FRECUENTES	1	0	1%
TIPO DE PADECIMIENTO Y DIAGNÓSTICO	2	1	3%
MANTIENE REDES DE APOYO	0	12	12%
FALSEO DE INFORMACIÓN	0	5	5%
TOTAL	12	36	48
%	25%	75%	100%

Fuente: Seguimiento de Pacientes Atendidos en la Unidad de Radioneurocirugía del INNN - MVS, Programa de Servicio Social, Marzo-Septiembre 2003.

En cuanto al Plan de Acción que se diseñó una vez realizadas las visitas domiciliarias, el 75% no requirió de una reclasificación de su Nivel Socioeconómico, los motivos, 18 casos contaban con una situación socioeconómica acorde a la asignación de su NSE, 12 mantenían redes de apoyo, principalmente primarias, en algunos de éstos, se orientó y sensibilizó a la familia para generar estas redes o canalizarlos a organismos como “Mil Colores”, Club de Rotarios, ISSEMYM entre otros; 5 casos presentaron anomalías en la información proporcionada durante la aplicación del Estudio Socioeconómico y que al momento de hacer la entrevista (aunque en algunos de éstos, el entrevistado se mostraba cooperativo) la información distaba mucho de la situación socioeconómica en la que vivía. En un caso, el tipo de padecimiento no era de consecuencias graves o severas en el individuo, como pueden ser otros, por tal motivo, se decidió orientar a éste a fin de generar redes.

Sobre aquellos usuarios que una vez realizada la visita domiciliaria y al cotejarlo con el ESE presentaba disparidad entre ambos, se optó por ejecutar un plan de acción, el cual consistió en reclasificar el NSE como parte del apoyo institucional. Los motivos, fueron

por: situación socioeconómica (8 casos), por tipo de padecimiento y diagnóstico médico (2); cirugías u hospitalizaciones anteriores y costosas solo se presentó en un usuario y otro ya contaba con hospitalizaciones frecuentes con el nivel socioeconómico más alto, lo cual implica un fuerte desgaste económico en la familia, así como el riesgo de que el paciente no iniciara con el tratamiento específico adecuado a su padecimiento y, por ende poner en peligro su vida.

Por tal motivo, se deben contrastar dichos elementos y definir un plan de acción adecuado a las condiciones sociales en las que vive el paciente, a fin de valorar una reclasificación en el nivel socioeconómico del usuario, como parte del apoyo institucional otorgado a aquellos individuos que lo ameritan

CONCLUSIONES.

La Unidad de Radioneurocirugía, es uno de los servicios más modernos que el INNN - MVS posee; no obstante, por disposición oficial, este servicio debe contar con una cuota de recuperación por el uso del mismo, lo cual no significa que se adecue a la situación socioeconómica del usuario.

Durante la prestación del servicio social, (antesala de esta investigación), el apoyo del personal adscrito del Departamento de Trabajo Social del INNN – MVS a cargo de esa área consistió en capacitar al prestador de servicio social (PSS)¹ sobre procedimientos a seguir dentro del instituto así como de apoyo en la elaboración de visitas domiciliarias; el personal de Trabajo Social no es suficiente para atender un servicio y realizar visitas domiciliarias de manera constante, éste es el motivo por el cual se realizan en casos considerados de urgencia en otras áreas.

La reclasificación se presentó en menor proporción.

Conscientes de las necesidades del instituto para contar con ingresos propios, la labor de Trabajo Social con apoyo de la URNC y coordinados por la Dirección Médica, ha sido la de adoptar estrategias, siendo la gestión de redes una posibilidad para reducir los obstáculos y recibir el tratamiento que pueda permitirles reincorporarse a la a sus actividades cotidianas.

El 91.91% de los pacientes atendidos en Trabajo Social para ingresar al servicio de la Unidad de Radioneurocirugía han mantenido su nivel socioeconómico sin que esto sea una dificultad para ellos, esto se debe a las redes generadas para subrogar a pacientes, tales como ISSEMYM, grupos religiosos como el Club de Rotarios, el DIF, y asociaciones civiles como “MIL COLORES”, que son sólo algunos casos, los demás pacientes de nivel dos, se les brindó orientación por parte de los trabajadores sociales a fin de que ellos mismos buscaran las redes de apoyo primarias.

Los NSE's más representativos tanto en la URNC como el total usuarios que acudieron en ese año a distintos servicios, son: 1, 2 y 3, lo cual significa que el INNN – MVS apoya

¹ El prestador de Servicio Social, es el investigador principal de ésta investigación.

en su mayoría a personas de escasos recursos y que en caso de no existir servicios modernos en instituciones públicas, como en el caso del NOVALIS, sería imposible para ellos tener una rehabilitación casi inmediata que les permita reintegrarse a sus actividades diarias.

Del total de personas atendidas (309) por el trabajador social en la URNC, se observa que el 8.09% de los casos atendidos ameritaron de reclasificación del nivel socioeconómico.

En el caso de los pacientes visitados en el Distrito Federal, 12 de 48 casos (25%) se consideraron para este cambio de nivel, los motivos se deben a distintos factores, tales como: situación socioeconómica, cirugías u hospitalizaciones, tipo de padecimiento y diagnóstico y/o padecimiento, y hospitalizaciones frecuentes, en ninguno de estos casos se observó que contaran con redes de apoyo primarias o secundarias.

La visita domiciliaria se lleva a cabo a los pacientes radicados en el DF, en el caso de los usuarios que viven en el interior de la República, presentaron un reporte de visita domiciliaria realizada por el DIF o Presidencia Municipal de su localidad, mismos que contienen divergencias entre el utilizado por el INNN – MVS y los que aplican; estas diferencias provienen del contexto en el cual surgen y para un determinado perfil de población. Ante esto se deben establecer convenios para que el instrumento del instituto pueda ser aplicado directamente en la vivienda de los pacientes foráneos y por personal de estas dependencias; buscando mecanismos que eviten corrupción.

La importancia de la visita domiciliaria realizada por el trabajador social fomenta el vínculo del entorno socioambiental del paciente hacia los demás profesionales de la salud, esto como parte de un equipo multidisciplinario que trabaja en la rehabilitación del individuo, es decir, la visita domiciliaria permite tener un encuentro más íntimo en la vida del paciente.

De acuerdo a la hipótesis planteada en esta investigación, 25% de los pacientes visitados fueron reclasificados en su Nivel Socioeconómico, de los 309 pacientes atendidos en la URNC, incluyendo foráneos y residentes del DF en el 2003, el total de usuarios que contaron con este apoyo institucional es de 8.09%, por lo cual la visita domiciliaria da validez y confiabilidad al Estudio Socioeconómico aplicado por el instituto.

Sin embargo, la información bibliográfica que existe en visitas domiciliarias y estudio socioeconómico es muy reducida, sólo se encuentra en unos cuantos párrafos de libros referentes al Trabajo Social de Casos o Individualizado, lo cual resulta irónico ya que son herramientas que aunque se utilizan de manera relacionada con técnicas de investigación como la entrevista y la observación, no dejan de tener todo un procedimiento metodológico que conlleven a la obtención de la información, de acuerdo a los objetivos planteados por cada institución.

La función del trabajador social es sumamente importante como orientador, investigador, sin embargo, la capacitación y actualización en torno a lo referido en técnicas de entrevista, de observación y lenguaje corporal, así como conocimiento de padecimientos neurológicos atendidos en la URNC, tanto a los trabajadores sociales adscritos como a prestadores de servicio social debe ser algo constante y permanente que le permita al estudiante iniciar con una línea de investigación que concluya en tesis y, a los trabajadores adscritos, mantener una calidad de excelencia en el servicio proporcionado.

El desconocimiento del impacto generado y la falta de sistematización de los datos obtenidos a través de la visita domiciliaria, conlleva a que se convierta en un procedimiento administrativo, donde se eleva el riesgo de perder de vista sus objetivos y, omitir sus fines de investigación social, promoción de la salud, intervención en un tratamiento y rehabilitación, en conjunto con un equipo multidisciplinario, así como, evaluación de la dinámica familiar y redes de apoyo relacionados con el estado de salud del paciente.

PROPUESTAS

Los resultados obtenidos de la presente investigación, permiten generar propuestas para mejorar la intervención del trabajador social con el usuario que acude a la Unidad de Radioneurocirugía del INNN – MVS y que a su vez tenga un impacto en las visitas domiciliarias realizadas por el personal del Departamento de Trabajo Social, por tal motivo, se propone lo siguiente:

- Cursos de la Metodología de Trabajo Social Individualizado, éste debe estar enfocado en Técnicas de Entrevista para mejorar la recolección de la información obtenida tanto en gabinete como en el domicilio del usuario.
- Manejo de programas estadísticos de cómputo, que permitan sistematizar la información obtenida de la visita domiciliaria de una manera ágil y eficaz.
- Elaborar un directorio telefónico único que el Departamento de Trabajo Social utilice y que contenga datos de donadores y patrocinadores para generar redes de apoyo en usuarios que lo requieran.
- Curso sobre padecimientos tratados en la Unidad de Radioneurocirugía, a fin de poder valorar los casos de manera objetiva y ofrecer una atención humana y profesional.
- Sobre el reporte de la visita domiciliaria, éste debe volverse más cualitativo sin obviar los datos cuantitativos con los que cuenta, a fin de poder identificar de manera más precisa la dinámica familiar.
- Como parte de las políticas públicas se debe promover el unificar las variables en los indicadores de vivienda, de salud, que manejan instituciones públicas como el DIF, o Presidencia Municipal; durante la recolección de los datos obtenidos en la visita domiciliaria, se observó que dichas variables, difieren en los municipios en una misma Entidad Federativa, como por ejemplo el Estado de México y por ende, son distintos a los que manejan en el instituto.

Sobre investigaciones futuras por parte de Trabajo Social y a lo aportado por esta investigación, se concluye que debe ampliarse líneas de investigación para profundizar en:

- Dinámica familiar de los pacientes según su padecimiento;
- Dinámica familiar de pacientes cuyas edades se encuentran entre los 30 a 50 años, por ser edades consideradas como productivas económicamente hablando;
- Condiciones de vivienda que influyen en la rehabilitación del usuario;
- Atención doméstica al enfermo desde la perspectiva del cuidador primario;
- Detección de redes primarias y secundarias de apoyo;
- Dificultad en el traslado de la vivienda del paciente a la institución y
- Causas de atención de pacientes derechohabientes en un instituto de salud.

En cuanto a los prestadores de servicio social de la ENTS – UNAM que se insertan en este instituto, se debe fomentar su interés, por medio de capacitación profesional en uso de técnicas de entrevista, programas de cómputo, es decir, motivarlos a que su programa de servicio social se convierta en el inicio para la realización de su tesis, lo cual generará en ellos experiencia y especialización en un área específica dentro del sector salud en la cual Trabajo Social juega un papel importante; ésta investigación surgió de esta forma, primero se realizó el servicio social, donde en ese momento se elaboró y diseñó una base de datos en el programa Excel y cuatro años después es base para la captura y sistematización de datos del trabajador social en la URNC

ANEXOS



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ
 DIRECCION MEDICA
 DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIOECONOMICO

SERVICIO _____ REGISTRO _____ NIVEL _____

FECHA: _____ NUMERO DE FOLIO _____

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE:	
LUGAR DE NACIMIENTO	EDAD:
SEXO M() F()	EDO. CIVIL
OCUPACION:	ESCOLARIDAD
REFERIDO POR:	
ES DERECHOHABIENTE: SI() NO()	
DOMICILIO PERMANENTE:	
DOMICILIO TEMPORAL:	
TELEFONO(S):	
RESPONSABLE LEGAL:	
PARENTESCO:	
OCUPACION:	
DOMICILIO:	

N°	INDICADORES	DESCRIPCION	PUNTUACION
1.-	AREA GEOGRAFICA		
1.1.-	ZONA DE UBICACIÓN		
2.-	TIPO DE TENENCIA		
2.1.-	SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS		
2.2.-	MATERIAL DE CONSTRUCCION		
2.3.-	NUM. DE PERSONAS POR DORMITORIO		
2.4.-	NUM. DE HABITACIONES		
2.5.-	TIPO DE VIVIENDA		
3.-	EDO. DE SALUD FAMILIAR		
4.-	OCUPACION (P.P.E.)		
5.-	INGRESO FAMILIAR	PERSONAS	
6.-	ALIMENTACION		
		TOTAL DE PUNTOS	

DAGNOSTICO SOCIAL

OBSERVACIONES:

CLINICA Y/O DIAGNOSTICO: _____

T.S.-

NOMBRE Y FIRMA



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ

INSURGENTES SUR No. 3877
C. P. 14269 MEXICO, D. F.
TEL. 6063822

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA

I.- DATOS GENERALES

NOMBRE _____ REG. _____
NIVEL _____ EDAD _____ EDO. CIVIL _____
ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO _____
INFORMANTE _____ PARENTESCO _____

DOMICILIO: CALLE Y NÚM. _____ COLONIA _____
DELEGACIÓN _____ ESTADO _____ C.P. _____

1.- SE LOCALIZO EL DOMICILIO: ()

1) SI

2) NO

¿PORQUE?

- 1) NO EXISTE LA CALLE
- 2) NO EXISTE EL NÚMERO
- 3) DOMICILIO FALSO
- 4) EL DOMICILIO ES DE FAMILIARES
- 5) DOMICILIO INCOMPLETO

II.- OBJETIVO DE LA VISITA:

1.- ¿CUÁL ES OBJETIVO DE LA VISITA DOMICILIARIA? ()

- 1) EXENTO
- 2) APOYO INSTITUCIONAL
- 3) CARTA COMPROMISO
- 4) RECLASIFICACIÓN
- 5) VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN
- 6) LOCALIZACIÓN Y/O RESCATE DE PACIENTES
- 7) INVESTIGAR CONDICIONES SOCIO AMBIENTALES
- 8) SEGUIMIENTO DE PACIENTES
- 9) OTROS _____

III.- ESTRUCTURA Y ECONOMÍA FAMILIAR

3.1. PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL	APORTACIÓN AL HOGAR

TOTAL _____

3.2. APORTADORES ECONÓMICOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESO MENSUAL	APORTACIÓN AL HOGAR

*1) ECONÓMICA 2) ESPECIE 3) AMBAS TOTAL _____

3.3. OTRAS FUENTES DE INGRESO: ¿CUÁL?

- 1) INTERESES BANCARIOS
- 2) ARRENDAMIENTO
- 3) APOYO INSTITUCIONAL
- 4) OTROS _____

3.4. SI EL PACIENTE O PRINCIPAL PROVEEDOR ECONÓMICO ES DESEMPLEADO, INDICAR DESDE CUANDO: ()

- 1) HASTA UN MES
- 2) 1 A 3 MESES
- 3) 4 A 6 MESES
- 4) MÁS DE 6 MESES

3.5 EGRESOS MENSUALES:

ALIMENTACIÓN	_____
RENTA, MANTENIMIENTO, PREDIO	_____
LUZ	_____
AGUA	_____
TELÉFONO	_____
GAS	_____
EDUCACIÓN	_____
MÉDICO / MEDICAMENTOS	_____
DIVERSIONES	_____
TRANSPORTE	_____
SERVICIO DOMÉSTICO	_____
TARJETAS DE CRÉDITO	_____
TOTAL	_____

3.6. ENTREGO COMPROBANTES ()
1) SÍ 2) NO

3.7. EN EL CASO DE DÉFICIT EN EL INGRESO, INDICAR COMO SE CUBRE: ()

- 1) PRÉSTAMOS DE FAMILIARES
- 2) PRÉSTAMOS BANCARIOS
- 3) TARJETAS DE CRÉDITO
- 4) VENTA DE MUEBLES
- 5) VENTA DE AUTOMÓVILES Y/O INMUEBLES
- 6) AHORROS
- 7) OTROS _____.

IV.- ESTADO DE SALUD FAMILIAR ()

4.1 SERVICIO MÉDICO DEL PACIENTE:

- 1) IMSS
- 2) ISSSTE
- 3) SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
- 4) CENTRO DE SALUD

4.2. INSTITUCIONES DONDE SE HA ATENDIDO ANTERIORMENTE ()

- 1) INSTITUCIÓN PRIVADA
- 2) INSTITUCIÓN OFICIAL
- 3) MÉDICO PARTICULAR
- 4) NINGUNA
- 5) OTROS _____

4.3. FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE AL INN ()

- 1) CADA 6 MESES
- 2) CADA 3 MESES
- 3) CADA MES
- 2) MÁS DE 2 VECES AL MES

4.4. ¿HA FALTADO A ALGUNAS DE SUS CITAS EN EL INNN? ()
1) SI 2) NO

4.5. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO?
1) PROBLEMAS ECONÓMICOS
2) NO HUBO FAMILIARES QUE LO ACOMPAÑARAN
3) NO HAY TRANSPORTE ACCESIBLE
4) SE LE OLVIDÓ SU CITA
5) ADEUDOS PENDIENTES
6) SE ATENDIÓ EN OTRA INSTITUCIÓN
7) OTROS_

4.6. ADEMÁS DEL PACIENTE ¿EXISTEN OTROS ENFERMOS EN LA FAMILIA? ()
1) SI 2) NO

4.6.1. PARENTESCO ()
1) CÓNYUGE 2) PADRE 3) MADRE 4) HIJOS 5) OTROS FAMILIARES
6) OTROS NO FAMILIARES

4.6.3. RECIBE ATENCIÓN MÉDICA EN: ()
1) INSTITUCIÓN OFICIAL 2) INSTITUCIÓN PRIVADA 3) MÉDICO PARTICULAR

V. CONDICIONES DE VIVIENDA

5.1. ZONA DE UBICACIÓN ()
1) URBANA 2) SUBURBANA 3) RURAL

TIPO DE VIVIENDA: ()
1) CUARTO REDONDO
2) CUEVA
3) CHOZA
4) BARRANCA
5) TUGURIO
6) VECINDAD
7) DEPARTAMENTO POPULAR
8) DEPARTAMENTO RESIDENCIAL
9) CASA SOLA
10) INTERNADO
11) CASA RURAL
12) CUARTO DE SERVICIO
13) CASA PROLETARIA

5.2. TENENCIA ()
1) PROPIA 2) PRESTADA 3) RENTADA 4) HIPOTECADA
5) OTROS_

5.3. MATERIAL PREDOMINANTE EN: ()
MUROS

- 1) EMBARRO O PALMA
- 2) ADOBE
- 3) LÁMINA DE CARTÓN, ASBESTO O SIMILARES
- 4) MADERA
- 5) TABIQUE, LADRILLO, BLOCK
- 6) OTROS _____

5.4. TECHOS ()

- 1) PAJA, PALMA, O SIMILARES
- 2) LÁMINA DE CARTÓN, ASBESTO O SIMILARES
- 3) MADERA
- 4) TEJA
- 5) CONCRETO, LOZA
- 6) OTROS _____

5.5. PISOS ()

- 1) TIERRA
- 2) CEMENTO
- 3) MOSAICO O LOSETA
- 4) MADERA
- 5) ALFOMBRA
- 6) OTROS _____

5.6. NÚMERO DE HABITACIONES

DORMITORIOS _____ COCINA _____ BAÑOS _____ SALA _____ SALA-COMEDOR _____
COMEDOR _____ CUARTO DE SERVICIO _____ OTROS _____

5.7. ¿TIENE?

JARDÍN _____ PATIO _____ COCHERA _____ OTROS _____
NÚMERO DE NIVELES DE CONSTRUCCIÓN _____

5.8. EL MANTENIMIENTO DE LA CASA ES: ()

- 1) ADECUADO
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE
- 4) NO EVALUABLE

5.9. ILUMINACIÓN ()

- 1) ADECUADA
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE
- 4) NO EVALUABLE

5.10. VENTILACIÓN ()

- 1) ADECUADA
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE
- 4) NO EVALUABLE

5.11. HIGIENE ()

- 1) ADECUADA
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE
- 4) NO EVALUABLE

5.12. MOBILIARIO ()

- 1) SUFICIENTE
- 2) INSUFICIENTE
- 3) EXTRA
- 4) NO EVALUABLE

5.13. CONDICIONES DEL MOBILIARIO ()

- 1) ADECUADO
- 2) REGULAR
- 3) DEFICIENTE

5.14. ¿CUENTA CON AUTOMÓVIL?

- 1) SI
- 2) NO

¿CUÁNTOS?.....

()

VI.- ACTITUD DEL ENTREVISTADO

6.1. ¿CUÁL FUE LA ACTITUD DEL ENTREVISTADO? ()

- 1) COOPERADOR
- 2) POCO COOPERADOR
- 3) MANIPULADOR
- 4) NEGÓ INFORMACIÓN
- 5) DESCONOCE INFORMACIÓN
- 6) NO EVALUABLE

VII. CONCLUSIONES

7.1. AMERITA ()

- 1) APOYO INSTITUCIONAL
- 2) RECLASIFICACIÓN
- 3) CARTA COMPROMISO
- 4) EXENTO
- 5) NO REQUIERE APOYO

7.2. MOTIVO:

()

- 1) SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA
- 2) CONDICIONES DE VIVIENDA
- 3) TIPO DE PADECIMIENTO Y DIAGNÓSTICO MÉDICO
- 4) COMPRA DE IMPLEMENTOS MÉDICOS
- 5) HOSPITALIZACIONES FRECUENTES
- 6) CIRUGÍAS U HOSPITALIZACIÓN PRÓXIMAS
- 7) SE NEGARON A DAR INFORMACIÓN
- 8) FALSEO DE INFORMACIÓN
- 9) OTROS

7.3. TIPO DE RECLASIFICACIÓN

()

- 1) DEFINITIVA
- 2) PARA HOSPITALIZACIÓN
- 3) PARA ESTUDIOS DE COSTO ELEVADO
- 4) TEMPORAL

VIII. OBSERVACIONES:

FECHA _____

TRABAJADORA SOCIAL : _____

TIEMPO DE RECORRIDO: _____

TIEMPO DE ENTREVISTA: _____

1.- LUGAR DE RESIDENCIA	
AREA GEOGRAFICA	
DISTRITO FEDERAL	3
EDO. DE MEXICO	2
OTRAS ENTIDADES FEDERATIVAS	1

1.1.- ZONA DE UBICACIÓN	
URBANA	2
SUBURBANA	1
RURAL	0

NIVEL ECONOMICO	
0 - 12	1X
13 - 24	1
25 - 36	2
37 - 52	3
53 - 68	4
69 - 84	5
85 - 100	6

2.- VIVIENDA	
TIPO DE TENENCIA	
RENTADA	0
PRESTADA	1
PROPIA	3
PAGADA	
2.2.- MATERIAL DE CONSTRUCCION:	
LAMINA DE CARTON	0
MIXTA	1
MAMPOSTERIA	2
2.4.- NUMERO DE HABITACION	
1-2	0
3-4	2
5 O MÁS	3

2.1.- SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS (AGUA, LUZ, DRENAJE, TELEFONO)	
0 - 1	0
2	1
3	2
4 O MÁS	3
2.3.- N° PERSONAS X DORMITORIO	
4 O MÁS	0
TRES	1
UNO O DOS	3

TIPO DE VIVIENDA:		VALORES PORCENTUALES	
INSTITUCION PROTEC, SOC. CUARTO REDONDO, CUEVA, CHOZA - GRUPO 1	0	ING. FAMILIAR	55%
VECINDAD, CUARTO DE SERVICIO - GRUPO 2	1	OCUPACIÓN	10%
DEPTO. O CASA POPULAR - GRUPO 3	2	ALIMENTACIÓN	10%
DEPTO. O CLASE MEDIA - GRUPO 4	3	TIPO DE VIV.	18%
DEPTO. LUJO O CASA RESIDENCIA - GRUPO 5	4	LUGAR DE RESIDENCIA	5%
4.- TIPO DE OCUPACION		EDO. DE SALUD FAMILIAR	2%
DESEMPLEADOS	0		100%
BECARIOS	3		
TRABAJADORES NO CALIFICADOS	3		
OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS			
ARTES MECANICAS Y OTROS OFICIOS	4		
TRABAJADORES DE SERVICIOS, VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS	5		
OPERADORES DE INSTALACIONES MAQUINAS Y MONTADORES	6		
EMPLEADOS DE OFICINA, JUBILADOS PENSIONADOS, AGRICULTORES, CONTADORES.			
CALIF. AGRPECUARIOS, PESQUERAS	7		
TECNICOS Y PROFESIONALES NIVEL 1/2	8		
PROF. CIENTIFICOS E INTELCTUALES	9		
F. ARMADAS, EJECUTIVO E INVERSION	10		

3.- ESTADO DE SALUD FAMILIAR	
3 O EL PORTADOR PRINCIPAL DEL INGRESO FAMILIAR	0
DOS	1
UNO INCLUYE AL PACIENTE	2

6.- % DE INGRESO FAMILIAR	ALIMENTACION
71% - MÁS	0
61% - 70%	2
51% - 60%	4
41% - 50%	6
31% - 40%	8
21% - 30%	10

INGRESO FAMILIAR

NO. DE VECES SALARIO	INGRESO FAMILIAR	NUMERO DE DEPENDIENTES ECONOMICOS				
		1-2	3-4	5-6	7-8	9
0 - 1	MENOS DE \$ 1,309.50	0	0	0	0	0
+1 - 1 1/2	\$ 1,310.00	15	10	5	0	0
+1 1/2 - 3	1,965.00	20	15	10	5	0
+3 - 4 1/2	3,979.00	25	20	15	10	5
+4 1/2 - 6	5,893.00	30	25	20	15	10
+6 - 8	7,858.00	35	30	25	20	15
+8 - 10	10,477.00	40	35	30	25	20
+10 - 13	13,096.00	45	40	35	30	25
+13 - 16	17,024.00	50	45	40	35	30
+16	20,953.00	55	50	45	40	35

CALCULADO DE ACUEDO AL SALARIO MINIMO (DIARIO: 43.65) 11 DE FEBRERO DE 2003.
DIARIO OFICIAL DEL 26 DE DICIEMBRE DEL 2002.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ
DIRECCIÓN MÉDICA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

SOLICITUD DE RECLASIFICACIONES

FECHA _____
FOLIO _____

NOMBRE _____ EXP _____

NIVEL _____ A _____

SERVICIO _____ CAMA _____

DIAGNOSTICO MEDICO _____

DOMICILIO _____

MOTIVO

ACTUALIZACION DE ESTUDIO _____ CASO ESPECIAL _____

PRESENTACIÓN DE DOCUMENTO _____ NO DERECHOHABIENTE _____

POR ORDEN SUPERIOR _____ OTROS _____

OBSERVACIONES:

ATENTAMENTE

VO.BO.

T.S. RESPONSABLE

LIC. T.S. GEORGINA VOLKERS GAUSSMANN
JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIZO

DR. ALFREDO GOMEZ AVIÑA
DIRECTOR MEDICO



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

INSURGENTES SUR NO. 3877
COL. LA FAMA C.P. 14269
MÉXICO, D.F.
TEL. 5606.3822
www.innn.edu.mx

14 de enero, 2005.

P. LIC. T.S. VICTOR MIGUEL ZÚÑIGA HERNÁNDEZ
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL PROTOCOLO 112/04
P R E S E N T E .

Comunico a usted los comentarios de evaluación al protocolo No. 112/04 titulado: "ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VISITA DOMICILIARIA APLICADA A PACIENTES RESIDENTES DEL DISTRITO FEDERAL, QUE ACUDIERON A LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ EN EL AÑO 2003"

Evaluador 1: **Contenido:** Claro 10, completo 10, título 10, resumen 10, antecedentes 10, **Planteamiento del problema:** hipótesis -no hay-, objetivos 10, justificación 10, **Metodología 10:** Diseño 10, Población y muestra 10, Criterios de selección 10, Variables 10, Análisis estadístico -no hay-, **Consideraciones éticas** -no amerita-, **Consideraciones financieras:** Aporte financiero -no amerita-, Recursos con los que cuenta 10, Recursos a solicitar 10, Análisis del costo por paciente-no amerita-, Cronograma de Actividades 10, Referencias 7, **Apéndice I:** Carta de Consentimiento Informado -no amerita-, **Apéndice II:** Otros criterios de acuerdo al tipo de estudio -.

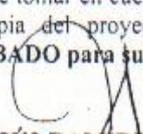
Comentarios: Todas las referencias tienen que estar incluidas en el texto y no como referencias complementarias. Consideramos que valdría la pena plantear como objetivo principal de que esta investigación va a servir para el futuro, ya que no solo se trata de comparar el ESE con la visita domiciliaria, sino que de ello se mejore la atención del paciente a corto plazo.

Evaluador 2: **Contenido:** Claro 8, completo 8, título 8, resumen 8, antecedentes 8, **Planteamiento del problema 8:** hipótesis 8, objetivos 8, justificación 8, **Metodología 8:** Diseño 8, Población y muestra 8, Criterios de selección 8, Variables 8, Análisis estadístico 8, **Consideraciones éticas 8, Consideraciones financieras 8:** Aporte financiero -, Recursos con los que cuenta -, Recursos a solicitar -, Análisis del costo por paciente-, Cronograma de Actividades 8, Referencias 8, **Apéndice I:** Carta de Consentimiento Informado -no lo requiere-, **Apéndice II:** Otros criterios de acuerdo al tipo de estudio -.

Comentarios: Se trata de un proyecto con relevancia desde el punto de vista social, que aportará información valiosa para el Instituto.

Favor de tomar en cuenta las opiniones vertidas, hacer las modificaciones pertinentes en el protocolo. Enviar una copia del proyecto corregido a este Departamento de Investigación Clínica. **El proyecto está APROBADO para su realización.**

Atentamente.


DR. JESÚS RAMÍREZ BERMÚDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Acuse.

México D. F. a 24 de julio de 2006

Dr. Miguel Angel Celis López
Unidad de Radioneurocirugía
PRESENTE.

Por este medio envío a usted un cordial saludo así como para solicitarle de la manera más atenta, su apoyo para el protocolo de investigación "Estudio retrospectivo sobre la importancia de la visita domiciliaria aplicada a pacientes residentes del Distrito Federal, que acudieron a la Unidad de Radioneurocirugía en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, en el año 2003", con No. de Referencia 112/04, proporcionando una relación del total de los pacientes atendidos en la Unidad a su cargo, en el año 2003, incluyendo el diagnóstico médico y el tipo de tratamiento prescrito en cada uno de los casos.

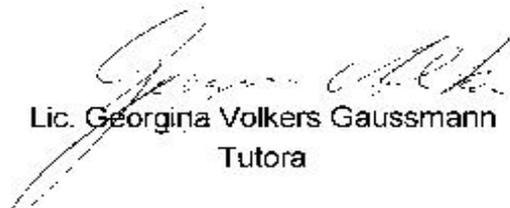
Sin más por el momento agradezco de antemano las atenciones que se sirva dar a la presente.

Atentamente,

Recibi
JULIO 24, 2006.



P. Lic. T. S. Victor Miguel Zúñiga
Hernández
Investigador



Lic. Georgina Volkens Gaussmann
Tutora

GLOSARIO DE TÉRMINOS MÉDICOS

A fin de comprender de manera más amplia la importancia del trabajador social en la Unidad de Radioneurocirugía, es necesario conocer los padecimientos de las personas que acuden a esta unidad y cuya urgencia en la proporción del tratamiento con el Novalis Shaped Beam Surgery generará una adecuada y posible rehabilitación.

Para esta investigación, no se pretende dar una explicación clínica con estos conceptos, aunque la información obtenida haya sido de bibliografía de esta área, esta investigación no ahonda en la sintomatología de cada uno de los padecimientos, sin embargo el trabajador social en el área de salud debe conocer éstos para poder proporcionar un adecuado apoyo institucional.

Antes de iniciar la descripción de los padecimientos, es necesario conocer algunos conceptos que se utilizarán de manera constante durante el presente apartado:

Neoplasia: (Tumor o Cáncer) Crecimiento progresivo de células que no se producirían de manera normal.

Gliomas: Este no es un tipo específico de cáncer. El glioma es una categoría general que incluye los astrocitomas, los oligodendrogliomas y los ependimomas.¹

Glomus: Término de la nomenclatura anatómica para designar un cuerpo histológicamente (**estudio de las células**) reconocible, compuesto de manera primordial por arteriolas finas (**diminutas arterias**) que hacen conexión directa con venas y que poseen una rica inervación, es decir un exceso en el suministro de estímulos nerviosos a una parte en específico.²

Los padecimientos recurrentes, son los siguientes:

- a) **Acromegalia:** (Enfermedad de Marie). Es causado por el aumento en la secreción de la hormona del crecimiento, (que proviene de la glándula hipófisis también conocida como pituitaria) después de la madurez; se caracteriza por agrandamiento

¹ http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_que_es_3.asp?

² Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland, Ed. Interamericana y Mc Graw Hill, España, 1988, págs. 695

de las extremidades del esqueleto: nariz, maxilares, dedos de las manos y de los pies.³

b) **Adenoma de Hipófisis:** Tumor epitelial benigno en donde las células forman estructuras glandulares identificables por medio de tinciones (teñir) especiales en laboratorio. El adenoma puede presentarse en distintas regiones del cuerpo, en el caso de la hipófisis, es un neoplasma benigno, el cual puede ser por sus características:

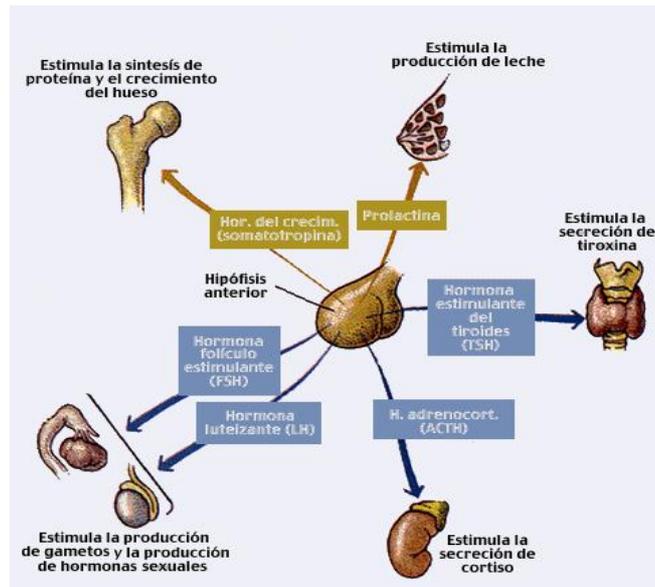


FIGURA 1

Fuente: http://www.puc.cl/sw_educ/biologia/bio100/html/portadaMIval6.3.html

- Adenoma Acidófilo: Tumor del lóbulo anterior de la hipófisis, cuyas células se tiñen con colorantes ácidos (de color rosa); estos tumores hipofisarios pueden originar secreción excesiva de la hormona del crecimiento, que produce gigantismo o acromegalia;
 - Adenoma Basófilo: tumor del lóbulo anterior de la hipófisis, cuyas células se tiñen con colorantes básicos (color morado) y que puede originar secreción excesiva de hormona adrenocorticotrópica o ACTH la cual tiene función antidiurética;

³ Ibídem, pág. 33

- Adenoma Cromófobo: las células no se tiñen con colorantes ácidos ni básicos y cuya presencia puede guardar relación con hipopituitarismo, aunque estos adenomas constan de células con gránulos escasos o desgranulados, algunos contienen células funcionales y pueden guardar relación con estado hiperhipofisiario.⁴
- c) **Angioma:** tumor cuyas células tienden a formar vasos sanguíneos (hemangioma) o vasos linfáticos (linfangioma); entre los angiomas, se encuentra el angioma cavernoso o hemangioma cavernoso.⁵
- d) **Angioma cavernoso:** es conocido como Hemangioma Cavernoso, Malformación Cavernosa Cerebral o Cavernoma, “El angioma cavernoso típico se parece algo a una frambuesa, pero su tamaño puede variar desde ser microscópico hasta tener unas pulgadas de diámetro. Esta compuesto de burbujitas múltiples (cavernas) de varios tamaños, llenas de sangre y forradas con una capa especial de células (el endotelio). Estas células son parecidas a las células que forran los vasos sanguíneos normales, pero las burbujas del angioma cavernoso pierden sangre y carecen de las otras capas que se encuentran en las paredes de un vaso sanguíneo normal. El angioma cavernoso puede causar ataques convulsivos, los síntomas de la embolia cerebral, las hemorragias y las jaquecas.⁶
- e) **Astrocitoma:** Tumor Intracraneal que se origina en los astrocitos (células cerebrales) y en un 35% de los casos son incurables debido a que se propagan a lo largo de las vías del líquido cefalorraquídeo.⁷
- f) **Carcinoma:** Neoplasia maligna constituida por células epiteliales, que tienden a infiltrar los tejidos adyacentes y origina metástasis.⁸
- g) **Cordoma:** Estos tumores se originan en el hueso situado en la parte posterior del cráneo o en el extremo inferior de la espina dorsal, lo que causa lesión progresiva al

⁴ Ibídem, pág. 39

⁵ Ibídem, pág. 94

⁶ <http://www.angiomaalliance.org/Espanol/cainfo.html>

⁷ http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_que_es_3.asp?

⁸ Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland, Op. Cit., pág. 249

sistema nervioso central adyacente. No suelen propagarse o hacer metástasis a otros órganos.⁹

- h) Craneofaringeoma:** tumor que nace en restos celulares derivados del tallo hipofisiario, frecuentemente con aumento de presión intracraneal y que presenta depósitos de calcio en la cápsula o en el tumor propiamente dicho, se le conoce como: tumor de la Bolsa de Rathke, adamantinoma o ameloblastoma hipofisiario¹⁰
- i) Ependimomas:** Este padecimiento proviene del Epéndimo, cuyas células revisten los ventrículos cerebrales y el canal central de la médula espinal; es una neoplasia de células ependimarias diferenciadas; la mayor parte de los ependimomas son de crecimiento lento y benignos, pero ocurren variantes malignos¹¹, pueden obstaculizar la salida del líquido cefalorraquídeo de los ventrículos, dando lugar al agrandamiento de éste y acumulación del líquido conocida como hidrocefalia. No se propagan ni se infiltran en el tejido normal del cerebro. Como resultado, algunos, aunque no todos, pueden ser extirpados por completo y curados mediante cirugía.¹²
- j) Epilepsia:** Trastorno pasajero paroxístico (espasmos o ataques) de la función cerebral, que puede manifestarse como ataque episódico o pérdida de la conciencia, fenómenos motores anormales, perturbaciones psíquicas, sensoriales o perturbación del sistema nervioso autónomo.¹³
- k) Germinoma:** Neoplasia del tejido germinal (testículos u ovarios).¹⁴ Las Neoplasias, son formaciones progresivas de células que no se producirían de manera normal.
- l) Malformación Arteriovenosa Cerebral (MAV)** una malformación arteriovenosa cerebral es un trastorno congénito de los vasos sanguíneos del cerebro y se caracteriza por una conexión anormal entre las arterias y las venas en dicho órgano. La condición ocurre cuando se forman uno o más vasos sanguíneos cerebrales en los cuales las arterias se conectan directamente con las venas, sin tener los capilares

⁹ http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_que_es_3.asp?

¹⁰ Ibídem, pág. 367

¹¹ Ibídem, pág. 523

¹² http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_que_es_3.asp?

¹³ Ibídem, pág. 526

¹⁴ Ibídem, pág. 682

normales entre ellas. Las malformaciones arteriovenosas varían en tamaño y en ubicación dentro del cerebro. Normalmente, los síntomas no aparecen hasta que se presentan complicaciones, las cuales involucran una ruptura de la MAV dando como resultado un sangrado repentino en el cerebro, al cual se le conoce como accidente cerebrovascular hemorrágico, que es lo que ocurre esencialmente cuando se rompe una MAV.¹⁵

- m) Meduloblastomas:** Los meduloblastomas son tumores que se originan a partir de las neuronas del cerebelo. Son tumores de crecimiento rápido, pero pueden ser tratados, y a menudo curados, mediante radioterapia. Los meduloblastomas se presentan más comúnmente en niños y con frecuencia se propagan por todas las vías del líquido cefalorraquídeo.¹⁶
- n) Meningioma:** Las Meninges, son las 3 membranas que cubren el cerebro y la médula espinal (duramadre, piamadre y aracnoides), hablando estrictamente, los meningiomas no son tumores cerebrales, puesto que se originan a partir de alguna de estas membranas, éste causa síntomas al ejercer presión sobre el cerebro o la médula espinal y son bastante frecuentes, representando aproximadamente entre el 25% de los tumores cerebrales primarios y la mayoría de los tumores de la médula espinal. Los meningiomas ocurren a partir de la mediana edad (entre los 50 a 69 años) y son casi el doble en las mujeres que en los hombres. Ocasionalmente ocurren en familias, principalmente en aquellas con un síndrome de tumores benignos múltiples del tejido nervioso llamado enfermedad de Von Recklinghausen. Otro factor de riesgo para la meningiomas es la radiación craneal, particularmente en las personas jóvenes.¹⁷
- o) Neuralgia del Trigémino (Tic Doloroso):** es una inflamación extremadamente dolorosa del nervio trigémino que causa dolor facial severo como de alivio y espasmo en el lado comprometido. Estos ataques dolorosos se pueden presentar después de tocar ligeramente áreas cutáneas diferentes de la cara, a lo largo del curso de este nervio craneal. Los medicamentos específicos pueden ser muy

¹⁵ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000779.htm>

¹⁶ http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_que_es_3.asp?

¹⁷ *Ibídem*

efectivos para reducir la frecuencia de los ataques, pero es posible que se requiera intervención quirúrgica.¹⁸

- p) **Neurofibromatosis:** Trastorno genético caracterizado por cambios del desarrollo en el sistema nervioso, los músculos, los huesos y la piel y que se expresa a simple vista por formación de tumores llamados pediculados múltiples (neurofibromas) distribuidos por todo el cuerpo y acompañados de áreas de pigmentación.¹⁹
- q) **Oligodendrogliomas:** Los oligodendrocitos son células no neuronales de origen ectodérmico, que forma parte de la estructura en el tejido del sistema nervioso central. Este padecimiento, se propaga o infiltra de manera similar a los astrocitomas y en la mayoría de los casos, no pueden extirparse por completo mediante cirugía. Los oligodendrogliomas pueden propagarse a lo largo de las vías del líquido cefalorraquídeo, pero en contadas ocasiones se propagan fuera del cerebro o de la médula espinal.²⁰
- r) **Pineblastoma (Pinealoblastoma):** La glándula pineal, se encarga de la biosíntesis de la melatonina, la cual regula la entrada de luz, el Pineblastoma, es un tumor raro, compuesto por nidos neoplásicos de grandes células epiteliales, en el que las células pineales no están bien diferenciadas.²¹
- s) **Prolactinoma:** Tumor Hipofisiario, suele ser microadenoma de las células mamotrópicas (células de las glándulas mamarias) que secreta prolactina, la cual es la hormona que estimula y conserva la lactancia después del parto.²²
- t) **Schwannoma (neurilemoma):** Los schwannomas se originan en las células de Schwann (referente a las vainas de mielina) que son una parte de los pares craneales y otros nervios. Por lo general, son tumores benignos que a menudo se forman cerca del cerebelo y en el nervio craneal responsable de la audición y el equilibrio. Éstos representan alrededor de 7% de todos los tumores del sistema nervioso central.²³

¹⁸ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000742.htm>

¹⁹ Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland; Op. Cit. ; pág. 1073

²⁰ http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_que_es_3.asp?

²¹ Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland; Op. Cit. ; pág. 1210

²² *Ibidem*, pág. 1269

²³ http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_que_es_3.asp?

BIBLIOGRAFÍA.

1. Alayón Norberto, Definiendo al Trabajo Social, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1986, págs. 103
2. Ander – Egg, Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, Buenos aires, Ed. Ecriolphi, 1974, págs. 284
3. Ander – Egg, Ezequiel, Investigación y Diagnóstico para el Trabajo Social, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1987, págs. 144
4. Ander – Egg, Ezequiel, Reflexiones en Torno a los Métodos del Trabajo Social, Ed. El Ateneo, México, 1992, págs. 117
5. Ander –Egg, Ezequiel, Introducción al Trabajo Social, Ed. El Ateneo, México, D. F., 1993, págs.158
6. Briones, Guillermo, Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales, Ed. Trillas, 3º Reimpresión, México, 1995, págs. 291
7. Camacho González, Lizbeth, Modelos de Intervención Individualizada, Ed. ENTS / UNAM, Mayo, 1999, págs. 69
8. Campanini, Anamaría, Servicio Social y Modelo Sistémico, Una Nueva Perspectiva para la Práctica Cotidiana, Ed. Paidos, España, 1996, págs. 220
9. Castellanos, María C., Manual de Trabajo Social, Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1974, págs. 193
10. Davison, Evelyn H, Trad. Guadalupe Alarcón Morali, Trabajo Social de Casos, Ed. Traducciones Continentales, México, 1973, págs. 150
11. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland, Ed. Interamericana y McGraw Hill, España, 1988, págs. 1711
12. Dios de Puente, Delia Selene de, Técnicas Elementales de Servicio Social, México, Ed ISSSTE y Asociación Nacional de Servicio Social Voluntario, 1978, págs.171

13. Estrada Inda, Lauro, El Ciclo Vital de la Familia, Méxic, Ed. Grijalbo, 1997, págs. 161
14. Evangelista Ramirez, Eli, Historia del Trabajo Social en México, México, UNAM / ENTS,1999, págs.177
15. Gordon, Hamilton, Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casos, Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1974, págs.333
16. Harris Perlman, Helen, El Trabajo Social Individualizado, Ed. RIALP S. A., Madrid, 1982, págs. 305
17. Informe Anual de Trabajo Social, Control General de INSALUD, México, 2003
18. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Cuarenta Años de Historia del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Dirección de Enseñanza, México, 2004, págs. 134
19. Kadushin, Alfred, La Entrevista en el Trabajo Social, México, Ed. Extemporáneos, 1974, págs. 339
20. Kadushin, Alfred; La Entrevista en el Trabajo Social; Ed. Extemporáneos; México; 1978; págs. 352
21. Kissnerman, Natalio, Salud Pública y Trabajo Social, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1990, págs. 246
22. Ledbitter Hancock, Betsy y Col., trad. Lara Rodríguez, Norma Angélica, Home Visits: History and Functions, de "The Journal of Contemporary Social Work", Family Service of America, Massachusetts, EE. UU, 1989.
23. Leñero Otero, Luis, La Familia, México, Ed. Anuiés, 1976, págs. 135
24. Luhmann, Niklas, Introducción a la Teoría de Sistemas, Universidad Iberoamericana de México, Ed. Anthopos, Barcelona, 1996, págs. 303
25. Manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social, Ed. Secretaría de Salud, INNN, México, 2001, págs. 100

26. Meave, Etna, Metodología para el Estudio Social de Casos, Ed. ETME ediciones, Col. Trabajo Social, México, 1995, págs.103
27. Pick, Susan Como investigar en Ciencias Sociales, Ed. Trillas, México, 1980, págs. 160
28. Rojas Soriano, Raúl, Guía Para Realizar Investigaciones Sociales, Ed. Plaza y Valdéz, México, 2002, págs. 271
29. Sánchez Rosado, Manuel coord., Manual de Trabajo Social, Ed. Plaza y Valdéz, México, 2004, págs. 473
30. Sánchez Rosado, Manuel, Elementos de Salud Pública, México, Ed. Méndez Cervantes, 1983, págs. 312
31. Taucar, Nadia, La Perspectiva de Redes naturales: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social, Grupo E. I. E. M. Sub Equipo: S. S. Con Redes, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1998, pág. 196
32. Tello Peón, Nelia E., Modelo de Intervención de Trabajo Social de los Institutos Nacionales de Salud, Ed. ENTS / UNAM, Mayo, 1999, pág. 90
33. Torres Díaz, Jorge, Historia del Trabajo Social, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1987, págs. 294
34. Valero Chávez, Aida, El Trabajo Social en México: Desarrollo y Perspectivas, Ed. UNAM / ENTS, México, 1994, pp. 183

HEMEROGRAFÍA

35. Ortega García, Laura, “Metodología para la Atención Social Individualizada”, Revista de Trabajo Social, Ed. UNAM / ENTS, México, 1996.

REVISTAS ELECTRÓNICAS

36. American Cancer Society, Tumores del Cerebro y Medula Espinal, Estados Unidos, 2005, (De 08 de agosto 2005, http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_5_1x_que_es_3.asp?).

37. Angioma Alliance, Información Sobre Angioma Caveroso, Estados Unidos, 2004, (De 02 de julio de 2005: <http://www.angiomaalliance.org/Espanol/cainfo.html>).
38. Asociación Catalana de les Neurofibromatosis, Radioterapia Estereotáxica, España, 2002, (De 8 de marzo 2005: <http://www.acnefi.com/revista/2001h30.htm>).
39. Brucher, Jean Marie, Atlas Interactif de Neuro – Oncologie, Association des Neuro-OnCologues d'Expression Francaise, 1999, (DE, 20 de enero, 2005: <http://anocef.unice.fr/atlasneuro/es/m/mPI14a1.html>).
40. Calderone, Elisa, Dermatology for Primary Care, University of California San Diego, 1997, (De 20 de enero, 2005 : <http://cybermed.ucsd.edu/derm2/Case2/invasive.html>).
41. Heraso Aragón, María Isabel, Dolores Crónicos Benignos más Frecuentes, 2001, España, (De: 20 de abril de 2005: http://www.dolor-doctora-heraso.info/dolores_frecuentes.htm).
42. <http://www.fcm.unicamp.br/departamentos/anatomia/nptependimoma15b.html>
43. <http://www.medstudents.com.br/neuro/neuro7.htm>
44. <http://www.neurocirugia.com/anatpat/craneofaringioma/craneofaringioma.htm>
45. <http://www.prodmedia.com.ar/aoaa/caso1/caso1.htm>
46. Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas, Malformación Arteriovenosa, 2004, México, (De 20 abril de 2005: http://www.imbiomed.com/1/1/banco.php?method=showClasificaciones&pathUser=12%7CNeurolog%EDa%3E32%7CMacros%F3picas&id_clas=32
47. Lechan, Ronald, Tufts University, 2005, (De 12 de febrero 2005: <http://ocw.tufts.edu/Content/14/CourseHome/265915>).
48. Lene Uhrbom, Nature Medicine, Dissecting tumor maintenance requirements using bioluminescence imaging of cell proliferation in a mouse glioma model, 1996, Estados Unidos, (De 15 de diciembre 2005:

- <http://www.nature.com/nm/journal/v10/n11/full/nm1120.html;jsessionid=37309388A87E4DF89D772682B149F00E>).
49. Margen, Temas de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Argentina, 1997, (De 24 de marzo de 2005: www.margen.org/catedras/apunte18.html).
 50. Mayo Clinic, Astrocitomas, 2001, Estados Unidos, (De 2 de julio de 2005: <http://www.mayoclinic.org/glioma/astrocytomas.html>).
 51. Medciclopedia, Atlas de Neurología, 2004, España, (De 15 de diciembre 2005: <http://www.iqb.es/neurologia/atlas/tumor04/tumor06.htm>).
 52. Netter Collection of Medical Illustrations, Gliomas, 2001, Estados Unidos, (De 24 de octubre 2005: <http://www.netterimages.com/image/1170.htm>).
 53. Oral Diagnosis, (De 20 de Enero 2005: <http://dentistry.ouhsc.edu/intranet-web/Courses/OD8502/neurofibroma.html>).
 54. Portales de Internet de la Biblioteca Nacional de Medicina, Medline Plus, Neuralgia del Trigémino, 2001, Estados Unidos, (De 31 de marzo de 2005 <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000742.htm>).
 55. Revista chilena de obstetricia y ginecología, Neurofibromatosis Tipo I Diagnosticada en el Embarazo, 2004, Chile, (De 25 de octubre de 2005: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-5262004000500009&script=sci_arttext&tlng=es).
 56. Roth, Kevin, Neuropathology Image Library, The Internet Stroke Center, 1997, Estados Unidos, (De 17 de abril de 2005: <http://www.strokecenter.org/prof/pathology/index.htm>).
 57. School of Medicine, Tulane University, Meduloblastomas, 1996, Estados Unidos (De 24 de julio de 2005: <http://www.som.tulane.edu/imaging/NEUROPATH/NeuroHTMLS/medulobla.html>).
 58. State of the Art Instrument on Cancer Treatment, Adult Neuroectodermal Tumours of Posterior Fossa (Medulloblastoma) and of Supratentorial Sites

- (stPNET), 1995, Italia, (De 16 de febrero de 2005:
http://www.startoncology.net/capitoli/interno_capitoli/default.jsp?menu=professional&ID=91&language=eng).
59. Thamburaj, Vincent, Pineal Tumors, Neurosurgery on the Web, 2000, India, (De 24 de abril de 2005: <http://www.thamburaj.com/pineal.htm>).
60. Unidad de Radiocirugía Rafael García de Sola, Tumores del Sistema Nervioso Central, 2002, España, (De 22 de agosto de 2005
<http://www.neurorgs.com/?p=/doc/pre/tema5.asp>).
61. Wikipedia, The Free Encyclopedia, 2005, (De 20 de enero 2005:
http://en.wikipedia.org/wiki/Renal_cell_carcinoma).
62. www.chospab.es/usuarios/atencionalusuario/trabajosocial.html
63. www.margen.org/desdeelfondo/num22/legi.html