

11776

2ej
280

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL DE ZONA II No. 1

C/MF MEXICALI, B. CFA.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA

FAMILIAR HOSPITAL GENERAL

DE ZONA II No. 1 C/MF MEXICALI, BAJA CFA.

**LEUCEMIAS AGUDAS Y SUS REPERCUSIONES
EN LA DINAMICA FAMILIAR**

TESIS DE POSTGRADO

DRA. DALIA SALAZAR ARVIZU

MEXICALI, B. C.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FEBRERO 1985





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.

INDICE

	Página
I Introducción	1
II Antecedentes Científicos	
1. Leucemias	
1.1 Definición	3
1.2 Clasificación	4
1.3 Incidencia, edad y sexo	7
1.4 Etiología	8
1.5 Síntomas Clínicos	9
1.6 Curso	10
1.7 Diagnóstico y tratamiento	11
2. La Familia	
2.1 Definición y Clasificación	13
2.2 Funciones de la familia	15
2.3 Ciclo vital de la familia	16
2.4 Roles Sociales	19
2.5 Comunicación	22
2.6 Dinámica Familiar	25
2.7 Apgar Familiar	28
2.8 Aspectos psicológicos de la leucemia	31
III Planteamiento del problema	33
IV Objetivos	34

V	Material y métodos	35
VI	Presentación de resultados	37
VII	Análisis de hipótesis y conc.	48
VIII	Sugerencias	51
IX	Bibliografía	52

INTRODUCCION

Uno de los objetivos entre otros de la Medicina Familiar es el estudio de la familia y sus integrantes, así como de todo aquello que puede alterar en un momento dado el buen funcionamiento familiar.

Una de las situaciones críticas que con mayor frecuencia tiene que enfrentar la familia es la de la enfermedad de algunos de sus integrantes, adquiriendo esta mayor importancia de acuerdo a varios factores como son tipo de enfermedad, persona de quien se trate, escolaridad, nivel socioeconómico, nivel cultural de la familia.

La enfermedad desde la antigüedad se ha interpretado como un fenómeno biológico individual desligado de su causalidad social y psíquica, a pesar de que múltiples estudios demuestran la relación que guarda el proceso Salud-Enfermedad a nivel colectivo con la organización social. Es decir, que las características socioeconómicas influyen directamente sobre la morbimortalidad de los grupos humanos y su expresión a nivel individual no niega su causalidad social, porque la presencia de enfermedad en el individuo, es un reflejo del modo como el hombre se relaciona con la naturaleza por medio del trabajo, la sociedad, etc.

La solución de ciertos problemas relativos a la salud y enfermedad son siempre soluciones parciales que no hacen desaparecer las diferencias entre la enfermedad y la muerte, sino simplemente cambian el tipo de patología predominante.

Actualmente no hay duda de que el hombre no es un ser individual, sino un ser social que funciona como una unidad biológica que forma parte de una fa

milia que se encuentra en la sociedad a quien influye y de quien recibe influencia.

Por lo tanto, es importante conocer la estructura de la familia para una mejor comprensión de dinámica tanto en estado de salud como de enfermedad.

Es por ello que el estudio que aquí se presenta trata de determinar la existencia o no de alteraciones en la dinámica familiar en estado de enfermedad de alguno de sus integrantes, particularmente cuando se trata de una patología de pronóstico infausto como es la leucemia en la infancia.

Durante el desarrollo de este estudio se hará un breve resumen de los principales aspectos de la patología en cuestión, así como de los puntos más importantes sobre la familia y su dinámica, con una presentación posterior de los resultados encontrados y las conclusiones finales.

LEUCEMIAS

La Leucemia es un trastorno de los leucocitos de etiología desconocida que tiene un desenlace fatal. Esta enfermedad se considera como una alteración -- neoplásica de los tejidos hematopoyéticos y se caracteriza por una proliferación desordenada e incontrolada de los leucocitos y sus precursores que --- muestran una tendencia invasora. Los leucocitos se hallan presentes en número aumentado en la sangre - circulante, si bien es posible observarlos en número normal o reducido. Existen células anormales a - lo largo de casi todo el transcurso de la enfermedad.

Clasificación

La leucemia se clasifica en aguda y crónica según el tipo predominante de leucocitos en la médula ósea y la sangre periférica.

No pueden aplicarse criterios rígidos para designar la duración exacta de la enfermedad, ya que esta se ha modificado con el empleo de la quimioterapia.

Para fines terapéuticos es deseable determinar - tan exactamente como sea posible el tipo de leucemia de que se trate. Esto se basará en los frotis - tomados de sangre periférica y de la médula ósea.

A continuación se hará una breve descripción de los principales tipos de leucemias.

Leucemia Linfoblástica Aguda.-

Es una proliferación neoplásica de los linfocitos inmaduros y no funcionales que se inicia en la médula ósea. La frecuencia más elevada se presenta entre los 4 y los 7 años de edad, pero la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad. En el linfoma - mal diferenciado, el cuadro se origina en el tejido linfóide y puede implicar secundariamente a la médula ósea. Estas dos entidades están muy relacionadas clínicamente, sin embargo la LLA tiene un px más favorable que el linfoma linfoblástico en los niños. (17).

Leucemia Linfocítica Crónica.-

Es una proliferación monoclonal de linfocitos B dotados de escasa capacidad de multiplicación vida media muy larga, por lo que se acumulan en el organismo invadiendo la médula ósea, órganos linfoides y sangre periférica. Es una enfermedad de personas maduras y de edad avanzada, muy poco común antes de los 40 años de edad. (17).

Leucemia Aguda de Células Indiferenciadas.-

El tipo predominante en médula ósea y sangre periférica es generalmente una célula primitiva indiferenciada sin mostrar rasgos típicos de la serie mieloblástica o linfoblástica. Las características morfológicas de las células no sugieren la existencia de ningún tipo específico de desarrollo. La mayoría de éstas células se clasifican con frecuencia de para linfoblastos debido a su semejanza con los elementos de la serie linfática.

Tipos Mieloides

· I. Leucemia Promielocítica Aguda:

Se habla de LPA en el paciente en el que predominan los promielocitos y constituyen el 30 al 60% de las células circulantes.

2. Leucemia Mielocítica Aguda:

Se caracteriza por la presencia de células más maduras de las que se observan en la forma promielocítica. No se diferencia de la del tipo mielocítico crónico sólo por presentar una leucocitosis más moderada, sino también porque las células que la integran son menos maduras. Uno de los rasgos de éste tipo de Leucemia es la semejanza citológica de muchas de las células con los monocitos, especialmente en relación al núcleo.

3. Leucemia Mielocítica Crónica:

También denominada granulocítica, mielocítica o mielógena crónica. Es poco frecuente en la infancia representando un 2% de todos los tipos de leucemia que se presentan a ésta edad. La hiperleucocitosis es común con un aumento de neutrófilos segmentados y no segmentados que constituyen el 75% del total. El número de mielocitos y metamielocitos se haya aumentado. La médula ósea puede mostrar un mayor número de mielocitos que la sangre periférica, si bien ambas muestras son bastante semejantes.

La hepatoesplenomegalia y las adenopatías son relativamente acentuadas en los afectados a éste tipo de leucemia. Los casos de leucemia mielocítica crónica estudiados genéticamente han demostrado la presencia de un cromosoma pequeño anormal, probablemente cromosoma 21, que ha perdido cerca de la mitad de su brazo mayor. Este cromosoma se conoce bajo el nombre de Cromosoma Filadelfia (PHi) (16).

Leucemia Monocítica.-

Es similar en muchos aspectos a los otros tipos de leucemia. Es posible que el inicio sea incidioso con un desenlace fatal en el curso de semanas a meses o bien puede ser súbito, y en éste caso, el curso de la enfermedad dura sólo unos pocos días. El bazo en el enfermo con inicio súbito se haya ligeramente aumentado, mientras que el hígado y los ganglios linfáticos no son palpables.

La enfermedad se presenta en un período de tiempo comprendido entre la primera infancia y la adolescencia. Los síntomas y signos físicos son semejantes a los que se observan en otros tipos de leucemias a excepción de la existencia de encías hipertrofiadas y esponjosas que se han descrito con mucha frecuencia en ésta variedad de leucemia. Se han descrito dos tipos distintos de leucemia monocítica: El tipo Naegeli o Leucemia Mielomonocítica, que se caracteriza por un cuadro hemático en el cual se observan simultáneamente monocitos y mielocitos o bien monocitos y células inmaduras intermedias entre mieloblastos y mielocitos. El otro tipo de leucemia monocítica se denomina tipo Schilling o Monoblástica y se caracteriza por la presencia de células inmaduras semejantes a los monocitos y células reticuloendoteliales.

Incidencia, edad, sexo y frecuencia de los distintos tipos de leucemia:

La leucemia aguda se presenta con mayor frecuencia entre los 2 y los 5 años de edad con una moderada elevación entre los 2 años de edad y con una frecuencia máxima entre el 3ro y 4to años. Se cree que el ascenso en el grado de mortalidad entre los 3 y los 4 años es debido a un descenso en el número de niños afectos menores de 2 años y un incremento en la frecuencia -- entre los 3 y los 4 años de edad.

La leucemia mielóide crónica y la linfática Crónica se presentan con mayor frecuencia en los individuos mayores de 50 años de edad.

En la mayoría de los casos existe un predominio de individuos varones. (16).

Etiología

a) INFECCIOSA. El papel de las infecciones en el origen de las leucemias adquiere cada vez más importancia. Cooke ha señalado que la infección antecede con frecuencia al desarrollo de la leucemia aguda en los niños y que la incidencia de edad en la leucemia tiende a seguir un curso paralelo a la frecuencia de infecciones agudas. Una de las dificultades para aceptar la hipótesis infecciosa de la leucemia consiste, no obstante, en la observación de que en los seres humanos con leucemia así como en los animales de experimentación leucémicos, no existe contagiosidad que caracteriza las enfermedades infecciosas. (16)

Entre los problemas infecciosos podemos considerar la etiología viral, ya que un gran número de estudios que apoyan ésta teoría se basan en la posibilidad

dad de que infecciones no específicas posean una relación causal con la presentación de la leucemia aguda en la infancia. A consecuencia del interés despertado por las observaciones de partículas semejantes a virus, realizadas con el microscopio electrónico en el suero de pacientes leucémicos, se creó la impresión de que los virus intervenían como factores causales de la enfermedad, no obstante, los virus que acompañan la leucemia del hombre no han resultado ser sus agentes etiológicos, pudiendo considerarse mas bien, como pasajeros y no patógenos.

b). CROMOSOMAS Y LEUCEMIA: El cultivo de la sangre leucémica ha demostrado una gran variedad de mitosis anormales dentro de las células leucémicas. Existe una gran incidencia de anormalidades cromosómicas en las formas agudas de leucemias, las cuales consisten en alteraciones del número y estructura.

Entre las alteraciones del número se incluye la denominada forma aneuploide (estado en que aparece un cromosoma extra o bien existe una pérdida de un cromosoma), y formación poliploide (unidades completas múltiples de cromosomas). Las anomalías estructurales se basan en una supresión y translocación cromosómica. Las anomalías pueden ser muy variables pero en cada caso se observa una sola anomalía.

c). RADIACION. Existe un número creciente de pruebas de que las radiaciones ionizantes causan efectos genéticos a largo plazo, hayándose implicadas en el origen de la leucemia y como un factor principal en el constante incremento del número de muertes por ésta enfermedad. (16).

Síntomas Clínicos

Los síntomas clínicos de las leucemias se agrupan en manifestaciones generales de la enfermedad, déficit hemáticos, en particular trombocitopenia y anemia y afección de varios órganos.

El inicio de la enfermedad en general es mal definido y el paciente muestra palidez, anorexia, irritabilidad, dolor abdominal y malestar. Estos síntomas -- pueden pasar inadvertidos hasta que el diagnóstico se realice mediante un examen hemático. La enfermedad en muchos casos se inicia con fiebre alta y una infección de vías respiratorias altas que no responden a tratamientos habituales. En otros enfermos aparecen inicialmente manifestaciones hemorrágicas tales como gingivorragias, epistaxis y tendencia a presentar equimosis. El inicio es brusco en algunos casos con un cuadro clínico propio de una enfermedad infecciosa.

Signos físicos: El examen físico puede ser completamente normal en el primer período de la enfermedad. Las adenopatías se presentan tarde o temprano y es posible palpar el borde hepático mediante una inspiración profunda. Las adenopatías son muy acusadas en la región cervical, pero se presentan también con mucha frecuencia en las regiones occipital postauricular y pericraneana. No obstante la adenopatías son menos acentuadas que las que se observan en los enfermos con LLC. Puede presentarse el S. de Miculicz.

El bazo y el hígado se hayan muy aumentados de tamaño, si bien la esplenomegalia puede oscilar, en especial durante el tratamiento, la hepatomegalia pocas veces acompaña a ésta oscilación esplénica.

Las hemorragias cutáneas consisten en petequias ,

púrpura y equimosis extensas, que aparecen y remiten durante la enfermedad. Son muy frecuentes las hemorragias retinianas y mucosas, especialmente de la mucosa bucal y nasal. Las ulceraciones en la mucosa bucal son resultado de infiltraciones leucémicas o bien de hemorragias. La hipertrofia de las encías, que incluso llega a cubrir los dientes, es característica de la leucemia monocítica y puede presentarse también en los afectos de leucemia aguda de células indiferenciadas. Las complicaciones cutáneas son muy diversas, pueden ser específicas como lesiones eczematosas y pápulonecróticas semejantes al eritema multiforme. Sospecharemos de una complicación mediastínica si se observan síntomas característicos de una dificultad respiratoria.

Puede haber alteraciones óseas que en un exámen radiológico se resumen como sigue: Osteoporosis, líneas transversales de densidad aumentada, zonas transparentes (metafisiarias o epifisiarias), líneas osteolíticas, engrosamiento cortical y destrucción, infiltraciones leucémicas y hemorrágicas alteraciones periósticas y fracturas patológicas. (I6).

Curso

En el curso de las leucemias agudas se presentan complicaciones a pesar de que los quimioterápicos y la terapéutica de sostén mantienen al enfermo libre de síntomas durante períodos prolongados de tiempo. Los principales problemas que se presentan son la diátesis hemorrágica, gran propensión a infecciones locales y generales e infiltración leucémica de los tejidos y órganos que provocan trastornos en sus funciones debido al creci-

miento y multiplicación de éstas células malignas.-

Las principales causas de muerte, según se ha de
ducido de un estudio llevado a cabo en el curso de
10 años y que comprende 414 afectos de leucemia, --
eran las infecciones en el 70% de los casos, las he
morragias en un 52% y a causas diversas en un 38%.
(6).

Diagnóstico

La leucemia en la infancia suele diagnosticarse
sin dificultad mediante el estudio de sangre periféri
ca y médula ósea. En los casos dudosos la leuce-
mia debe diferenciarse de otros trastornos en los -
cuales el cuadro hematológico es semejante al del -
proceso leucémico. El diagnóstico de LA requiere la
presencia de elementos celulares blásticos, atípicos
en médula ósea. El diagnóstico diferencial puede --
plantearse en un primer momento con todas las cau-
sas de pancitopenia, sobre todo las debidas a insu-
ficiencia medular (aplasia), ya que en las pancito-
penias periféricas, por hiperesplenismo, la punción
medular al revelar una celularidad cuantitativa y -
cualitativamente normal, permitir descartar fácil-
mente la posibilidad de una LA.

Tratamiento

El objetivo terapeutico de los afectos de leucemi
a consiste en la erradicación del proceso leucémi-
co de la sangre y tejidos y en la restauración de -
una hematopoyesis normal. No se ha descubierto nin-
gún método o producto que controle de manera total-
y permanente la enfermedad. Este trastorno presenta
un desenlace invariablemente infausto; no obstante,

se han obtenido avances substanciales en lo que se refiere a remisiones y a la prolongación de la vida, de modo especial en los afectos de leucemia aguda - en la infancia.

Los antimetabolitos habitualmente utilizados en este padecimiento son del tipo del clorambucil, busulfán, arabinósido de citosina, daunomicina, adriamicina, ciclofosfamida, etc, los cuales se emplean - combinados, acompañados de una terapéutica de sostén con antibióticos, transfusiones sanguíneas, cuidados generales etc.

LA FAMILIA

Concenso Canadiense

La familia está compuesta por un marido y esposa con o sin hijos, o un padre, o una madre con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo.

Concenso Norteamericano

Una familia es un grupo de 2 o más personas que viven juntas bajo el mismo techo y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o de adopción.

La Organización de las Naciones Unidas

Entiende por familia a los miembros del hogar - emparentados entre sí por sangre, adopción o matrimonio.

CLASIFICACION

En base a su desarrollo se puede dividir en --- las siguientes formas:

Moderna

Tradicional

Primitiva

En base a la demografía de la comunidad donde - se encuentra:

Urbana: En población de más de 250,000 habitan.

Rural:

En población de menos de 250,000 habitantes.

Desde el punto de vista tipológico se clasifica en:

Campesina

Obrera

Profesionista

En base a la estructura de la familia:

Nuclear:

Cuando la familia está compuesta por padre, madre e hijos.

Extensa

Cuando está formada por padre, madre, hijos y parientes.

Extensa Compuesta

Cuando además de los anteriores están presentes parientes lejanos o personas sin parentesco con el resto de la familia.

En base a la integración de la familia se clasifica en:

Integrada:

Es aquella en la cual los conyuges viven juntos y cumplen adecuadamente sus funciones.

Semi-integrada:

Es aquella en la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.

Desintegrada:

. Es la familia en donde falta alguno de los cónyuges por muerte, separación o abandono.

FUNCIONES DE LA FAMILIA

Todas las sociedades tienen en común responsabilidades que llevar a cabo de igual manera existen estructuras sociales a través de las cuales se pueden satisfacer esas responsabilidades como son: la religión, instituciones educacionales, gobierno, y la más importante que es la familia.

Es de mucha importancia determinar si la familia cumple con sus funciones y más aún, los mecanismos que utiliza para efectuarlas.

Socialización:

Se caracteriza por transformar en un determinado período de tiempo a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con plena independencia para desarrollarse dentro de la sociedad. La madre ha sido colocada como la educadora principal en etapa lactante y preescolar, constituyendo el padre un soporte a sus acciones. Posteriormente ésta responsabilidad de la familia es compartida con los profesores, clubes de esparcimiento, los amigos, etc.

Cuidado:

Esta función es directamente proporcional al ni

vel socioeconómico de la familia y consiste en poder resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, así como el acceso a las instituciones de salud de cada uno de los integrantes de la familia.

Afecto:

Es la recompensa básica de la unidad familiar-proporcionando afecto, ánimo, amor y cariño a sus integrantes.

Reproducción:

Consiste en proporcionar nuevos miembros a la-sociedad.

Nivel Socioeconómico:

La familia socializa a un hijo dentro de una determinada clase social y destina en él todas sus aspiraciones asegurando también inmortalidad social o perpetuidad del nombre familiar y sus tradiciones. (12).

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Las funciones de la familia, los roles sociales, la dinámica familiar, etc, debe ser analizada de acuerdo a la fase del ciclo vital en que se encuentra la familia.

Matrimonio:

Comienza propiamente con el matrimonio y termina con la llegada del primer hijo al hogar; cuando dos personas deciden unirse en matrimonio, su problema principal es aprender a vivir juntos, -- así como aprender las necesidades básicas de la personalidad del otro.

Lo importante en ésta fase es el ajuste sexual, el control de la natalidad e interacción sobre -- las responsabilidades.

Expansión:

Se inicia con el nacimiento del primer hijo y comprende básicamente el ajuste a un nuevo miembro de la familia; esto es importante sobre todo con la llegada del primer hijo ya que crea tensiones. En los futuros hijos el ajuste debe ser de mejor calidad para evitar que sean fuente de tensiones y discusiones intrafamiliares.

Dispersión:

Aquí se inicia la socialización del hijo, ayudándolo a obtener autonomía y cubrir sus propias necesidades.

Esta fase representa un reto para el hijo y para los padres, sobre todo para la madre.

Independencia:

En ésta fase los hijos forman nuevas familias, totalmente independientes pero sin llegar a romper los lazos entre los padres e hijos.

Los padres tienen que aprender a ser nuevamente

independientes. Aquí los hijos pueden responsabilizarse del cuidado de los padres.

Retiro y Muerte:

El entusiasmo que caracterizaba el inicio del ciclo vital familiar, contrasta con la incertidumbre que se advierte al iniciar la fase final del ciclo.

Los elementos que agravan la estabilidad familiar en ésta etapa, son los siguientes: Incapacidad para laborar, Desempleo, agotamiento de los recursos económicos, las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin posibilidad de proporcionar recursos a los padres.(13).

ROLES SOCIALES

Los roles sociales son pautas de acción que indican el rango que se ocupa y el rango apropiado. Cada rango entraña ciertos derechos y obligaciones que determinan las normas que especifican los tipos adecuados de conducta.

Los roles de la psicología social se pueden designar como un patrón de conducta relativamente estable (incluyendo actos, pensamientos y sentimientos), que son producidos por individuos que ocupan las mismas posiciones en un sistema social dado, -- por ejemplo todas las madres se conducen de una manera igual, todas aman a sus hijos, les dedican atención, se preocupan por ellos, etc.

En el rol, por lo tanto, se reflejan los aspectos sociales típicos de la conducta de la vida, de igual manera los aspectos específicos de cada rol han sido establecidos por la costumbre y sirven además para fijar límites en la conducta de los miembros de una sociedad. (9).

Reglas de Roles:

1. Tienden a ser más o menos uniformes.
2. La mayoría de los individuos lo aceptan.
3. Se sigue una conducta compatible con su rol.

Tipos de Rango:

Robert Linton en 1945 dijo que había cinco cla-

ses de rango que pueden encontrarse en cualquier -
sociedad por sencilla o primitiva que sea.

1. Agrupaciones según edad y sexo:

Específicamente infante, niño, niño, hombre joven,
hombre de edad, mujer de edad, etc.

2. Agupación de la familia:

Parentesco, clan u hogar.

3. Agrupamiento laboral:

Obrero, vendedor, campesino, etc.

4. Agrupación por Amistad o intereses Comunes:

Amigo, miembro del club, etc.

A su vez podemos clasificar los rangos en dos -
tipos:

1. Los adscritos: Son aquellos que se escapan -
al control del individuo, por ej: sexo, edad, etc. -

2. Los alcanzados: Los rangos alcanzados son -
los que se consiguen con cierto esfuerzo, por ej: -
contador, director, etc.

Los roles son un grupo de conductas aprendidas
que si no se ven reforzadas, tienden a ser abando
nadas y a desaparecer, repitiendo sólo aquellas -
que tienen más posibilidades de obtener cierto --
grado de aprobación y aceptación.

Conflicto de Roles:

Constituye un problema que se plantea con cre-

ciente frecuencia debido a los cambios que ocurren en las normas de conducta relacionadas con cada sexo.

El conflicto de roles se presenta con todas las situaciones en las que hay dos o más clases de expectativas, y el resultado habitual es, en cierta medida, depresión y ansiedad.(9).

COMUNICACION

La comunicación es una forma de interacción entre los hombres en su proceso de actividad diaria, constituyendo una parte importante de su existencia social.

Es mediante la organización de la comunicación como se realiza la interacción adecuada entre los hombres mediante la actividad conjunta, la transmisión de experiencias, hábitos laborales y cotidianos y la aparición de necesidades espirituales.

Las funciones sociales de la comunicación pueden ser divididas en dos categorías: las sociales y las psicosociales. Las sociales están orientadas a satisfacer las necesidades de la sociedad en conjunto o de algunos de sus grupos dentro de sus funciones e interacciones. Los psicosociales están -- vinculados a las necesidades de la personalidad -- individual.

Las funciones sociales están destinadas a asegurar la interacción dentro del grupo y el destino, dentro de la función psicosocial es la de la identificación.

Tipos de Comunicación:

1. Formal:

Aquí las personas se comunican de acuerdo al rol que se encuentra representando en ése momento.

2. Informal:

Se caracteriza porque en ella se desempeña un -- rol mucho mayor, los aspectos vinculados a la trans

misión de las ideas ya no son fijadas en fórmulas-
verbales sino ligados al sentimiento que se da per-
sonalmente.

3. Significativa:

Es aquella que se lleva a cabo para transmitir-
a otras personas un estado, una disposición de áni-
mo, por ej: el interlocutor puede leer en el rostro
del otro, sus movimientos, su entonación, etc.

4. Clara:

Es aquella en la cual su información es comple-
tamente entendible.

5. Enmascarada:

Es aquella en la que el mensaje es confuso.

6. Directa:

Es cuando el mensaje se dirige a la persona in-
dicada.

7. Desplazada:

Es aquella cuando el mensaje se dirige a un ---
miembro y es recibido por otro.

La comunicación dentro del núcleo familiar es-
el proceso mediante el cual se transmiten ideas,-
sentimientos, etc.

Muchas de las alteraciones de la dinámica fami-
liar surgen de la incapacidad de los miembros de-
la familia para comunicarse entre sí.

La comunicación según Virginia Satir: "Es el -
único factor y el más importante que afecta la sa
lud de una persona y sus relaciones con los demás
ya que ninguna relación puede ser positiva a me--
nos que todos los estados y afectos puedan comen-
tarse franca y libremente".(14).

DINAMICA FAMILIAR

Según Jackson, la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas -- que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.

Chagolla agrega que la dinámica familiar normal "Es una mezcla de sentimientos, comportamientos, y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite que cada uno de ellos, se desarrolle como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de -- los demás".

La dinámica familiar consiste en interacción de muchas fuerzas que deben ser dirigidas de alguna manera por los integrantes del grupo familiar representando una acción y reacción activa, todo esto manifestado por la elección de las técnicas y medios adecuados que escoge una familia para poder llevar a cabo sus metas fijadas con anterioridad.

El individuo dentro del núcleo familiar es único, es diferente a todos los demás y tiene impulsos, motivos, intereses y expectativas propias, que constituyen sus esperanzas o metas que llevadas -- consigo al seno familiar vienen a ser sus fuerzas positivas. Las fuerzas negativas como son: frustraciones, inhibiciones, temores, son llevados a la familia a través de sus sistemas de ajuste.

La interacción entre éstos grupos de fuerzas -- constituyen en sí la Dinámica Familiar con el resurgimiento de fuerzas nuevas producto de la interacción anterior.

La acción (dinámica) del grupo familiar está ba

sada en el consenso general de la unión, logrado mediante la participación de todos sus integrantes, de acuerdo con sus aptitudes diferenciales para -- contribuir. Se comprende por ésto que las actividades de la familia son más aceptables y por ende -- más exitosas, cuando se desarrollan por grupo como un todo y por lo tanto, todos los integrantes -- son responsables de la calidad que se produce como respuesta a la interacción dinámica de sus fuerzas.

También existe la Dinámica Familiar externa, que es el llamado enlace con la sociedad, el ambiente interior da protección psicosocial, y el externo -- da acomodación a una cultura y a la transmisión de la misma.

Familiograma:

En la actualidad, la Medicina Familiar cuenta -- con instrumentos propios muy importantes para el -- estudio de la dinámica familiar, siendo uno de -- ellos el familiograma.

En

Etapas Críticas de la Familia:

I. Embarazo:

Dependerá principalmente del número de embarazos, de la planeación de los mismos y de la integridad o no de la familia, sin olvidar el aspecto socioeconómico de la misma que repercutirá definitivamente en un control prenatal mal llevado, así -- como en el bienestar del resto de los integrantes de la familia.

2. Nacimiento:

Desde el punto de vista económico si la familia es de clase alta, no habrá ningún problema, pero - si la familia es de clase media o baja y el embarazo es producto no planificado, podrá actuar de dos maneras: estimulando al padre para tratar de elevar su nivel de vida o produciendo una mayor alteración en la dinámica de esa familia.

Desde el punto de vista social, si el primer hijo no es varón, habrá desepción por parte del padre, ya que en algunos estratos sociales es prueba de hombría, produciendo entonces frustraciones o - negativismos.

3. Enfermedad:

La actitud hacia ésta etapa variará ampliamente dependiendo de la persona de quien se trate, si la persona enferma es sotén económico o moral de la familia habrá repercusiones en esa esfera. Cuando enferma el hijo la alteración se produce en la esfera emocional, a menos que el hijo labore, repercutirá en la esfera económica también.

Muerte de un miembro de la familia:

Este aspecto deberá enfocarse desde varios puntos de vista , como son: el social, económico, -- psíquico, etc.

El fallecimiento de la madre produce alteración emocional y repercusión en la integración familiar, la muerte del padre traerá mayor alteración desde el punto de vista económico, sin olvidar claro, el aspecto psicosocial y emocional de la familia. (II)

APGAR FAMILIAR

Introducido por Gabriel Smilkstein de Seattle, Washington, con el fin de establecer los parámetros por medio de los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, escogiéndose cinco componentes básicos de la función familiar.

Esta desición empírica permitió el desarrollo del ejemplo de la función familiar que puede ser comparado al sistema orgánico del cuerpo, en que cada componente tiene una función única, mientras que cada una se encuentra interrelacionada con el conjunto. Dichas funciones son las siguientes:

1. Adaptabilidad: La adaptación es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar es forzado.

2. Asociaciones: Es la participación de responsabilidad en trabajo y educación por los miembros de la familia.

3. Progresión: Es la maduración física y emocional, plenitud misma que es llevada a cabo por los miembros de la familia y a través del apoyo mutuo y dirección o conducta.

4. Afecto: Es lo que se refiere a las relaciones de cuidado y cariño que existen entre los miembros de la familia.

5. Acuerdos y desiciones: Es la tarea de dedicar tiempo a otros miembros de la familia para su educación física y emocional. Usualmente también involucra una desición de participación de la riqueza y espacio.

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR.-

1. Estoy satisfecho con la manera como mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo.

2. Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tenso algún trastorno.

3. Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.

4. Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, aflicción y amor.

5. Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos. (18).

RESULTADOS:

La persona elige una de las tres opciones, las cuales son marcadas como sigue: "casi siempre" (2-puntos); "algunas ocasiones" (1 punto) y "difícilmente" (0 puntos). Los puntos de cada una de las 5 respuestas son sumados:

Una calificación de 7-10 sugiere un gran funcionamiento familiar; un total de 4-6 sugiere una familia moderadamente disfuncional y un total de 0-3 -- sugiere una familia severamente disfuncional.

ASPECTOS PSICOLOGICOS IMPORTANTES EN EL CASO DE LEUCEMIA.

Ante un paciente con leucemia, el médico debe afrontar múltiples problemas psicológicos. En primer lugar están los relacionados con su propia actitud hacia la enfermedad, en segundo lugar se encuentra la confianza en sí mismo para instituir eficaces -- procedimientos diagnósticos y terapéuticos y, en -- tercer lugar, su capacidad para comprender y su ha-bilidad para atenuar la perturbación emocional mani-festada por el paciente que sufre ese tipo de enfer-medad.

Debe recalcar que la forma inicial en que se establezcan las relaciones entre el médico y el pa-ciente determinará y, esperanzadamente, facilitará el tratamiento durante el transcurso de la enferme-dad, incluyendo la fase terminal.

Cuando se informa a los pacientes que tienen leu-cemia, la mayoría de ellos se tornan ansiosos, in-quietos, quizá deprimidos, y propensos al llanto du-rante dos o tres días. Esta es una reacción normal, sana, que pronto cede y establece las bases para una relación subsecuente importante, entre el médico y su paciente. Cuando el tratamiento se inicia con rodeos o algún tipo de evasivas en la presentación diag-nóstica, éstas reacciones pueden no ceder. A ve-ces puede ser necesario que el médico proceda a rea-lizar una comunicación directa con el paciente; au-nque los miembros de la familia sientan que ésto no debe hacerse. Generalmente sus suposiciones respec-to a la susceptibilidad del paciente representan su propia preocupación, que es atribuída falsamente al

enfermo.

Desde luego, la respuesta a la pregunta referente a si el paciente morirá o no morirá, es sí. La mayoría de los pacientes con leucemia saben que es así, pero muchos no tratan de entender semejante perspectiva. Pueden tolerar una afirmación realista hecha por el médico en el sentido de que sus vidas serán acortadas por la enfermedad.

Los problemas emocionales del paciente con leucemia están en relación con muchos factores. Las manifestaciones particulares de la enfermedad, los métodos de tratamiento disponibles y la constitución de la personalidad individual, contribuyen a la intensidad y tipo de aflicción de un paciente. Lo más importante es el conocimiento y comprensión de la enfermedad por parte del paciente, sus circunstancias auxiliares de vida y sus recursos sociales, así como su reacción a las actitudes individuales y personalidad de su médico. (17).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las leucemias agudas son proliferaciones de células hematopoyéticas malignas, inmaduras e indiferenciadas que conducen a la muerte en un plazo medio de tres meses en los enfermos no tratados.

Como toda patología de pronóstico infausto, ocasiona alteraciones que pueden conducir a disfunción familiar en éste tipo de pacientes.

El presente estudio pretende conocer cuáles -- son esas alteraciones y la manera de evitarlas obteniendo de ésta forma una mayor colaboración -- por parte del paciente y sus familiares hacia su tratamiento, logrando con ésto mejorar la evolución de su padecimiento dentro de lo posible.

OBJETIVOS

General

I. Evitar la disfunción familiar de niños portadores de leucemia aguda.

Específicos:

a. Conocer cuáles son las repercusiones dentro de la dinámica familiar de niños con leucemia hospitalizados durante los meses de marzo a noviembre de 1984.

b. Determinar si éstas repercusiones influyen en la evolución de su padecimiento.

c. Determinar cuáles son las medidas que pueden llevarse a cabo para evitar la disfunción familiar que pudiera presentarse.

MATERIAL Y METODOS

I. Material:

1. Recursos humanos:

- a. Pacientes portadores de leucemia aguda
- b. Familiares de los pacientes
- c. Médico Hematólogo
- d. Médico Residente del 2do año de M.F.

2. Recursos Materiales:

- a. Expediente clínico
- b. Material de trabajo Universal.

II. Métodos:

Se seleccionaron pacientes hospitalizados en el Servicio de Pediatría del H.G.Z. II No. I con diagnóstico de Leucemia Aguda en diferentes estadios, independientemente de su edad y sexo, lográndose un total de 21 casos durante un lapso de 9 meses, del 1ro de marzo al 30 de noviembre de 1984.

Para recolectar la información se elaboró un -- instrumento de trabajo, el cual consistió en un -- cuestionario, formado por 21 reactivos, de opción múltiple, sobre los principales aspectos a investigar.

Este cuestionario fué aplicado a los familiares de los pacientes localizados en su domicilio, y en algunos captados en el servicio de pediatría durante su hospitalización.

Se elaboró el cuestionario de tal manera que pudiera aplicarse a los progenitores de los pacientes por tratarse éstos en su mayoría de niños en

edades no adecuadas como para responder en forma coherente a las preguntas formuladas.

Posteriormente se les aplicó el Apgar Familiar para medir las alteraciones en la función familiar integral de nuestros pacientes.

Posteriormente se hizo análisis de los resultados, primeramente por cada reactivo, y posteriormente en forma general en relación con las hipótesis planteadas.

PRESENTACION DE RESULTADOS

I. Edad:

0 - 1	0	0%
1 - 4	3	14.28%
5 - 9	9	42.85%
10 - 14	8	38.09%
15 - 19	1	04.76%
Total	21	100.00%

En cuanto a los grupos de edad, los resultados no fueron compatibles con las estadísticas que se encuentran en la bibliografía consultada, donde se menciona una frecuencia mayor entre los tres y los 5 años de edad.

2. Sexo:

Femenino	8	38.09%
Masculino	13	61.90%
Total	21	100.00%

En cuanto al sexo los resultados son compatibles con las estadísticas reportadas hasta el momento, observándose un predominio franco en individuos varones.

3. Estado Civil de los progenitores:

Soltero	0	00.00%
Casados Civil	6	28.57%
Casados Iglesia	12	57.14%
Divorciados	0	00.00%
Viudos	0	00.00%
Unión libre	3	14.28%
Total	21	100.00%

En cuanto al estado civil de los progenitores de nuestros pacientes, encontramos que la mayor parte son casados por la iglesia y por lo civil.

4. Escolaridad de los progenitores:

Analfabeta	2	09.52%
Primaria Incompleta	5	23.80%
Primaria Completa	6	28.50%
Secundaria incompleta	1	04.76%
Secundaria Completa	3	14.20%
Preparatoria incomp.	1	04.76%
Preparatoria comp.	1	04.76%
Profesional	2	09.52%
Total	21	100.00%

5. Ocupación de los progenitores:

Campesino	4	19.04%
Empleado	10	47.60%
Obrero	6	28.50%
Profesional	1	04.76%
Total	21	100.00%

En cuanto a la ocupación encontramos que el mayor porcentaje se encuentra en el segundo grupo, relacionado lo anterior con el índice de escolaridad encontrado en los progenitores de nuestros pacientes.

6. Número de miembros de la Familia:

1 - 2	0	00.00%
3 - 5	6	28.50%
6 - 7	10	47.60%
8 o más	5	23.80%
Total	21	100.00%

Encontramos que la mayoría de éstas familias son numerosas, ya que el 47.60% consta de 6 a 7 miembros.

7. Ingreso familiar Mensual:

5 - 9,000 pesos	6	28.50%
10-15,000 " "	7	33.33%
15-20,000 " "	4	19.04%
20-25,000 " "	1	04.76%
25-30,000 " "	1	04.76%
30,000 o más	2	09.52%
Total	21	100.00%

El 78.93% percibe un ingreso mensual correspondiente aproximadamente al salario mínimo, o menor a éste.

8. Ingreso Familiar percápita mensual:

Menor de 5,000	14	59.40%
5 - 10,000	3	14.20%
10 - 15,000	2	09.52%
Más de 15,000	2	09.52%
Total	21	100.00%

El cuadro anterior coincide con los resultados - del cuadro No. 7.

9. Ubicación de la vivienda:

Urbana	15	71.40%
Rural	6	28.50%
Total	21	100.00%

10. Evolución del padecimiento:

1 - 3 meses	3	14.20%
3 - 6 meses	2	9.52%
6 - 12 meses	8	38.09%
más de 1 año	8	38.09%
Total	21	100.00%

La mayoría de los pacientes tenían más de 6 - meses de evolución de su padecimiento.

11. Sabe en que consiste la enfermedad de su hijo:

Si	17	80.95%
No	4	19.04%
Total	21	100.00%

El 19.04% de los familiares desconocen sobre el padecimiento del paciente, y el 24.00% tienen una idea hasta cierto punto errónea del padecimiento, a pesar de que la información sobre el mismo les ha sido proporcionada.

12. Antecedentes familiares similares:

Si	12	57.14%
No	9	42.85%
Total	21	100.00%

Dentro de los antecedentes tomados en cuenta, se encuentran no sólo las enfermedades hematológicas, sino todos los padecimientos oncológicos que pudieran haberse presentado.

13. Actitud que se observa en la familia desde que se estableció el Diagnóstico de Leucemia:

Indiferente	4	19.04%
Agresivos	1	04.76%
Deprimidos	10	47.60%
Tolerantes	4	19.04%
Optimistas	2	09.52%
Total	21	100.00%

Observamos que la mayoría de los familiares de éstos pacientes se encuentran deprimidos más que nada por el pronóstico de la enfermedad del paciente.

14. Nota usted disminución del rendimiento del ingreso mensual de la familia, a partir de la enfermedad del paciente:

Si	7	33.33%
No	14	66.66%
Total	21	100.00%

Se observó que la mayoría refieren que el rendimiento del ingreso familiar no se ha modificado en lo que se refiere a la enfermedad del paciente.

15. Fase del Ciclo Familiar en que se encuentran:

Matrimonio	0	00.00%
Expansión	11	52.38%
Dispersión	10	47.60%
Independencia	0	00.00%
Retiro o muerte	0	00.00%
Total	21	100.00%

Se observó que la mayoría de las familias se encuentran en fases de expansión y dispersión, explicables por tratarse, la mayoría, de matrimonios jóvenes.

16. Cuántas veces ha sido internado el paciente
A partir del diagnóstico de su enfermedad:

En 1 ocasión	1	04.76%
En 2 ocasiones	3	14.28%
En 3 ocasiones	5	23.80%
En 4 ocasiones	4	19.04%
En 5 o más	8	38.09%
Total	21	100.00%

Se observó que la gran mayoría de los pacientes habían sido hospitalizados en varias ocasiones, lo que ocasionaba en sus familiares gran cantidad de problemas, sobre todo en aquellos que radicaban en la zona rural.

17. Durante las internaciones del niño con que-
frecuencia lo visitaron sus familiares:

Todos los días	12	57.14%
Cada 3er día	6	28.57%
Cada semana	3	14.28%
Nunca	0	00.00%
Total	21	100.00%

La mayoría de los pacientes son visitados con relativa frecuencia por sus familiares, a excepción de aquellos que por no radicar en la ciudad se ven obligados a espaciar sus visitas.

18. Con qué frecuencia es llevado el paciente a reuniones sociales o fiestas:

Con frecuencia	7	33.33%
Ocasionalmente	10	47.61%
Nunca	4	19.04%
Total	21	100.00%

Se observó que la mayoría de los pacientes no fueron llevados con mucha frecuencia a lugares de esparcimiento, en gran parte, por encontrarse enfermos o sin estado de ánimo óptimo para salir.

19. Cambios en la conducta del niño:

Indiferente	10	47.61%
Deprimidos	6	28.50%
Agresivos	5	23.80%
Optimistas	0	00.00%
Total	21	100.00%

20. Se ha alterado de alguna manera la rutina familiar:

Si	17	80.95%
No	4	19.04%
Total	21	100.00%

En la mayoría de los pacientes se vió alterada la rutina familiar, sobre todo por el ausentismo de la madre en el hogar, que en la mayoría de los casos tenía que pasar gran parte del tiempo en el hospital cuando el paciente se encontraba internado.

21. Las relaciones interfamiliares son:

Buenas	16	76.10%
Regulares	3	14.20%
Malas	2	09.52%
Total	21	100.00%

La mayoría de los familiares de los pacientes refieren relaciones familiares buenas, sólo una pequeña proporción de pacientes refieren problemas familiares, la mayoría no relacionados con la enfermedad del paciente como causa desencadenante.

RESULTADOS DE APGAR FAMILIAR

7 - 10	6	28.57%
4 - 6	10	47.61%
0 - 3	5	23.80%
Total	21	100.00%

1. Hipótesis No. 1

"Existen repercusiones en la dinámica familiar -- del niño con Leucemia Aguda"

Aunque han sido ideados muchos modelos de pruebas para medir la función familiar integral, son pocos - los que tienen un valor práctico para su uso diario - en la Consulta del Médico Familiar, y se puede decir que en nuestro país no ha sido ideado ni ensayado -- con amplitud ninguno.

Una de las pruebas más recientes es el cuestiona- rio denominado Apgar Familiar, partiéndose para su e laboración, de una definición funcional de familia, - a saber: " La familia es un grupo psicosocial que -- consta del paciente y una o más personas, niños y a- dultos, en la cual hay una comisión de miembros para la educación de los otros".

Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron 5 componentes básicos de la función fami- liar, elaborando un cuestionario que puede ser con- testado por cualquier núcleo o alternativa de vida-- familiar.

De los cuestionarios aplicados a los familiares - de nuestros pacientes, encontramos que 10 de ellos - tuvieron una calificación entre 4 y 6 puntos, corres- pondiendo al 47.61%ñ 6 de ellos mostraron una califi- cación entre 7 y 9 puntos correspondiendo al 28.57%; el resto (6) presentaron una calificación entre 0 y 3 puntos. De lo anterior podemos concluir que el 76. 18% de nuestros pacientes presentaron alteraciones--

de la Dinámica familiar, sobre todo en los componentes de adaptabilidad, asociaciones, acuerdos y decisiones.

2. Hipótesis No. 2

"La disfunción Familiar del niño con LA repercute en la evolución de su padecimiento".

Al interrogar a los familiares de los pacientes con LA, y de acuerdo con los resultados obtenidos, observamos varios aspectos: el 47.61% de los pacientes con LA mostraron una actitud indiferente en el transcurso de su enfermedad, encontrando muchas veces resistencia a las medidas llevadas a cabo para su tratamiento.

Es sobre todo en éstos casos, cuando el paciente requiere de mayor apoyo y orientación por parte de sus familiares y del médico familiar, con el fin de lograr una adaptación del niño a la situación que se le presenta, mediante la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para la resolución de los problemas, lo que se ve bloqueado cuando el equilibrio familiar es forzado.

Así mismo, observamos que el 80.95% de los encuestado, manifestaron alteraciones dentro de la rutina familiar, en la mayoría de los casos. secundarios al ausentismo de la madre la mayor parte del día, por encontrarse atendiendo las necesidades prioritarias del niño, mientras se encontraba hospitalizado. O bien, porque había que llevarlo a consulta, al laboratorio, o a la aplicación de quimioterapia con relativa frecuencia; motivando todo esto, que muchas de las funciones llevadas a cabo por la madre dentro del hogar, fueran relegadas.

En cuanto a las relaciones interfamiliares, encontramos: el 76.19% de los casos las catalogaron como buenas, mientras que el resto, manifestaron relaciones interfamiliares malas o regulares, resultando esto en poca participación en cuanto a las responsabilidades de todos los miembros de la familia, sobre el manejo del paciente; motivando esto en algunos casos, que el paciente no se presentara a las citas de revisión, retrasando de ésta manera su tratamiento, y secundariamente, ensombreciendo más aún el pronóstico de su padecimiento, por descuido de sus familiares.

3. Hipótesis No. 3

"La disfunción familiar del niño con LA puede evitarse".

En cuanto a lo anterior, observamos durante el desarrollo de ésta tesis, que muchas de las alteraciones en la dinámica familiar se presentaron en cuanto a los componentes de adaptabilidad y asociaciones. Siendo resueltas parcialmente, simplemente, con una orientación adecuada sobre la importancia que significa para el paciente, la participación conjunta de todos los miembros de la familia, para satisfacer ciertas necesidades afectivas, no olvidando, que estos pacientes son personas dependientes tanto moral como física y económicamente.

SUGERENCIAS

Las conclusiones a las que llegamos con los resultados obtenidos fueron las siguientes: La integración familiar en los pacientes con Leucemia Aguda, se encuentra alterada por encontrarse el núcleo familiar en una etapa de crisis, debido al mantenimiento de un enfermo ocasionalmente inválido, (al encontrarse en estadios avanzados de su enfermedad) considerado en muchas ocasiones, como una carga -- para su familia.

Estos pacientes, en muchas ocasiones carecen de las funciones básicas, pero principalmente, de Socialización. Tanto el paciente, como las personas con las que convive, requieren de apoyo moral y asistencial, por parte de un grupo multidisciplinario, que además, pueda brindar algún tipo de terapia familiar, para lograr una mejor adaptación, tanto dentro como fuera del núcleo familiar.

Considero también importante elevar la capacidad cultural, desde el punto de vista médico, a los familiares de los pacientes con LA.

Bibliografía:

1. Leukemia in children with Down's Syndrome;Kardosh et al. Oncology 1983;40:280-283.
2. Cause of death in acute leukemia: Analysis of 224 casos. Avilés-Miranda H. et al Rev. Inv. Clin. 1983-Jan-Mar;35:33-37.
3. Trends in childhood leukemia in Britain,1968-1978- Stiller CA, et al Br. J Cáncer 1982;Apr;45;543-551.
4. Acute lymphoblastic leukemia in children: Therapeutics Aspects. Weyl M. et al. Union Med. Can 1983-May; II;440-442.
5. Psychosocial aspects of pediatrics leukemia;from-diagnosis through the first six months of treatment Kupst M.J, et al. Med. Pediatrics Oncology 1983;296-98.
6. Leucemia, aspectos generales, síntomas clínicos y tratamiento.1978. Smith H. Carl, Hematología Pediátrica, 2da Ed; 581-663.
7. Leucemias agudas. Valenti Farreras, Med. Int. == 1978;345-350.
8. La Familia, Sociologíañ Paz Ramón, 1983;71-103.
9. Psicoterapia Familiar Conjunta. Satir Virginia,Ed La Prensa Médica Mexicana. Ira Ed.ñ1980ñ1-201.
10. La Familia. Leñero Luis,1976ñ15-107.
11. Desintegración Familiar. Escotto Glez. Enrique y Cols. Fundamentos de Medicina Familiar. 1982ñ 21-26.
- 12, Dinámica Familiar. Buendía López Adan y Cols,Fundamentos de Medicina Familiar. 1982ñ21-26.
13. Ciclo vital de la Familia. Fundamentos de Medicina Familiar. 1982ñ 15-18. Irigoyen Coria Arnulfo y Cols.
14. La Familia. Wall Montejano Carlos y Cols, Fundamentos de Medicina Familiar, 1982;13-21.

15. Leucemias Agudas. Harrison y Cols, Medicina Interna. 1982ñ 1332-1445.

16. Apgar Familiar. Difusión. Peraza Tineo Jesús,-- 1983; 15-16.

17. Leucemias, Hematología Clínica; Litchman M.A.,- 1983.