

INTERVENISCE PER IL TRATTAMENTO
 SOCIALE E TRATTAMENTO DELL'ADOLESCENTE

F. E. G. I. S.

LEZIONE DI DIRITTO SOCIALE

LA LEGISLAZIONE PER LA
 TUTELA DELL'ADOLESCENTE

TRATTAMENTO SOCIALE DELL'ADOLESCENTE



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| | <u>Página</u> |
|---|---------------|
| INTRODUCCION | 1 |
| | |
| CAPITULO I.- SISTEMA DE SALUD EN MEXICO | 3 |
| 1.1. Salud como aspecto fundamental de bienestar social | 6 |
| 1.2. Concepto de Salud y Enfermedad | 8 |
| 1.3. Enfermedades de mayor incidencia | 10 |
| 1.3.1. Estadísticas | 13 |
| | |
| CAPITULO II.- ADOLESCENCIA | 23 |
| 2.1. Concepto de Adolescencia | 24 |
| 2.2. Cambios durante la Adolescencia | 26 |
| 2.2.1. Adaptación e integración del Adolescente | 35 |
| 2.3. Adolescencia y Enfermedad | 36 |
| 2.3.1. El Adolescente con enfermedad crónica | 37 |
| 2.3.2. Tratamiento y hospitalización en la adolescencia | 40 |
| | |
| CAPITULO III.- LEUCEMIA | 44 |
| 3.1. Definición de leucemia | 45 |
| 3.1.1. Elementos de la sangre | 45 |
| 3.1.2. Etiología de la leucemia | 48 |
| 3.2. Antecedentes de la leucemia | 49 |
| 3.3. Clasificación de los diferentes tipos de leucemia | 51 |

| | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| 3.4. Manifestaciones clínicas de la leucemia | 53 |
| 3.4.1. Frecuencia con que se presenta un caso de leucemia | 55 |
| 3.4.1.1. Gráficas | 58 |
| 3.5. Tratamiento específico | 65 |
| 3.5.1. Fases del tratamiento | 67 |
| 3.5.2. Cuidados durante el tratamiento | 69 |
| 3.5.3. Limitaciones para llevar a cabo el tratamiento | 71 |
| 3.5.4. Pronóstico | 74 |
| 3.5.5. Repercusiones del tratamiento en el paciente y su familia | 75 |
| 3.5.5.1. Repercusiones físicas en el paciente | 76 |
| 3.5.5.2. Repercusiones psicológicas en el paciente y su familia | 79 |
| CAPITULO IV.- TRABAJO SOCIAL | 82 |
| 4.1. Concepto de Trabajo Social | 84 |
| 4.2. Objetivos y funciones del Trabajador Social | 86 |
| 4.3. Trabajo Médico Social | 87 |
| 4.3.1. Intervención del Licenciado en Trabajo Social en el área médica | 92 |

| | <u>Página</u> |
|---|---------------|
| 4.4. Trabajo Social de Casos | 96 |
| CAPITULO V.- INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA | 102 |
| 5.1. Antecedentes del I.N.P. | 103 |
| 5.1.1. Objetivos del I.N.P. a par- tir del decreto presiden- cial de 1983 | 105 |
| 5.2. Cómo funciona el I.N.P. | 105 |
| 5.3. Departamento de Trabajo Social | 107 |
| 5.4. Equipo multidisciplinario | 109 |
| 5.4.1. Intervención del equipo Mé- dico | 110 |
| 5.4.2. Intervención del equipo de- Enfermería | 112 |
| 5.4.3. Intervención del Psicólogo | 113 |
| 5.4.4. Intervención del Trabajador Social | 113 |
| 5.4.4.1. Manejo social al- paciente y a su - familia | 114 |
| CAPITULO VI.- INVESTIGACION DE CAMPO | 118 |
| 6.1. Técnicas de investigación | 118 |
| 6.2. Cédula de entrevista | 121 |
| 6.3. Detección de casos de Adolescentes- con Leucemia y resultados obtenidos | 123 |
| 6.3.1. Gráficas | 132 |
| CAPITULO VII.- CONCLUSIONES | 159 |

| | <u>Página</u> |
|--|---------------|
| CAPITULO VIII.- SUGERENCIAS | 165 |
| APENDICE 1. PROPUESTA OPERATIVA | 169 |
| APENDICE 2. ARTICULO 4º CONSTITUCIONAL | 174 |
| APENDICE 3. GLOSARIO | 175 |
| BIBLIOGRAFIA | 182 |

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

La inquietud por efectuar el presente trabajo surge durante la realización del servicio social en el Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.) ya que se detectaron problemas en el manejo del paciente con leucemia y su familia, por carecer de un método específico e integral de trabajo. La Leucemia es un problema social muy importante que puede desarrollarse en cualquier persona. Cuando se presenta en la adolescencia origina un mayor número de conflictos, debido a que durante esta etapa el individuo atraviesa por cambios físicos y psicológicos que alteran su vida; además de que el tratamiento médico es prolongado y difícil, resultando altamente costoso y en ocasiones el paciente no responde a él.

Las tasas de mortalidad de la leucemia son muy elevadas, - figurando entre las primeras quince en México (1982, INEGI), y a pesar de que cada día se trata con mayor éxito, los casos se multiplican cada vez más.

Subsiste la necesidad de aumentar y mejorar los medios para lograr que sean atendidos un mayor número de personas económicamente débiles que son afectadas por esta enfermedad.

Por lo anterior consideramos que el Licenciado en Trabajo Social tiene un amplio campo de trabajo en esta área, para ello

cuenta con los elementos que le permiten participar en un equipo multidisciplinario apoyando el tratamiento del adolescente - con leucemia. Proporcionando manejo social a su familia.

I.- SISTEMA DE SALUD EN MEXICO

En México, como en los llamados países subdesarrollados, - donde gran parte de la población carece de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas, entre otras características, presentan un marco general de miseria, ignorancia, insalubridad y enfermedad.

Son éstas y otras circunstancias las que determinan la llamada patología de la pobreza, observándose en ella un alto índice de morbilidad y mortalidad, por enfermedades transmisibles, elevada mortalidad general y, particularmente alta mortalidad infantil y escolar, altos índices de desnutrición, y pocas expectativas en un mejor nivel de vida.

Si a lo anterior le agregamos que en el país los servicios médicos, aunque suficientes son inaccesibles para los grandes sectores de la población, la situación se torna aún más difícil ya que la población adopta una actitud pasiva y de resignación, no sólo ante la enfermedad, sino también ante la muerte.

En nuestro medio es muy frecuente creer que la salud depende casi exclusivamente de lo que hacen los médicos y el personal paramédico, sin valorar otras circunstancias, que incluso representan una mayor importancia para preservar la salud, como son el mejoramiento económico y distribución de recursos, el sa

neamiento, la nutrición y la educación.

Desde luego la única manera de poder proporcionar una atención médica adecuada sería a través de un servicio nacional de salud, que sin elitismos de ninguna índole incluya a toda la población.

La atención médica en nuestro país, se proporciona a través de los siguientes sistemas: Seguridad Social, Asistencia Pública y Atención Privada.

El Plan Nacional de Desarrollo que comprende el período -- presidencial actual 1989-1994, señala como objetivo primordial en el aspecto de la salud que "se pretenderá promover activamente la salud, como uno de los bienes más preciados del individuo y la comunidad."⁽¹⁾

El nivel de salud en cada país no es sino el reflejo de -- sus condiciones socioeconómicas, ya que se encuentra inmerso en ellas, la salud no es sino un subsistema de la situación general, y en el cual los países subdesarrollados presentan falta -- de coordinación, deficiencias de planificación, elitismo, servicios médicos sofisticados para grupos privilegiados y por supuesto grupos mayoritarios con escasos servicios.

(1) Plan Nacional de Desarrollo. Periodo 1989-1994, Pág. 106.

El Plan Nacional de Desarrollo al respecto se refiere a -- que "en los últimos años, no obstante las severas restricciones de recursos que ha enfrentado el país, se han conseguido avances en materia de salud; los principales indicadores muestran un mejoramiento de las condiciones generales de bienestar del país. La mayoría de los mexicanos tiene acceso a establecimientos permanentes de servicios de salud, y se ha logrado una fase de crecimiento regulado de la población, sin embargo en las zonas marginadas urbanas y rurales, aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud, ni la calidad deseable, y subsisten, en general limitaciones en el suministro de medicamentos, materiales de curación, equipos e instrumental médico, así como escasez de medios para mantenimiento."(2)

No obstante los avances que se han observado en el terreno de la salud, aún no se logra satisfacer las necesidades mínimas de bienestar del grueso de la población, en los países subdesarrollados no existe un progreso sanitario, porque las autoridades no se apoyan en los cambios políticos y socioeconómicos del país, ya que las razones de las malas condiciones de salud son principalmente sociales, económicas y culturales.

Por lo antes mencionado se considera que las políticas de salud deben estar encaminadas a la realidad social y económica

(2) Idem, Pág. 105.

que vive el país, procurando orientar las acciones futuras hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad en todos los niveles de atención y para todos los habitantes del país. Ya que de otra forma, los programas de salud serán cada vez más ineficaces, si no contribuyen de manera significativa a la elevación de los niveles de vida de la población y si no responden a sus verdaderas necesidades.

Aunque puede decirse que el mexicano vive cada vez más, no puede afirmarse que sustancialmente viva mejor.

1.1. SALUD COMO ASPECTO FUNDAMENTAL DE BIENESTAR SOCIAL

En un sentido amplio, la salud no es solamente ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico y mental en un contexto ecológico y social adecuado para su sustento y desarrollo.

La enfermedad se inicia en la estructura económica y, en consecuencia sociocultural del país; dicha estructura establece diferencias y distancias entre los que se enferman por la abundancia y los que se enferman por carecer aún de lo fundamental. Dicha cadena se continúa por la organización y destino que impone a los recursos sociales; se prolonga en los rasgos ambientales físicos, químicos, biológicos y sociales, a que se ve some-

tida la población como producto de la misma actividad económica general; se extiende hasta las condiciones particulares en que trabajan y viven los distintos grupos sociales como resultado de la estructura y organización que se ha dado la sociedad mexicana para la producción y su reproducción; para finalmente culminar con la influencia refinada que se da a nivel de las familias, de la propia actitud y conducta de los individuos que la integran.

La salud se basa en el buen funcionamiento de las interacciones económicas, sociales y culturales, formando con ellas -- una parte básica del bienestar social. Por ello resulta ser un elemento imprescindible del desarrollo y un derecho esencial de todos, si la sociedad tiene como un principio justicia e igualdad social.

La salud no se obtiene del solo progreso económico y social; se requiere la realización de acciones específicas en todas las áreas donde los individuos puedan estar expuestos a diversos riesgos; como son el hogar, el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el medio ambiente.

Las acciones de salud deben de ser orientadas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental del hombre.

1.2. CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD

"La salud individual por mucho tiempo se ha considerado como una condición del organismo físicamente íntegro que funciona de manera armónica. Lo que significa un ser que se encuentra completo desde el punto de vista de sus partes que normalmente lo constituyen, y por otra, que estas partes desarrollen su función en forma armónica. Posteriormente se introdujo el concepto de que estas funciones deben mantenerse en equilibrio no solo con su medio interno sino también con el medio externo." (3)

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) establece un concepto de salud totalizador, porque el hombre es una entidad biopsicosocial. Por ello la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad." (4)

Lo que se ha denominado enfermedad es el desequilibrio ecológico y biológico; o bien como una falla del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto.

Asimismo se puede decir que la enfermedad es la respuesta

(3) Sánchez Rosado, Manuel. Elementos de Salud Pública. Pág. 3

(4) García Rodríguez, José. Glosario de Ciencias de la Salud.--

de defensa del organismo a las agresiones del medio externo.

Existen dos tipos de enfermedades:

- Enfermedades congénitas. Se originan antes del nacimiento.

- Enfermedades adquiridas. Se contraen por diversos factores después del nacimiento. Muchas de estas enfermedades son expresión de enfermedades congénitas o hereditarias que durante un largo tiempo no se manifestaron.

La enfermedad tiene dos etapas: periodo de prepatogénesis y periodo de patogénesis.

El periodo de prepatogénesis se compone por el agente, el huésped y el ambiente. El agente es un virus, bacilo, etc., el huésped es el hombre con características específicas de alimentación, vivienda, educación, etc. Y el ambiente es el conjunto de factores que hacen que el huésped y el agente se pongan o no en contacto y originen la enfermedad.

El periodo de patogénesis se inicia a partir del momento en que el agente penetra y se establece en el organismo.

La salud y la enfermedad constituyen un proceso, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno, y entre ellas se establece una relación constante de cambio.

La enfermedad provoca en el organismo una respuesta biológica tendiente a la salud, que además en muchos casos implica mayor resistencia posterior a esa enfermedad. La salud por otra parte, contiene a la enfermedad dado que muchas veces no se trata más que de un desequilibrio de los procesos sanos.

El proceso salud-enfermedad es continuo y se manifiesta si multáneamente como la unidad de dos contrarios, en el sentido de que un aspecto no puede existir sin el otro.

El hombre vive en sociedades específicas donde se dan relaciones sociales, métodos de producción y modos de vida que determinan en gran parte, su salud-enfermedad. Por ello la conceptualización del proceso salud-enfermedad debe incluir sus elementos determinantes no solo individual sino también socialmente. Es un proceso biológico-social, históricamente determinado, que se ha caracterizado por ser dinámico, complejo y contradictorio.

1.3. ENFERMEDADES DE MAYOR INCIDENCIA

En el área de salud México es un país eminentemente joven, desnutrido, con una dieta baja, en calidad y cantidad. Su natalidad es alta, su mortalidad general es baja, pero su mortalidad infantil es aún elevada.

A México "le afectan fundamentalmente las enfermedades infecciosas, seguidas muy de cerca por las degenerativas, metabólicas y neoplásicas, así como por los accidentes de todo tipo.- Su salud mental se deteriora cada vez más, particularmente en el área urbana. Tiene un alto índice de inválidos agudos y crónicos, de aparatos y sistemas orgánicos (locomotor, visual y auditivo), de enfermos mentales, así como de desvalidos sociales." (5)

"Se estima que existen diez enfermos de cáncer por cada de función notificada por este padecimiento, lo que representa -- 300,000 casos en 1985.

De igual manera, si se acepta que la diabetes mellitus, en su forma sintomática tiene una prevalencia de 2% en la población mayor de 10 años de edad, existen en nuestro país alrededor de un millón de enfermos.

Si se consideran las formas asintomáticas o subclínicas se eleva a más de 2!000,000 el número de personas diabéticas en -- 1985.

Se calcula que aproximadamente un 10% de la población adulta sufre de hipertensión arterial, ello equivale a que hay en -

(5) González Carbajal, E. Diagnóstico de la Salud en México. - Pág. 107.

la actualidad aproximadamente 2'500,000 personas hipertensas en nuestro país.

Por lo que se refiere a enfermedades cardiovasculares, se estima que hay 450,000 cardíacos congénitos, seis por cada mil habitantes, 195,000 enfermos de fiebre reumática en edad escolar que sufren carditis reumática de diversos grados, de los cuales el 60% tiene daño residual, es decir 117,000 cardíacos reumáticos.

Entre las enfermedades carenciales se incluye el bocio, cuya prevalencia se estima en 5 millones de casos.

Algunos problemas que afectan a la salud mental; las alteraciones conductuales permanentes, con un índice de 5.1 personas por cada 10 mil habitantes constituyen en promedio 37,500 personas con dicho problema, el alcoholismo un índice de 56.4 personas por cada 10 mil hab., constituyen aproximadamente 410-mil personas, la epilepsia con tasa de 30 por cada 10 mil hab. - aporta cifras de 220 mil enfermos, y la deficiencia mental, con 9.7 enfermos por cada 10 mil hab. , aporta un número de 75 mil enfermos. De acuerdo a estas cifras, el total de enfermos mentales se aproxima a 2'325,000 en nuestro país.

Las enfermedades como gastritis, bronquitis y del aparato-respiratorio superior tienen baja cifra de mortalidad.

Constituyen problemas trascendentales las enfermedades: --
 blenorragia, brucelosis, fiebre tifoidea, hepatitis infecciosa,
 paludismo, sarampión, sífilis, tosferina y tuberculosis." (6)

1.3.1. Estadísticas

Veinte principales causas de mortalidad por Sexo y Orden
 de Importancia para el Grupo de 5 a 14 años. 1982.

| CAUSAS | Orden de Importan cia | DEFUNCIONES | | | |
|--|-----------------------------|-------------|---------|---------|----------------------|
| | | Total | Hombres | Mujeres | No especi- ficado |
| TODAS LAS CAUSAS | | 13,588 | 8,170 | 5,302 | 116 |
| Otros accidentes * | 1 | 1 665 | 1 198 | 450 | 17 |
| Enfermedades infecciosas in- testinales | 2 | 1 213 | 604 | 596 | 13 |
| Accidentes de Tráfico por - Colisión entre un Vehículo- de Motor y un Peatón | 3 | 1 180 | 818 | 343 | 19 |
| Anegamiento y Sumersión ac- cidentales | 4 | 815 | 591 | 217 | 7 |
| Neumonía e Influenza * | 5 | 639 | 340 | 299 | - |
| Caídas Accidentales * | 6 | 439 | 319 | 118 | 2 |
| Homicidio y Lesiones Inflin- gidas Intencionalmente por- otra Persona | 7 | 346 | 243 | 93 | 10 |
| Accidentes de Tráfico de Ve- hículo de Motor de Naturale- za No Especificada | 8 | 305 | 209 | 90 | 6 |

(6) Idem. Pág. 34-37.

| CAUSAS | Orden de Importan- cia | DEFUNCIONES | | | |
|--|------------------------------|-------------|---------|---------|----------------------|
| | | Total | Hombres | Mujeres | No Especi- ficado |
| Leucemia Linfoide | 9 | 238 | 142 | 96 | - |
| Disritmia Cardíaca | 10 | 228 | 127 | 100 | 1 |
| Leucemias de células de tipo - no especificado | 11 | 210 | 107 | 102 | 1 |
| Accidentes causados por el fue- go | * 12 | 189 | 128 | 60 | 1 |
| Epilepsia | 13 | 167 | 90 | 76 | 1 |
| Otro accidente de tráfico por- Colisión entre Vehículo de mo- tor | 14 | 163 | 106 | 56 | 1 |
| Trastorno de los líquidos, de los electrolitos y del equili- brio ácido básico | 15 | 142 | 66 | 74 | 2 |
| Accidentes de Trabajo por pér- dida de gobierno sobre un ve- hículo de motor sin Colisión - en la carretera | 16 | 138 | 93 | 42 | 3 |
| Septicemia | 17 | 135 | 76 | 59 | - |
| Tumor de naturaleza no especi- ficada | 18 | 118 | 59 | 57 | 2 |
| Insuficiencia Cardíaca | 19 | 112 | 56 | 56 | - |
| Parálisis cerebral infantil | 20 | 109 | 46 | 63 | - |
| Signos, Síntomas y Estados Mor- bosos Mal definidos | | 868 | 454 | 409 | 5 |
| Las demás Causas | | 4 169 | 2 298 | 1 846 | 25 |

NOTA: *Para este caso se anota el grupo, porque la causa no es especificada del grupo contempla la mayor parte de las de funciones.

La tasa se calculó por 100,000 habitantes.

FUENTE: INEGI, 1982.

Veinte Principales Causas de Mortalidad por Sexo y Orden -
de Importancia para el Grupo de 15 a 24 Años. 1982.

| CAUSAS | Orden de Importancia | DEFUNCIONES | | | |
|---|----------------------|-------------|---------|---------|-----------------|
| | | Total | Hombres | Mujeres | No especificado |
| TODAS LAS CAUSAS | | 25,027 | 17,944 | 6,906 | 177 |
| Otros accidentes * | 1 | 4 691 | 4 094 | 584 | 13 |
| Ataque con Armas de fuego y - explosivos | 2 | 1 913 | 1 793 | 90 | 30 |
| Ahogamiento y Sumersión acci- dentales | 3 | 1 357 | 1 236 | 113 | 8 |
| Accidentes de tráfico por coli- sión entre un vehículo de mo- tor y un peatón | 4 | 1 161 | 922 | 226 | 13 |
| Otro accidente de tráfico por- colisión entre vehículos de mo- tor | 5 | 962 | 792 | 179 | 11 |
| Caídas accidentales * | 6 | 866 | 714 | 147 | 5 |
| Accidente de tráfico de vehícu- lo de motor de naturaleza no - especificada | 7 | 762 | 626 | 132 | 4 |
| Ataque con instrumentos cortan- tes y punzantes | 8 | 663 | 612 | 31 | 10 |
| Accidente de tráfico por pér- dida de gobierno sobre un ve- hículo de motor, sin colisión | | | | | |

| CAUSAS | Orden de Importancia | DEFUNCIONES | | | |
|--|----------------------|-------------|---------|---------|-----------------|
| | | Total | Hombres | Mujeres | No especificado |
| en la carretera | 9 | 635 | 519 | 99 | 17 |
| Enfermedades infecciosas intestinales * | 10 | 605 | 318 | 281 | 6 |
| Ataque por otros medios y por los no especificados | 11 | 561 | 489 | 62 | 10 |
| Disritmia Cardíaca | 12 | 481 | 231 | 249 | 1 |
| Neumonía e Influenza * | 13 | 465 | 259 | 206 | 1 |
| Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos * | 14 | 323 | 139 | 183 | 1 |
| Epilepsia | 15 | 300 | 147 | 150 | 3 |
| Tuberculosis pulmonar | 16 | 296 | 152 | 144 | - |
| Accidentes Causados por el fuego | 17 | 246 | 189 | 56 | 1 |
| Hipertensión que complica el embarazo, el parto y el Puerperio | 18 | 210 | - | 210 | - |
| Insuficiencia cardíaca | 19 | 179 | 88 | 91 | - |
| Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 20 | 171 | 137 | 34 | - |
| Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos | | 863 | 431 | 423 | 9 |
| Las demás causas | | 7 307 | 4 066 | 3 217 | 34 |

NOTA: *Para este caso se anota el grupo, porque la causa no es especificada del grupo contempla la mayor parte de las defunciones.

La tasa se calculó por 100,000 habitantes

FUENTE: INEGI, 1982.

Veinte principales causas de mortalidad por Sexo y Orden -
de Importancia para el grupo de 5 a 14 Años. 1983.

| CAUSAS | Orden de Importan- cia | DEFUNCIONES | | | |
|--|------------------------------|-------------|---------|---------|-----------------|
| | | Total | Hombres | Mujeres | No especificado |
| TODAS LAS CAUSAS | | 12,588 | 7,453 | 5,058 | 77 |
| Enfermedades infecciosas in- testinales | 1 | 1 398 | 722 | 668 | 8 |
| Otros accidentes | 2 | 1 200 | 867 | 338 | 5 |
| Accidentes de Tráfico por co- lisión entre un vehículo y un peatón | 3 | 936 | 632 | 294 | 10 |
| Ahogamiento y Sumersión Acci- dental | 4 | 732 | 553 | 170 | 9 |
| Neumonía e Influenza | 5 | 679 | 343 | 334 | 2 |
| Caídas Accidentales | 6 | 335 | 245 | 87 | 3 |
| Accidentes de tráfico de vehí- culo de motor de naturaleza - no especificada | 7 | 314 | 201 | 109 | 4 |
| Leucemias de células de tipo - no especificado | 8 | 235 | 136 | 99 | - |
| Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos | 9 | 230 | 125 | 104 | 1 |
| Disritmia Cardíaca | 10 | 220 | 108 | 111 | 1 |
| Leucemia Linfoide | 11 | 207 | 121 | 86 | - |
| Accidentes causados por el fue- go | 12 | 183 | 107 | 73 | 3 |
| Septicemia | 13 | 161 | 81 | 79 | 1 |
| Otro accidente de tráfico por - colisión entre vehículo de mo- tor | 14 | 158 | 106 | 51 | 1 |

| CAUSAS | Orden de Importancia | DEFUNCIONES | | | |
|--|----------------------|-------------|---------|---------|-----------------|
| | | Total | Hombres | Mujeres | No especificado |
| Epilepsia | 15 | 156 | 70 | 86 | - |
| Parálisis cerebral infantil | 16 | 145 | 82 | 63 | - |
| Ataque con armas de fuego y - explosivos | 17 | 144 | 120 | 23 | 1 |
| Trastornos de los líquidos, - de los electrólitos y del equilibrio ácido-básico | 18 | 120 | 66 | 54 | - |
| Ataque por otros medios y por los no especificados | 19 | 116 | 73 | 43 | - |
| Accidentes de tráfico por pérdida de gobierno sobre un vehículo de motor, sin colisión en la carretera | 20 | 97 | 62 | 32 | 3 |
| Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos | 21 | 690 | 363 | 332 | 5 |
| Las demás causas | 22 | 4 132 | 2 290 | 1 822 | 20 |

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

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

Veinte Principales Causas de Mortalidad por Sexo y Orden - de Importancia de 15 a 24 Años. 1983.

| CAUSAS | Orden de Importan- cia | DEFUNCIONES | | | |
|---|------------------------------|-------------|---------|---------|----------------------|
| | | Total | Hombres | Mujeres | No especi- ficado |
| TODAS LAS CAUSAS | | 22,230 | 15,651 | 6,419 | 160 |
| Otros accidentes | 1 | 3 665 | 3 208 | 436 | 22 |
| Ataque con armas de fuego y - explosivos | 2 | 1 894 | 1 759 | 111 | 24 |
| Ahogamiento y Sumersión acci- dentales | 3 | 1 203 | 1 060 | 134 | 9 |
| Accidentes de Tráfico por Co- lisión entre un vehículo y un peatón | 4 | 1 076 | 902 | 165 | 9 |
| Accidentes de Tráfico de vehí- culo de motor de naturaleza - no especificada | 5 | 759 | 612 | 138 | 9 |
| Otro accidente de Tráfico por colisión entre vehículo de mo- tor | 6 | 666 | 538 | 119 | 9 |
| Caídas accidentales | 7 | 664 | 571 | 90 | 3 |
| Enfermedades infecciosas in- testinales | 8 | 642 | 327 | 308 | 7 |
| Ataque con instrumentos cor- tantes y punzantes | 9 | 572 | 531 | 32 | 9 |
| Ataque por otros medios y por los no especificados | 10 | 546 | 473 | 69 | 4 |
| Accidentes de tráfico por pér- dida de gobierno sobre un ve- hículo de motor, sin colisión en la carretera | 11 | 435 | 349 | 76 | 10 |
| Neumonía e Influenza | 12 | 394 | 212 | 180 | 2 |
| Disritmia Cardíaca | 13 | 393 | 186 | 204 | 3 |
| Tuberculosis pulmonar | 14 | 351 | 166 | 184 | 1 |
| Epilepsia | 15 | 332 | 170 | 158 | 4 |

| CAUSAS | Orden de Importancia | DEFUNCIONES | | | |
|--|----------------------|-------------|---------|---------|-----------------|
| | | Total | Hombres | Mujeres | No especificado |
| Hipertensión que complica el embarazo, el parto y el puerperio | 16 | 182 | - | 182 | - |
| Accidentes causados por el fuego | 17 | 170 | 115 | 55 | - |
| Leucemias de células de tipo no especificado | 18 | 156 | 96 | 60 | - |
| Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 19 | 152 | 121 | 31 | - |
| Septicemia | 20 | 134 | 57 | 76 | 1 |
| Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos | | 692 | 368 | 326 | 8 |
| Las demás causas | | 7 152 | 3 840 | 3 296 | 26 |

NOTA: $1/Tasa = \text{defunciones por causa específica en el grupo de edad } Y \times 100,000 \text{ población media del grupo de edad } Y.$

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

Veinte Principales Causas de Mortalidad Hospitalaria y Orden de Importancia Según Institución por Diagnóstico Principal de Muerte. 1983.

| CAUSAS | ISSSTE | | SDN | | SH | | DDF | |
|------------------|----------------------|-------|----------------------|-------|----------------------|-----|----------------------|-------|
| | Orden de Importancia | No. | Orden de Importancia | No. | Orden de Importancia | No. | Orden de Importancia | No. |
| TODAS LAS CAUSAS | | 7,586 | | 1,367 | | 279 | | 4,460 |

| CAUSAS | ISSSTE | | SDH | | SM | | DDF | |
|--|----------------------|-------|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|-------|
| | Orden de importancia | No. | Orden de importancia | No. | Orden de importancia | No. | Orden de importancia | No. |
| Diabetes Mellitus | 1 | 1 050 | 12 | 30 | 5 | 12 | 13 | 36 |
| Otras Enfermedades del aparato Circulatorio | 2 | 772 | 2 | 70 | 2 | 24 | 10 | 65 |
| Ciertas Afecciones Originadas-en el Periodo Perinatal | 3 | 508 | 15 | 16 | 1 | 27 | 4 | 316 |
| Enfermedad Hipertensiva | 4 | 401 | 10 | 32 | | | | |
| Enfermedad Cerebrovascular | 5 | 385 | 10 | 32 | 3 | 16 | 7 | 112 |
| Enfermedades Infecciosas Intes-tinales | 6 | 259 | 1 | 219 | 6 | 11 | 1 | 1 252 |
| Neumonía | 7 | 241 | 4 | 56 | 4 | 14 | 3 | 357 |
| Anomalías Congénitas | 8 | 162 | | | | | 12 | 38 |
| Tumor Maligno de la Tráquea, -de los Bronquios y del Pulmón | 9 | 144 | | | 9 | 5 | | |
| Traumatismos Interno e Intra-craneales Incluso los de los -Nervios | 10 | 138 | 7 | 42 | 9 | 5 | 5 | 238 |
| Enfermedades del Sistema Ner-vioso | 11 | 117 | 9 | 33 | 7 | 7 | 8 | 105 |
| Tumor Maligno del Estómago | 12 | 110 | 15 | 23 | 11 | 3 | | |
| Deficiencias Nutricionales | 13 | 93 | 13 | 28 | 8 | 6 | 11 | 63 |
| Fracturas | 14 | 92 | 8 | 40 | 13 | 1 | 2 | 717 |
| Tuberculosis | 15 | 82 | 11 | 31 | | | | |
| Infarto Agudo al Miocardio | 16 | 79 | 6 | 43 | 4 | 14 | | |
| Bronquitis, Enfisema y Asma | 17 | 73 | 3 | 69 | 10 | 4 | | |
| Úlceras Gástrica y Duodenal | 18 | 72 | 18 | 7 | 11 | 3 | 10 | 65 |
| Leucemia | 19 | 66 | 5 | 54 | | | | |

| CAUSAS | ISSSTE | | SDN | | SM | | DDF | |
|---|----------------------|-------|----------------------|-----|----------------------|-----|----------------------|-----|
| | Orden de Importancia | No. | Orden de Importancia | No. | Orden de Importancia | No. | Orden de Importancia | No. |
| Tumor Maligno de la Mama de la Mujer | 20 | 60 | | | 13 | 1 | | |
| Enfermedad Reumática Crónica del Corazón | | | 10 | 32 | | | | |
| Tumor Maligno del Cuello del Utero | | | 14 | 27 | 13 | 1 | | |
| Trastornos Mentales | | | 15 | 16 | | | | |
| Enfermedades de la Sangre y Organos Hematopoyéticos | | | 16 | 11 | | | 14 | 33 |
| Hernia de la Cavidad Abdominal | | | 17 | 9 | 13 | 1 | | |
| Accidentes de Tráfico de Vehículos de Motor | | | 19 | 6 | 10 | 4 | | |
| Enfermedades del Ojo y sus Anexos | | | 20 | 5 | | | | |
| Hiperplasia de la Próstata | | | | | 10 | 4 | | |
| Caidas Accidentales | | | | | 11 | 3 | 6 | 121 |
| Quemaduras | | | | | 12 | 2 | | |
| Cirrosis y otras Enfermedades Crónicas del Hígado | | | | | | | 9 | 95 |
| Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos | | 11 | | 16 | | 32 | | 236 |
| Las Demás Causas | | 2 265 | | 434 | | 75 | | 610 |

FUENTE DE RECOLECCION: INEGI, 1983.

11.- ADOLESCENCIA

El desarrollo físico y psicológico del ser humano es un -- proceso que toma lugar a través de múltiples fenómenos, que ocurren a diferentes niveles, lo hacen en cadena y afectan por cada fenómeno ocurrido. Se ubica entre los 12 y 18 años de edad.

En el proceso de crecimiento del ser humano llega un día - en que aquello que representa a la infancia, debe dejarse atrás, para adentrarse en un mundo muy distinto pero no menos fascinante; el de la adolescencia, este periodo de vida, cuya duración - es de varios años, sucede entre una gran variedad de fenómenos - vitales, cambios maravillosos, correspondiendo a una etapa entre la infancia y la adultez, presentándose este proceso paralelo a la pubertad.

El adolescente atraviesa por un desequilibrio e inestabilidad extremas, que es perturbado y perturbador para el mundo -- adulto, pero necesario, ya que este proceso va a establecer su identidad, manifestándose ello como un objetivo fundamental.

El adolescente no sólo debe enfrentar el mundo de los adultos, para lo cual no está del todo preparado sino que, además, - debe desprenderse de su mundo infantil, en el cual vivía cómoda y placenteramente.

Cuando el adolescente se incluye en el mundo con un cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de éste ha cambiado también su identidad, por lo que necesita entonces adquirir una ideología que le permita su adaptación al mundo y/o su acción sobre él para cambiarlo.

Durante la etapa de la adolescencia se realiza una reestructuración física, social y psicológica del individuo.

2.1. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

La palabra adolescente, "se deriva de un verbo latino que significa crecer."⁽⁷⁾ Adolescente designa, a quien está sometido a un proceso de crecimiento, no sólo hay que entenderlo desde el punto de vista físico, sino también en el sentido de una adaptación al cambio, en dicho cambio el individuo se ve obligado a replantearse todo su sistema de valores, mediante un permanente ajuste.

El camino hacia la madurez, es poseedor de un tiempo social y cultural, jalonado de etapas sucesivas, que primero el niño y posteriormente el adolescente, deben pasar antes de acceder a la comunidad de adultos, tales etapas varían según la clase social y la misma sociedad.

(7) Adolescencia Normal en México. Monografía No. IV. AMPI. México 1982. Pág. 3.

No obstante el paso de la infancia a la adolescencia está marcado por una zona de ruptura y de desequilibrio, cuya amplitud es considerable.

En el siglo pasado Littré la definía como "la edad que sucede a la infancia y que se inicia con los primeros signos de la pubertad."

No sólo ello, ya que el cambio que se produce a partir de este momento, implica otros procesos diferentes tales como:

- Evolución de la inteligencia.
- Advenimiento de la madurez genital.

Constituyéndose así el signo distintivo de la adolescencia.

En principio la adolescencia concluye con la llegada de la madurez adulta, de hecho durante la adolescencia, las variaciones individuales resultan considerables, el tiempo desempeña -- una importante función en ellos, y el pronóstico de evolución -- no podría fijarse en un momento aislado.

La crisis que atraviesa el adolescente, es tanto más acentuada en nuestra sociedad, a causa de las numerosas prohibiciones sociales que se oponen a la satisfacción de sus necesidades.

La adolescencia representa para el humano una etapa diff--

cil a causa del hecho de que se enfrenta con alternativas cruciales de su existencia.

Determinadas experiencias de la infancia están aún demasiado próximas y pueden constituir una considerable desventaja, -- para afrontar la crisis que se avecinará.

2.2. CAMBIOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

PUBERTAD

El fenómeno biológico conocido como pubertad (del latín -- pubertas, - atis) se entiende como el segundo brote del crecimiento físico, que abarca con igual intensidad, el sistema músculo-esquelético, que las vísceras, y la maduración del sistema denominado eje hipofisogonadal, que condicionará el crecimiento del aparato genital, y la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

La pubertad se trata claramente de un proceso biológico, -- al que se le conoce una secuencia, que conduce a la maduración psicossocial, que constituye la adolescencia.

Se consideran límites normales para que el proceso se inicie un espacio cuyo extremo temprano son los nueve años y otro tardío, los dieciocho, durante este periodo cronológico la naturaleza tendrá oportunidad de manifestar los cambios.

Es necesario enfatizar que en el proceso de crecimiento físico puberal la nutrición y el estado de salud personal y ambiental tienen una gran influencia.

Basado en la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el crecimiento de los órganos genitales Tanner ha establecido una clasificación de madurez sexual por la que atraviesan los adolescentes. "Este autor forma las etapas por la reunión de signos clínicos puberales más importantes que se suceden en secuencia de tiempos más próximos o en forma simultánea." (8)

Etapas A

En el sexo masculino: testículos, escroto y pene casi de las mismas dimensiones a los de la edad infantil.

En el sexo femenino: elevación de la papila mamaria.

En ambos sexos: no existe vello púbico.

Etapas B

En el sexo masculino: crecimiento del escroto y de los testículos; el escroto se arruga, cambia de aspecto e inicia su pigmentación; hay pequeño impulso de crecimiento en el pene.

En el sexo femenino: el pezón protruye, aparece el primer crecimiento del botón mamario y de la areola del pezón.

(8) Idem. Pág. 33

En ambos sexos: el vello púbico inicia su crecimiento en la raíz del pene, o en la parte superior de los labios mayores, es fino, largo y ligeramente pigmentado.

Etapa C

En el sexo masculino: crecimiento del pene en sentido longitudinal; crecimiento de los testículos y el escroto, continúa en forma acelerada.

En el sexo femenino: crecimiento de la glándula mamaria en forma acelerada; el pezón crece igual que la areola, pero no hay elevación de ella sobre la mama.

En ambos sexos: aumento de la cantidad de vello púbico que se hace fuerte, rizado y pigmentado. Se extiende sobre la superficie púbica.

Etapa D

En el sexo masculino: continúa el crecimiento longitudinal del pene que crece aceleradamente en grosor y desarrolla el -- glande; continúa el crecimiento de los testículos y el escroto, el cual se ve cada vez más pigmentado. Presencia de bozo y cambio de voz.

En el sexo femenino: el pezón y la areola se levantan, sobre la superficie de la glándula mamaria. Embarazos normales.

En ambos sexos: el vello púbico adopta formas sui-géneris. Y en algunas ocasiones aparece acné.

ETAPA E

En el sexo masculino: los genitales son de tipo adulto en forma y tamaño, el pene no crece más. Vello facial y corporal, - madurez espermiática, detención del crecimiento esquelético.

En el sexo femenino: genitales externos de tipo adulto, - proyección y pigmentación del pezón y retroceso de la areola, de tención del crecimiento esquelético.

En ambos sexos: el vello púbico es de tipo adulto y cubre las áreas correspondientes.

El proceso de maduración que se ha revisado no sólo se reduce a fenómenos que involucran únicamente aspectos físicos, su presencia conlleva múltiples y variadas implicaciones emocionales y sociales. En éste como en muchos otros acontecimientos de la vida humana, la opinión de terceros tiene profunda trascendencia; sin embargo las condiciones del adolescente ante el fenómeno, o los comentarios que sobre su configuración y apariencia se hacen, distan mucho de ser los ideales para entender, evaluar y aceptar de manera sencilla y fácil todos los cambios que trae a su esquema corporal este proceso, dichos comentarios debieran estar dirigidos particularmente, para la aceptación del adolescente a su nueva figura, como utilizarla, desarrollar su cuerpo, -- incorporarlo a las actividades de la vida diaria y hacerlo parte equilibrada de su vida social entre iguales y adultos.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE

"En una primera época el adolescente debe realizar tres -- duelos fundamentales, en relación con su nuevo esquema de vida:

- a) El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se opone al individuo, que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo.
- b) El duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.
- c) El duelo por los padres de la infancia, a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos le significan.

Esta situación del adolescente frente a su realización evolutiva, basada en las relaciones interpersonales de su infancia a la que deberá abandonar lo lleva a la inestabilidad que lo define, esta situación evolutiva surge por supuesto de la interacción del individuo con su medio.

En el terreno emocional al adolescente se le presentan una serie de interrogantes, que lo envuelven en lo que conocemos como crisis de identidad, en donde el individuo tiene que definir

que actividad va a desarrollar posiblemente para el resto de su vida.

Aquel adolescente que haya sido vejado a lo largo de su infancia, experimentará una gran dificultad para encontrarse a sí mismo, y los recursos necesarios para sacudirse el yugo parental, el adolescente se enfrentará desesperadamente al mundo (familia, amigos, pareja, etc.) buscando su propia identidad. Por lo que necesitará desarrollar un sentimiento de fe en sí mismo y en los demás e intentará encontrar a alguien en quien pueda depositar su confianza, si puede desarrollar su aptitud para tomar iniciativas y decidir libremente, su sentimiento de identidad se verá fortificado.

Se podría considerar que a lo que más teme el adolescente es a verse impulsado por la fuerza a actividades en las que se siente expuesto a la duda de sí mismo.

La personalidad del adolescente condicionará la conquista de la independencia y de la futura madurez. El adolescente libra dos combates, uno interior, en el que se enfrentan sus tendencias infantiles que persisten y sus aspiraciones adultas; otro, exterior, destinado a establecer nuevas relaciones interpersonales, en el trabajo, el amor y el juego.

El combate interior se refiere a instancias psíquicas --

freudianas: el Ello, el Superyó y el Yo.

EL ELLÓ. Parte de la personalidad totalmente inconsciente. Actúa conforme al principio del placer. Indudablemente es una característica esencial en el adolescente; consiste en que experimenta las imperiosas exigencias de su instinto sexual reactivado después de años de letargo. Esos instintos, emergen del inconsciente, siendo responsable de las descargas agresivas y de las conductas eróticas del individuo, ese núcleo de fuerzas instintivas es lo que se llama Ello. Tal concepto, tiene su origen en Nietzsche y Groddeck, expresando con este término, lo que hay de impersonal, involuntario, inconsciente y natural en el ser humano.

EL SUPERYO. Representa los valores y los ideales establecidos por la sociedad. Frente a las necesidades imperiosas y mal controladas, el adolescente plantea sus defensas, que busca sobre todo, en el ejemplo de sus padres. Se crea el derecho de controlar su instinto.

EL YO. Está dado por las formas de comportamiento que se han aprendido del ambiente externo. Define la personalidad del adolescente, se encarga de establecer equilibrio entre el Ello y el Superyó. Trata de conciliar el principio de placer y de realidad representado por las condiciones biológicas, sociales y familiares.

No obstante la verdadera crisis del adolescente es la que se refiere a la identidad sexual. Durante la primera infancia,-

se ha enfrentado con el problema de su sexualidad, y se ha planteado algunas preguntas: sobre el embarazo, el parto, y también con respecto a la diferencia de sexos. Más tarde en la pubertad, asiste a las transformaciones de su cuerpo; manifestándose dudas ante la conformación de sus órganos sexuales y se interroga acerca del amor, la relación sexual y el propio placer. En muy pocas ocasiones sus padres le ayudan a aclarar sus ideas, - para saciar su curiosidad. En los albores de la pubertad "los impulsos sexuales surgen impetuosamente con gran necesidad de - descarga en el varón, y con otro tipo de manifestaciones en la - mujer. Esta diferencia es aparente, mientras los jóvenes experimentan fantasías directamente en relación con el acto sexual, la naturaleza de las fantasías en la adolescente se manifiestan en términos de ternura y posesión psicológica, comprensión, apoyo, etc." (9)

Tradicionalmente se ha impuesto a la mujer la obligación - de ser asexual hasta que se case. De igual forma se ha visto el sexo premarital en el hombre como prestigio machista; y en la - mujer en términos de desprestigio. El adolescente hace gala de sus fantasías y pretende hacer creer, incluso a sí mismo, que - son realidades. A la mujer se le inculca manejar con modestia - y aun con vergüenza sus realidades sexuales.

(9) Isaias López, Manuel. Adolescencia Normal en México. AMPI - Pág. 89. Monografía IV.

En el adolescente el impulso sexual se torna crudo cuando el chico aún está ligado psicológicamente a las personas de sus padres. Por lo que el aparato defensivo del adolescente ha de recurrir a la utilización de mecanismos de defensa como único recurso al manejo del conflicto. Con ello tenemos que, en un momento, podrá estar cercano y cariñoso con sus padres, en otro, tendrá que ser rechazante, antagonista y rebelde. En cualquier opción que elija va a sentirse mal en medio de las fuerzas que lo atraen hacia sus padres, y las que lo impulsan hacia afuera, hacia el grupo de amigos, hacia la vida sexual.

"El grupo de adolescentes constituye la fuente de los mecanismos de defensa más importantes, ya que a través de la actuación en grupo logra hacer lo que solo no haría."⁽¹⁰⁾

Tanto los padres como el adolescente deben habituarse a la idea de que están en el camino de un principio de separación, - lo que generará cambios, por lo súbito de la transformación de los vínculos afectivos. Por lo que es importante evitar luchas de poder, que pueden ser de fatal resultado para ambas partes.

10) Idem. Pág. 93

2.2.1. ADAPTACION E INTEGRACION DEL ADOLESCENTE

Ya hemos visto que la adolescencia, representa una etapa difícil a causa de que el individuo se haya enfrentado a alternativas cruciales de la existancia. Ante esto tenemos que, la familia junto con la escuela deben de constituir el sostén moral y el ejemplo para que florezcan en el espíritu del adolescente, valores genuinos de alta jerarquía.

Pero esto no es fácil, ya que el adolescente, en esta etapa, tratará de estar, o por lo menos lo intentará de múltiples formas lo más alejado posible del seno familiar y la vigilancia y absorción paternal, de no ser así entonces corre el riesgo de seguir siendo en la mente de los padres, un ser dependiente e inmaduro.

El adolescente debe de ser tolerado y orientado dentro del medio familiar, evitando con ello que se convierta en presa fácil, para la delincuencia, alcoholismo, o la droga.

El adolescente se desarrolla en un mundo cada vez más complejo, en el que resulta utópico creer que él solo reaccionará bajo la influencia paternal. Su personalidad es la resultante de un mosaico de identificaciones y de influencias, en el seno de las cuales las instituciones y la sociedad desempeñan un papel cada vez más importante.

Lo más difícil quizá será aceptar que el adolescente, pueda convertirse en un ser libre al escapar de nuestro cariño, un extraño cuyos objetivos, sueños y ambiciones, no tendrán nada en común con lo que habíamos programado, y sin embargo forma parte de nuestra vida misma.

2.3. ADOLESCENCIA Y ENFERMEDAD

"Los adolescentes pueden reaccionar frente a la enfermedad ignorándola o actuando exageradamente frente a ella."⁽¹¹⁾

Afortunadamente, los adolescentes casi siempre se recuperan en forma rápida, aunque el hecho de ignorar una enfermedad a menudo prolonga su morbilidad y ocasionalmente provoca mortalidad. La reacción exagerada puede ser debida a falta de conocimientos objetivos, a fantasías o a la hipersensibilidad general.

En la adolescencia la enfermedad puede significar dependencia, falta de libertad y posible interferencia en la escuela, los deportes y otras actividades. Debido a que la restricción de actividades puede resultar perjudicial, debe ser evitada siempre que sea posible. Las restricciones necesarias deberán

(11) Wolfish Martín, G. Manejo General de los Adolescentes Inválidos o Afectados de Enfermedades Crónicas. Pág. 602.

explicarse detalladamente y hacer un esfuerzo por encontrar una alternativa de actividad apropiada que conduzca a la satisfacción y al reconocimiento.

Los padres, Médicos, Trabajadores Sociales y Psicólogos -- pueden ayudar al adolescente hablando sobre sus preocupaciones y ansiedades. Lo que puede decirse al paciente depende de su madurez, del juicio del Médico y de la familia acerca del problema. Es importante una franca exposición de la enfermedad, la cual debe concretarse a los hechos y ser honesta, haciendo hincapié en la esperanza y ofreciéndole la tranquilidad de que se está mejorando.

2.3.1. EL ADOLESCENTE CON ENFERMEDAD CRONICA

En la etapa de la adolescencia el ser humano se enfrenta a muchas tareas psicosociales que debe dominar en la búsqueda de su madurez. Entre éstas se encuentra la independencia de los padres, la confianza en sí mismo, la definición de una meta educacional y vocacional, el establecimiento de su identidad sexual y la obtención de valores éticos y morales que estén de acuerdo con los estándares de la sociedad. En esta etapa de la vida una enfermedad crónica constituye grandes obstáculos en su camino hacia la madurez, por el impacto que tienen sobre el paciente, su familia y las personas relacionadas con su cuidado y bienestar.

Para el adolescente la imagen corporal es una de sus mayores preocupaciones. El tiempo de aceleración del crecimiento varía con el tiempo de inicio de la pubertad. El adolescente se siente con frecuencia torpe y desganado. Cuando padece una enfermedad crónica o está inválido siente lo anterior en forma más aguda.

Debido a la enfermedad crónica el adolescente puede tener frecuentes y prolongadas ausencias en la escuela. La cual es una parte fundamental de su vida cotidiana; ya que en ella no sólo obtiene la educación necesaria, sino que además adquiere experiencia para madurar en sus relaciones con otros adolescentes.

El mundo del adolescente afecta su comportamiento de la misma forma en que éste afecta a aquél. Muchas escuelas carecen o tienen poco equipo disponible para educar a enfermos crónicos o inválidos, por ello la mayoría de las veces se les segrega a escuelas especiales donde todos son enfermos, lo cual les crea conflictos por su separación de los adolescentes "normales". Lo anterior puede resultar una agresión y provocarle un comportamiento retraído o lástima de sí mismo.

En la escuela el enfermo crónico, representa muchas veces un desafío especial para todo el personal docente. Es importante que no sea objeto de piedad. Deben dársele oportunidades de

entrenamiento académico y conductual, paralelos con diversas actividades y capacitación física. Debe de vivir en un ambiente social normal, en el que pueda desarrollar sus actividades emocionales.

"El desarrollo de las sensaciones sexuales y la necesidad de establecer una identidad sexual, son fuerzas instintivas poderosas que emergen durante los años de la adolescencia. El -- adolescente enfermo tiene con frecuencia ansiedades sexuales -- gravemente perturbadoras. Estas ansiedades pueden conducirlos al retraimiento y alejamiento o pueden llevarlos a la agresión sexual y a la promiscuidad."(12)

Cuando el adolescente está siendo afectado por una enfermedad crónica puede mostrarse indebidamente preocupado sobre sus posibilidades de vida, llegando a una depresión intensa.

Mattson describió tres modelos de comportamiento en los enfermos que tenían dificultades para adaptarse a su enfermedad crónica. "El paciente puede estar temeroso, inactivo y puede desarrollar marcada dependencia de su familia. Puede hacerse fuertemente independiente y temerario o puede volverse tímido y solitario, resentido de la gente normal que no está afectada."-(13)

(12) Idem. Pág. 603.

(13) Idem. Pág. 603.

Un adolescente sano crece y madura socialmente conjuntamente con sus amigos. Los compañeros del sexo opuesto son necesarios para llevar a cabo una identificación y maduración sexual-saludables. El adolescente enfermo en muchas ocasiones solo -- puede encontrar amistad a través del lazo común de la enfermedad crónica. El hecho de aislarlo de la vida normal de los adolescentes, puede llegar a provocarle envidia hacia la gente no-afectada y un comportamiento antisocial.

2.3.2. TRATAMIENTO Y HOSPITALIZACION EN EL ADOLESCENCIA

Antes de realizar cualquier procedimiento diagnóstico, se debe comentar con el adolescente y sus padres la razón para llevar a cabo ese procedimiento y sus posibles molestias o complicaciones. Se obtiene mayor cooperación de los adolescentes si se les explican las cosas detalladamente y en forma apropiada. Si las instalaciones locales son inadecuadas, el paciente debe de ser referido a otro lugar para que le hagan un diagnóstico -acertado. Una vez que el diagnóstico esté hecho, el tratamiento debe de ser dirigido por un Médico, donde disponga de un equipo multidisciplinario de opiniones (Psicólogo, Trabajador Social, y Enfermeras, entre otros).

Cuando debido a una enfermedad el adolescente requiera un-tratamiento periódico e incluso hospitalización; es necesario -reforzar actitudes positivas para que lleve a cabo las indica--

ciones del Médico. Para ello es indispensable la cooperación de la familia y la participación de un equipo multidisciplinario (Médico, Trabajador Social, Psicólogo y Enfermera) que ayuden al paciente a superar los momentos difíciles que se presentan desde el diagnóstico de su enfermedad, los cuales fueron -- divididos en cinco etapas por Kübler-Ross; denominándoles etapas de la aflicción y la tristeza. Es el proceso que las personas seriamente enfermas y sus familias tienen que pasar.

La etapa número uno es la del rechazo y el aislamiento, es el estado de "No, no a mí. Esto no puede ser verdad." Es necesario decirle al paciente la verdad, para ayudarlo a enfrentarse a la realidad.

La segunda etapa es la de la ira, en esta etapa surge la pregunta de "¿Por qué yo?". El paciente proyecta su coraje primero contra su impotencia y finalmente contra los que ama y el grupo de terapeutas. Esta es una etapa muy difícil para los -- miembros de la familia. Para superarla ayudarán la paciencia, empatía y comprensión de los demás. Logrando que el paciente se calme y deseche la sensación de soledad y abandono.

La tercera etapa es la de las negociaciones, negociaciones con Dios y con el grupo de terapeutas. "Sus deseos casi siempre son prolongar su vida un poco más, seguidos del deseo de pasar unos cuantos días más sin sentir dolor o malestares fisi-

cos, casi todas las negociaciones se hacen con Dios y se mantienen en secreto, por regla general."⁽¹⁴⁾ Lo importante en esta etapa es tratar de eliminar los temores irracionales del paciente y sus sentimientos de culpa, sin suprimir la esperanza.

La etapa cuatro es la de depresión, involucra una profunda sensación de pérdida y tristeza. La pérdida no se refiere solamente a la vida, sino también al trabajo, la seguridad, el prestigio, y muchas cosas más.

La quinta etapa es de aceptación. "No se trata de una resignación sin esperanza, sino del período del descanso final -- que precede a la larga jornada."⁽¹⁵⁾ En esta etapa requieren de más apoyo los familiares que el mismo paciente; debido a que es cuando el paciente pierde casi todo el interés en la mayoría de las personas y cosas. Sin embargo, la presencia de los seres amados es fundamental para proporcionarle apoyo y compañía en todo momento. "De esta forma la familia se sentirá tranquila porque se ha hecho todo por el paciente y no se puede hacer nada más." ⁽¹⁶⁾

La enfermedad grave, la agonía y la muerte son más severas

(14) Shen, Jerome T.Y. Medicina en la Adolescencia. Pág. 519.

(15) Idem. Pág. 519.

(16) Idem. Pág. 519.

y complicadas durante la adolescencia; ya que éste es un período de lucha en busca de la independencia, la autonomía y la vida vigorosa.

Easson W.M. menciona que en la adolescencia temprana (10 a 15 años de edad), "La muerte le quita la vida al adolescente -- cuando éste apenas le está tomando sabor a la vida." Por ello puede mostrarse demasiado orgulloso o amargado, para aceptar cualquier tipo de ayuda o alivio. En la adolescencia media -- (15 a 16 años de edad), "La muerte es un desafío profundo para alguien que apenas está comenzando a disfrutar del control de su vida." Generalmente en esta fase el adolescente acepta --- atención y ayuda. En la adolescencia avanzada (17 a 21 años de edad), "La muerte produce la pérdida de muchas relaciones significativas." Este adolescente casi siempre coopera con su tratamiento no obstante su sentimiento de rencor.

Todos los adolescentes resienten profundamente el hecho de presentar una enfermedad, sobre todo si ésta es crónica y requiere de un tratamiento que alterará su forma de vida e incluso lo puede llevar a la muerte.

III.- LEUCEMIA

"Las leucemias y los linfomas son enfermedades en las cuales hay proliferación anormal del tejido leucopoyético. Estas enfermedades son neoplasias (neoformaciones) y en la mayoría de los pacientes se desconoce el estímulo que produce la proliferación. Los trastornos generalmente son progresivos hasta la -- muerte del paciente, aunque pueden ocurrir remisiones temporales. La evolución de la enfermedad en ocasiones es muy rápida (aguda y maligna), o puede ser muy lenta (crónica y benigna), - de modo que la muerte se atribuye a algún otro padecimiento.

El tejido hemático de los pacientes con leucemia suele con tener células anormales, básicamente en la fórmula blanca.

Las leucemias suelen diagnosticarse mediante exámenes sanguíneos y de médula ósea.

Las leucemias son un grupo de padecimientos de etiología - incierta, que se caracterizan por proliferación de tejido leuco poyético (como ya se mencionó antes) en el cuerpo, casi siempre son mortales, aunque en ocasiones puede haber remisiones transi torias." (17)

(17) Woodliff, Hermann. Hematología Clínica. Pág. 135.

3.1. DEFINICION DE LA LEUCEMIA

Es un grupo heterogéneo de enfermedades de causa desconocida, que tienen en común que cuando no son tratadas; su porcentaje de mortalidad es elevado, lo cual resulta de las complicaciones inherentes a la inadecuada función de la médula ósea; ya -- que se substituyen sus células normales por otras anormales e -- inmaduras para cumplir sus funciones. Las células inmaduras -- tienden a infiltrar los tejidos y diseminarse en forma generalizada. El origen de la leucemia está en la médula ósea y/o en -- los ganglios linfáticos.

Nelson y Mc Kay definen a la leucemia "como una enfermedad maligna uniformemente fatal, debida a una proliferación neoplásica no controlada de los precursores de los leucocitos en la -- sangre, médula ósea y tejidos reticuloendoteliales. Sin un tratamiento específico, la enfermedad es uniformemente fatal en un corto periodo de tiempo."(18)

3.1.1. ELEMENTOS DE LA SANGRE

- | | | |
|--------|-------------------------|---|
| SANGRE | 1.- Elementos figurados | a) Eritrocitos o glóbulos rojos b) Leucocitos o glóbulos blancos -Linfocitos -Monocitos -Granulocitos |
| | 2.- Plasma | c) Plaquetas |

"La sangre es el transporte del organismo, sus funciones - más importantes son:

- Llevar oxígeno de los pulmones a los tejidos.
- Llevar a los tejidos sustancias nutritivas.
- Llevar los productos de desecho del metabolismo a los órganos excretores; pulmones, riñones, intestino y piel.
- Ayudar a mantener normal la temperatura corporal.
- Constituye un mecanismo de defensa contra la invasión de elementos nocivos. Entre otras.

Siendo sus componentes los siguientes:

Eritrocitos.- Transportan oxígeno a los tejidos, mantienen la viscosidad, un milímetro cúbico de la sangre contiene cerca de 5,000,000 de eritrocitos en el varón y 4,500,000 en la mujer. Su ciclo vital es: antes del nacimiento, se originan en el hígado, el bazo o la médula ósea, después del nacimiento se forman en las células endoteliales de los capilares sanguíneos de la médula ósea. La pérdida de su núcleo antes de ser lanzado a la circulación sugiere que su vida es corta.

Leucocitos.- Su función es la de proteger al organismo de las bacterias patógenas, ayudan a la reparación tisular, ayudan a la absorción por el intestino, toman parte en la coagulación de la sangre y colaboran en la formación de las proteínas propias de la sangre. El número de glóbulos blancos en un milíme-

tro cúbico de sangre oscila entre 5,000 y 9,000 (aproximadamente un glóbulo blanco por 700 glóbulos rojos). Los linfocitos - se originan en el tejido reticular de los ganglios linfáticos, - los polimorfonucleares se originan en las células de la médula ósea. Se pierden en gran número: 1.- Por la lucha contra las bacterias. 2.- Por hemorragias y 3.- Por regeneración tisular.

Existe una variedad dentro de los leucocitos o glóbulos -- blancos que son:

- a) Linfocitos - Pequeños (B) y Grandes (T) (20-25%)
- b) Monocitos - Mononuclear Grande y de Transición (3-8%)
- c) Polimorfonucleares - Neutrófilos, Acidófilos y Basófilos (60 -70%).

Las plaquetas desempeñan un papel muy importante en la cogulación. Las plaquetas o trombocitos alcanzan un promedio de 300,000 por milímetro cúbico de sangre.

El plasma sanguíneo, es un líquido complejo, de color ambarino claro, actúa como fuente de nutrimentos y al mismo tiempo como medio para eliminar los productos de desecho derivados de su metabolismo". (19)

(19) Kimber Clifford, Diana. Manual de Anatomía y Fisiología. - Págs. 289-312.

3.1.2. ETIOLOGIA DE LA LEUCEMIA

La causa de la leucemia no es conocida por completo pero existen cierto número de pistas, como son: "Se sabe de virus -- que producen leucemia en algunos animales y hay pruebas indirectas de que también pueden ser productores de leucemia en el hombre, por otro lado, hay agentes que actúan como desencadenantes de la leucemia, entre los cuales destacan: exposición a rayos X, o carcinógenos químicos (asbesto). No hay pruebas directas de que la leucemia en el hombre sea debida a un virus, y la inyección de sangre leucémica a otros seres humanos no ha producido leucemia en los receptores. Se ha informado que la leucemia -- ocurre después de exposición a agentes químicos que deprimen la médula ósea. El benzol y su compuesto relacionado, el toluol -- en procesos industriales, generalmente se considera como leucemógeno. También se ha sospechado que el cloramfenicol y la fenilbutazona, sobre todo porque tienden a producir daño medular, y se sabe de una serie de casos bien documentados en los cuales la leucemia fué consecutiva a la administración de uno de estos medicamentos, o de ambos.

En años recientes se ha observado mayor frecuencia de leucemia aguda en pacientes que recibieron agentes quimioterapéuticos citotóxicos, como consecuencia del uso de "Melfalán" en el mieloma, y después del uso de otros agentes alquilantes.

Algunos enfermos han sido tratados con estos medicamentos debido a trastornos no neoplásicos, como la artritis reumatoide.

Los pacientes con síndrome de Down (trisomía 21) y los que tienen otras anomalías citogenéticas, como anemia de Fanconi y síndrome de Bloom, son más susceptibles de padecer leucemia; ésta parece asociarse a las anomalías cromosómicas y en este sentido es de origen genético.

Hay muchas pruebas de que en la leucemia el defecto radica en la célula misma y no en su medio. Otra teoría afirma que la leucemia se origina por una incapacidad de los tejidos para eliminar células maduras, y otra más considera que esta patología representa la respuesta de rechazo del cuerpo a ciertos microorganismos infectantes."⁽²⁰⁾

3.2. ANTECEDENTES DE LA LEUCEMIA

En 1827, Dameshek y Gumz dan crédito a la primera descripción de leucemia desarrollada por Velpeau, quien realiza dicha descripción al revisar el cuerpo de un florista de 63 años de edad, enfermo desde dos años antes. Al realizar la autopsia encuentra crecido el hígado y el bazo, refieren que la sangre del

(20) Woodliff, Hermann. op. ct. Pág. 136-138.

paciente parecía pus combinada con un material obscuro (ya aquí se infiere la alteración en la sangre de este paciente).

El primero en analizar la sangre de un paciente leucémico en vida es Donné; quien encuentra alterada la morfología de la sangre con la presencia de "glóbulos mucosos".

Bennett y Virchow establecen a la leucemia como una entidad clínica distinta o separada de otras, en 1845.

Es Virchow en 1847 quien acuña e introduce el término de leucemia, y él mismo en 1856 realiza una descripción completa de los hallazgos patológicos de la enfermedad.

En 1857, Friedrich reporta el primer caso de leucemia aguda.

La leucemia es una enfermedad poco común con características clínicas bien definidas, cuyos antecedentes históricos fueron dados por la aparición de "epidemias" siendo el primer país afectado Gran Bretaña en 1920. Este brote súbito de la enfermedad ocasionó que se desencadenaran estudios en busca de definir el origen y causa de la misma. Inicialmente la enfermedad era mortal por naturaleza y posterior al descubrimiento de su origen se pudieron desarrollar medidas terapéuticas que han mejorado la sobrevivencia de sus pacientes.

En los pasados cuarenta años se ha marcado una evolución dramática en el pronóstico de estos pacientes, y si inicialmente su sobrevida era tan solo de dos o tres meses posteriores al diagnóstico ahora se han conseguido sobrevidas de más de cinco años en el 60% de los pacientes.

Inicialmente el manejo se estableció a base de una droga y en forma ulterior se vió que con una combinación de dos, tres o más drogas se podían lograr mejores sobrevidas. Actualmente el pronóstico con estos pacientes, como se ha mencionado, ha mejorado en forma sustancial, y la sobrevida en pacientes con las formas de leucemia linfoblástica es ahora superior al 70%, no así para las formas de leucemia mieloblástica, en quienes sólo se ha conseguido en 30 a 40% de los casos.

3.3. CLASIFICACION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE LEUCEMIA

"Desde el punto de vista clínico, las leucemias son mejor clasificadas en agudas, crónicas y citológicas según el tipo de célula predominante. Cuando los pacientes con leucemia aguda no reciben tratamiento, por lo general, mueren en término de tres meses después de que aparecen los síntomas, y la principal célula que interviene en el proceso suele ser una célula primitiva, es decir, un mieloblasto, linfoblasto o un precursor de monocito. Los pacientes con leucemia crónica, por lo general, viven uno o más años después del inicio de la enfermedad. Las

células tienen un aspecto más maduro y principalmente son mielocitos o linfocitos. Las leucemias monocíticas, por lo general, son agudas, aun cuando en mayor proporción las células parezcan ser de tipo maduro"(21)

Según el tejido afectado las leucemias también pueden ser clasificadas como mieloides o linfoides, y las formas agudas en tipos infantil y adulto.

Las leucemias se dividen en dos grandes grupos:

| | | | |
|-----------|----------|----------------|---------------|
| LEUCEMIAS | AGUDAS | LINFOBLASTICAS | DEL 80 al 85% |
| | | MIELOBLASTICAS | DEL 12 AL 25% |
| | CRONICAS | GRANULOCITICA | DEL 3 AL 5% |

"Las leucemias agudas pueden dividirse, según la edad del paciente, en infantil y adulta, y de acuerdo al tipo de célula afectada, en leucemia de 'célula madre', linfoblástica, mieloblástica y monoblástica o monocítica".(22)

Leucemia granulocítica crónica, "es una enfermedad que ocurre en pacientes de edad media y avanzada, y tiene frecuencia -

(21) Idem. Pág. 136.

(22) Idem. Pág. 136.

máxima hacia los cincuenta años de edad. Es menos frecuente - que la leucemia aguda en niños y adultos, aproximadamente de 1- en 100,000. La relación con respecto al sexo es igual".(23)

"La leucemia en el adolescente comienza a parecerse a la - del adulto. La leucemia de la infancia casi siempre es la leu- cemia linfoblástica aguda. La respuesta al tratamiento casi -- siempre es buena. La leucemia del adolescente puede ser linfo- blástica aguda o leucemia mieloblástica. La leucemia linfoblás- tica aguda en la adolescencia responde menos bien al tratamien- to que cuando se presenta durante la infancia. La leucemia mie- loblástica aguda responde al tratamiento aún menos bien que la- anterior"(24)

3.4. MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA LEUCEMIA

Los signos presentes de la leucemia aguda pueden ser las - petequias y/o la palidez. El interrogatorio sin embargo revela habitualmente que el paciente tiene un malestar vago, dolor de- los huesos, apetito mediocre y pérdida de peso durante algún -- tiempo, antes de que se presenten los signos más evidentes. La fiebre y el dolor articular, pueden estar presentes durante va- rios meses, antes que las anomalías hematológicas se mani--

(23) Idem. Pág. 144-145.

(24) Shen, Jerome. Op.ct. Pág. 468

flesten y puedan sugerir un diagnóstico de artritis reumatoide-juvenil. Ya que el paciente en estos casos es más susceptible a las infecciones, la leucemia puede ser detectada cuando el paciente se trata de una infección.

"El examen físico puede mostrar poco, excepto palidez y/o petequias. La linfadenopatía, el hígado crecido y/o bazo aumentado de volumen, son síntomas frecuentes, aunque muchos pacientes no presentan aumentos de tamaño en sus órganos ni en sus ganglios cuando se diagnostican por primera vez. La hipersensibilidad ósea es común.

El examen rutinario de la sangre periférica, muestra usualmente trombocitopenia, neutropenia y/o anemia. La cuenta leucocitaria se encuentra debajo de 15,000 por mm^3 , en casi la mitad de los pacientes y está arriba de 50,000 en alrededor de una cuarta parte de los pacientes. Los blastocitos pueden desaparecer de la sangre periférica y sólo encontrarse en la médula ósea.

El examen del aspirado de la médula ósea confirma el diagnóstico y con frecuencia es necesario para determinar el tipo de leucemia. Las radiografías del tórax deben realizarse de forma rutinaria. Los pacientes que presentan un aumento de volumen en el mediastino tienen un pronóstico mucho más sombrío.

Los adolescentes que presentan una masa mediastínica padecen usualmente leucemia de células T.

El líquido cefalorraquídeo debe ser examinado en la leucemia aguda, ya que puede existir una lesión en el sistema nervioso central (SNC), que se descubre en el momento mismo de hacer el diagnóstico". (25)

3.4.1. FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA UN CASO DE LEUCEMIA

"En el Instituto Nacional de Pediatría en el año de 1989 se detectaron un total de 7,234 pacientes hospitalizados, de los cuales 379 fueron casos de pacientes con leucemia de los dos grandes grupos (linfoblástica y mieloblástica). En el año de 1990 se hospitalizaron un total de 7,122 niños, de los cuales 384 pacientes presentaron leucemia.

De los casos de pacientes con leucemia que se hospitalizaron en el año de 1989, 99 fueron adolescentes.

Presentaron leucemia linfoblástica 84 pacientes, 35 del sexo femenino y 49 del sexo masculino. Presentaron leucemia mieloblástica un total de 15 adolescentes, de ellos 10 del sexo femenino y 5 del sexo masculino.

(25) Idem. Pág. 468-469.

En el año de 1990 se presentaron un total de 384 casos de leucemia, 81 fueron adolescentes.

Presentaron leucemia linfoblástica 75 de ellos, 32 del sexo femenino y 43 del sexo masculino.

Presentaron leucemia mieloblástica un total de 6 adolescentes, 2 del sexo masculino y 4 del sexo femenino.

En los años 1989 y 1990 se presentaron de un total de 14,356 pacientes hospitalizados 783 casos de leucemia de los cuales 180 son adolescentes.

Es importante referir que no todos los pacientes llevan a cabo su tratamiento médico, ya que son diversas las causas (ya mencionadas) para que éste sea interrumpido.⁽²⁶⁾

| | 1989 | 1990 |
|--|-------|-------|
| TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS | 7,234 | 7,122 |
| TOTAL DE CASOS CON LEUCEMIA (Linfoblástica y Mieloblástica) | 379 | 384 |
| TOTAL DE PACIENTES ADOLESCENTES | 99 | 81 |
| PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOBLASTICA | 84 | 75 |
| SEXO MASCULINO | 49 | 43 |
| SEXO FEMENINO | 35 | 32 |

(26) FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística del I.N.P.
Anual 1989 y 1990, Códigos 204.0 y 205.0.

| | 1989 | 1990 |
|--------------------------------------|------|------|
| PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOBLASTICA | 15 | 6 |
| SEXO MASCULINO | 5 | 2 |
| SEXO FEMENINO | 10 | 4 |

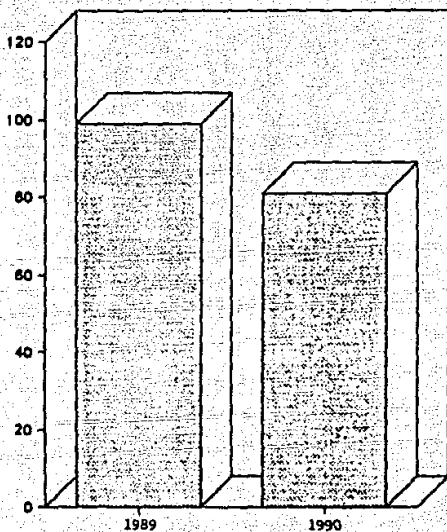
"Dentro del Instituto Nacional de Pediatría la leucemia representa el 5.45% del total de los pacientes que se atienden en dicha institución.

Los adolescentes con leucemia representan el 22.9% de los pacientes que con dicha enfermedad se atendieron durante los años de 1989 y 1990.⁽²⁷⁾

NOTA: La información de las gráficas que a continuación se presentan, fué obtenida de los archivos clínicos y bioestadística del Instituto Nacional de Pediatría.

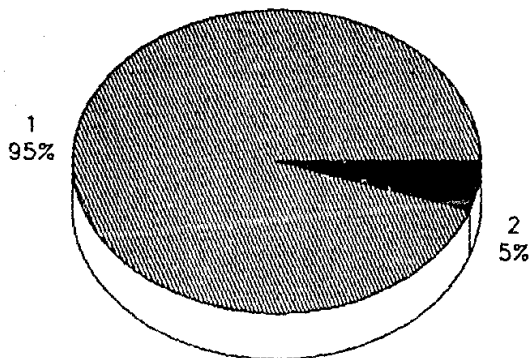
(27) Idem.

TOTAL DE PACIENTES ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR LEUCEMIA EN 1989 Y 1990



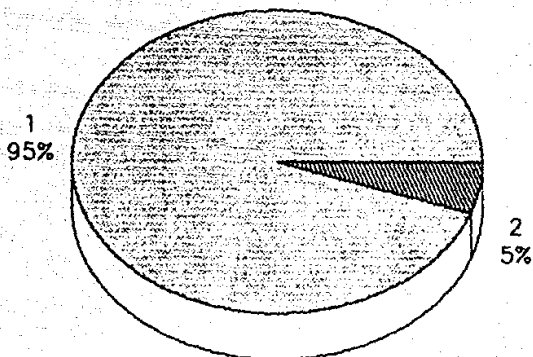
| AÑO | NUM. DE CASOS |
|------|---------------|
| 1989 | 99 |
| 1990 | 81 |

TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR LEUCEMIA EN EL INP. 1989



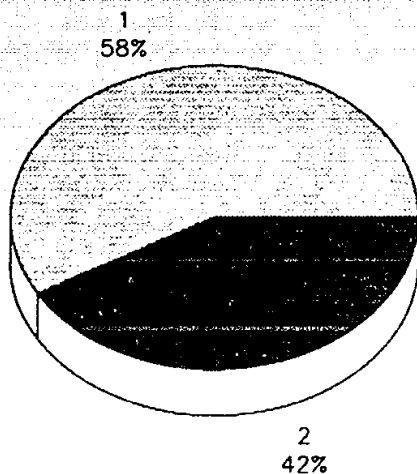
| PACIENTES HOSPITALIZADOS | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| 1 - POR OTROS CASOS | 6855 | 94.7 % |
| 2 - POR LEUCEMIA | 379 | 5.3 % |
| TOTAL | 7234 | 100 % |

TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
POR LEUCEMIA EN EL INP. 1990



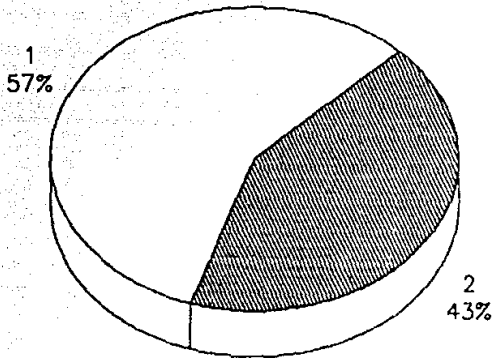
| PACIENTES HOSPITALIZADOS | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| 1 - POR OTROS CAUSAS | 6738 | 94.6 % |
| 2 - POR LEUCEMIA | 384 | 5.4 % |
| TOTAL | 7122 | 100 % |

PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOBLASTICA
(HOSPITALIZADOS EN EL INP) 1989



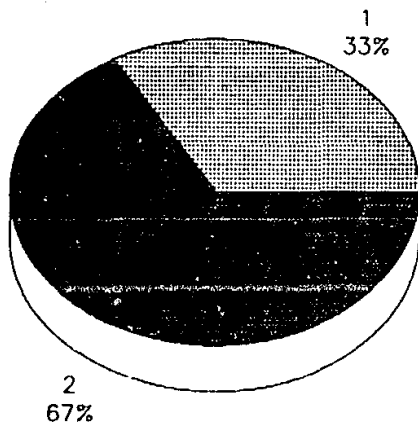
| SEXO | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| 1 - MASCULINO | 4 9 | 58 % |
| 2 - FEMENINO | 3 5 | 42 % |
| TOTAL | 8 4 | 100 % |

PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOBLASTICA
(HOSPITALIZADOS EN EL INP) 1990



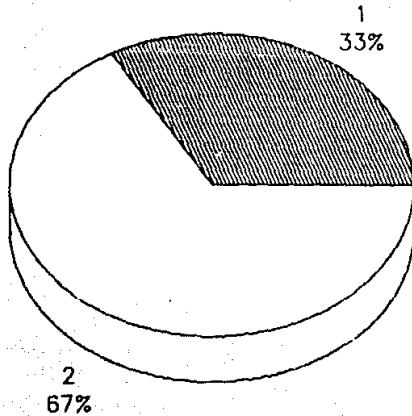
| SEXO | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| 1 - MASCULINO | 43 | 57 % |
| 2 - FEMENINO | 32 | 43 % |
| TOTAL | 75 | 100 % |

PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOBLASTICA
(HOSPITALIZADOS EN EL INP) 1989



| SEXO | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| 1 - MASCULINO | 5 | 33,3 % |
| 2 - FEMENINO | 10 | 66,7 % |
| TOTAL | 15 | 100 % |

PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOBLASTICA
(HOSPITALIZADOS EN EL INP) 1990



| SEXO | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| 1 - MASCULINO | 2 | 33.3 % |
| 2 - FEMENINO | 4 | 66.7 % |
| TOTAL | 6 | 100 % |

3.5. TRATAMIENTO ESPECIFICO

El tratamiento para la leucemia puede tener uno o varios -- objetivos:

- Curar la enfermedad.
- Prolongar la vida.
- Mejorar la calidad de vida.
- Buscar aspectos paliativos.

El tratamiento de la enfermedad se divide en no específico y específico. El tratamiento no específico es todo aquel manejo inicial, encaminado a poner en condiciones adecuadas al paciente, para posteriormente recibir tratamiento específico. Es un tratamiento de sostén que previene las complicaciones metabólicas secundarias al inicio del tratamiento con quimioterapia, se incluyen:

- Buena alimentación.
- Corrección de anemia, con transfusión de paquete globular.
- Corrección de sangrados, con transfusión de plaquetas.
- Administración de líquidos a través del suero, con la finalidad de poner en condiciones al paciente, para inicio de quimioterapia posterior.
- Manejo de bicarbonato en las soluciones para alcalinizar la -- orina y evitar que el ácido úrico cause daño a los riñones.

- Administra junto con las soluciones de bicarbonato, alopurinol para facilitar la buena eliminación de ácido úrico, y al mismo tiempo impedir de nuevo la formación de éste.

Si se presenta la leucemia en el SNC desde el momento del diagnóstico, el paciente debe ser tratado desde un principio con radioterapia o quimioterapia intratecal. En la leucemia linfocítica aguda, el tratamiento profiláctico del SNC se administra -- habitualmente después de la inducción a la remisión.

Las lesiones del SNC, también se presentan en la enfermedad mielógena aguda, a pesar de que el pronóstico es pobre en ésta - enfermedad por lo que no se administra en forma rutinaria.

"El tratamiento de la leucemia aguda utiliza combinaciones de medicamentos, más que agentes terapéuticos solos. Este enfoque junto con el tratamiento del SNC a base de radiaciones y/o - quimioterapia intratecal, ha mejorado enormemente el nivel de -- supervivencia de los pacientes afectados de leucemia aguda linfocítica, aunque los resultados no son tan favorables cuando la - enfermedad se presenta en la adolescencia.

El tratamiento de la leucemia mielógena aguda es mucho menos prometedor, aun en el caso de que se utilicen combinaciones de medicamentos. En la leucemia linfocítica aguda, es común la supervivencia durante cinco o más años aun en la adolescencia. -

En cambio en la leucemia mielógena aguda es poco común encontrar una supervivencia mayor de dos años.

La leucemia crónica, que es rara en los adolescentes, generalmente responde al tratamiento con busulfán y otros medicamentos similares, como sucede con la enfermedad de los adultos.⁽²⁸⁾

3.5.1. FASES DEL TRATAMIENTO

El objetivo teórico de la terapéutica antileucémica es la eliminación de las células anormales del organismo, tradicionalmente se ha convenido que el manejo sea dado en 3 fases a saber:

FASE UNO: Inducción a la remisión, la cual se considera la fase más intensa del tratamiento en la que el paciente presenta mayores posibilidades de complicación y muerte, dado que al inicio de la quimioterapia se destruirá el mayor número de células malignas con el subsecuente riesgo de producir una obstrucción renal o daño renal (síndrome de lisis tumoral). Asimismo en ésta fase pueden presentarse bajas importantes en las cifras de plaquetas con el riesgo secundario de hemorragia cerebral o a cualquier otro nivel. Esta fase dura por lo general un lapso aproximado de 3 a 6 semanas y se emplea actualmente el siguiente esquema de drogas: vincristina, prednisona y adriamicina, -

(28) Shen, Jerome. op.ct. Pág. 469.

aunque en algunos lugares se emplea en lugar de esta la ciclofosfámidica que es un agente alquilante que mata a las células en todas las fases de su ciclo.

La remisión puede lograrse en un 90-95% de los pacientes.

FASE DOS: Es la fase de consolidación y para iniciarla, se debe haber logrado la remisión completa de la enfermedad, es decir ausencia de tejido tumoral detectable y cuentas normales en sangre periférica y médula ósea. Por lo general esta fase tiene una duración de 3 a 4 semanas y se incorpora el manejo profiláctico de agentes quimioterápicos en el SNC. Debido a la alta frecuencia que presentan los pacientes con leucemia para desarrollar a estas alturas enfermedad cerebral.

FASE TRES: Esta fase es la de mantenimiento, y en ésta, una vez más debe corroborarse que el paciente se encuentre en remisión total de la enfermedad y teóricamente esta fase será dada a fin de reafirmar la muerte de las células leucémicas y a disminuir el riesgo de que estas formas de células malignas vuelvan a aparecer. En ésta fase de tratamiento se pueden emplear medicamentos orales como la 6-mercaptopurina y el methotrexate. Asimismo deberán administrarse medicamentos intravenosos cada tres semanas para asegurar que en estos pacientes se mantengan niveles suficientes de quimioterapia en la sangre; para evitar la reproducción de células leucémicas, dicho de otra forma, se

mantiene al paciente en condiciones en las cuales ninguna célula maligna puede subsistir.

Esta fase de tratamiento dura aproximadamente tres años y es de vital importancia para mejorar la sobrevida de estos pacientes.

Es conveniente mencionar que la suspensión del tratamiento en cualquiera de sus fases, aun cuando se considere que el paciente esté sin actividad leucémica, ocasionará un riesgo potencial de la enfermedad, con un empeoramiento en el pronóstico al tratar posteriormente de reinducir la remisión de la enfermedad. Se ha detectado que estos pacientes bajarán considerablemente sus posibilidades de salvar la vida.

Durante las fases de tratamiento, el paciente recibirá un tratamiento específico de quimioterapia, que emplea fármacos -- citotóxicos para detener el crecimiento de las células leucémicas. Y en algunas ocasiones, recibirá radioterapia, la cual -- consiste en radiaciones que matan una fracción de las células tumorales.

3.5.2. CUIDADOS DURANTE EL TRATAMIENTO

Todos los pacientes leucémicos, tomando en cuenta sus características técnicas de falla en su sistema inmunológico, de-

ben de tener cuidados especiales. Si además de esto consideramos que el paciente durante su tratamiento está recibiendo medicamentos que deprimen totalmente su sistema de defensa, su sistema hematopoyético (de glóbulos rojos), y su sistema de coagulación (al alterar deprimiendo en forma substancial la reproducción y vida de las plaquetas), debemos entender que son muy susceptibles a presentar las siguientes complicaciones:

1.- Desarrollar infecciones y el riesgo de sufrir problemas del tipo de la septicemia que ponen en peligro su vida. Es por eso que deben mantenerse aislados de aquellas personas con un proceso infeccioso, además de recibir un tratamiento intensivo en el caso de que el paciente presente algunas infecciones consideradas en otras circunstancias como banales o poco importantes.

2.- Cuando se altera la formación de glóbulos rojos y la vida de éstos, los pacientes leucémicos sometidos a tratamiento desarrollarán en forma frecuente cuadros de anemia que requerirán en algunas ocasiones de transfusión sanguínea.

El paciente leucémico debe de recibir una alimentación lo más completa posible a fin de no contribuir más a una deficiente formación de glóbulos rojos, no requiriendo sin embargo algún aporte de suplemento vitamínico o mineral.

Al alterar la reproducción y sobrevivencia de las plaquetas es los pacientes tienen un riesgo potencial de desarrollar hemorragias a cualquier nivel, incluyéndose en éstas las cerebrales y otras que pueden poner en riesgo su vida.

Es importante por esto monitorizar en forma frecuente los niveles tanto de plaquetas como de las otras formas sanguíneas, y así poder estar al tanto de los cambios que a nivel hemático se suscitan en estos pacientes. Considerando siempre la posibilidad de que el paciente requiera de suministro ya sea de concentrados plaquetarios o de glóbulos rojos, con el fin de mantener niveles adecuados de ambos, para evitar el riesgo habitualmente fatal que pueden presentar.

En conclusión debe considerarse a estos pacientes durante todo su tratamiento como de alto riesgo, sumamente susceptibles a complicaciones que requerirán su manejo hospitalario.

3.5.3. LIMITACIONES PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO

Cuando existe la posibilidad de un diagnóstico de leucemia se presenta un desequilibrio emocional en la familia, incrementándose éste al corroborarse el diagnóstico en el paciente.

Todos los factores biopsicosociales son seriamente afectados por la enfermedad del adolescente, lo cual genera limitacio

nes para llevar a cabo el tratamiento médico.

Consideramos que uno de los factores limitantes para llevar a cabo el tratamiento de la leucemia, es el alto costo de los medicamentos, ya que la mayoría de las familias que acuden al Instituto en busca de atención, perciben el salario mínimo - (\$356,000.00 mensuales) para cubrir todas sus necesidades. Tienen que enfrentar que el costo del tratamiento es superior al ingreso familiar, y con éste deberán cubrir además, gastos de alimentación, vivienda y educación de los demás miembros de la familia, mismos que la mayoría de las veces son afectados también. Por lo que el familiar tiene que recurrir a la solicitud de préstamos y venta de sus bienes, los cuales difícilmente logrará pagar y/o recuperar.

Podemos decir que en la leucemia el problema económico se da como resultado de la enfermedad, por ello encontramos que -- las probabilidades para llevar a cabo el tratamiento médico de forma adecuada son limitadas.

Otro de los factores que obstaculiza la realización del -- tratamiento, es el impacto psicológico que se presenta en la familia y el paciente al observar los cambios físico-biológicos, - que son consecuencia de la aplicación de quimioterapia y/o radioterapia.

Uno de los factores que resuelve en nuestro medio en cierto grado la angustia, es la religión. El concepto mágico que -- aún predomina por la falta de educación, aunado al fanatismo -- con fondo mágico de la religión, producen un sentimiento de sumisión ante el poder divino (fuerza superior inexplicable) y resignación a sus designios.

Es evidente que este factor social está definitivamente -- conceptualizado, como ya se mencionó, por la falta de educación y de información médica, aun en las clases sociales que han tenido acceso a instrucción superior se observan algunos rezagos -- de estos conceptos.

Todo lo anterior en ocasiones lleva a la familia a buscar otro tipo de solución. Entre éstas podemos mencionar: el uso -- de "preparados a base de hierbas y carnes de animales de rapiña (zopilote), cuervo, zorrillo, coyote." Otras personas utilizan "capullos de mariposas, cápsulas de víbora de cascabel (a la -- cual le atribuyen poderes mágicos) y carne de la misma." El -- costo de estos tratamientos es de \$110,000. a \$300,000. mensuales aproximadamente durante cuatro o cinco meses, con algunos de estos "tratamientos" y, a decir de las personas que los venden, se obtiene la recuperación del paciente (Mercado de Sonora).

Un "tratamiento" utilizado por algunos pacientes del I.N.P. son las gotas de "chahina y circulán" (se obtienen en tiendas - naturistas), las cuales son "auxiliares en el tratamiento de algunas enfermedades crónicas, ya que ayudan a regenerar las células afectadas". Es por ello que muchas de las familias que no han recibido la suficiente información respecto a las consecuencias del tratamiento médico, recurren a estos lugares para complementarlo o abandonarlo total o parcialmente.

3.5.4. PRONOSTICO

El curso de la leucemia es corto. La muerte por infección o hemorragia se presenta en los primeros seis meses en la mayoría de los casos. El tratamiento sintomático con transfusiones de sangre y antibióticos proporciona sólo efectos transitorios. Antes de la era quimioterápica, un pequeño número de pacientes presentaban remisiones espontáneas, con normalización temporal de la sangre y de la médula ósea. Estas remisiones eran casi siempre seguidas de graves infecciones y su duración era breve, siendo muy notables las supervivencias superiores a los 9 ó 10 meses. El desarrollo de agentes quimioterápicos específicos para combatir la leucemia ha cambiado de forma notable el tiempo de supervivencia. En la mayoría de los casos de leucemia es posible inducir remisiones que pueden ser mantenidas durante un tiempo relativamente largo. Nuevos regímenes empleando múltiples agentes quimioterapéuticos, combinados con terapéutica pro

filáctica del SNC, han cambiado de forma espectacular los patrones de supervivencia de esta afección.

Un buen número de pacientes con leucemia linfoblástica --- aguda están vivos y en periodos de remisión más de tres años -- después de haber sido efectuado el diagnóstico inicial. Existe un optimismo creciente acerca de que alguno de estos pacientes no experimente una recaída, consiguiéndose de esta forma una -- "curación".

Ciertos pacientes no tienden a responder durante largos periodos: los niños que no son de raza blanca, los que tienen recuentos leucocitarios iniciales superiores a $35,000/\text{mm}^3$, y los que presentan amplias masas en el mediastino anterior.

En el I.N.P. se considera que existe un 40% de sobrevivencia para los adolescentes con leucemia que se atienden.

3.5.5. REPERCUSIONES DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA

Las enfermedades prolongadas crean cargas para toda la familia, las cuales podemos identificar como:

Problemas económicos, las necesidades especiales en lo que concierne a la vivienda, las crisis médicas y otras necesidades

trastornan el estilo de vida familiar, produciendo interrupciones del sueño, angustia y depresión, principalmente cuando el paciente recibe su tratamiento de quimioterapia (cada veintidós días); ya que se presentan problemas de tipo económico, -- primero por el traslado y permanencia en el D.F., cuando el paciente es foráneo. Posteriormente la compra del medicamento, -- el cual la mayoría de las veces supera el ingreso familiar, por ello la familia llega a solicitar préstamos continuamente y en muchos casos llegan a vender sus bienes, propiciando en ocasiones el abandono de la otra parte de la familia. Lo cual altera severamente el núcleo familiar; ya que los hijos que permanecen en casa se enfrentan al abandono de los padres que centran toda su atención en el hijo enfermo, al que tienden a sobreproteger debido al grado de la enfermedad que presenta. Por lo cual muchas veces el paciente puede llegar a manipular a su familia, -- los conocidos y en ocasiones al personal del Instituto en el -- cual es atendido.

Los padres del paciente enfrentan también problemas con -- sus vecinos y familiares, quienes al inicio del tratamiento -- brindan todo el apoyo necesario, muchas veces atendiendo a los hijos que se quedan en casa. Y conforme pasa el tiempo y la situación se repite dejan a los padres solos con su problema.

3.5.5.1. REPERCUSIONES FISICAS EN EL PACIENTE

Los importantes adelantos logrados en el tratamiento de procesos malignos, han logrado una mejoría espectacular en cuanto a supervivencia. La terapéutica antineoplásica no es específica de las células tumorales, sino que afecta también a las normales; por tanto, todas las modalidades de tratamiento anticanceroso tienen toxicidad. Algunos de los efectos tóxicos se presentan muy pronto, y otros tardan meses o años en aparecer. Como ahora las personas con leucemia sobreviven más tiempo, la frecuencia de secuelas de la terapéutica antineoplásica ha aumentado.

En algunos casos, los efectos secundarios específicos pueden relacionarse con regímenes terapéuticos particulares. Muchas veces no es posible saber cual agente quimioterapéutico es específico, o modalidad terapéutica, fué la causa de la complicación. Pueden estar alterados simultáneamente varios órganos o sistemas.

"Los efectos secundarios agudos de la radioterapia y la quimioterapia incluyen náuseas, vómitos, pancitopenia, neuropatía, cambios cutáneos eritematosos y pérdida de pelo, son debilitantes sólo de manera temporal, pues su efecto no suele ser duradero." (29)

(29). Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Onc. Ped. Vol.3/1985. Pág. 762.

Las complicaciones más graves, crónicas y tardías tanto de la radiación como de la quimioterapia, se observan en grados -- variables en diversos grupos de pacientes, según el tratamiento empleado. La principal morbilidad crónica asociado con la quimioterapia, de un grupo específico de medicamentos es la esterilidad en casi 100% de los hombres y en una cuarta parte, de las mujeres.

En algunos pacientes que reciben tratamiento se detiene el crecimiento longitudinal. A pesar de que en muchos se reanuda el crecimiento al terminar el tratamiento, en otros persiste la talla corta.

Como se ha mencionado el tratamiento que recibe el paciente leucémico, altera su organismo produciendo en él trastornos desagradables que le impiden continuar con su ritmo de vida, limitando sus actividades debido a que la aplicación de la quimioterapia y/o radioterapia le pueden traer como consecuencias náuseas, vómitos, dolor abdominal, pérdida de apetito, irritación de la vejiga urinaria, erupciones y rash cutáneo transitorio, - insuficiencia renal, disminución de la habilidad para escuchar el tono de una conversación normal, convulsiones, úlceras gastrointestinales, depresión de la médula ósea, escalofríos, fiebre y taquicardia, aunado a la pérdida de cabello, que es en muchas ocasiones, junto con la disminución de peso y palidez, lo que más altera emocionalmente a los adolescentes leucémicos. --

(cambio en su esquema corporal). Debido a que por su aspecto físico no se pueden integrar con personas de su edad.

A pesar de los efectos desagradables que trae consigo el tratamiento de leucemia, la terapéutica no debe suprimirse. --- Por el contrario, lo que se necesita es una cuidadosa vigilancia de los pacientes, para documentar los efectos adversos, identificar los agentes causales, y modificar el tratamiento para ofrecer una terapéutica menos tóxica, sin sacrificar la calidad o duración de la supervivencia.

3.5.5.2. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA

El impacto que ejerce la enfermedad crónica del adolescente sobre su familia, se aprecia en varias maneras. Los padres pueden volverse tan sobreprotectores, que el muchacho no puede alcanzar su independencia, y se transforma en un adolescente -- sin proyecto, actuando en forma pasiva y dependiente de las personas que lo rodean. Los padres de un adolescente enfermo crónico pueden pensar en él como una carga, encontrándose preocupados frecuentemente sobre su estado de salud, originando todo -- ello, resentimientos, culpabilidades y sobreprotección posterior. Incluso pueden llegar a pensar que el adolescente se recuperará si es tratado de forma "normal".

"Las relaciones normales interfamiliares entre hermanos se hacen más tensas cuando existe una enfermedad crónica, ya que ellos sufren una pérdida de la atención que necesitan de sus padres agobiados, se encuentran financieramente trastornados y están sujetos a una ansiedad constante, el adolescente puede encontrar difícil o imposible el participar en actividades familiares, o esas actividades pueden verse reducidas a causa de el enfermo, engendrando así resentimientos en los otros hermanos."
(30)

El adolescente enfermo puede ser objeto de atenciones desmedidas, puede transformarse en el foco de la ansiedad familiar y, ocasionalmente pueden ignorarse otras tensiones familiares - no relacionadas con el paciente, porque toda la atención y preocupación están enfocadas sobre el enfermo.

El estado emocional del adolescente antes del inicio de su enfermedad crónica, suaviza sus reacciones frente a la enfermedad misma. Aquellos que se manejan seguros y felices, y que están obteniendo saludablemente su responsabilidad e independencia y que se sienten cordialmente aceptados por sus familiares, son mejor preparados para enfrentarse a la crisis que les representa una enfermedad crónica. Los infelices, dependientes, inseguros o poco amados, están menos preparados para sortear el futuro.

Los padres tendrán que ajustarse a su "cambiado" hijo adolescente. Las esperanzas de los padres requieren ser modificadas, además de acostumbrarse al cambio de apariencia del adolescente.

Con frecuencia los padres tienen sentimientos de culpabilidad cuando su hijo adolescente adquiere una enfermedad como la leucemia. Ellos pueden rechazar el diagnóstico en un principio, o una vez que el diagnóstico ha sido aceptado y las consecuencias comprendidas, el adolescente mismo puede ser rechazado. -- Con más frecuencia el adolescente se ve inundado de sobreprotección y lástima, lo cual no facilita su situación ni la de la familia misma.

IV.- TRABAJO SOCIAL

El Trabajo Social se constituye como profesión en el seno de las prácticas y representaciones propias de las organizaciones de las sociedades de caridad. En este ámbito se conforma el primer espacio institucional, como área laboral de la nueva-profesión, y también se desarrolla el espacio del saber especializado y la transmisión de ese saber, es decir: la capacitación del profesionista. En estas instituciones surge la inquietud de la elaboración teórico-metodológica y de la capacitación de los agentes directos de la interferencia, es decir: el "voluntariado" que actúa como la base de trabajadores de dichas instituciones, que centran los esfuerzos individuales y que fincan su capacidad de organización, en la procedencia de clase de sus promotores y administradores.

Por ello el Trabajador Social tiene como antecedente inmediato al personal del voluntariado: es decir aquel que no administra, no elabora, ni organiza, sino que su función como intermediario entre los satisfactores y las necesidades y carencias, es la de hacer las cosas y hacerlas bien (labores operativas).

En concreto la profesión comienza a estructurarse en un aparato institucional que promueve su desarrollo, pero no debe confundirse el aparato y sus representaciones con la profesión y con el profesionista.

De esta manera el ejercicio profesional está siempre subordinado a la condición del intermediario, sea que éste se ejerza en la institución, o en cualquier otra instancia social.

Existen dos elementos significativos que favorecen a la tendencia de la profesionalización del Trabajador Social, y éstos son:

- a) La creciente intervención del Estado en el problema social, en la medida en que va ampliando sus funciones hasta convertirse en la instancia social de regulación de los intereses contradictorios que dinamizan la sociedad, lo cual da lugar a la elaboración de Políticas Sociales. Esto trae aparejado el surgimiento de instituciones que se encargan del bienestar social, con lo cual se diversifica y legitima un espacio laboral.
- b) El amplio desarrollo de las Ciencias Sociales, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, aporta a la profesión un saber especializado, por lo mismo que la sistematización de las experiencias del voluntariado, que habían estado fundamentadas en las referencias religiosas y éticas, comienzan por el contrario a apoyarse en los conocimientos derivados de la Sociología, Psicología y de la Antropología así como de la Medicina y el Psicoanálisis.

De esta manera el Trabajo Social conforma su especializa--

ción dentro de un conjunto de estrategias teórico-metodológicas que son designadas como: Trabajo Social de Casos, Grupos y Organización y desarrollo de la Comunidad. Esta matriz se diversificará, en la medida en que se van estructurando "áreas de intervención particulares"; jurídica, asistencial, médica, psiquiátrica, recreativa, escolar, etc. y en la medida también de que aparecen nuevas propuestas.

4.1. CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL

Uno de los principales problemas que se plantea toda nueva disciplina es la de fijar su denominación que permita manejarse en el ejercicio de sus funciones así como establecer una comunicación entre quienes la ejercen.

El Trabajo Social, como ya se hizo mención antes "Nació -- como una forma de ayuda a individuos, grupos y comunidades, en la resolución de sus necesidades"⁽³¹⁾ surgiendo posteriormente una profesión con un sentido especial de actividades concretas.

En el año 1960 Valentina Maidagan de Ugarte lo define como "Conjunto de múltiples actividades, conducentes a obtener el bienestar económico y social de los seres humanos, apoyando toda acción en los recursos propios de cada individuo y en la com

(31) Kisnerman, Natalio. Introducción al Trabajo Social. Pág. 115

prensión y reconocimiento de sus problemas, logre cada cual."

Posteriormente, y como resultado de los cambios operados - en diversos países de Latinoamérica (reconceptualización) se de nomina al Trabajo Social como "Una disciplina que se ocupa de - conocer las causas-efectos, de los problemas sociales, y lograr que los hombres asuman una acción organizada, tanto operativa- como transformadora que los supere. El Trabajo Social es una - intervención intencionada y científica, por lo tanto racional y organizada, en la realidad social, para conocerla-transformarla contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar so--- cial de la población, entendido éste como un sistema global de acciones que respondiendo al conjunto de las aspiraciones socia les, eleva la calidad de vida de la sociedad."⁽³²⁾

No es simplemente ejecutora de lo que otras profesiones -- elaboran. Investiga y transforma, apropiándose de una realidad concreta de trabajo, lo que comprueba sus conocimientos, apor-- tándolos al resto de las disciplinas sociales. Y en tanto opera en la realidad, fija sus principios, normas y procedimientos.

L. Witmer define al Trabajo Social como "... brindar ayuda a los individuos en lo que se refiere a las dificultades que en cuentan en el empleo de los servicios organizados de grupo, o en su propia actuación como miembros de un grupo organizado."

(32) Idem. Pág. 116-117.

El Trabajador Social es el sujeto social que hace uso de diferentes estrategias teórico-metodológicas, las cuales aplicadas en las diferentes áreas de intervención profesional, van a dar por resultado la apropiación del saber y el hacer profesionales.

4.2. OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

Históricamente, el Trabajo Social ha desarrollado sus funciones ubicado en el punto clave de la relación entre la institución y sus beneficiarios, jugando la mayoría de las veces el papel de administrador del otorgamiento de los servicios. Lo que determina que se preste o no dicho servicio al solicitante, siendo fundamental el estudio socioeconómico, la entrevista o la prueba que aplica el Trabajador Social.

"El profesional de Trabajo Social debe estar capacitado para cumplir las siguientes funciones:

- Aplicar el proceso de investigación científica a fin de llegar al conocimiento de la realidad social.
- Orientar a la población para la formación de una conciencia crítica.
- Proponer alternativas de acción, a través de un proceso metodológico, para la atención de los problemas sociales.

- Promover la organización y participación social.
- Participar multidisciplinariamente en el proceso administrativo de programas de bienestar.
- Participar en programas de docencia.
- Promover políticas de bienestar tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de la población."⁽³³⁾

Todas las funciones mencionadas anteriormente son encaminadas al logro de los objetivos de Trabajo Social, entre los cuales se encuentran los siguientes:

"Objetivo General. Contribuir en la organización de la comunidad para que participe en el desarrollo social.

Objetivos específicos:

- Lograr con los sujetos el análisis de su realidad y del contexto que la determina.

- Promover la incorporación organizada y consciente de la población en las acciones para el cambio ascendente.

- Contribuir a la planificación, a la promoción y a la ejecución de acciones para el desarrollo social."⁽³⁴⁾

4.3. TRABAJO MEDICO SOCIAL

Durante los últimos 60 años se ha reconocido el significa-

(33) Objetivos y Funciones del Trabajo Social. ENTS. Pág. 10

(34) Idem. Pág. 50.

do de los aspectos sociales y emocionales en el proceso salud-enfermedad, además del medio ambiente. Cada vez se ha ido tomando más en cuenta la influencia que estos factores tienen en el tratamiento médico, ya que los factores sociales desfavorables afectan la eficacia de la atención terapéutica y contribuyen a aumentar el grado y la duración de la incapacidad.

En 1930 en Estados Unidos, los programas de salud y bienestar cambiaron la concepción de la atención, incluyendo Trabajadores Sociales dentro de sus instituciones, ya que no hubo reconocimiento de los factores biopsicosociales, ofrecer calidad en los servicios para mantener la salud, el derecho de los individuos para una adecuada atención médica que respete la dignidad humana. De aquí se desprenden los principios filosóficos del Trabajo Médico Social (T.M.S.) que fundamentalmente es el derecho de cada persona a una adecuada asistencia; que promueva, recupere o conserve sus recursos como ser humano y acreciente su competencia social y satisfacción personal.

El T.M.S. reconoce problemas sociales que son agentes predisponentes de la enfermedad o de la salud, según el sentido de influencia (por ej. vivienda adecuada); debe intervenir en la planificación de los servicios médicos; así la medicina podrá restaurar la salud del paciente, favoreciendo su vida cotidiana.

Concepto de Trabajo Médico Social

El Trabajo Médico Social (T.M.S.) es la acción dirigida a la investigación de los factores sociales que afectan la salud, con el fin de intervenir en aquellos que estén originando conflictos de salud u obstaculicen la rehabilitación del individuo, grupo o comunidad.

La medicina no sólo busca prevenir y tratar las enfermedades, sino preservar la salud a través de la investigación social.

El Trabajador Médico Social debe investigar los aspectos que impiden el que haya salud; ya que existen enfermedades cuyas causas son exclusivamente sociales (por deficiencia alimenticia y de higiene). La investigación social ayuda en muchas ocasiones a conocer la etiología de la enfermedad.

El T.M.S. contribuye en el desarrollo del hombre, considerando que los seres humanos se unen para defenderse de los riesgos de la vida y para transformar la naturaleza en su propio beneficio. Sin embargo algunos factores socioeconómicos creados por el hombre dificultan su adaptación ecológica, surgiendo conflictos entre la sociedad y lo biológico que se manifiestan en enfermedad. Estos factores sociales proceden del ambiente natural, de las adquisiciones social y cultural, de la herencia biológica (complicada por la vida social) y de los grupos sociales que interactúan.

El conflicto que origina la sociedad, se deriva de la organización social y básicamente del sistema económico porque genera la forma de distribuir los elementos de consumo y servicios, lo cual produce pobreza; la causa más común de enfermedad en el hombre, ya que un fenómeno biológico depende directa o indirectamente de situaciones sociales.

El objetivo general del T.M.S. es la preservación y fomento de la salud del individuo en su contexto sociocultural.

Los objetivos específicos son variados, pero podrían enumerarse los siguientes:

- 1.- Ser partícipe de un equipo de salud para llevar a cabo una rehabilitación integral del paciente.
- 2.- Servir de enlace entre el paciente-familiares y Médico.
- 3.- Conocer la situación socioeconómica y cultural del paciente y su familia, así como sus actitudes ante el problema.
- 4.- Trabajar en conjunto con el paciente y su familia para la solución de sus problemas, estimulando sus capacidades.
- 5.- Fungir como guía de orientación para comprensión de la enfermedad y terapéutica a seguir para su total restablecimiento.
- 6.- Servir como educador en la preservación y fomento de la salud, la superación del individuo, su familia y su comunidad.
- 7.- Lograr la reintegración del paciente a su hogar y a su comunidad.

nidad en las mejores condiciones posibles.

El T.M.S. tiene un campo de acción muy amplio, que se relaciona con todas las actividades del hombre y de lo que le rodea.

La existencia y el concepto de Trabajo Médico Social, ha cambiado el curso relacionado con el manejo del individuo en el medio hospitalario y el trato fuera de él, encontrándose en todos los aspectos que produzcan bienestar social.

Las instituciones médicas modernas han logrado a través -- del T.M.S. proyectarse hacia el ámbito familiar y en todos los campos de la comunidad.

El T.M.S. ha adquirido y tendrá una notable importancia -- con el individuo en el medio familiar y social, a través del manejo acertado hacia posibles soluciones, que permitan establecer las bases para resolver la problemática del individuo, considerado como unidad biopsicosocial.

El T.M.S. contribuye a lograr el bienestar físico, social y psicológico del individuo dentro del medio familiar, social y de trabajo, derivándose para él alternativas que lo lleven a mejores metas que le permitan progresar, superando su problemática para lograr una mejor forma de vivir.

4.3.1. INTERVENCION DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN EL AREA MEDICA

Las funciones del Licenciado en Trabajo Social (L.T.S.) dependerán del tipo de institución de salud donde desempeñe sus labores; ya que en el área de salud específicamente se deben de considerar los objetivos del 1º, 2º o 3er nivel de atención médica, de acuerdo a la organización mexicana.

Dentro de las funciones en instituciones hospitalarias, el L.T.S. debe de hacer llegar su acción al conocimiento de los problemas del paciente y sus familiares, tratando con ello de dar alternativas de solución en los problemas médicos, económicos y ambientales, entre otros; lo cual le obliga a realizar estudios médicos sociales de caso, de grupo y en ocasiones de comunidad. Aplicando los métodos y técnicas para lograr un tratamiento integral como miembro del equipo multidisciplinario de salud de la institución; impartir educación higiénica en general y dar orientaciones a los individuos para que logren solucionar los numerosos problemas que se derivan de la vida social de los pacientes.

El L.T.S. participará desde que el paciente llega al hospital solicitando un servicio; buscará la comprensión del problema en el paciente y su familia, tratando de adaptar al enfermo a su situación transitoria o definitiva y a sus posibles secue-

las, ayudando al paciente a ser un individuo útil a sí mismo y a los demás.

De acuerdo con los requerimientos más apremiantes, sus actividades estarán orientadas a buscar el bienestar de los pacientes y su familia.

El L.T.S. colaborará con el equipo de salud en todas sus actividades, para reintegrar al paciente en el menor tiempo posible, como un elemento útil a su comunidad, buscando recursos para modificar positivamente el medio que rodea al paciente, para que el trabajo realizado en el hospital no se pierda.

Se orientará al paciente de tal forma que desarrolle las capacidades que le permitan resolver sus conflictos personales; así como a la familia para que pueda afrontar el conflicto emocional de la enfermedad, de la invalidez o de la defunción.

De acuerdo con lo indicado por los lineamientos de la institución, participar en los programas de medicina preventiva y de investigación médico-social, sin olvidar los aspectos de educación e investigación de campo, relacionados con el Trabajo Social.

El L.T.S. participará en la formación, planificación, ejecución y evaluación de políticas de salud, desde el punto de --

vista de su competencia.

Realizará funciones de información general al público, respecto a los requisitos del hospital, reglamentos y las interrelaciones con el personal.

Efectuará una labor de educación con el personal hospitalario para hacerle comprender las actitudes de agresión, timidez, inconformidad y apatía que asumen el paciente y sus familiares. Lo cual es resultado de la angustia por la pérdida de la salud y el desconocimiento del manejo médico.

Actividades que puede realizar el L.T.S. en el hospital:

- a) Investigar a través de la familia y vecinos datos acerca de los factores que han incidido en la enfermedad, la percepción que tienen de ella y sus consecuencias sociales, con lo que se elabora una ficha social que integrará al expediente, efectuando la historia del paciente, la que ofrecerá al resto del equipo de salud una explicación de la enfermedad, su génesis, desarrollo y consecuencias sociales, información -- que debe de mantener actualizada especialmente en cambios observados o comprobados durante el proceso de la enfermedad.
- b) Informará acerca de los problemas que presenten los pacientes y la necesidad de mejorar sus condiciones, reforzando -- que son miembros de un grupo sociocultural con normas, valo-

- res y tradiciones específicos.
- c) Aclarará las dudas que se presenten en los familiares respecto a los procedimientos realizados en el hospital, apoyando al paciente para que lleve a cabo sus exámenes clínicos, de laboratorio, radiológicos, intervenciones quirúrgicas y aplicaciones de medicamentos.
 - d) Facilitará la integración del enfermo a la institución, sobre todo si debe internarse, vinculándolo con otros enfermos, creando situaciones que favorezcan la comunicación y la ocupación del tiempo libre.
 - e) Recorrerá las salas de internamiento en horas de visitas, observando cómo se da la relación del enfermo con familiares y amigos.
 - f) Planeará con el Médico el alta hospitalaria del paciente, -- preparando a la familia para que el enfermo encuentre posibilidades de recuperación y/o rehabilitación en su medio.
 - g) Formará grupos, teniendo en cuenta la gran movilidad de enfermos, centrados en la capacitación y reflexión acerca de la enfermedad y sus consecuencias sociales, utilizando filminas, películas, diapositivas, maquetas, rotafolios, para demostrar como ciertas prácticas benefician la salud personal, familiar y comunitaria.
 - h) Intervendrá en seminarios y cursos internos, con el fin de dar a conocer al equipo multidisciplinario los aspectos sociales que influyen en la salud y en la recuperación, así como para hacer conocer la acción de la profesión en el área.

La lista anterior es incompleta, ya que el L.T.S. se enfrentará constantemente con situaciones dinámicas, en las que su capacidad y creatividad deben indicarle las actividades que puede realizar.

El profesional de Trabajo Social debe de estar capacitado científicamente y técnicamente, identificado con las necesidades de la población, teniendo como uno de sus propósitos fundamentales la orientación, para que ésta adquiera conciencia de sus problemas, se organice e intervenga en la toma de decisiones, todo ello con el propósito de participar en el desarrollo social.

4.4. TRABAJO SOCIAL DE CASOS

El caso plantea la muestra de un problema, que por sus condiciones representa algo nocivo para el individuo y su entorno. Por medio de este método el Licenciado en Trabajo Social investiga los factores biológicos, sociales, económicos y/o psicológicos que están influyendo en la vida del individuo y mediante un diagnóstico social, un pronóstico y un plan, brindar un tratamiento social más adecuado.

El proceso de "caso" es una serie ordenada de pasos: investigación, diagnóstico, plan y tratamiento.

- INVESTIGACION.- Como su nombre lo indica consiste en bus

car, observar y analizar toda clase de hechos y situaciones que se refieren al caso, interrelacionadamente con el problema o -- los problemas que éste presente. En cada caso las personas y los hechos significativos en la experiencia y la vida del sujeto, así como su actitud frente a ellos, que es un reflejo de su postura general frente a la vida, están constituyendo lo que en Trabajo Social se llama "unidad de atención", o sea el campo a explorar para lograr el mejor resultado en nuestra investiga--- ción.

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

Toda investigación constituye en sí un proceso psicosocial, lo cual implica en primer lugar, una cuidadosa observación del sujeto y de sus reacciones, incluyendo la actitud que asume --- frente al Trabajador Social; pero con especial enfoque hacia -- las que se refieran a su posición respecto de la situación o -- problema central del caso. En segundo lugar, el estudio de los diferentes aspectos y modalidades que presenta la situación y - por último, el estudio y análisis del ambiente que le rodea. -- En toda investigación es sumamente valioso contar con la coope-

ración del sujeto, para lo cual hay que saber despertar su interés, haciéndole ver desde un principio los beneficios que para el mismo traerá su activa participación en el caso.

El método de elección para la investigación de un caso es la entrevista; pero muchas veces, por urgencia de tiempo, tendremos que usar el interrogatorio. En otras ocasiones requeriremos obtener mayores y más amplios detalles, por ejemplo de la vida pasada del sujeto y entonces usaremos el método de relato espontáneo.

En la investigación de caso encontraremos dos fuentes de obtención de datos: la directa y la indirecta.

La fuente directa está constituida por la información objetiva y subjetiva, que recogemos del sujeto, de sus familiares - más allegados y de las observaciones que tenemos oportunidad de hacer al verlo actuar libremente en su hogar, trabajo, etc.

La fuente indirecta comprende la información colateral, recabada de otras personas o instituciones que tienen o han tenido contacto con el sujeto, tales como jefes, compañeros de trabajo o de estudios, maestros, vecinos, etc.; o bien la que obtenemos mediante la consulta de expediente u otros documentos archivados en hospitales, escuelas y centros de rehabilitación.

En lo que se refiere al ambiente, la investigación se enfocará de acuerdo con el tipo de problemas que estemos manejando; así por ejemplo, si estamos haciendo el estudio de un paciente-tuberculoso nos interesará conocer aspectos de higiene y nutrición en la familia, contacto con familiares enfermos, etc.

- DIAGNÓSTICO.- Resumiendo las ideas de L. Bray, "el diagnóstico social es una síntesis de la descripción del sujeto y de su situación y tiende a establecer relaciones de causa-efecto; a determinar los factores que impulsan al sujeto a recurrir al servicio, a realizar un estudio crítico de sus proyectos y posibilidades y a calcular las medidas que el Trabajador Social debe proponer y discutir con el sujeto o la familia para resolver el problema."

También puede definirse el diagnóstico como un resumen de los problemas encontrados en el caso, de la actitud del sujeto frente a ellos y de los recursos familiares y extrafamiliares detectados en la investigación que puedan ser útiles para la resolución de los problemas.

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

Uno de los problemas del diagnóstico social es que es fundamentalmente subjetivo, porque gran parte de sus bases son psicológicas. De esta situación depende que los elementos que sustentan un diagnóstico social, sean tan a menudo cambiables, tanto como lo es el ser humano; de aquí la necesidad de formular diagnósticos flexibles, que estén acordes con la dinámica de los fenómenos sociales. Así, cuando a medida que se va avanzando en el manejo de un caso, llegamos a la conclusión de que nuestro primer juicio diagnóstico fué erróneo o incompleto, no debemos sentirnos defraudados, sino por el contrario, aceptar este hecho como natural y rectificar o ampliar el diagnóstico inicialmente emitido.

- PLAN.- Es la emisión de una serie de medidas que se proponen para la resolución de un caso, basadas sobre el diagnóstico del mismo.

Castellanos define al plan como "La exposición de principios o actividades recomendables con el objeto de resolver o atenuar el o los problemas del sujeto."

Algunos autores dividen el plan en tentativo y definitivo. El primero tiene carácter experimental y transitorio, generalmente se refiere a medidas que se hace necesario tomar con urgencia. El definitivo resulta más estable; muchas veces tendremos que modificarlo e incluso recurrir nuevamente a otro tenta

tivo, antes de intentar finalmente uno más estable. Esto resulta lógico; si recordamos el dinamismo de todos los fenómenos sociales.

- TRATAMIENTO.- El tratamiento puede definirse como el plan puesto en acción. De acuerdo con esta definición podríamos pensar que se trata solamente de ir llevando a la práctica una serie de medidas; pero en realidad no es únicamente eso, sino que muchas veces su éxito se deberá no tanto a lo que hizo, sino a la forma en como fué hecho.

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

FINALIDADES DEL TRATAMIENTO.- En el Trabajo Social moderno como en la medicina moderna, ya que no se trata de curar únicamente, sino, y de manera fundamental de prevenir, así pues un tratamiento social, además de proveer las medidas urgentes para resolver el caso, deberá abarcar su acción hasta las causas que lo determinaron, con objeto de evitar en lo posible su repetición en el futuro.

V.- INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

(El manejo multidisciplinario del paciente leucémico)

El Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.) tiene tres --- grandes funciones: asistencia, investigación y formación de recursos humanos (enseñanza).

Por diversas situaciones, la asistencia conlleva un enorme volumen de pacientes que concurren al Instituto presentando --- gran parte de ellos patologías de primero y segundo nivel de atención, lo cual interfiere de alguna manera con las funciones enunciatas anteriormente.

El Instituto Nacional de Pediatría atiende diariamente a --- pacientes de cero a dieciocho años de edad, que presentan diversos diagnósticos.

Son dos las formas de acceso de los pacientes a este Instituto: el servicio de urgencias y el de consulta externa de pediatría.

En el servicio de urgencias se presentan niños con problemas pediátricos que pueden considerarse para ser atendidos en --- dependencias de primero y segundo nivel. Sin embargo la población infantil es grande y no es posible rechazarlos de primera instancia, por lo cual es necesario hacer dentro de éste grupo-

una selección de pacientes para lo cual ha sido creado el Instituto.

Se considera que las verdaderas urgencias constituyen menos del 20% de la población que se presenta a solicitar atención.

Se pueden considerar verdaderas urgencias los traumatismos craneoencefálicos, las complicaciones gastrointestinales y las crisis convulsivas, entre otras.

El resto de los problemas que se presentan frecuentemente pueden ser atendidos en otras instituciones (de primero y segundo nivel) si se tuviera la debida información y educación.

5.1. ANTECEDENTES DEL I.N.P.

El origen del Instituto se encuentra bajo el principio de que la asistencia médica debe de estar al alcance de todos los menores enfermos, cualquiera que sea su condición social.

Partiendo de lo anterior, se construyó el Hospital Infantil de la IMAN como baluarte de la salud.

Por decreto presidencial del 19 de Agosto de 1968, se crea la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, como un orga-

nismo público descentralizado; es esta Institución bajo la Presidencia del Patronato a cargo de la Sra. Guadalupe Borja de -- Díaz Ordaz, la que da origen al Hospital Infantil de la IMAN.

Se acuerda cambiar el nombre del Hospital Infantil de la -- IMAN, durante la Presidencia del Patronato de la IMAN, por parte de la Sra. Ma. Esther Zuno de Echeverría, por el Hospital -- del Niño IMAN en Septiembre de 1972, para evitar confusiones -- con el Hospital Infantil de México.

El 13 de enero de 1977 por el Decreto Presidencial se fusionan en un solo organismo, el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), dando origen al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y por consecuencia el Hospital del Niño IMAN cambia a Hospital de Niño DIF.

El 16 de Mayo de 1979, acuerda la Presidencia del Patronato del DIF, Sra. Carmen Romano de López Portillo, darle al Hospital del Niño DIF el carácter de Instituto, denominándose a -- partir de esta fecha como Instituto Nacional de Pediatría DIF.

A través del Decreto Presidencial fechado el 19 de Abril -- de 1983, el I.N.P. adquiere autonomía, como un organismo descentralizado público.

5.1.1. OBJETIVOS DEL I.N.P. A PARTIR DEL DECRETO PRESIDENCIAL DE 1983

- 1.- Impartir los conocimientos necesarios para la formación de los recursos humanos en las disciplinas de la Pediatría, -- contribuyendo a la difusión de todos los conocimientos en -- las diversas disciplinas relacionadas con los servicios que imparte.
- 2.- Efectuar investigaciones clínicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la Pediatría, en las que el -- Instituto imparte atención médica.
- 3.- Proporcionar atención médica infantil especializada.
- 4.- Actuar como órgano de consulta en Pediatría de las distintas dependencias y entidades públicas.
- 5.- Prestar el asesoramiento que la Secretaría de Salud le solicite en las distintas disciplinas que fomenta el Instituto.
- 6.- Apoyar los programas de Salud Pública.

5.2. COMO FUNCIONA EL I.N.P.

Como se mencionó anteriormente son dos las formas de ingreso al I.N.P.

Una de ellas es por el servicio de urgencias, en el cual -- el Médico valora al paciente, y de ser necesario lo mantiene en el servicio de prehospitalización (observación y análisis) de --

no ser así, el paciente es dado de alta. Cuando el menor requiere cuidados dentro del Instituto se hospitaliza en el servicio de urgencias, que cuenta con veinte camas, o se deriva al servicio que por el diagnóstico presentado es el conveniente.

La otra forma de ingreso es la consulta externa, en la cual el Médico Pediatra valorará al menor y dependiendo del diagnóstico inicial se enviará al Departamento de Trabajo Social, para valoración socioeconómica (en caso de aceptar al paciente) o en su defecto el menor será canalizado a otra institución.

Los padecimientos que se atienden en esta institución son los que se refieren al tercer nivel de atención médica en las áreas:

- Padecimientos de vías respiratorias.
- Padecimientos digestivos.
- Padecimientos genito urinarios
- Padecimientos cardio vasculares.
- Endocrinopatías
- Padecimientos del sistema nervioso central (neurología)
- Clínica de epilepsia.
- Padecimientos músculo esqueléticos.
- Estomatología.
- Oftalmología.
- Alergias.

- Cirugías.
- Neonatología.
- Salud mental
- Rehabilitación.
- Foniatría.
- Dermatología.
- Genética.
- Inmunología.
- Hematología
- Oncología.
- Endocrinología.
- Nefrología.

Todos los pacientes tendrán un sistema de expediente, además generarán cuota de recuperación de acuerdo a sus características socioeconómicas y diagnóstico.

5.3. DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

En caso de ingresar el paciente al Instituto; ya sea a la consulta externa de pediatría, urgencias o al área de hospitalización, se realizará una valoración por la Trabajadora Social, quien por medio de una ficha de identificación en la cual se expone brevemente la situación socioeconómica de la familia, determinará (no en forma definitiva) la cuota de recuperación que el paciente aportará. El Trabajador Social, forma parte de

un equipo multidisciplinario, conformado por Médicos, Enfermeras y Psicólogo principalmente.

El Instituto Nacional de Pediatría cuenta con:

- 29 Trabajadoras Sociales. Cada una de ellas forma parte de un equipo multidisciplinario que atiende las necesidades de un servicio específico.
- 4 Supervisoras de Trabajo Social. Quienes tienen como función orientar y supervisar las actividades que se realizan en cada servicio, además de servir como apoyo en el manejo de los casos.
- 1 Subjefe de Trabajo Social (Técnico en Trabajo Social, con curso en Trabajo Médico Social).
- 1 Jefe de Trabajo Social (Técnico en Trabajo Social, con curso en Trabajo Médico Social).

Entre las funciones que realizan las Trabajadoras Sociales dentro del Instituto, podemos mencionar las siguientes: Desarrollo de actividades y estudios, en todas las disciplinas que lo integran ya sea de proyección dentro del hospital y/o fuera del mismo.

- a) Ofrecer a todo el hospital y cada uno de sus servicios el material técnico que les permita desarrollar estas funciones.
- b) Enfatizar en el trabajo de investigación como parte medular de instituciones de esta índole.

A medida que el Trabajo Social confronta problemas sociales complejos, se torna multifacético, es decir, el Trabajo Social en un momento dado puede ser: administración de servicios; en otro investigación o estudio de las características de los problemas; promoción de programas de elevación de niveles de vida; orientación para el conocimiento y uso de los derechos y responsabilidades; sirve de enlace entre organismos gubernamentales y el pueblo; educación en conocimientos esenciales para el desenvolvimiento de los miembros de la familia; colaborador del Médico, ofreciéndole la información de condiciones económicas, emocionales, de vivienda, laborales, etc. (en una palabra las condiciones sociales, económicas y culturales del paciente y su familia), que le permiten diagnosticar y tratar en forma más adecuada y humana al paciente.

De acuerdo a lo anterior las Trabajadoras Sociales serán el personal básico para las actividades de este tipo.

Las Trabajadoras Sociales del Instituto, tendrán actividades de Pediatría Social, aunque el personal asignado al servicio, tendrá como responsabilidad la concentración de problemas, estudio de los mismos, asesorías y desarrollo de estudios especiales ante problemas específicos.

5.4. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Si consideramos que el individuo y su salud son el reflejo de un grupo social (familia, grupo escolar, laboral, etc.) es indiscutible que existen problemas y soluciones diversos en los que la unidad biológica es el grupo social. Para no limitar la prevención y curación de las enfermedades es necesario proponer un tratamiento integral para mejorar la salud del ser humano.

Es indiscutible la importancia del trabajo de un equipo -- multidisciplinario para no descuidar ningún aspecto en el tratamiento del paciente, grupo o comunidad. Se debe de estudiar el caso desde todos los puntos de vista; ya que la multidisciplina permitirá conocer el origen y las consecuencias del problema, -- sólo así se podrá valorar el tipo de tratamiento a seguir, de -- acuerdo al estudio integral que permite un conocimiento profundo del caso.

De esta manera se tiene la seguridad de obtener y conocer los datos necesarios para elaborar el plan a seguir además de -- lograr una estadística básica y útil por los beneficios que -- aportará trazando las líneas generales de actividad en los diferentes factores de la institución.

5.4.1. INTERVENCION DEL EQUIPO MEDICO

El equipo médico del servicio de Hematología lo integran; -- el Jefe del Servicio, Médico Adscrito, Médicos Residentes de la

5.4. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Si consideramos que el individuo y su salud son el reflejo de un grupo social (familia, grupo escolar, laboral, etc.) es indiscutible que existen problemas y soluciones diversos en los que la unidad biológica es el grupo social. Para no limitar la prevención y curación de las enfermedades es necesario proponer un tratamiento integral para mejorar la salud del ser humano.

Es indiscutible la importancia del trabajo de un equipo -- multidisciplinario para no descuidar ningún aspecto en el tratamiento del paciente, grupo o comunidad. Se debe de estudiar el caso desde todos los puntos de vista; ya que la multidisciplina permitirá conocer el origen y las consecuencias del problema, -- sólo así se podrá valorar el tipo de tratamiento a seguir, de acuerdo al estudio integral que permite un conocimiento profundo del caso.

De esta manera se tiene la seguridad de obtener y conocer los datos necesarios para elaborar el plan a seguir además de -- lograr una estadística básica y útil por los beneficios que -- aportará trazando las líneas generales de actividad en los diferentes factores de la institución.

5.4.1. INTERVENCION DEL EQUIPO MEDICO

El equipo médico del servicio de Hematología lo integran; -- el Jefe del Servicio, Médico Adscrito, Médicos Residentes de la

Especialidad y Médicos Residentes de Pediatría.

Cuando se presenta un caso con signos y síntomas de leucemia, generalmente se interna al paciente para la realización de estudios y determinación del diagnóstico.

Al diagnosticarse la enfermedad, el Médico informa de ésta a los padres, explicando brevemente las características de la misma. Posteriormente el Médico establece el tratamiento, adecuándolo a la edad y tipo de leucemia que presente el paciente. Generalmente se le mantiene internado, para que lleve a cabo la primera fase del tratamiento, ya que en la misma se requieren de estudios constantes y manejo multidisciplinario.

Los Médicos revisan resultados de estudios, así como las condiciones físicas del paciente, registrándose dichos resultados diariamente, para ser evaluados por el jefe del servicio.

Entre las actividades de los Médicos pueden mencionarse:

- Recorrido médico, para conocer la evolución diaria del paciente.
- Información a los padres de la evolución del mismo.
- Coordinación con el equipo multidisciplinario (Trabajadora Social, Psicólogo, etc.) para la realización de pláticas dirigidas a los padres de los pacientes.

- Investigación en el laboratorio de Hematología.
- Presentación y discusión de casos clínicos.
- Realización de esquemas de quimioterapia de los pacientes que recibirán ayuda de otras instituciones.
- Aplicación de quimioterapia.
- Consulta externa.

5.4.2. INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

En el Servicio de Hematología, las Enfermeras realizan una función muy importante, ya que participan durante casi todo el tratamiento del paciente, ayudándoles a aceptar el mismo, ya -- que muchas veces están reacias a recibir el tratamiento médico, que implica "agresiones físicas" (aplicación de medicamentos por vía intravenosa, toma de constantes, muestras de sangre y aspirado de médula ósea entre otras).

Entre sus funciones podemos mencionar:

- Participación permanente con el Médico en la aplicación de medicamentos.
- Vigilancia y mantenimiento de la higiene de los pacientes y - sus familiares.
- Preparación de medicamentos.
- Control de signos vitales, y estudios que se realizan dentro del servicio.

- Presentación de informe diario de medicamentos, signos vitales, líquidos, evacuaciones, peso, etc.
- Estrecha coordinación con la Trabajadora Social del servicio para mantener elevado el interés y participación del paciente y su familia en el tratamiento.

5.4.3. INTERVENCION DEL PSICOLOGO

El Instituto Nacional de Pediatría cuenta con un Servicio de Salud Mental, encontrándose asignados un grupo de Psicólogos al Servicio de Hematología; dicho grupo lo integran estudiantes del área de Psicología en etapa de formación, pasantes y otros-estudiantes que acuden como voluntariado al I.N.P.

Todo ello probablemente es lo que motiva que su participación sea esporádica.

Generalmente el paciente y/o su familia reciben atención del Psicólogo cuando el Médico del servicio envía una interconsulta, por así requerirlo el caso.

5.4.4. INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL

En el Instituto Nacional de Pediatría el Trabajador Social forma parte del equipo multidisciplinario del Servicio de Hematología. Realizando investigación de casos principalmente, pa

ra conocer las condiciones biopsicosociales en las que se desarrollan los pacientes con diagnóstico médico de leucemia. De esta forma es posible que mediante los aspectos sociales del; diagnóstico, pronóstico y plan; brinden el tratamiento concomitante más adecuado al paciente y su familia.

5.4.4.1. MANEJO SOCIAL AL PACIENTE Y A SU FAMILIA

La Trabajadora Social realiza un estudio de caso para conocer las condiciones en las que se desarrolla el paciente, mediante las técnicas de observación y de entrevista, al responsable del paciente (los padres)

Es necesario mantener contacto con la familia y el paciente obteniendo la información de mayor importancia para el tratamiento, la cual se transmitirá al equipo multidisciplinario para un mejor manejo. Se llevan a cabo comentarios minuciosos con los padres y el paciente en relación al diagnóstico, pronóstico, plan terapéutico, reacciones tóxicas a los medicamentos y los cuidados que se requieren durante y después de la enfermedad. Posterior a la información del Médico, se canaliza al familiar con el Médico tratante para que le informe sobre la evolución del paciente.

Se ayuda al paciente a comprender su enfermedad para sacar el mejor provecho del tratamiento médico, motivándolo a que --

ajuste su vida, de tal modo que haga su curación más probable y completa. Se refuerzan en la familia actitudes positivas dependiendo de la evolución del paciente, para evitar abandono -- del tratamiento o cambio del mismo por "medicamentos mágicos" - que lejos de curar producirán abandono del tratamiento médico y una recaída en el paciente. Se proporciona terapia de apoyo a la familia y paciente.

Brindar ayuda a la familia en la obtención de medicamentos canalizándolos a los laboratorios, compartiendo el medicamento con otro paciente evitando así desperdicios. Inscribir al paciente al Banco de Medicamentos de la Asociación de Damas Voluntarias del I.N.P., para que puedan obtener préstamos y en algunos casos medicamentos gratuitos o ayudas para transporte. En caso de que el paciente cubra determinados requisitos, se solicitará al Médico su esquema de quimioterapia para enviarlo al Club Rotario junto con su historia social, para obtener ayuda con los medicamentos necesarios para terminar su tratamiento. De no ser aceptado se buscan elementos de apoyo a nivel económico para el sostenimiento de la quimioterapia.

En caso de que la familia no cuente con parientes en el D.F. y no tenga recursos para su estancia durante el tiempo de tratamiento, se canalizará a "Casa Popular" del DIF o al "Albergue de Xochimilco".

Se brinda al paciente y su familia la ayuda institucional - que requiera.

Al ingreso del paciente se informa sobre requisitos institucionales y se integra a los padres al programa de "madre participante", obteniendo de esa forma su apoyo en el tratamiento de el paciente mientras se encuentra hospitalizado.

En caso de que la familia lo requiera se canaliza a la madre al servicio de cocina experimental, en donde le orientarán sobre el mejoramiento de hábitos alimenticios e higiénicos de acuerdo a sus posibilidades.

Se refuerza la importancia de llevar un método de control - natal, canalizando a los padres al servicio de planificación familiar del I.N.P.

Se motiva a la familia para que eleven su nivel educativo.

Cuando la familia no reúne el total de la cuenta generada - por hospitalización y servicios, la Trabajadora Social procede a la elaboración de una nota de crédito que será cubierta posteriormente. Si el paciente carece de recursos económicos para su hospitalización y estudios (Tomografía Axial Computarizada) se solicitará la cancelación de la cuenta, tomando como base el estudio y notas sociales del caso.

Dependiendo de las alteraciones detectadas en cada caso se proporcionan las orientaciones adecuadas, así como el apoyo necesario.

Los pacientes con leucemia requieren un seguimiento por la consulta externa para corroborar que asistan a sus consultas, estudios y aplicación de quimioterapia, proporcionando apoyo en caso de que no cuenten con recursos para adquirir los mismos.

En el caso de los adolescentes es necesario motivarlos para que acepten las indicaciones de su tratamiento recordándoles -- que se aplica cada veintitún días y la importancia de recibir el mismo en la fecha establecida por el Médico.

VI.- INVESTIGACION DE CAMPO

6.1. TECNICAS DE INVESTIGACION

Durante la realización de la presente investigación se utilizaron las siguientes técnicas :

- a) Investigación bibliográfica. Se utilizaron fuentes informativas de segunda mano (libros, archivos, estadísticas y folletos) para agrupar todo tipo de impresos y documentos que nos facilitaran recabar la información existente sobre el tema, nos auxiliamos de instrumentos como son las fichas de trabajo, en las cuales se concentró y resumió la información obtenida en las fuentes documentales.
- b) Técnica de muestreo. Se utilizó la técnica de muestreo debido a que no es posible investigar a toda la población existente, pues ello elevaría los costos de estudio, incrementándose el tiempo para su realización. "La teoría de muestreo sostiene que se puede trabajar con base en muestras para tener un conocimiento de las medidas de la población."⁽³⁵⁾

Rojas Soriano define a la muestra como "una parte de la población que contiene teóricamente las mismas características -- que se desean estudiar en aquella." Para realizar la investiga

(35) Rojas Soriano, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. Pág. 163.

ción se eligió como universo el I.N.P. considerando como población al Servicio de Hematología, captando una muestra de 10 pacientes adolescentes de esa población, tomando en cuenta que dichos pacientes no han interrumpido su tratamiento, aun cuando algunos de ellos han presentado recaídas.

c) Cédula de Entrevista. Para la elaboración de la cédula de entrevista, se tomaron en cuenta las hipótesis planteadas, además de aspectos generales de la familia y el paciente los cuales fueron necesarios para complementar la investigación.

Elegimos elaborar una cédula de entrevista por la necesidad de ser carácter anónimo, es el entrevistador quien la llena, se efectúa mediante una plática cara a cara, para obtener mayor información sobre preguntas abiertas, además existe la posibilidad de aclarar dudas sobre las preguntas formuladas, y resulta de gran ayuda porque algunas de las personas objeto de investigación son analfabetas o tienen bajo nivel educativo.

Durante la aplicación de la cédula enfretamos un problema, la renuencia de algunos padres de familia, debido a que su problemática es superior a sus deseos de colaborar, además de la sensación repetitiva acerca de los datos que habían proporcionado en ocasiones anteriores, desde el ingreso del adolescente al I.N.P., a pesar de ello se logró su cooperación mediante una plática y explicación previa a la aplicación de la cédula.

d) Técnica de Entrevista. Se realizó esta técnica debido a que con ella es posible captar información abundante y básica sobre el problema permitiéndonos fundamentar hipótesis, ya que la información no se podía obtener a través de otras técnicas y no se cuenta con suficiente material informativo sobre los aspectos a investigar. Por ello se realizaron entrevistas a pacientes, familiares, Médico y Trabajadora Social del servicio.

e) Técnica de Observación. La técnica de observación permitió obtener información sobre el comportamiento y actitudes del paciente ante la aplicación de su tratamiento y las repercusiones físicas y psicológicas del mismo.

* HIPOTESIS DE TRABAJO.

- 1.- Si el adolescente es informado adecuadamente sobre su enfermedad, existe mayor probabilidad de que pueda ser constante en su tratamiento.
- 2.- Cuanto menor integrada se encuentre una familia, mayor será el impacto al presentarse un diagnóstico de leucemia.
- 3.- Si la familia no cuenta con una posición económica estable, entonces no llevará a cabo el tratamiento del paciente.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

6.2. CEDULA DE ENTREVISTA

- 1.- Edad del paciente. 12__ 13__ 14__ 15__ 16__ 17__ 18__ años.
- 2.- Sexo del paciente. Masculino__ Femenino__
- 3.- Procedencia. Distrito Federal__ Foráneo__
- 4.- Grado escolar del paciente. Sabe leer y escribir__
Primaria grado__ Secundaria grado__
- 5.- ¿Asiste el paciente actualmente a la escuela? Sí__ No__
- 6.- Si es no, ¿Porqué? _____
- 7.- ¿Quién proporcionó la información sobre el diagnóstico a los familiares?

- 8.- ¿Comprenden el significado de la enfermedad? Sí__ No__ Están confusos__
- 9.- ¿Conoce el paciente su enfermedad? Sí__ No__
- 10.- ¿Quién le informó? Médico__ Padres__ Otro__ No ha sido informado__
- 11.- Actitud del paciente ante su enfermedad y tratamiento. _____

- 12.- ¿Se han presentado cambios en las relaciones familiares a partir de la-
detección e información de la enfermedad? Sí__ No__
- 13.- ¿Cómo ha sido el cambio? _____
- 14.- ¿Han pensado en abandonar el tratamiento médico? Sí__ No__
- 15.- ¿Porqué? _____
- 16.- ¿Proporciona algún tratamiento adicional al médico? Sí__ No__
- 17.- ¿De que tipo? _____

- 18.- ¿Cuáles han sido los mayores problemas que se han presentado durante el tratamiento? Extrafamiliares___ Intrafamiliares___ Institucionales___ Desequilibrio económico___
- 19.- ¿Cubre el ingreso total familiar las necesidades básicas de la familia y el tratamiento médico del adolescente? Sí___ No___
- 20.- ¿Recibe algún tipo de ayuda? Sí___ No___
- 21.- ¿De quién? _____
- 22.- ¿Le impide su religión llevar a cabo el tratamiento médico de forma adecuada (por ej. evitar se realicen transfusiones de sangre)? Sí___ No___
- 23.- ¿Que lugar ocupa el paciente dentro del grupo familiar? _____

OBSERVACIONES: _____

ENTREVISTO _____

FECHA _____

6.3. DETECCIÓN DE CASOS DE ADOLESCENTES CON LEUCEMIA Y RESULTADOS OBTENIDOS

Para llevar a cabo este estudio, se tomó como fuente de información una muestra de diez casos del Servicio de Hematología del Instituto Nacional de Pediatría de pacientes adolescentes con leucemia.

En la primera etapa del muestreo se obtuvieron datos sobre aspectos generales de la familia de los pacientes, como son: estado civil, ocupación, ingreso, procedencia y grupo familiar. - Obteniéndose los siguientes resultados:

| 1.- ASPECTO - ESTADO CIVIL | CASOS |
|------------------------------|-------|
| Matrimonio civil y religioso | 5 |
| Unión libre | 2 |
| Separados | 2 |
| Protección Institucional | 1 |
| TOTAL | 10 |

| 2.- ASPECTO - OCUPACION | CASOS |
|--------------------------|-------|
| Empleado | 3 |
| Campesino | 2 |
| Comerciante | 2 |
| Subempleado | 2 |
| Protección Institucional | 1 |
| TOTAL | 10 |

3.- ASPECTO - INGRESO MENSUAL TOTAL

| NUMERO DE SALARIOS MINIMOS | CASOS |
|-----------------------------------|-------|
| Menos de uno | 2 |
| 1 Salario mínimo (356,000.) | 2 |
| De 1 a 2 salarios mínimos | 2 |
| 2 salarios mínimos | 3 |
| Sin ingreso (Prot. Institucional) | 1 |
| TOTAL | 10 |

4.- ASPECTO - PROCEDENCIA

| | |
|------------------|----|
| Distrito Federal | 4 |
| Foráneos | 6 |
| TOTAL | 10 |

5.- ASPECTO - GRUPO FAMILIAR

| No. MIEMBROS | |
|--------------------------|----|
| 3 | 1 |
| 4 | 1 |
| 5 | 2 |
| 6 | 1 |
| 7 | 2 |
| 8 | 1 |
| 9 | 1 |
| Protección Institucional | 1 |
| TOTAL | 10 |

Para la segunda etapa se elaboró una cédula de entrevista-
la cual contenía datos sobre la enfermedad, implicaciones de la
misma en la dinámica familiar, dificultades para llevar a cabo-
el tratamiento, entre otras. Obteniéndose los siguientes datos:

6.- EDAD

| | | |
|---------|---|----|
| 12 años | - | 3 |
| 14 años | - | 1 |
| 15 años | - | 2 |
| 16 años | - | 1 |
| 17 años | - | 2 |
| 18 años | - | 1 |
| TOTAL | | 10 |

7.- SEXO

| | | |
|-----------|---|----|
| Masculino | - | 5 |
| Femenino | - | 5 |
| TOTAL | | 10 |

8.- GRADO ESCOLAR DEL PACIENTE

| | |
|-------------------------|---|
| Sabe leer y escribir | 1 |
| 4º grado de primaria | 1 |
| 6º grado de primaria | 3 |
| 1er grado de secundaria | 1 |
| 2º grado de secundaria | 2 |
| 3er grado de secundaria | 2 |

CASOS

| | |
|-------|----|
| 1 | |
| 1 | |
| 3 | |
| 1 | |
| 2 | |
| 2 | |
| TOTAL | 10 |

9.- ASISTE ACTUALMENTE A LA ESCUELA

| | |
|-------|----|
| Sí | 3 |
| No | 7 |
| TOTAL | 10 |

| 10.- SI ES NO ¿PORQUE? | CASOS |
|---|-------|
| Oposición de los padres | 2 |
| Oposición del paciente | 1 |
| No lo admiten en la escuela a cuasa de la enfermedad | 3 |
| No cuenta con recursos para asistir a la escuela | 1 |
| Sí asiste a la escuela | 3 |
| TOTAL | 10 |

| 11.- QUIEN PROPORCIONO LA INFORMACION SOBRE EL DIAGNOSTICO A LOS FAMILIARES | |
|---|----|
| Médico | 7 |
| Trabajadora Social | 1 |
| Ambos | 2 |
| TOTAL | 10 |

| 12.- COMPRENDEN EL SIGNIFICADO DEL DIAGNOSTICO | |
|--|----|
| Sí | 5 |
| No | 2 |
| Están confusos | 3 |
| TOTAL | 10 |

| 13.- CONOCE EL PACIENTE SU ENFERMEDAD | |
|---------------------------------------|----|
| Sí | 4 |
| No | 6 |
| TOTAL | 10 |

Nota: Los pacientes que presentan leucemia, son manejados en los Servicios de Oncología y Hematología, presentándose notables diferencias en el manejo, ya que en el primero se informa al paciente de su diagnóstico y tratamiento, mientras que en el segundo generalmente, y por temor de los padres, no se informa al adolescente de su diagnóstico, tratando de ocultar la mayoría de las veces la gravedad del mismo.

| 14.- QUIEN LE INFORMO | CASOS |
|-----------------------|-------|
| Médico | 2 |
| Padres | 1 |
| Otros | 1 |
| No ha sido informado | 6 |
| TOTAL | 10 |

| 15.- ACTITUD DEL PACIENTE ANTE SU ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO | |
|--|----|
| Coopera | 4 |
| Se muestra agresivo | 1 |
| Indiferente | 2 |
| Manipulador | 3 |
| TOTAL | 10 |

16.- HA OBSERVADO CAMBIOS EN LAS RELACIONES FAMILIARES A PARTIR DE LA DETECCIÓN E INFORMACION DE LA ENFERMEDAD

| | CASOS |
|--------------------------|-------|
| SI | 9 |
| No | 1* |
| *Paciente de Prot. Inst. | |
| TOTAL | 10 |

17.- COMO HA SIDO EL CAMBIO

| | |
|--|----|
| Se ha integrado más la familia | 4 |
| Separación de los padres | 2 |
| Problemas familiares (hermanos del paciente) | 3 |
| Cambios con sus compañeros (ya que se trata de paciente bajo Protección Institucional) | 1 |
| TOTAL | 10 |

18.- HAN PENSADO EN ABANDONAR EL TRATAMIENTO

| | |
|-------|----|
| SI | 4 |
| No | 6 |
| TOTAL | 10 |

19.- ¿PORQUE?

| | |
|--|----|
| Falta de recursos económicos | 2 |
| Búsqueda otras opciones de tratamiento | 1 |
| Repercusiones físicas del tratamiento | 1 |
| No ha pensado en abandonarlo | 6 |
| TOTAL | 10 |

20.- PROPORCIONA ALGUN TRATAMIENTO ADICIONAL AL TRATAMIENTO MEDICO CASOS

| | |
|-------|----|
| Si | 3 |
| No | 7 |
| TOTAL | 10 |

21.- DE QUE TIPO

| | |
|---------------------------------|----|
| Preparados especiales | 1 |
| Gotas naturistas (chahfna) | 1 |
| Cápsulas de víbora de cascabel | 1 |
| No recibe tratamiento adicional | 7 |
| TOTAL | 10 |

22.- CUALES HAN SIDO LOS MAYORES PROBLEMAS QUE SE HAN PRESENTADO DURANTE EL TRATAMIENTO

| | |
|-------------------------|---|
| Desequilibrio económico | 9 |
| Extrafamiliares | 9 |
| Intrafamiliares | 9 |
| Institucionales | 3 |

Nota: A excepción del paciente de Protección Institucional todas las familias de los pacientes que conforman la muestra -- han presentado serias alteraciones en los aspectos mencionados.

23.- CUBRE EL INGRESO TOTAL FAMILIAR -- LAS NECESIDADES BASICAS DE LA FAMILIA

LIA Y EL TRATAMIENTO MEDICO DEL -

ADOLESCENTE CASOS

SI 3

No 7

TOTAL 10

24.- RECIBE ALGUN TIPO DE AYUDA

SI 4

No 6

TOTAL 10

25.- ¿DE QUIEN?

Club Rotario 2

Prot. Institucional 1

Ayuda familiares 1

Asoc. Voluntarias I.N.P. -

No reciben ayuda 6

TOTAL 10

26.- LE IMPIDE SU RELIGION LLEVAR A --

CABO SU TRATAMIENTO DE FORMA ADE-

CUADA (TRANSFUSIONES DE SANGRE)

SI 1*

No 9

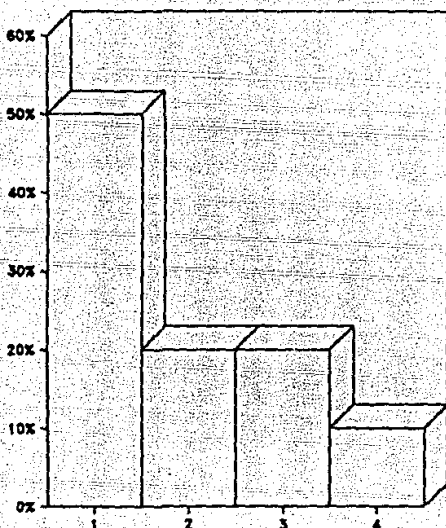
TOTAL 10

* Testigos de Jehová.

27.- LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE

| DENTRO DEL GRUPO FAMILIAR | CASOS |
|---------------------------|-------|
| Hijo Único | 1 |
| Primogénito | 1 |
| Segundo | 2 |
| Tercero | 1 |
| Cuarto | 1 |
| Quinto | 1 |
| Sexto | - |
| Séptimo | 2 |
| Protección Institucional | 1 |
| TOTAL | 10 |

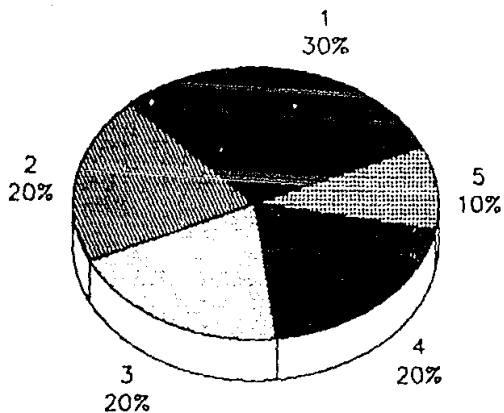
ESTADO CIVIL



| EDO. CIVIL | NUM. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------|---------------|------------|
| 1 - CIVIL Y RELIGIOSO | 5 | 50 % |
| 2 - UNION LIBRE | 2 | 20 % |
| 3 - SEPARADOS | 2 | 20 % |
| 4 - PROTECCION INST. | 1 | 10 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - INFORME DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA AL INGRESO DEL PACIENTE 1989/1990

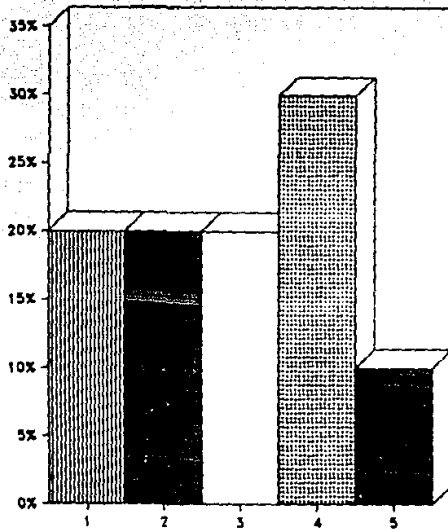
OCUPACION DEL PADRE O TUTOR



| OCUPACION | NUM. DE CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------|---------------|------------|
| 1 - EMPLEADO | 3 | 30 % |
| 2 - CAMPESINO | 2 | 20 % |
| 3 - COMERCIANTE | 2 | 20 % |
| 4 - SUBEMPLEADO | 2 | 20 % |
| 5 - PROTECCION INST. | 1 | 10 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - INFORME SERV. HEMATOLOGIA AL INGRESO PACIENTE 89/90

INGRESO MENSUAL FAMILIAR

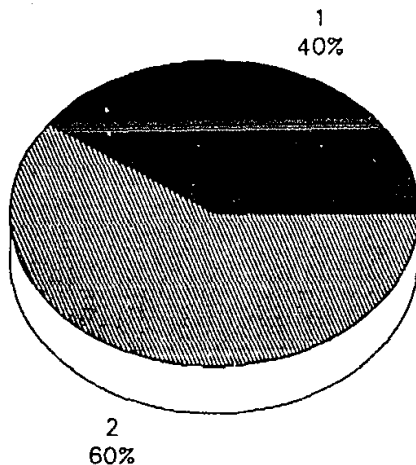


| INGRESO MENSUAL | NUM. DE CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------------|---------------|------------|
| 1 - MENOS DE 1 | 2 | 20 % |
| 2 - 1 SALARIO MINIMO | 2 | 20 % |
| 3 - 1 A 2 SALARIOS MINIMOS | 2 | 20 % |
| 4 - 2 SALARIOS MINIMOS | 3 | 30 % |
| 5 - SIN INGRESO * | 1 * | 10 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

* PROTECCION INSTITUCIONAL
SALARIO MINIMO VICENTE (1990) \$ 357,000

FUENTE - INF. SERV. HEMATOLOGIA AL INGRESO PACIENTE 89/90

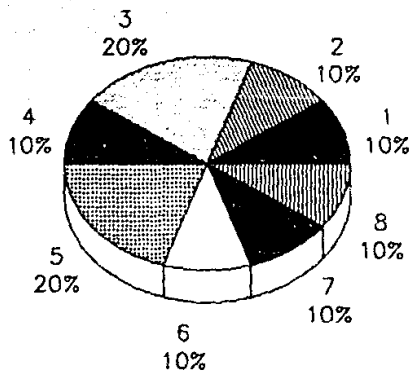
PROCEDENCIA



| PROCEDENCIA | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| 1 - D.F. | 4 | 40 % |
| 2 - FORANEO | 6 | 60 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - INFORME DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA
AL INGRESO DEL PACIENTE (1989 - 1990)

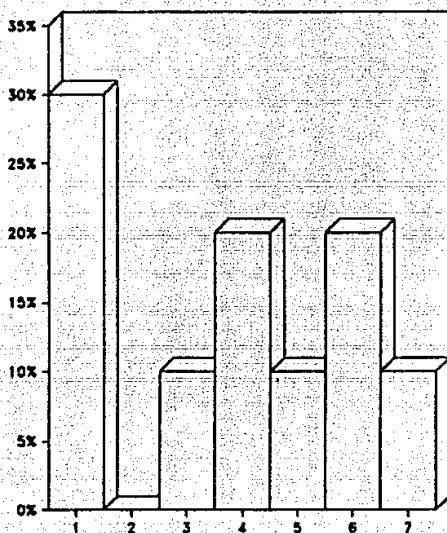
GRUPO FAMILIAR



| GRUPO FAMILIAR | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| 1 - MIEMBROS 3 | 1 | 10 % |
| 2 - MIEMBROS 4 | 1 | 10 % |
| 3 - MIEMBROS 5 | 2 | 20 % |
| 4 - MIEMBROS 6 | 1 | 10 % |
| 5 - MIEMBROS 7 | 2 | 20 % |
| 6 - MIEMBROS 8 | 1 | 10 % |
| 7 - MIEMBROS 9 | 1 | 10 % |
| 8 - PROTECCION INST. | 1 | 10 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - INFORME SERV. HEMATOLOGIA AL INGRESO PACIENTE 89/90

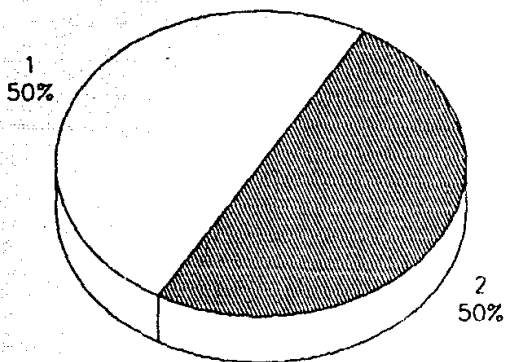
EDAD DEL PACIENTE



| EDAD | NUM. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------|---------------|------------|
| 1 - 12 AÑOS | 3 | 30 % |
| 2 - 13 AÑOS | 0 | 0 % |
| 3 - 14 AÑOS | 1 | 10 % |
| 4 - 15 AÑOS | 2 | 20 % |
| 5 - 16 AÑOS | 1 | 10 % |
| 6 - 17 AÑOS | 2 | 20 % |
| 7 - 18 AÑOS | 1 | 10 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

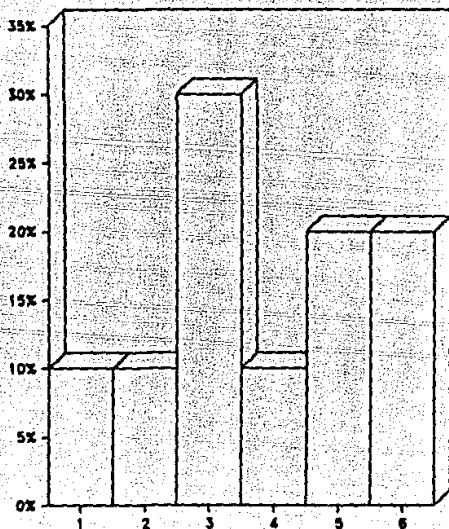
SEXO DEL PACIENTE



| SEXO | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| 1 - FEMENINO | 5 | 50 % |
| 2 - MASCULINO | 5 | 50 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - INFORME DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA AL INGRESO DEL PACIENTE (1989 - 1990)

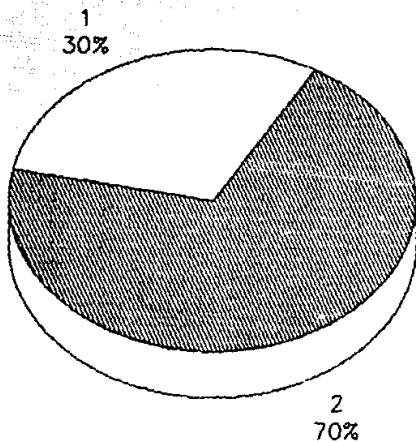
GRADO ESCOLAR DEL PACIENTE



| GRADO ESCOLAR | NUM. DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|---------------|------------|
| 1 - LEER Y ESCRIBIR | 1 | 10 % |
| 2 - 4o. PRIMARIA | 1 | 10 % |
| 3 - 6o. PRIMARIA | 3 | 30 % |
| 4 - 1o. SECUNDARIA | 1 | 10 % |
| 5 - 2o. SECUNDARIA | 2 | 20 % |
| 6 - 3o. SECUNDARIA | 2 | 20 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

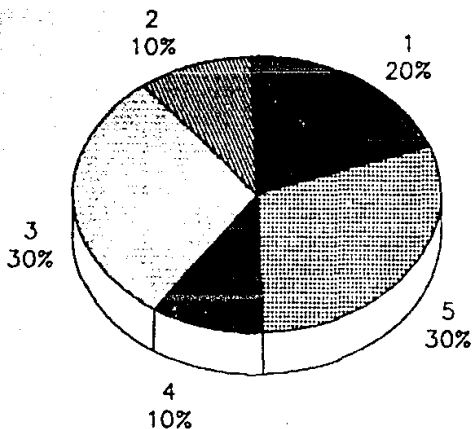
ASISTE ACTUALMENTE A LA ESCUELA



| ASISTE A LA ESCUELA | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| 1 - SI | 3 | 30 % |
| 2 - NO | 7 | 70 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

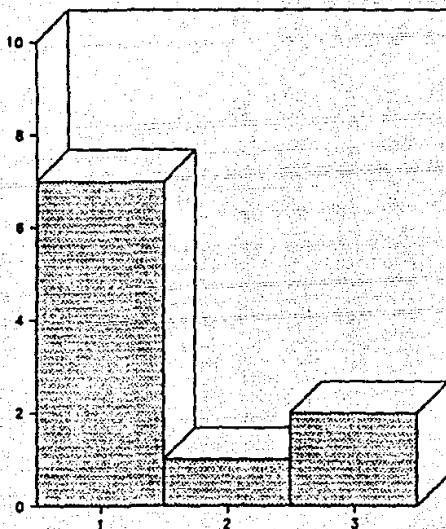
CAUSAS POR LAS QUE NO ASISTE EL PACIENTE A LA ESCUELA



| CAUSAS | NUM. DE CASOS | PORCENTAJE |
|--|---------------|------------|
| 1 - OPOSICION PADRES | 2 | 20 % |
| 2 - OPOSICION PACIENTE | 1 | 10 % |
| 3 - NO ADMISION EN ESCUELA POR ENFERMEDAD | 3 | 30 % |
| 4 - NO CUENTA C/RECURSOS | 1 | 10 % |
| 5 - SI ASISTE | 3 | 30 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

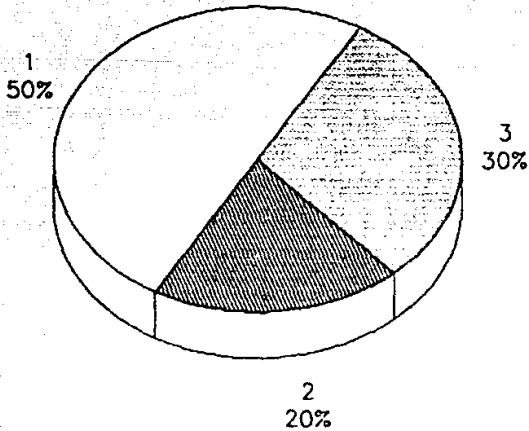
FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

QUIEN PROPORCIONO INFORMACION SOBRE EL DIAGNOSTICO A LOS FAMILIARES



| INFORMA | NUM. DE CASOS | NUM. DE CASOS |
|---|---------------|---------------|
| 1 - MEDICO | 7 | 70 % |
| 2 - TRABAJO SOCIAL | 1 | 10 % |
| 3 - AMBOS | 2 | 20 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |
| FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION | | |

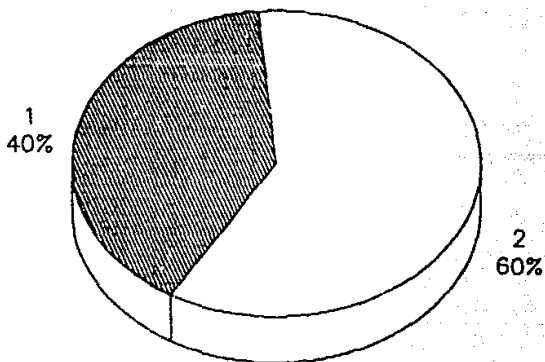
COMPRENDEN EL SIGNIFICADO DEL DIAGNOSTICO



| COMPRENDEN SIGNIFICADO | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|------------|
| 1 - SI | 5 | 50 % |
| 2 - NO | 2 | 20 % |
| 3 - ESTA CONFUSO | 3 | 30 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

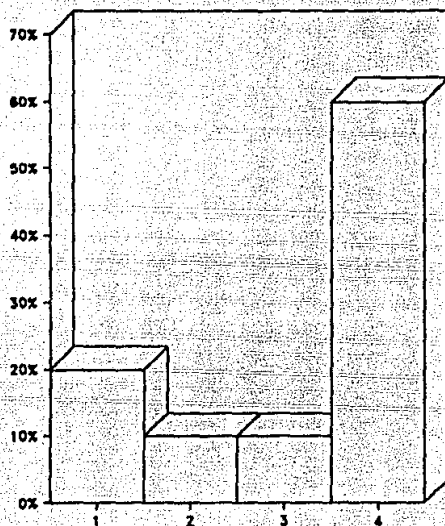
CONOCE EL PACIENTE SU ENFERMEDAD



| CONOCE SU ENFERMEDAD | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| 1 - SI | 4 | 40 % |
| 2 - NO | 6 | 60 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

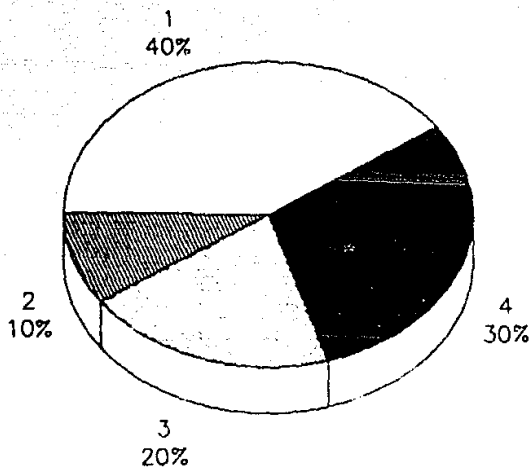
QUIEN INFORMO AL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD



| INFORMA | NUM. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------|---------------|------------|
| 1 - MEDICO | 2 | 20 % |
| 2 - PADRES | 1 | 10 % |
| 3 - OTROS | 1 | 10 % |
| 4 - NO LE HAN INFORMADO | 6 | 60 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

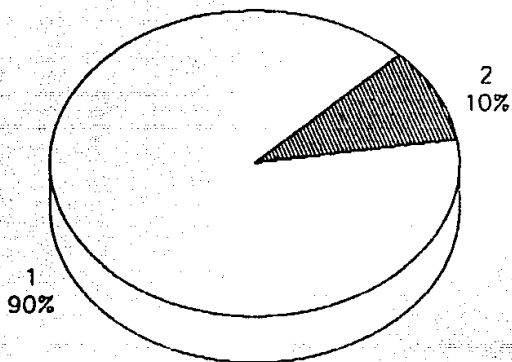
ACTITUD DEL PACIENTE ANTE SU ENFERMEDAD



| ACTITUD DEL PACIENTE | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------|------------|------------|
| 1 - COOPERA | 4 | 40 % |
| 2 - SE MUESTRA AGRESIVO | 1 | 10 % |
| 3 - INDIFERENTE | 2 | 20 % |
| 4 - MANIPULADOR | 3 | 30 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

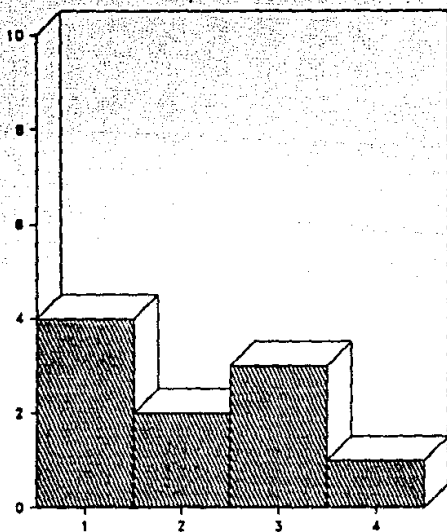
SE HAN PRESENTADO CAMBIOS EN LAS RELACIONES FAMILIARES



| HAN PRESENTADO CAMBIOS EN LAS RELACIONES FAMILIARES | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---|------------|------------|
| 1 - SI | 9 | 10 % |
| 2 - NO | 1 | 90 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

• PACIENTE DE PROTECCION INSTITUCIONAL
FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

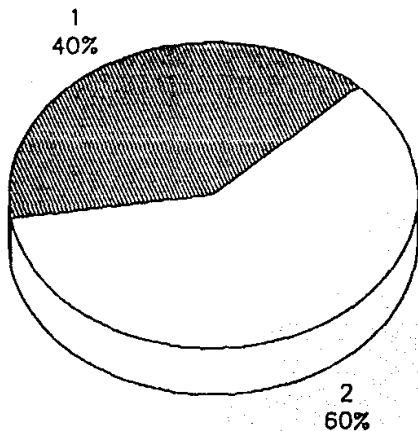
COMO HA SIDO EL CAMBIO EN LAS RELACIONES FAMILIARES



| CAMBIOS | NUM. DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------------------|---------------|------------|
| 1 - SE HAN INTEGRADO MAS | 4 | 40 % |
| 2 - SEPARACION PADRES | 2 | 20 % |
| 3 - PROBLEMAS HERMANOS DEL PACIENTE | 3 | 30 % |
| 4 - CAMBIOS, LOMPAÑEROS * | 1 | 10 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

* PACIENTE BAJO PROTECCION INSTITUCIONAL
FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

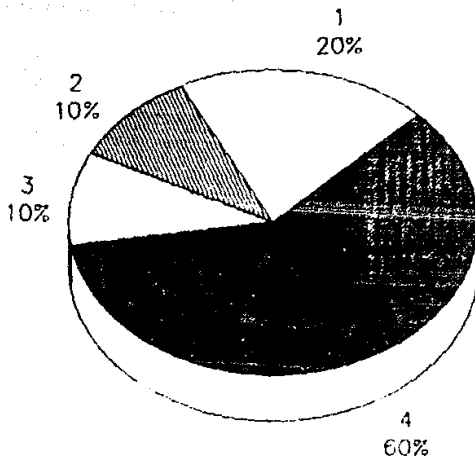
HAN PENSADO ABANDONAR EL TRATAMIENTO MEDICO



| ABANDONAR TRATAMIENTO | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|-----------------------|------------|------------|
| 1 - SI | 4 | 40 % |
| 2 - NO | 6 | 60 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

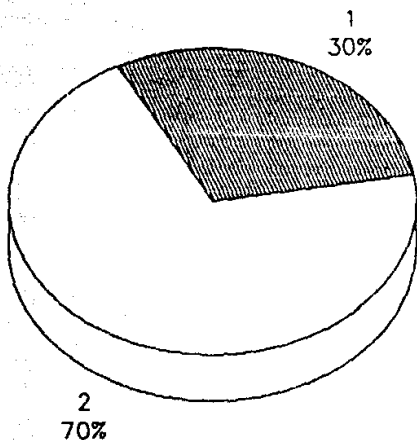
CAUSAS PARA ABANDONAR EL TRATAMIENTO MEDICO



| CAUSAS | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|----------------------------------|------------|------------|
| 1 - FALTA RECURSOS ECONOMICOS | 2 | 20 % |
| 2 - OTRA OPCION DL TRATAMIENTO | 1 | 10 % |
| 2 - REPERCUSIONES FISICAS DEL TX | 1 | 10 % |
| 2 - NO HA PENSADO ABANDONARLO | 6 | 60 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

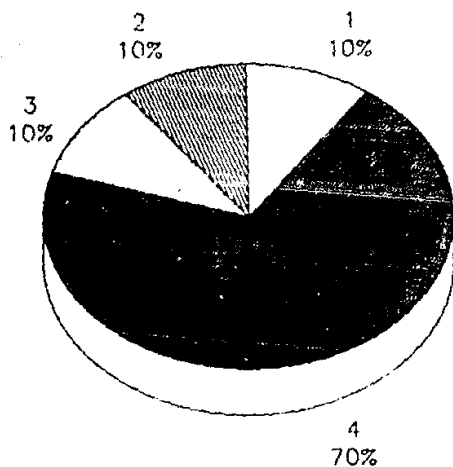
PROPORCIONAN TRATAMIENTO ADICIONAL AL MEDICO



| PROPORCIONAN TRATAMIENTO | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------|------------|
| 1 - SI | 3 | 30 % |
| 2 - NO | 7 | 70 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

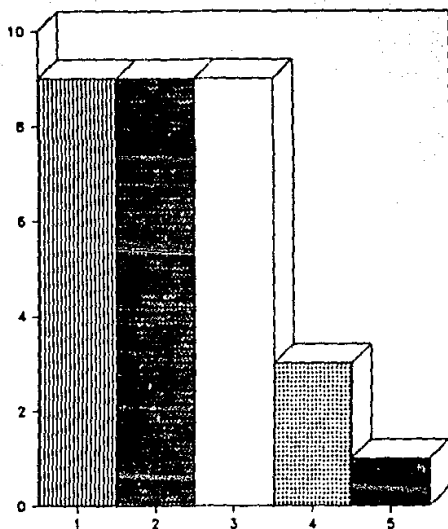
TIPO DE TRATAMIENTO ADICIONAL QUE PROPORCIONAN
A LOS PACIENTES CON LEUCEMIA



| CAUSAS | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|------------------------------|------------|------------|
| 1 - PREPARADOS ESPECIALES | 1 | 10 % |
| 2 - GOTAS NATURISTAS | 1 | 10 % |
| 3 - CAPS. VIBORA DE CASCABEL | 1 | 10 % |
| 4 - NO RECIBE TX ADICIONAL | 7 | 70 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

PROBLEMAS DURANTE EL TRATAMIENTO

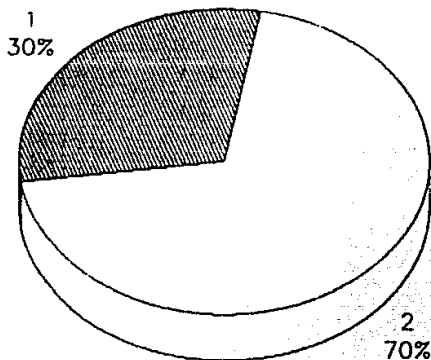


| TIPO DE PROBLEMA | NUM. DE CASOS |
|------------------------------|---------------|
| 1 - DESEQUILIBRIO ECONOMICO | 9 |
| 2 - P. EXTRAFAMILIARES | 9 |
| 3 - P. INTRAFAMILIARES | 9 |
| 4 - P. INSTITUCIONALES | 3 |
| 5 - PROTECCION INSTITUCIONAL | 1 |

NOTA: CON EXCEPCION DEL PACIENTE DE PROTECCION INST. TODOS LOS DEMAS CASOS HAN PRESENTADO ALTERACIONES EN CADA AREA.

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

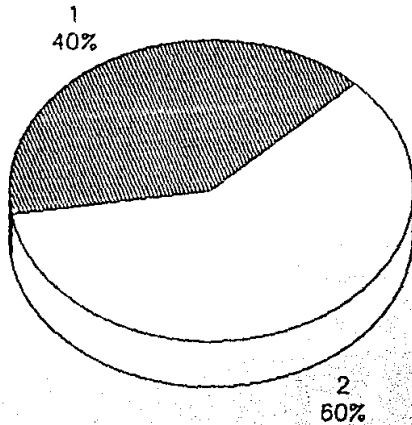
CUBRE EL INGRESO TOTAL FAMILIAR LAS NECESIDADES BASICAS DE LA FAMILIA Y EL TRATAMIENTO MEDICO



| CUBRE EL INGRESO FAMILIAR NECESIDADES Y TRATAMIENTO | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| 1 - SI | 3 | 30 % |
| 2 - NO | 7 | 70 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

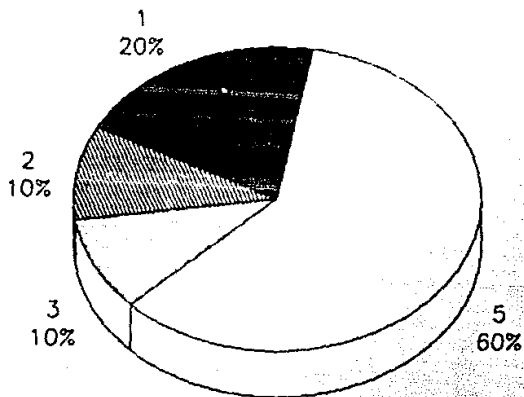
RECIBE AYUDA ECONOMICA PARA SU TRATAMIENTO.



| RECIBEN AYUDA | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| 1 - SI | 4 | 40 % |
| 2 - NO | 6 | 60 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

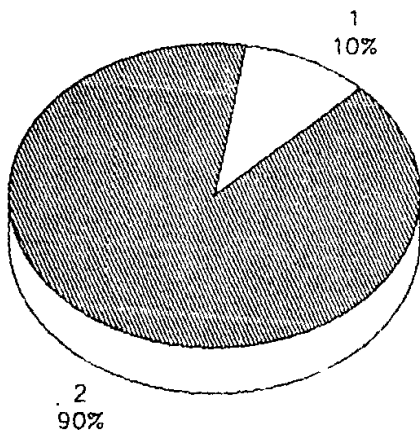
PROPORCIONAN AYUDA ECONOMICA PARA TRATAMIENTO MEDICO



| PROPORCIONA AYUDA | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|------------|
| 1 - CLUB ROTARIO | 2 | 20 % |
| 2 - PROTEC. INSTITUCIONAL | 1 | 10 % |
| 3 - FAMILIARES | 1 | 10 % |
| 4 - D. VOLUNTARIAS | 0 | 0 % |
| 5 - NO RECIBE AYUDA | 6 | 60 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

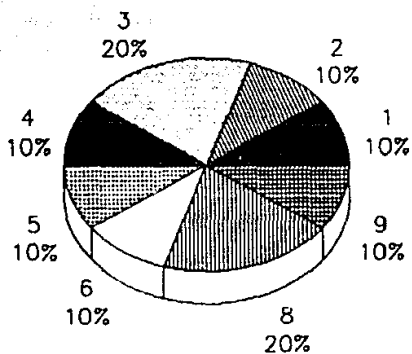
INFLUENCIA DE LA RELIGION QUE PRACTICA LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ADOLESCENTE



| INFLUYE LA RELIGION | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| 1 - SI * | 1 | 10 % |
| 2 - NO | 9 | 90 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

* TESTIGOS DE JEHOVA SE Oponen A TRANSFUSIONES DE SANGRE
FUENTE - CEDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE DENTRO DEL GRUPO FAMILIAR



| LUGAR | NUM. CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------------|------------|------------|
| 1 - HIJO UNICO | 1 | 10 % |
| 2 - PRIMOGÉNITO | 1 | 10 % |
| 3 - SEGUNDO | 2 | 20 % |
| 4 - TERCERO | 1 | 10 % |
| 5 - CUARTO | 1 | 10 % |
| 6 - QUINTO | 1 | 10 % |
| 7 - SEXTO | 0 | 0 % |
| 8 - SEPTIMO | 2 | 20 % |
| 9 - PROTEC. INSTITUCIONAL | 1 | 10 % |
| TOTAL | 10 | 100 % |

FUENTE - CÉDULA APLICADA DURANTE LA INVESTIGACION

VII.- CONCLUSIONES

Para la realización de este trabajo se plantearon tres hipótesis llevándose a cabo una investigación en el Instituto Nacional de Pediatría, tomando como muestra diez casos del Servicio de Hematología. Se consideró el tamaño de la muestra en base al número de casos de adolescentes con leucemia que se presentaron entre 1989 y 1990 (180 casos); aunado a ello se debe estimar que no todos los pacientes continúan su tratamiento, -- además de que su asistencia al Instituto se limita a una vez por mes (para consulta y aplicación de tratamiento), de los resultados obtenidos podemos concluir que:

Gran parte de la población que asiste al Instituto, proviene del interior de la república (60% de nuestra muestra), teniendo un ingreso que la mayoría de las veces no alcanza para cubrir las necesidades básicas de la familia y mucho menos a sufragar los gastos generados por la quimioterapia, ya que los pacientes se encuentran integrados a grupos familiares de más de cuatro miembros.

Antes de la detección de la enfermedad, todos los adolescentes (cuyas edades fluctúan entre los 12 y 18 años) asistían con regularidad a la escuela, a partir del diagnóstico de leucemia un 70% de ellos abandonaron la misma, por las siguientes causas: 1.- Oposición de los padres, ya que consideraban "peli-

grosa la separación del hogar", esto generado por el aspecto físico que presentaba su hijo,, sobre todo después de la quimioterapia; 2.- Otra de las causas principales de deserción escolar la constituye el hecho de que en la escuela no admiten a -- los pacientes, pensando que les representa una gran responsabilidad, además de que muchas veces se les margina, considerándolos incapaces de continuar con el ritmo del programa escolar, - por ello en ocasiones son canalizados a escuelas de educación - especial. Esto conlleva a la futura oposición del paciente para continuar sus estudios, y a un gran compromiso psicológico - con el mismo; 3.- Otra causa más de deserción es la falta de re cursos económicos.

Cuando el Médico ha corroborado el diagnóstico de leucemia se procede a informar a los padres y/o familiares del adolescen te, en un 70% de los casos estudiados es el Médico responsable quien da la información; la Trabajadora Social del servicio - - acompaña al Médico en sólo 20% de los casos, detectándose un ca so en el cual la Trabajadora Social brindó dicha información -- sin la participación del Médico (lo cual se considera inapro-- piado, ya que no contamos con la preparación "médica" necesaria para responder a todas las preguntas que puede formular la fami lia). Cuando se brindó la información sólo un 50% de los casos comprendió el significado de la misma, el 50% restante estaba - confuso, o no había comprendido la magnitud de la enfermedad, - esto se debe por una parte, al nivel educativo de los padres --

y/o a la forma en que el Médico se dirigió a los familiares, ya que en la mayoría de las ocasiones utiliza terminología médica de difícil acceso a los informados, ocasionando que el familiar se cohiba y no exprese sus inquietudes y multiplicidad de preguntas.

En lo que concierne al paciente, la información que recibe depende del servicio en el que esté siendo atendido (Oncología o Hematología) y del deseo de los padres en que sea o no informado, lo anterior se deriva de que en el Servicio de Oncología el paciente es informado la mayoría de las veces sobre su diagnóstico y tratamiento a diferencia del Servicio de Hematología, en el cual muchas veces y por la angustia e inquietudes que manifiestan los padres no se informa adecuadamente al paciente, tratando así de evitarle más sufrimiento. Consideramos que esto es un error, ya que dentro de nuestra investigación encontramos que el 60% de los casos presentados el paciente no es informado, sin embargo esto no quiere decir que no sospeche cuáles su enfermedad, sobre todo cuando es internado y alguno de sus compañeros de sala con los mismos síntomas, le refiere que tiene leucemia, lo que consideramos falta de honestidad para con el paciente. Con lo anterior tenemos que, sólo un 20% de los adolescentes recibe información por parte del Médico, un 10% la recibe por sus padres y el 10% restante por otros medios.

La falta de información adecuada contribuye de manera determinante en la actitud que muestra el adolescente ante su tratamiento, ya que solamente un 40% coopera para recibirlo, un 10% se muestra agresivo ante él, un 20% indiferente y el 30% restante manipula a sus padres.

Lo anterior genera notables cambios en las relaciones familiares reportándose que un 90% de los casos presentan alteraciones en todos los niveles de la dinámica familiar, estimando que el 10% restante corresponde a casos de protección institucional.

De lo anterior se desprende que en todas las familias se presentan alteraciones y cambios, el 40% refiere que su familia se ha integrado más a partir de la detección de la enfermedad, un 20% presenta problemas a nivel de pareja que incluso genera separación de los padres, en un 30% de los casos se presentan alteraciones intrafamiliares, debido al abandono a que se ve sometida la otra parte de la familia, por considerar que el miembro enfermo es quien necesita más atención y cuidado. Se refieren cambios, incluso, en casos de protección institucional.

De los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia un 40% ha pensado en abandonarlo, señalando causas como: falta de recursos económicos, por el alto costo del tratamiento de quimioterapia, lo que origina la búsqueda de otras opciones, otra de las causas de abandono son las repercusiones físicas --

que se manifiestan en el paciente en el curso del tratamiento - (cambio en su esquema corporal).

La angustia e incertidumbre que se genera en los padres de un adolescente con leucemia, puede llevarlos a la búsqueda de - tratamientos adicionales al tratamiento médico, esto se presentó en un 30% de los casos, de los cuales podemos destacar que - se emplean: 1.- "Preparados especiales" (hierbas y carnes de animales de rapiña); 2.- Gotas naturistas (Chahfna); y 3.- Cápsulas de víbora de cascabel, dichos tratamientos aun cuando no -- son baratos, no alcanzan el alto costo de la quimioterapia, lo anterior llega a generar deserción llevando al paciente a un -- pronóstico menos favorable.

Para disminuir en gran medida este problema, el 40% de los casos recibe ayuda para llevar a cabo su tratamiento (instituciones y particulares), sin embargo existe otra limitante para que dicho tratamiento sea adecuado y ésta se refiere a la religión que profesan algunos pacientes y sus familiares, como son "los Testigos de Jehová", que se oponen a las transfusiones de sangre las cuales son necesarias durante el transcurso del mismo (y nos representa el 10%).

Por todo lo anterior podemos señalar que una vez que se ha detectado la enfermedad maligna (leucemia) hay muchas consideraciones que afectan el resultado final, involucrando condicional

o incondicionalmente a las personas que en alguna forma tenemos contacto con esta patologia y con el enfermo.

VIII.- SUGERENCIAS

Cada vez que una enfermedad altera las funciones del adolescente o cambia la forma en que sus padres u otros lo tratan normalmente, se presentan trastornos biopsicosociales asociados. Sobre todo si la enfermedad puede llegar a ser mortal (leucemia).

1.- Estos trastornos pueden minimizarse si se proporciona a la familia un adecuado manejo multidisciplinario (participación conjunta de Médico, Trabajador Social, Psicólogo, Enfermera y Dietista).

Por ello en cuanto se tiene la certeza de un diagnóstico de leucemia, el equipo multidisciplinario debe proporcionar la información necesaria a los padres explicando las características de la enfermedad y la finalidad del tratamiento además de las repercusiones que trae consigo.

2.- El equipo multidisciplinario ha de establecer y mantener una comunicación eficaz con los padres en el seno de un clima de afecto e interés por el paciente y su familia, por lo que deben estar capacitados para comprender el lenguaje y el medio-cultural del adolescente conduciendo así de forma eficaz tanto las preocupaciones de éstos como los deseos médicos de bienestar.

3.- Se debe hacer saber a los padres que la leucemia no es hereditaria ni contagiosa, de modo que no existe riesgo alguno.- Además se les debe informar que los actos de omisión y de comisión no producen leucemia y que no se conoce ningún medio por el cual hubiera podido evitarse la enfermedad, al brindar esta información se pretende disminuir los sentimientos de culpabilidad.

Es importante informar a los padres que en general es poco lo que puede ganarse llevando al paciente a centros distantes - en busca de curaciones novedosas.

4.- La aceptación de los padres respecto a la enfermedad del paciente le ayudará a desarrollar una personalidad saludable, por lo que la familia debe ser orientada para tratar de tener una vida "normal" en lugar de ser "La familia del adolescente enfermo", el paciente debe de ser alentado a participar en los quehaceres familiares, responsabilidades y toma de decisiones, de esta forma tendrá menos tiempo para preocuparse por su enfermedad. Esto se puede lograr explicándoles al paciente y a sus padres la índole de la enfermedad, tratamiento, su progreso y cuál ha de ser el futuro. En caso de que el pronóstico sea desfavorable se debe de proporcionar la información con mucho tacto.

5.- Respecto a la conducta adecuada para con el adolescente enfermo, en muchas ocasiones no se estimula a los padres a -

tratar la situación vital del paciente de la manera más normal posible, esto resulta difícil para ellos quienes llegan a pensar que las medidas correctivas habituales pueden empeorar los sufrimientos o la enfermedad. Se deben de calmar estos sentimientos y estimular a los padres a mantener al adolescente en su lugar normal en la jerarquía familiar.

6.- Es de gran importancia que el paciente confíe en los miembros del equipo multidisciplinario como alguien que hará todo lo posible por lograr su bienestar, esto puede llegar a conseguirse si se actúa con honestidad en el transcurso del tratamiento.

7.- Es de vital importancia que durante los primeros días de enfermedad las entrevistas con los familiares sean frecuentes incluyéndose (de ser posible) a todos los miembros de la familia para ayudarlos a hacer las modificaciones que haya lugar durante el tratamiento y ante la posibilidad de que el paciente puede llegar a fallecer finalmente.

8.- Es necesario que el Trabajador Social sea preparado profesionalmente en cuanto al manejo de duelo.

9.- Durante la fase final de la enfermedad el Trabajador Social y Médico deberán orientar a los padres sobre lo que se piensa hacer mostrando accesibilidad ante las inquietudes de los

mismos, considerando su necesidad de querer permanecer más tiempo con el paciente, con ello se obtendría el que la familia con tinge brindándole el tratamiento instituido e instrumentado la con cientización en el propio paciente, intentando disminuir el en ojo y fastidio de tanto tiempo de daño corporal realizado du rante el tratamiento.

10.- La Trabajadora Social debe de estar deliberadamente dis ponible durante todo el transcurso de la enfermedad para res ponder a las preguntas que le haga el paciente o sus familiares, y dar les el apoyo que necesitan, advirtiéndoles a los padres so bre la necesidad que tienen algunos adolescentes de hablar so bre la agonía y la muerte.

11.- Cuando la muerte es inminente se procurará que el ado lescente esté en situación cómoda y los padres lo más cerca po sible.

12.- El equipo multidisciplinario debe de comprender "que ni ngún hombre puede acoplarse con el significado completo de la mu erte; ningún ser humano puede comprender todo lo que signifi ca la mu erte; y la realidad de la muerte debe de ser encarada y com partida."⁽³⁶⁾

(36) Easson, W.M. The Dying Child. Springfield Illinois. P&g. 94

APENDICE 1
PROPUESTA OPERATIVA

JUSTIFICACION.

Se elaboró el siguiente programa debido a que en el Servicio de Hematología no se cuenta con los elementos técnicos necesarios para el manejo de adolescentes con leucemia.

Este programa está dirigido principalmente a aquellas personas que tienen a su cargo la educación y el cuidado de adolescentes que presentan una enfermedad crónica como la leucemia.

Dicho programa está elaborado tomando en cuenta las necesidades que presentan las familias y el adolescente mismo durante la detección y evolución de la enfermedad. Con éste se pretende que la intervención del Licenciado en Trabajo Social sea específica y proporcione el tratamiento social que la familia requiere.

OBJETIVO GENERAL.

Contribuir al mejoramiento de la dinámica familiar en la que se ven inmersos los adolescentes con leucemia, propiciando con ello el establecimiento de las condiciones favorables que coadyuven en el tratamiento integral del adolescente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- Establecer mayor comunicación entre el personal médico y -- paramédico del I.N.P. y la familia del paciente para generar confianza.
- 2.- Buscar un acercamiento entre los miembros de la familia para obtener su aceptación y colaboración durante el tratamiento.

METAS.

- 1.- Lograr que la mayoría de la población a quien va dirigido el programa asimile y ponga en práctica la información contenida en cada uno de los temas expuestos.
- 2.- Conseguir que la población identifique y modifique las actitudes negativas que se presenten.

LIMITES.

ESPACIO. Instituto Nacional de Pediatría.

TIEMPO. El programa tendrá una duración de tres meses, realizando una sesión por semana.

UNIVERSO. Pacientes adolescentes con leucemia, sus familiares y personal del I.N.P.

CONTENIDO.

- 1.- Adolescencia. Aspectos generales.
- 2.- Leucemia. Transtornos y cambios físicos y psicológicos originados por el tratamiento médico.
- 3.- Dinámica familiar. Problemas económicos, abandono de la familia, padres sobreprotectores.
- 4.- Hospitalización. Personal de atención.
- 5.- Educación con y para el personal hospitalario.
- 6.- Enfermos en fase terminal. Manejo.
- 7.- Terapia de apoyo. Identificación de los requerimientos más apremiantes en los pacientes y familiares, manejo de duelo.

| FUNCIONES | ACTIVIDADES | INSTRUMENTOS |
|-------------------|---|------------------------------|
| PROMOCION | Informar a los familiares de los pacientes y al personal sobre el programa. | Tripticos |
| INTEGRACION | Formar grupo de padres y pacientes adolescentes con leu- cemia. | Registro de asis- tencia. |
| COORDINACION Y | 1. Solicitar al personal su- participación.* | Lista de exposi- tores. |
| ORGANIZACION | 2. Establecer calendario de- actividades. | |

| FUNCIONES | ACTIVIDADES | INSTRUMENTOS |
|-------------|--|--|
| SUPERVISION | 3. Corroborar asistencia. Que el expositor cuente con los elementos necesarios para el desarrollo del tema. | Crónica de sesiones. Evaluación Control de asistencia. |

*NOTA: El personal que participará en el programa estará integrado por el equipo multidisciplinario del Instituto Nacional de Pediatría (Médico, Enfermera, Lic. en Trabajo Social, Psicólogo, Psiquiatra y Dietista).

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

| TEMA | OBJETIVO | RESPONSABLE | TIEMPO | TECNICA | INSTRUMENTO |
|---|--|---|--------------|---|--|
| ADOLESCENCIA | - IDENTIFICAR A LA ADOLESCENCIA COMO UN PROCESO DE EVOLUCION Y MADURACION EN EL SER HUMANO. | - MEDICO - TRABAJADOR SOCIAL - PSICOLOGO | 2 SESIONES | - EXPOSICION | - FILMINAS - PIZARRON - FOLLETOS |
| LEUCEMIA | - DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD Y CAMBIOS ORIGINADOS POR EL TRATAMIENTO - MEDICO. | - MEDICO - PSICOLOGO | 2 SESIONES | - EXPOSICION | - FILMINAS - ROTAFOLIO |
| DINAMICA FAMILIAR | - ORIENTAR A LA FAMILIA PARA QUE DESARROLLE LAS CAPACIDADES QUE LE PERMITAN RESOLVER SUS CONFLICTOS. | - TRABAJADOR SOCIAL - PSICOLOGO | 4 SESIONES | - EXPOSICION - MESA REDONDA - ENTREVISTAS | - ROTAFOLIO - PIZARRON |
| HOSPITALIZACION PERSONAL DE ATENCION | - ORIENTAR A LOS PADRES DE FAMILIA Y A LOS PACIENTES ADOLESCENTES SOBRE REQUISITOS INSTITUCIONALES Y FUNCIONES DEL PERSONAL DEL INSTITUTO. | - MEDICO - ENFERMERA - PSICOLOGO - TRABAJADOR SOCIAL | 1 SESION | - EXPOSICION - PANEL | - TRIPTICO |
| ENFERMOS EN FASE TERMINAL | - COLABORAR EN EL MANEJO DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL. PROPORCIONAR LA ATENCION ESPECIFICA DE CADA AREA. | - PSIQUIATRA - MEDICO - TRABAJADOR SOCIAL | 2 SESIONES | - EXPOSICION - MESA REDONDA | - FILMINAS |
| TERAPIA DE APOYO | - RESTAURAR Y MANTENER EL STATUS DE LA FAMILIA PARA QUE PUEDA ENFRENTAR EL CONFLICTO EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD Y/O LA PERDIDA DEL PACIENTE. | - PSICOLOGO - TRABAJADOR SOCIAL | PERMANENTE** | - PLATICA - ENTREVISTA | |
| EDUCACION CON Y PARA EL PERSONAL HOSPITALARIO | - INFORMAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE LAS ACTITUDES QUE ASUMEN EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES, RESULTADO DE LA PERDIDA DE LA SALUD. - MOTIVAR AL PERSONAL DEL INSTITUTO PARA QUE - SU PARTICIPACION CON LOS FAMILIARES DE LOS - PACIENTES ESTE AL ALCANCE DE SU NIVEL EDUCATIVO. | - TRABAJADOR SOCIAL | 2 SESIONES | - PANEL | |

** EL PERSONAL ESTARA DISPONIBLE Y PREPARADO PARA BRINDAR LA TERAPIA DE APOYO EN EL MOMENTO REQUERIDO.

ARTICULO 4º CONSTITUCIONAL

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protege rá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. - La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los -- servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federa-- ción y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73- de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.

APENDICE 3
G L O S A R I O

- ADENOMEGALIA.** Aumento de volumen de un ganglio linfático.
- ADINAMIA.** Carencia de fuerzas, debilidad.
- ANEMIA.** Situación en la cual hay una reducción en el número - de glóbulos rojos circulantes, o de hemoglobina. Se mani--fiesta clínicamente por palidez, dificultad respiratoria y - fatiga.
- ASTENIA.** Vitalidad y fuerzas deficientes.
- BACILO.** Microorganismo en forma de bastoncillo, del grupo de - las bacterias.
- BACTERIA.** Organismo microscópico compuesto por una sola célu - la. Muchas bacterias son la causa de enfermedades que ata--can al hombre.
- BAZO.** Organo linfoide situado en la región superior del abdo - men. Además de su papel en la respuesta inmune, funciona - como destructor de glóbulos rojos envejecidos.
- BIOMETRIA HEMATICA.** Análisis de la sangre que proporciona da - tos sobre el número de glóbulos rojos, blancos y plaquetas.
- BLASTOCITO.** Célula embrionaria que todavía no se ha diferen - ciado.
- BLENORRAGIA.** Infección de la mucosa genitourinaria, producida - por una bacteria; el gonococo. Se trata de una enfermedad - venérea, transmitida por contagio interhumano de tipo se - - xual.

BOCIO. Tumorción del cuerpo tiroides que produce un abultamiento en la parte anterior del cuello.

BRUCELOSIS. Infección generalizada producida por una especie de *Brucella* en los animales, y que puede transmitirse al hombre.

CARCINOGENO. Substancia que puede causar o ayudar al desarrollo del cáncer.

CARDITIS. Inflamación del corazón.

CELULA. Estructura o unidad fundamental de la vida formada por núcleo, citoplasma y membrana celular.

CITOTOXICO. En Oncología, un agente que inhibe o evita la función de la célula, interfiriendo así con la división celular.

CURACION. En Oncología, se refiere al estado de un paciente -- que ha permanecido sin cáncer detectable por un periodo específico, por lo general 5 años en un tumor de crecimiento lento; 2 ó 3 años en tumores de crecimiento más rápido.

ERITROCITO. Glóbulo rojo. Célula sanguínea que contiene hemoglobina, y se encarga de transportar oxígeno de los pulmones al resto del organismo, y bióxido de carbono de los tejidos a los pulmones.

ETIOLOGIA. Estudio de la causa de una enfermedad.

GANGLIO LINFATICO. Tejido formado por linfocitos y células del sistema fagocítico mononuclear, cuya función es la de actuar como un filtro de las impurezas del organismo.

GRANULOCITO. Leucocito (glóbulo blanco) cuyo citoplasma contiene gránulos (pequeñas motitas de enzimas encerradas por una-

membrana). Los granulocitos se producen en la médula ósea y constituyen la primera línea de defensa del cuerpo.

INFLUENZA. Gripe.

LEUCEMIA. Cáncer del tejido formador de la sangre (médula ósea) caracterizado por una sobreproducción de glóbulos blancos inmaduros.

LEUCOCITO. Glóbulo blanco. Los leucocitos se dividen en dos grupos principales: (1) granulocitos que se originan en la médula ósea y participan en la defensa corporal no específica; -- (2) linfocitos que se originan en la médula ósea (células B) o tejido linfático (células T) y participan en la defensa inmunológica del cuerpo.

LINFADENOPATIA. Inflamación de los ganglios o nódulos linfáticos que varía en tamaño y consistencia. Su aparición puede deberse a múltiples causas: desde una simple infección originada por una gripe, hasta lo que se conoce como linfoma que es un tipo de cáncer de los propios ganglios.

LINFOCITO. Una célula del sistema inmunológico que origina células T, células B, células asesinas (K) y células asesinas naturales (KN) que participan en la respuesta inmune específica.

LINFOMA. Cáncer de los ganglios linfáticos.

MEDULA OSEA. Tejido blando localizado en las cavidades óseas. produce las células sanguíneas y las células del sistema inmunológico.

MONOCITO. Leucocito de gran tamaño que se origina en la médula ósea. Los monocitos se encuentran en la sangre. Al pasar a -

los tejidos se convierten en macrófagos (célula especializada en ingerir partículas, es pieza clave en funcionamiento del sistema inmune.). Su función es degradar, por medio de la fagocitosis, a las moléculas extrañas, y participar en la respuesta inmunológica.

MORBILIDAD. Número de enfermos de un padecimiento determinado, entre la población expuesta al riesgo de adquirirlo, multiplicado por una constante.

MORTALIDAD. Número de muertes entre una población determinada, en un lapso y lugar específicos.

NEOPLASIA. "Tejido nuevo" o "nuevo crecimiento". Tumor que puede ser benigno o maligno.

NEUROPATIA. Afección del sistema nervioso.

NEUTROPENIA. Deficiencia anormal de células neutrófilas en la sangre.

PALIDEZ. Tono blanquecino de los tegumentos, especialmente de la cara, transitorio o permanente, por el defecto de circulación sanguínea.

PANCITOPENIA. Escasez de todos los elementos celulares de la sangre; anemia aplástica.

PETEQUIA. Pequeña mancha en la piel formada por la efusión (derame) de sangre, que no desaparece por la presión del dedo.

PLAQUETAS. Fragmentos de célula en forma de discos, necesarios para la coagulación de la misma.

PRONOSTICO. Previsión de la posible evolución de una enfermedad. Solo puede estimarse por experiencia con muchos pacientes y -

no predice con precisión el estado final de un individuo. Se toman en cuenta factores tales como su estado general, la historia natural del padecimiento, la oportunidad en el tratamiento, los medios del tratamiento, etcétera.

QUIMIOTERAPIA. Tratamiento a base de compuestos químicos, para algunas enfermedades como el cáncer.

QUIMIOTERAPIA COMBINADA. Administración de dos o más agentes anticáncer juntos a fin de reducir la carga o volumen de tumor o lograr la curación. Las combinaciones de estos fármacos suelen elegirse para lograr una acción prolongada y de sinergia.

RADIOTERAPIA. Técnica empleada en el tratamiento del cáncer, que consiste en la destrucción de células cancerosas, a través de diferentes tipos de elementos radiactivos, como cobalto, radio, galio y cesio, producidos por máquinas de alto voltaje.

RECAIDA. Reparición de una enfermedad (cáncer o infección), una vez que se había controlado.

REMISION. Desaparición parcial o total de los síntomas de una enfermedad. También se emplea el término para indicar que la enfermedad se encuentra bajo control; sin embargo, no indica curación.

RETROVIRUS. Subclase de virus de ARN, cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde viene su nombre. "Los retrovirus causan sarcomas y leucemias en animales y leucemias y si--

da en el hombre".

SEPTICEMIA. Presencia de bacterias patógenas en la sangre. Se caracteriza por escalofríos, sudoración intensa y fiebre irregular.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. (SNC) Está constituido por el cerebro y la médula espinal.

SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL. Sistema formado por las células endoteliales de los vasos, del bazo, de la médula ósea y de los ganglios linfáticos. Forma una entidad fisiológica encargada de la defensa celular del organismo (fagocitosis) y de la producción de glóbulos rojos.

TERAPIA COMBINADA. Combinación de varias formas de tratamiento (cirugía, radiación, quimioterapia, inmunoterapia), con el propósito de obtener mejores resultados en la lucha contra una enfermedad; por ejemplo, el cáncer o el SIDA.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA. (TAC). Estudio radiológico especial, consiste en tomar radiografías seriadas en distintos planos y que mediante el uso de computadoras permite estudiar los órganos internos.

TRANSCRIPTASA REVERSA. Enzima característica, mas no exclusiva, de los retrovirus que permite convertir al ARN en ADN, con el objeto de integrarlo al material hereditario de la célula.

TRANSFUSION SANGUINEA. Administración, a través de las venas de un individuo, de sangre o plasma extraídos de otra persona. Es un método terapéutico utilizado en las hemorragias copiosas, en las anemias graves y en las leucemias crónicas.

TRATAMIENTO PALIATIVO. Terapéutica que tiene como fin hacer que los pacientes se sientan mejor en lugar de curarlos.

TROMBOCITOPENIA. Disminución del número de plaquetas en la sangre.

VIRUS. Son los microorganismos más pequeños que se conocen. Son parásitos intracelulares obligados, que utilizan el aparato genético de la célula huésped para multiplicarse; invaden las células alterando su funcionamiento y obligándolas a producir más partículas virales. Son productores de muchas enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABERASTURY, Armida y KNOBEL, Mauricio
La Adolescencia Normal
Buenos Aires, Argentina 1973
Ed. Paidós, S.A. de C.V.
163 pp.

- 2.- Adolescencia Normal en México
Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil
Monografía IV. AMPI
México 1982
Ed. Impresiones Modernas S.A.
169 pp.

- 3.- ALLEN Jeffrey, C., et al.
Trad. Dr. Benglio y Dr. Folch Pi
Clínicas Pediátricas de Norte América
Vol. 3, Oncología Pediátrica
Madrid, España 1985
Ed. Interamericana, Mc. Graw-Hill
893 pp.

- 4.- Constitución Política de los Estados Unidos Mex.
Comité Ejecutivo Nacional. P.R.I.
Ed. Subsecretaría de Publicaciones, 1988
126 pp.

- 5.- Dr. DANIELS, Victor
Trad. Dr. Jorge Orizaga Samperio
SIDA
México 1986
Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V.
146 pp.
- 6.- EASSON, W.M.
The Dying Child
Springfield, Illinois
U.S.A. 1970
S.P.
- 7.- FLORES Meyer y FAUTSCH Tapia
Temas Selectos de Matemáticas
México 1981
Ed. Progreso, S.A.
296 pp.
- 8.- FRIEDLANDER, Walter A.
Dinámica del Trabajo Social
Sexta reimpresión
México 1985
Ed. Pax México
597 pp.

- 9.- GARCIA Rodríguez y FERREIRO León
Glosario de Ciencias de la Salud
México 1981
Ed. U.N.A.M.
54 pp.
- 10.- GONZALEZ Carbajal, Eleuterio
Diagnóstico de la Salud en México
México 1988
Ed. Trillas, S.A. de C.V.
113 pp.
- 11.- GRINDER, Robert E.
Adolescencia
3a. reimpresión
México 1978
Ed. LIMUSA
579 pp.
- 12.- GUYTON, Arthur C.
Trad. Dr. Alberto Folch y Pi
Tratado de Fisiología Médica
4a. ed.
México 1977
1159 pp.

- 13.- KIMBER Clifford, Diana
Manual de Anatomía y Fisiología
México 1974
Ed. La Prensa Médica Mexicana
778 pp.
- 14.- KISNERMAN, Natalio
Introducción al Trabajo Social
Tomo I, Colección Teoría y Práctica del
Trabajo Social
Buenos Aires, Argentina 1990
Ed. Humanitas, S.A.
182 pp.
- 15.- LIEBERMAN, Florence
Trabajo Social, el Niño y su Familia
3a. reimpresión
México 1987
Ed. Pax México
279 pp.
- 16.- NELSON, Waldo, et al.
Trad. Dr. Blancafort Paris, et al.
Tratado de Pediatría
Tomos I y II
7a. ed.

México 1981

Ed. Salvat, S.A. de C.V.

1922 pp

17.- OLEA Franco y SANCHEZ del Carpio

Manual de Técnicas de Investigación Documental

14a. ed.

México 1985

Ed. Esfinge, S.A. de C.V.

231 pp.

18.- Plan Nacional de Desarrollo

Poder Ejecutivo Federal

Periodo de 1985 - 1989

México

143 pp.

19.- ROJAS Soriano, Raúl

Guía para realizar Investigaciones Sociales

México 1982

Ed. U.N.A.M.

274 pp.

20.- La Salud en México

Situación actual y perspectivas al año 2000

México 1982

I.M.S.S. COPLAMAR

Presidencia de la República

361 pp. y anexos.

21.- SANCHEZ Rosado, Manuel

Elementos de Salud Pública

México 1983

Ed. Francisco Méndez Cervantes

312 pp.

22.- SEPULVEDA Amor, Jaime, et al.

SIDA, Ciencia y Sociedad en México

Secretaría de Salud

Instituto Nacional de Salud Pública

México 1989

Ed. Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V.

508 pp.

23.- SHEN, Jerome T.Y.

Trad. Dr. Alfonso Tellez Vallejo

Medicina en la Adolescencia

México 1983

Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V.

24.- TORDJMAN, Gilbert

Trad. Helios Rubio

Realidades y Problemas de la Vida Sexual

Adolescentes

México 1981

Ed. Argos Vergara, S.A.

237 pp.

25.- Unidad Didáctica 11

Facultad de Medicina U.N.A.M.

2a. ed. S.F.

Ed. U.N.A.M.

Ciclos IX y X

158 pp.

26.- VALERO Chávez y SILVA Arciniega

Historia del Trabajo Social

Antología

Objetivos y Funciones del Trabajo Social

Ciudad Universitaria

México 1980

Ed. U.N.A.M. - E.N.T.S.

286 pp.

27.- WOLFISH Martin, G., et al.

Clinicas Médicas de Norte América

Manejo General de los Adolescentes Invalidos

Madrid, España 1975

Ed. Interamericana, Mc. Graw-Hill

919 pp.

28.- WOODLIFF, Hermann J.

Trad. Armando Soto Rodríguez

Hematología Clínica

México 1981

Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V.

267 pp.

Revistas, Archivos y Estadísticas

29.- ALVERA, Hilda

Desintegración Familiar y Desarrollo
de la Adolescencia

Organo Informativo de los Centros de
Integración Juvenil No. 3

México 1982

S.P.

30.- Anual 1989 - 1990

Archivo Clínico y Bioestadística

Instituto Nacional de Pediatría

Código 204.0 y 205.0

S.P.

31.- CHAVEZ Carapia, Julia

La Formación del Trabajador Social

Revista No. 7

Escuela Nacional de Trabajo Social

U.N.A.M.

México 1981

70 pp.

32.- Defunciones Generales por Entidad Federativa

Tabulación No. 8

México 1983

Ed. INEGI

25 pp.

33.- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas

México, D.F. 1978

Ed. Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V.

1073 pp.

34.- La Salud en México

Cuaderno No. 20

México 1982 - 1983

Ed. INEGI

S.P.