

31
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

LA FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL
TRATAMIENTO DEL PACIENTE LEUCEMICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A N :
HERNANDEZ ROMERO ARMANDO
ORTEGA GALAVIZ ISELA

INSTITUTO NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
TITULO Y NOMBRAMIENTO
PROFESIONAL

MEXICO, D. F.

1961



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

Pág.

INTRODUCCION	1
CAPITULO I EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA DENTRO DEL SECTOR SALUD	
1.1 DEFINICION DE SALUD	5
1.2 DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD	8
1.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD	9
1.4 GENERALIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	13
1.4.1 OBJETIVOS	14
1.4.2 POLITICAS	15
1.4.3 ORGANIZACION	16
1.5 AREA DE TRABAJO SOCIAL	20
1.5.1 OBJETIVOS	20
1.5.2 FUNCIONES	22
1.5.3 ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS	24
1.5.4 UBICACION DE TRABAJO SOCIAL, PERSONAL Y CATEGORIAS	27
1.6 CARACTERISTICAS DEL SERVICIO HEMATOLOGIA	30
CAPITULO II LA LEUCEMIA	
2.1 DEFINICION	32
2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS	34
2.3 CLASIFICACION	36
2.4 ETIOLOGIA	39
2.5 FRECUENCIA	42
2.6 SINTOMATOLOGIA	43

	Pág.
2.7 PRONOSTICO	45
2.8 TRATAMIENTO	47

CAPITULO III CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES LEUCEMICOS

3.1 DEFINICION DE FAMILIA	52
3.2 FUNCIONES UNIVERSALES DE LA FAMILIA	55
3.3 TIPOS DE FAMILIAS	58
3.4 DINAMICA FAMILIAR	61
3.5 FACTORES EMOCIONALES	67
3.6 FACTORES ECONOMICOS	71
3.7 FACTORES SOCIALES	75

CAPITULO IV EQUIPO DE SALUD

4.1 IMPORTANCIA DEL EQUIPO DE SALUD EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE LEUCEMICO	79
4.2 TRABAJADOR SOCIAL	81
4.3 MEDICO	87
4.4 PSICOLOGO	90
4.5 ENFERMERA	91

INVESTIGACION DE CAMPO

HIPOTESIS	94
OPERACIONALIZACION DE LA HIPOTESIS	94
TIPO DE ESTUDIO	98
SELECCION DE LA MUESTRA	98

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	99
ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS	102
CONCLUSIONES	130
PROPUESTA:	137
LINEAS GENERALES DE TRABAJO	138
EL TRABAJO CON EL EQUIPO DE SALUD	141
EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS	145
EL TRABAJO INDIVIDUAL CON LOS PACIENTES	153
TRABAJO SOCIAL DE CASOS	155
ESTUDIO SOCIAL PARA PACIENTES LEUCEMICOS	164
BIBLIOGRAFIA	175
ANEXO:	

- 1.-INSTRUMENTO DE CONCENTRACION DE DATOS PARA MEDIR LOS FACTORES SOCIO-ECONOMICOS QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE LEUCEMICO.
- 2.-CEDULA # 1 PARA MEDIR LOS FACTORES SOCIO-ECONOMICOS QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE LEUCEMICO.
- 3.-CUESTIONARIO PARA CONOCER LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE LEUCEMICO.
- 4.-CUESTIONARIO PARA CONOCER LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE LEUCEMICO.
- 5.-CUADROS.
- 6.-GLOSARIO.

INTRODUCCION

El realizar nuestra práctica institucional en el servicio de Hematología del Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P) nos motivó para profundizar en la problemática de la leucemia.

El presente trabajo fué elaborado con la finalidad de determinar en qué medida los factores socio-económicos repercuten en el tratamiento del niño leucémico, así como sistematizar las funciones del Trabajador Social en el servicio de Hematología.

La problemática de los enfermos leucémicos demanda la necesidad de ser atendida en forma integral, ya que por la complejidad con que se desarrolla y los efectos colaterales de la leucemia, al igual que su tratamiento, es indispensable el trabajo coordinado del equipo de salud.

La leucemia es considerada como una de las "plagas de la humanidad" la cual representa el máximo problema que tiene planteado la Hematología actual, esta enfermedad fué descubierta como tal hace más de 100 años, en esta etapa se carecía de métodos e instrumentos para controlarla, por lo que las personas que la padecían, morían sin tener alguna esperanza de vida. Actualmente gracias a los avances de la ciencia y la tecnología médica, aunado a un adecuado tratamiento médico-social se han obtenido logros importantes en la lucha por combatir dicha enfermedad aumentando las expectativas de vida del paciente en un porcentaje considerable.

El impacto psicológico, individual y familiar que produce la leucemia, es muy significativo ya que generalmente lo asocian con dolor, hospitalización, aislamiento, problemas económicos, invalidez y muerte.

Los pacientes requieren de atención y control durante largos períodos, por tal motivo el Trabajador Social debe orientarlos y brindarles el apoyo institucional para evitar el ausentismo, la descerción del tratamiento y/o el control de la leucemia; si tuación que generalmente produce que la enfermedad se desarrolle rápidamente y el paciente pierda la oportunidad de una mayor esperanza de vida.

Por otro lado, los factores económico y emocional son severamente afectados generando inseguridad en el paciente y en su familia al no poseer los recursos y la información suficiente para manejar esta situación durante y después de la etapa de rehabilitación.

Le corresponde al Trabajador Social establecer los mecanismos necesarios que se dirijan a proporcionar información y apoyo al paciente y su familia con el fin de brindar alternativas de solución a los diversos problemas psicosociales.

Nuestra investigación se realizó en el Instituto Nacional de Pediatría, perteneciente al tercer nivel del sector salud que es donde se concentra el mayor número de pacientes, por lo que en el primer capítulo describimos al sector salud en México de acuerdo a las políticas de salud del actual Plan Nacional de Desarrollo con el fin de ubicar dentro de este sector al I.N.P. del cual señalamos los aspectos más importantes como son: objetivos, metas, políticas, servicios que presta, etc. haciendo énfasis en el servicio de Hematología de dicho instituto y el desempeño profesional del Trabajador Social dentro de éste.

En el capítulo dos, se destacan las características principales de la leucemia, incluyendo las diversas definiciones sobre su significado, posteriormente se describe un panorama histórico que nos permite percibir los avances de la ciencia y la tecnología para el mejor control de la enfermedad, así como la clasificación actual de la leucemia, la sintomatología que presenta el paciente y el tratamiento médico que requiere.

En el tercer capítulo se describen las características de las familias con pacientes leucémicos, así como los factores sociales, emocionales y económicos que afectan la dinámica familiar.

El equipo de salud debe enfrentar el problema de la leucemia en su multicausalidad pero con unidad, evitando duplicidad de esfuerzos, dando funcionalidad al programa, unificando criterios y evitando contradicciones entre sí, por lo que en el cuarto capítulo señalamos las funciones y actividades de cada uno de los integrantes (Trabajador Social, Médico, Psicólogo y Enfermera).

Estamos conscientes de que faltan respuestas adecuadas a muchas preguntas sobre la enfermedad y su control, específicamente en Trabajo Social no se han creado formas de abordaje ante esta problemática, por lo que estamos seguros de que esta investigación será de gran utilidad para los Trabajadores Sociales del área de la salud y en especial para los del servicio de Hematología, ya que el modelo de abordaje que proponemos contribuirá a un mejor manejo social de los pacientes leucémicos.

CAPITULO I

EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA DENTRO DEL SECTOR SALUD

1.1 DEFINICION DE SALUD

La O.M.S. definió la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o de afección"(1).

Este concepto de salud tiene una connotación totalizadora - pero estática porque considera al hombre como una entidad biopsico-social y no se limita unicamente a la salud física, pero al decir que no habrá salud si no existe un bienestar en todas las áreas de las que forma parte, convierte a esta definición - en estática y utópica ya que lograr un bienestar de la población en general en dichas áreas resulta difícilmente alcanzable aún en una sociedad desarrollada.

Un punto de vista que consideramos más acertado es el del Dr. Hernán San Martín (2) quien señala que la noción de salud implica ideas de variación y de desadaptación.

Es decir, que entre la salud y la enfermedad existe una escala de variación, con estados intermediarios que va de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad (ver cuadro 1).

Por lo tanto, el Dr. Hernán define a la salud como "una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos

(1) Sánchez Rosado, Manuel. Elementos de Salud Pública. Ed. Francisco Méndez Cervantes. México, D.F. 1983. p.3

(2) San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1990. p.8

CUADRO # 1 EL TRÁNSITO DE LA SALUD A LA ENFERMEDAD Y VICEVERSA (GRADOS DE SALUD Y GRADOS DE ENFERMEDAD) (3)

SALUD				ENFERMEDAD				MUERTE ↑ ENFERMEDAD GRAVE ↓ SALUD
Grados				Grados				
•••••	••••	•••	•	•••••	••••	•••	•	
SALUD COMPLETA: FÍSICA, MENTAL, SOCIAL.	SALUD	-NINGUN SINTOMA CLINICO	-NINGUN SINTOMA CLINICO	-ENFERMEDAD INAPARENTE NO DIAGNOSTICABLE - CLINICAMENTE.	-ENFERMEDAD SUBCLINICA DIAGNOSTICABLE CON AYUDA DEL LABORATORIO.	-ENFERMEDAD CON SINTOMAS CLINICOS Y DE LABORATORIO.	-ENFERMEDAD CON TODA LA SINTOMATOLOGIA.	
		-ALGUNOS INDICES BIOLÓGICOS ALTERADOS.	-ALGUNOS INDICES BIOLÓGICOS -- FRANCA-MENTE ALTEERADOS.					

NOTA: Esta dinámica entre el estado de salud y el de enfermedad, en sus diversos grados, es permanente en la población; ella permite el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y el diagnóstico temprano.

(adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido" (4).

Este punto de vista sobre la salud es más realista ya que nos demuestra que el fenómeno de la salud y la enfermedad no es exclusivo del médico clínico, sino que atañe también al Trabajador Social entre otros profesionistas, debido a que dicho problema se encuentra íntimamente relacionado con el medio ambiente, el nivel de vida de la población, su cultura, educación y todos los comportamientos sociales que esto implica.

Por otro lado, debemos entender que el concepto de salud es dinámico e histórico porque cambia de acuerdo con la época y con las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada generación, y que la idea que la gente tenga sobre la salud no siempre será la correcta, debido a que su concepto estará limitado por el marco social en el que se desenvuelva.

(4) San Martín, Hernán. op.cit. p.12

1.2 DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

Durante el sexenio del C. Presidente Miguel de la Madrid Hurtado (1983-1988) se modificó el párrafo tercero del artículo -- cuarto de la Constitución Mexicana, con la finalidad de proporcionar una nueva garantía social que consagrará el derecho a la salud a todos los mexicanos, lo cual significó un gran avance -- jurídico en el sector salud.

Dicho texto fué aprobado por la Legislatura del país y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de -- 1983 expresando lo siguiente:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y de -- las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución" (5).

El párrafo anterior señala que la salud es un derecho universal que se proporciona a toda persona sin distinción alguna, especificando que lo esencial de este derecho es el acceso a los servicios y que compete a la Ley General de Salud precisar sus bases y modalidades, correspondiéndole al Estado la responsabilidad de proveer lo necesario para el desarrollo del sector salud.

(5) Salud y Seguridad Social. Cuadernos de Renovación Nacional. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1988. p. 34

1.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En el pasado Plan Nacional de Desarrollo (1983-1988) se seña la que como resultado de la consulta popular realizada por el - C. Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, durante su campaña - presidencial sobre salud y seguridad social, se crea el Sistema Nacional de Salud que concentra las propuestas y demandas que - surgieron de esa escultación.

Para consolidar el Sistema Nacional de Salud se establecie-- ron cinco categorías: la sectorización, la descentralización, - la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

La sectorización consistió en el agrupamiento de entidades - paraestatales que realizaran funciones y otorgaran servicios a- fines.

De esta manera el sector salud se integró agrupando a los -- programas y funciones de las instituciones de seguridad social y de otros componentes de la Administración Pública que presta- ban servicios de salud tales como el Departamento del Distrito Federal, Secretaría de Marina, la Secretaría de la Defensa Na- cional y PEMEX.

Así mismo se conformó el sector administrativo a través de - dos subsectores:

- 1) Asistencia Social.--A cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia y compuesto por el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil.

- 2) Institutos Nacionales de Salud.--Integrado actualmente por el Instituto de Cardiología (I.N.C.) Dr. "Ignacio Chávez", el de Cancerología (I.N.C.), el de Enfermedades Respiratorias -- (I.N.E.R.), el de Nutrición (I.N.N.) Dr. "Salvador Zubirán", el de Neurología y Neurocirugía (I.N.N.N.) Dr. "Manuel Velasco Suárez", el de Pediatría (I.N.P.), el de Perinatología -- (I.N.Per.), el de Salud Pública (I.N.S.P.), el Hospital Infantil de México (H.I.M.) "Federico Gómez", el Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.) y el Instituto Nacional de Salud Mental (I.N.Sa.Me.) (ver cuadro # 2).

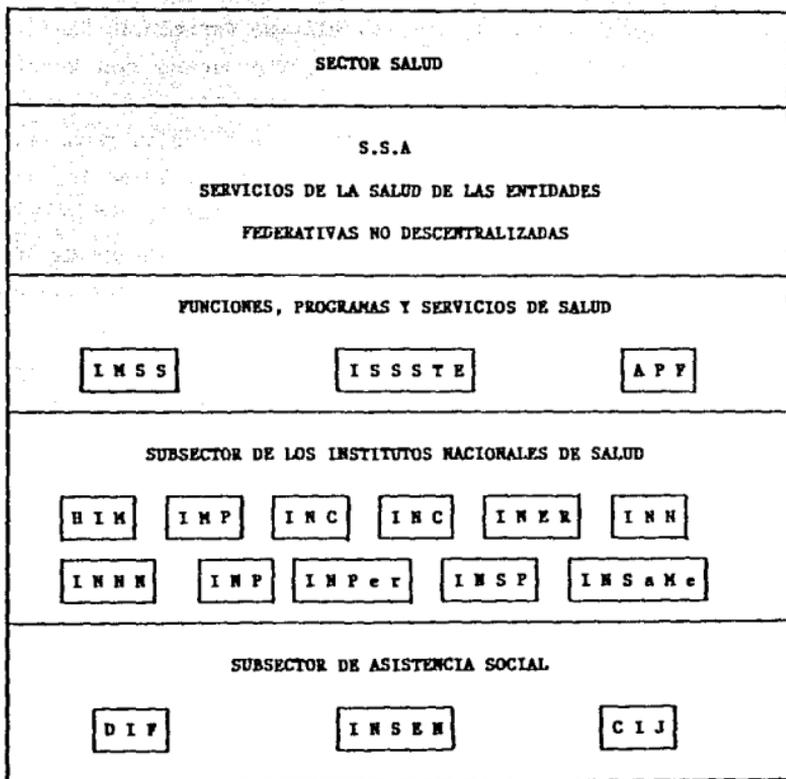
La formación del subsector de los Institutos Nacionales de Salud se caracteriza por las funciones esenciales de investigación, enseñanza de posgrado y de servicios asistenciales de tercer nivel en el tema de su especialidad considerándose como centros de excelencia.

En el actual Plan Nacional de Desarrollo (1989-1994) del C. Presidente Carlos Salinas de Gortari, la estructuración del sector salud no sufrió ningún cambio, por lo tanto, el Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.) donde realizamos nuestra investigación sigue enmarcado dentro del subsector de los Institutos Nacionales de Salud.

Por otro lado, cabe mencionar que en el Plan Nacional de Desarrollo se establecieron las siguientes estrategias: Mejorar

la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

CUADRO # 2 (6)



1.4 GENERALIDADES DEL I.N.P.

"El 15 de julio de 1968, el Presidente Lic. Gustavo Díaz Ordaz fundó el organismo público descentralizado denominado Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez, mejor conocido como Hospital del Niño Imán, con el propósito de mantener el nivel de excelencia de la atención médica que prestaba y ser núcleo generador y líder de una nueva mentalidad profesional en el campo de la salud infantil, formar y capacitar personal técnico, profesional y de posgrado, así como generar y difundir conocimientos, técnicas e instrumentos que favorezcan la formación de recursos humanos y la asistencia a la niñez.

Durante el gobierno del Presidente Lic. Miguel de la Madrid Hurtado; se establece un proceso de reordenamiento en materia de salud que tiene como finalidad la organización de un Sistema Nacional de Salud.

Nace así el Instituto Nacional de Pediatría con personalidad jurídica y patrimonio propio dependiente de la Secretaría de Salud, decreto expedido por el Lic. Miguel de la Madrid desde abril de 1983 a la fecha.

Dicho nosocomio se encuentra ubicado en Av. Insurgentes Súr 3700 "C" Colonia Cuicuilco Insurgentes, Delegación Coyoacán, México, D.F. c.p. 04530. Siendo su director general el Dr. Héctor Fernández Varela Mejía"(7).

(7) Grupo de Práctica Institucional 1912. Prof. Esther Reyes Ramírez. Estudio de Práctica Institucional en el Instituto Nacional de Pediatría. ENTS-UNAM México, 1990. s/p.

1.4.1 OBJETIVOS

- Proporcionar atención médica infantil especializada.

- Efectuar investigaciones clínicas epidemiológicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la pediatría.

- Impartir enseñanza para la formación de recursos humanos en las disciplinas orientadas a la atención de la salud infantil.

- Actuar como órgano de consulta en pediatría.

- Prestar el asesoramiento que la Secretaría de Salud le solicite en las disciplinas que fomenta el Instituto.

- Apoyar a los programas de salud pública en general" (8).

(8) Manual Informativo. I.N.P. s/p.

1.4.2 POLITICAS INSTITUCIONALES

"Realizar investigación y proporcionar enseñanza y asistencia.

-Proporcionar atención médica asistencial a toda la población - que carece de seguridad social los 365 días del año.

-Atención de pacientes de tercer nivel entre los 0-18 años de edad.

-Atención prioritaria a la población de la zona sur del Distrito Federal y de los diversos Estados del interior de la República.

-El pago de atención médica será de acuerdo a la situación económica familiar de cada uno de los pacientes"(9).

(9) Manual Informativo. I.N.P. s/p.

1.4.3 ORGANIZACION

El I.N.P. está integrado por: la Dirección General que tiene a su cargo directo la Secretaría Particular, el Departamento de Auditoría, la Contraloría Interna, Asuntos Jurídicos y Comunicación Social y por otro lado, tres Subdirecciones: Subdirección General Médica, Subdirección General de Enseñanza e Investigación, Subdirección General de Administración y la Unidad de Planeación y Finanzas.

La Subdirección General Médica está integrada por: departamento de enfermería, cuatro divisiones médicas y 21 departamentos; departamento de medicina interna (donde se ubica el servicio de hematología), departamento de infectología, departamento de neumología, departamento de terapia intensiva y departamento de especialidades médicas; la división de cirugía se integra por: el departamento de cirugía general, departamento de especialidades quirúrgicas I, departamento de ortopedia, departamento de especialidades quirúrgicas II y el departamento de especialidades quirúrgicas III. La división de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se integra por cinco departamentos: el primero es el departamento de análisis clínicos, departamento de laboratorio de especialidades; el segundo son los departamentos de anatomía patológica; el tercero, departamento de radiología; el cuarto es el departamento de medicina nuclear y el quinto es la división de consulta externa; urgencias se compone de seis departamentos que son los siguientes: departamen--

to de archivo clínico, departamento de trabajo social, departamento de consulta externa, departamento de dietética y alimentación, departamento de urgencias y el departamento de medicina comunitaria.

La Subdirección General de Enseñanza e Investigación está integrada por la división de investigación y seis departamentos: departamento de enseñanza de Pre y Posgrado, departamento de investigación continua, departamento de publicaciones y la división de investigación que se integra por: el departamento de investigación biomédica, departamento de investigación clínica y el departamento de investigación sociomédica.

La Subdirección General de Administración cuenta con cuatro divisiones administrativas y siete departamentos. Las divisiones son: división de administración y desarrollo de personal -- que se integra por el departamento de empleo, departamento de relaciones laborales y departamento de capacitación y desarrollo. La división de recursos materiales cuenta con dos departamentos: departamento de adquisiciones y el departamento de control de bienes. La división de servicios generales por dos departamentos: el departamento de mantenimiento y el departamento de servicios de apoyo. La unidad de planeación y finanzas se divide en: la división de finanzas y la división de planeación y presupuesto; la primera cuenta con dos departamentos: el departamento de contabilidad y costos y el departamento de tesorería; la segunda cuenta con tres departamentos: el departamento de organización y modernización administrativa, el departamento

de programación y evaluación y el departamento de estadística e informática (10) (ver cuadro # 3).

1.5 AREA DE TRABAJO SOCIAL

1.5.1 OBJETIVOS

GENERALES:

«Investigar los factores sociales que originan conflictos de salud en el individuo dentro de su contexto social e intervenir en su tratamiento.

-Aportar al equipo de salud, el estudio de variables socio-económicas y culturales que inciden en la etiología y desarrollo de enfermedades y sus consecuencias sociales, identificando aquellas que impiden o retardan el tratamiento médico-social.

ESPECIFICOS:

-Interpretar las probables causas y efectos sociales, que originan enfermedad.

-Lograr la participación activa de la familia y del propio paciente para buscar alternativas de solución.

- Lograr la integración del paciente a su núcleo familiar y social.

- Contribuir a los cambios sociales necesarios para lograr la promoción y restauración de salud.

- Integrar al departamento, al equipo multidisciplinario de salud y contribuir al tratamiento bio-psico-social del paciente.

- Desarrollar programas orientados a hacer educación para la salud, investigación y enseñanza" (12).

1.5.2 FUNCIONES DE TRABAJO SOCIAL

INVESTIGACION: "Es la base principal para planificar las funciones del Trabajo Social. Esta actividad proporciona el conocimiento real de las condiciones bio-psico-sociales del paciente. Correctamente realizada impide la improvisación, aporta datos objetivos a la atención médico-social y permite el desarrollo de nuevos programas.

ENSEÑANZA: Este aspecto mantiene vivo a todas las áreas anteriores y es el que se encarga de "capacitar permanentemente al personal médico-social". (El entrecomillado es de los autores).

ASISTENCIA: Es la acción que se realiza con los solicitantes para prestarles un servicio de orientación y educación. En un hospital de Asistencia Social, acuden diariamente personas en crisis sociales a las que se suministran una "ayuda inmediata encaminada a lograr del solicitante un cierto grado de autosuficiencia que evitará la dependencia". (El entrecomillado es de los autores).

Esta forma de trabajo debe estar cuidadosamente planeada para evitar caer en la mediocridad y en la rutina, especialmente aprovecharán los datos obtenidos en la entrevista, para planear programas preventivos que conduzcan a la disminución de la asistencia. Estos programas son:

a) Preventivo. - Se define como un proceso de intervención que procura anteponerse a las consecuencias de un determinado fenómeno, esta función es percibida cuando se trata de evitar las causas del desequilibrio, introduciendo elementos que puedan eliminarlo.

En el pasado, la medicina ha tenido un papel esencialmente curativo, pensando que su función es limitada al de los enfermos y no al de los sanos.

Se olvidó que cuando la población vive en un ambiente pobre y peligroso, la sola extensión y mejoramiento de la atención médica curativa es incapaz de elevar el nivel de salud de la población. Actualmente la prevención y el fomento de la salud puede ayudar eficazmente en la elevación del nivel de vida de la población y particularmente en los niveles de salud.

b) Rehabilitatorio. - Se considera que el individuo es rehabilitable en diferentes grados aunque la invalidez produzca una condición de inferioridad frente a las exigencias del medio que condiciona la subsistencia.

Sin embargo, el organismo humano tiene una gran capacidad de adaptación a su proceso rehabilitatorio, aun cuando en algunos pacientes el daño físico es mayor por los problemas sociales que por la incapacidad biológica real"(13).

(13) Manual Informativo. I.N.P. s/p.

1.5.3 ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS

a)URGENCIAS:

- 1.-Fichas de identificación
- 2.-Periféricos
- 3.-Notificación al Ministerio Público de casos médico legales
- 4.-Manejo de alta de pacientes
- 5.-Notas de crédito
- 6.-Manejo de casos hospitalizados en urgencias
- 7.-Fallecimientos
- 8.-Informe diario
- 9.-Manejo de libreta e informe mensual
- 10.-Estudios sociales cortos

b)CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA:

- 1.-Fichas de identificación
- 2.-Manejo de libreta e informe mensual

c)CONSULTA ESPECIALIZADA:

- 1.-Manejo de casos diversos

d)HOSPITALIZACION:

- 1.-Estudios socio-económicos profundos

- 2.-Estudios socio-económicos cortos
- 3.-Signos de combe
- 4.-Clasificación
- 5.-Sumarios sociales
- 6.-Resumen social y de fallecimiento
- 7.-Notas subsecuentes y de reingreso
- 8.-Visitas domiciliarias
- 9.-Visitas a instituciones
- 10.-Visitas médicas
- 11.-Sesiones interdisciplinarias e interdepartamentales
- 12.-Entrevistas
- 13.-Orientaciones
- 14.-Manejo de casos médico legales y menores maltratados
- 15.-Supervisión
- 16.-Ayudas
- 17.-Pases de madre participante
- 18.-Donaciones de sangre
- 19.-Recuperación de cuotas
- 20.-Reclasificaciones
- 21.-Notas de crédito
- 22.-Alta voluntaria
- 23.-Alta de pacientes
- 24.-Citatorios
- 25.-Permisos de salida de pacientes hospitalizados
- 26.-Vales de charolas de comida
- 27.-Constancias

- 28.-Localización de familiares y/o pacientes
- 29.-Actas de abandono de menores
- 30.-Manejo de expedientes sociales
- 31.-Informe mensual
- 32.-Manejo de libretas del registro diario de pacientes
- 33.-Entrega de servicios
- 34.-Pases de permanencia para las 24hrs.
- 35.-Seguimiento de casos
- 36.-Exención de pago
- 37.-Revisión bimestral de servicios
- 38.-Canalizaciones
- 39.-Correspondencia

El Departamento de Trabajo Social tiene la responsabilidad de participar en congresos, talleres y cursos con trabajos -- teórico-prácticos relacionados con Trabajo Social no solamente al nivel de jefatura, sino a nivel de supervisoras y trabajadoras sociales"(14).

El Trabajador Social debe apoyar al médico, en el manejo - de casos en proceso de duelo y en caso de fallecimiento a con seguir la autorización por parte de los familiares para efectuar la autopsia o disponer de órganos en algunos casos.

(14) Manual Informativo. I.N.P. s/p.

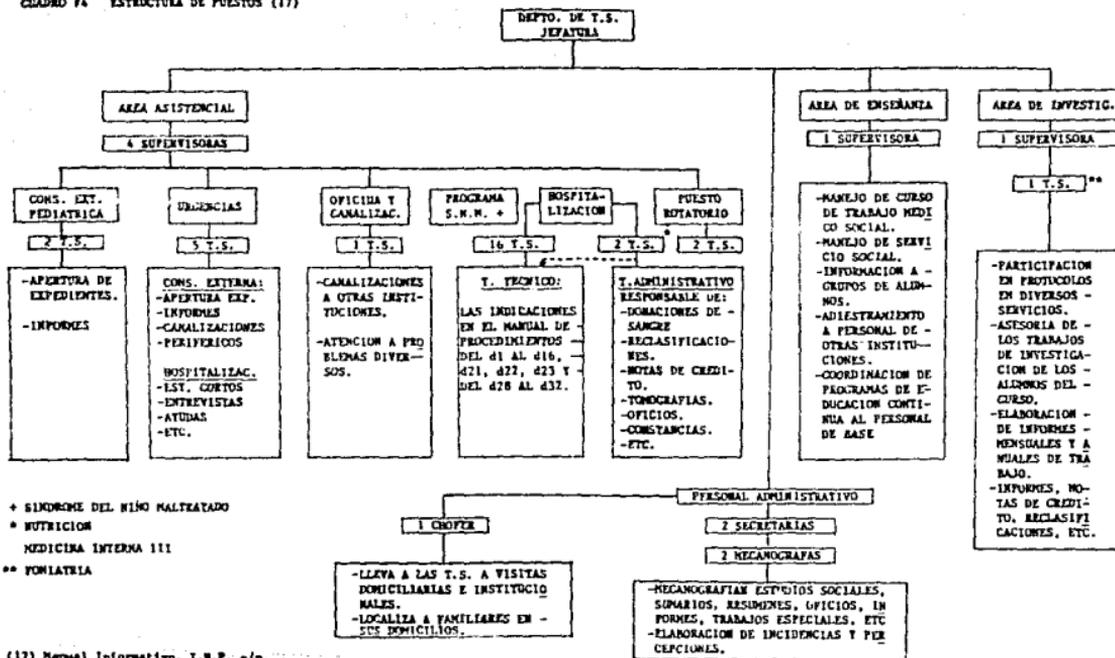
1.5.4 UBICACION DE TRABAJO SOCIAL, PERSONAL Y CATEGORIAS CON LAS QUE CUENTA

El Departamento de Trabajo Social depende directamente de la Subdirección General de Servicios Médicos. El personal con el que cuenta es jefe de Trabajo Médico Social, auxiliada por una secretaria y una supervisora por cada piso. A su vez cada supervisora tiene a su cargo un determinado número de Trabajadoras Sociales adscritas a los servicios existentes en cada piso: planta baja 6 Trabajadoras Sociales; planta principal 5 Trabajadoras Sociales; primer piso 4 Trabajadoras Sociales; segundo piso 5 Trabajadoras Sociales; tercer piso 4 Trabajadoras Sociales; cuarto piso 3 Trabajadoras Sociales. Se cuenta además con 3 secretarias y un chofer.

El Departamento de Trabajo Social está integrado por tres áreas; área asistencial; a cargo de 5 supervisoras de Trabajo Social, 1 jefe de Trabajo Social y 27 Trabajadoras Sociales mismas que se distribuyen en los siguientes servicios: consulta externa y pediatría a cargo de 2 Trabajadoras Sociales, urgencias con 5 Trabajadoras Sociales en consulta externa, oficina y canalización con una Trabajadora Social. En lo referente a trabajo técnico: 16 Trabajadoras Sociales en hospitalización y 2 Trabajadoras Sociales para el trabajo administrativo; 1 Trabajadora Social en medicina comunitaria y la otra en el programa del niño maltratado (15). (Ver cuadros # 4 y 5)

(15) Grupo de Práctica Institucional 1912. Prof. Esther Reyes Ramírez.op.cit.

CUADRO PA. ESTRUCTURA DE PUESTOS (17)



+ SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

* NUTRICION

MEDICINA INTERNA III

** FONIATRIA

(17) Manual Informativo. I.N.P. s/p.

1.6 CARACTERISTICAS DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA EN EL I.N.P.

El servicio de Hematología está ubicado en el primer piso -- del I.N.P., atiende a pacientes menores de 18 años con diagnósticos de leucemia aguda linfoblástica (L.A.L.) y mieloblástica (L.A.M.) los cuales ingresan a través de Consulta Externa o por Urgencias, su horario de atención es de las 8:00 a las 16:00 horas. Dicha población (118 casos) rebasa la capacidad del servicio ya que solo cuenta con una sala de hospitalización con diez camas y dos consultorios para Consulta Externa y otro para aplicación de medicamentos.

El equipo de salud que atiende a estos pacientes está inte--grado por un Trabajador Social que tiene a su cargo también el servicio de Oncología, tres médicos exclusivos del servicio de Hematología, un psicólogo y cinco enfermeras que atienden los -diversos servicios del primer piso.

Las carencias son notables pues no cuenta con una sala de recuperación para después de la aplicación de los medicamentos a pacientes, misma que resulta indispensable debido a los efectos inmediatos que les producen.

La falta de espacios adecuados para que se desempeñe el equipo de salud representa otro problema; el Trabajador Social por ejemplo cuenta con un cubículo muy pequeño que comparte con o--tro Trabajador Social que atiende otros servicios y carece de -un lugar específico para realizar las entrevistas, orientacio--nes, apoyo emocional, etc.

Otro aspecto importante es la escases de medicinas en el banco de medicamentos del I.N.P., situación que retrasa el trata--miento del paciente y disminuye las posibilidades de que logre una remisión.

CAPITULO II
LA LEUCEMIA

2.1 DEFINICION

La palabra leucemia (sangre blanca), implica una condición de la sangre caracterizada por un gran aumento del número de leucocitos..

H.J. Woodliff señala que "las leucemias son un grupo de padecimientos de etiología incierta que se caracterizan por proliferación anormal de tejido leucopoyético en el cuerpo. Casi siempre son mortales, aunque en ocasiones puede haber remisiones — transitorias"(1).

Otra de las definiciones más completas sobre la leucemia es la descrita por Rapaport Samuel: "las leucemias constituyen un grupo de trastornos con fisiopatología, manifestaciones clínicas y pronósticos diferentes, su carácter común es la acumulación o proliferación irregular en la médula ósea, de un miembro de la serie leucocitaria de la sangre. La célula leucémica excede en número y sustituye a los elementos celulares normales. No queda indemne ninguna zona de la médula, por tanto, el aspirado medular de cualquier punto revela la infiltración leucémica, la célula leucémica también prolifera en otras regiones del sistema reticuloendotelial: bazo, hígado y ganglios linfáticos. Por otra parte, las células leucémicas invaden a menudo órganos y tejidos no hematológicos como las meninges, conducto gastroin--

(1) Woodliff H.J. Hematología Clínica. Ed.El Manual Moderno S.A México, 1982. p.134.

testinal, riñones y piel⁽²⁾.

De acuerdo a la variedad de definiciones que existen sobre este padecimiento, podemos describirlo como una enfermedad neoplásica maligna, caracterizada por la proliferación de los leucocitos, dentro y fuera de los órganos hematopoyéticos (médula ósea, bazo y ganglios linfáticos). Las células leucémicas se distinguen por no lograr madurar y retener la capacidad de dividirse, lo que origina una insuficiencia de médula ósea y una sobrepoblación de células anómalas, las cuales tienden a introducirse en la sangre y en otros órganos como el hígado, el bazo, los ganglios linfáticos, las meninges, el cerebro, la piel o los testículos.

Actualmente dicha enfermedad ha sido objeto de gran interés para la ciencia médica, la cual ha intensificado y profundizado su estudio, logrando con esto un aumento en la sobrevida de estos pacientes, sin embargo, ante la ausencia de un tratamiento específico, la enfermedad es uniformemente fatal en un corto período de tiempo.

(2) Rapaport, Samuel. Introducción a la Hematología. Ed. Salvat. España, 1981. p.164.

2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

La primera descripción de la leucemia es publicada en 1827 - por Velpeau (3), en base al caso de uno de sus pacientes de 63 años de edad que cayó enfermo con una hinchazón abdominal, fiebre, debilidad y síntomas consecutivos a litiasis urinarias. Pocos días después falleció y al practicársele la autopsia se encontró con que el hígado y el bazo excedían en su peso y tamaño normal y la sangre era densa como el atole. Debido a este aspecto de la sangre varios investigadores realizaron estudios más profundos.

Es Donné (4), el primero en analizar la sangre de un paciente leucémico en vida, encontrando dentro de ésta una gran cantidad de células incoloras, llevándolo a pensar que se trataba de pus

En 1845, Bennett (5) en Escocia y Virchow (6) en Alemania reconocieron a la leucemia como una entidad patológica diferente y es Virchow (7), quien introduce el término de "leucemia" en 1847, publicando brillantes estudios sobre la naturaleza de esta enfermedad.

(3) Dameshek, William. La leucemia. Ed. Científico Médica. España 1967. p.1.

(4) Ibidem. p.2

(5) Leavell, Bryd S. Hematología Clínica. Ed. Interamericana. México, 1984. p.372

(6) Ibidem.

(7) Ibidem.

Diez años después, Friedreich (8) describe el primer caso de leucemia aguda, estableciendo así las características básicas de dicha enfermedad.

En 1879, Gowers (9) definió a la leucemia como una enfermedad crónica pero en 1889, Ebstein (10) reconoció una forma distinta a la enfermedad crónica habitual, la cual calificó como leucemias agudas, realizando una detallada descripción clínica de los síntomas que los caracterizan. Más tarde en 1895, Fraenkel (11) afirmó, que la variedad aguda se presentaba con mayor frecuencia que las leucemias crónicas.

Con el descubrimiento de las leucemias agudas y crónicas se cerró la etapa más importante de la hematología morfológica en su aplicación a la leucemia, posteriormente se realizaron grandes investigaciones las cuales se centraron principalmente en los aspectos funcionales y dinámicos de dicha enfermedad con la finalidad de erradicarla.

(8) Leavell, Byrd S. op.cit.

(9) Dameshek, William. op.cit.

(10) Ibidem. p.10

(11) Ibidem.

2.3 CLASIFICACION

Desde el punto de vista morfológico, es decir, la presencia y predominio de determinado tipo celular. Las leucemias se pueden clasificar en agudas y crónicas.

El 98% de las leucemias en los niños son agudas, de éstas aproximadamente el 90% son de origen linfoide (linfoblásticas) y las restantes son mieloblásticas, mielocíticas e indiferenciadas.

El otro 2% de las leucemias son crónicas, siendo exclusivamente de origen granulocítica (esta es la forma como se presenta - la leucemia congénita).

Debido a las características de nuestra investigación, se estudiarán solo las leucemias agudas ya que éstas son las que se presentan con mayor frecuencia en pediatría.

Clasicamente, las leucemias agudas se dividen como mencionamos anteriormente en linfoblásticas y mieloides (llamadas también no linfoblásticas), según su origen en el tejido linfático o en la médula ósea respectivamente.

Un grupo cooperativo franco-británico-norteamericano (FAB) - ha propuesto una clasificación más detallada de las leucemias agudas.

Define tres tipos de leucemia linfoblástica y siete tipos de leucemia mieloides.

De las leucemias linfoblásticas agudas se distinguen tres tipos: L1, L2 y L3. El L1 es común en los niños; el L2 es común

en adultos y el L₃ se presenta tanto en niños como en adultos; representan el 5% de los casos, son los de peor pronóstico y la célula alterada es un linfocito B. (ver cuadro # 6).

La transformación leucémica puede ocurrir a nivel de células primitivas orientadas. Algunos enfermos tienen una leucemia aguda bifenotípica, es decir, que existen subpoblaciones que tienen marcadores mieloides y linfoides.

En las leucemias mieloblásticas agudas se han observado trisomías de los cromosomas 8, 9, 21 deleciones completas o parciales de los cromosomas 5 y 7 y translocaciones entre otros cromosomas.

Algunas de estas alteraciones ocurren regularmente en ciertos tipos de leucemias mieloblásticas agudas como la M₃ en la cual se presenta invariablemente una translocación 15 y 1.

Cuadro # 6

CLASIFICACION DE LAS LEUCEMIAS

Leucemia Linfoblástica: Se divide en tres tipos; L₁, L₂ y L₃ de acuerdo con la ocurrencia de rasgos citológicos individuales y según el grado de heterogeneidad en la población de células leucémicas.

CLASIFICACION	TIPO(S) CELULAR(ES)	CARACTERISTICAS
L ₁	Microlinfoblastos	Microlinfoblastos pequeños, muchas veces no hay nucleolos o son muy pequeños e inconspicuos.
L ₂	Grandes Linfoblastos indiferenciados.	Célula grande más indiferenciada. Casi siempre contiene nucleólos que varían en tamaño y cantidad.
L ₃	Tipo Burkitt	Célula grande de núcleo regular oval o redondo, con uno o más nucleólos vesiculares prominentes. Vacuolación citoplasmática prominente en la mayoría de las células, idéntica a la descrita en las células del linfoma Burkitt.

Leucemia Mielóide: Se divide en seis tipos principales de acuerdo con la dirección de la diferenciación a lo largo de una o más líneas celulares y el grado de maduración. M₁, M₂ y M₃ pueden exhibir una diferenciación a predominio granulocítico, M₄ presenta diferenciación granulocítica y monocítica, M₅ diferenciación a predominio monocítico y M₆ diferenciación a predominio eritroblástico.

CLASIFICACION	TIPO(S) CELULAR(ES)	CARACTERISTICAS
M ₁	Mieloblastos	Mieloblastos no granulares que suelen contener uno o más nucleólos nítidos.
M ₂	Mieloblastos promielocitos, mielocitos.	Maduración más allá de la etapa de promielocito. Son comunes las células que contienen bastones de Auer.
M ₃	Promielocitos hipergranulares	La mayoría de las células son promielocitos con un patrón característico de intensa granulación.
M ₄	Promielocitos, mielocitos, promonocitos, monocitos.	Existe diferenciación granulocítica y monocítica en proporciones variables.
M ₅ (a)	Monoblastos	Monoblastos poco diferenciados.
M ₅ (b)	Monoblastos, promonocitos, monocitos.	Monoblastos, promonocitos y monocitos diferenciados.
M ₆	Eritrocitos	Eritropoyesis grotesca. Eritroblastos con lobulación múltiple del núcleo, núcleos múltiples, fragmentos nucleares, formas gigantes y rasgos megaloblásticos.

Leucemia Megacarioblástica

CLASIFICACION	TIPO(S) CELULAR(ES)	CARACTERISTICAS
M ₇	Megacariocitos	Leucemia megacarioblástica aguda en la cual se destacan megacariocitos inmaduros con plaquetas anormales.

2.4 ETIOLOGIA

Actualmente se desconoce cuales son las causas que originan la leucemia, sin embargo, los médicos expertos la definen como una neoplasia maligna, que puede ser generada por alguno o varios de los siguientes factores:

GENETICOS.--la aparición de varios casos de leucemia en la misma familia hacen sospechar de influencia genética. El Dr. García Villanueva señala que "la frecuencia de aparición es 17 veces mayor en miembros de familias en que ya se ha presentado un caso"(13). Sin embargo, estas observaciones no son concluyentes, porque cabe la posibilidad de que algún factor desconocido en el ambiente familiar pueda ser la causa de la enfermedad, ya que se han dado casos en que una madre leucémica ha tenido hijos sanos y por el contrario madres que no han padecido la enfermedad han procreado hijos leucémicos. Además se han demostrado alteraciones cromosómicas en pacientes con Mongolismo (Síndrome de Down) padecimiento que se caracteriza por un cromosoma adicional, encontrándose en estos casos que la frecuencia de leucemia es 20 veces mayor (14).

(13)García Villanueva, Rafael. Terapéutica actual de la leucemia aguda. Tesis. México, 1972. Universidad de Guanajuato. p.68.

(14)Ibidem.

RADIACIONES IONIZANTES.—"El médico general padece leucemia 2 veces más frecuente que la población general, el radiólogo de 4-9 veces más frecuente que el médico general" (15).

Los pacientes con policitemia vera y los pacientes con espondilitis anquilosante presentan una alta frecuencia de leucemia, cuando se les irradia con fines terapéuticos. En Hiroshima y Nagasaki las personas que recibieron radiaciones letales han presentado leucemia más frecuentemente que la población general japonesa.

MEDICAMENTOS Y SUBSTANCIAS QUÍMICAS.—El contacto frecuente o prolongado con sustancias químicas industriales o medicamentos como el bencol, aumentan las posibilidades de adquirir dicha enfermedad.

VIRUS.—A pesar de que en animales como el pollo y el ratón se ha logrado transmitir virus leucemógenos perfectamente individualizados, en los seres humanos no se ha logrado aislar ninguno de los virus, sin embargo, el hecho de que se detecten brotes epidemiológicos de leucemia en una misma comunidad, infiere la existencia de un virus que posiblemente se manifiesta bajo la influencia de diversos factores.

En el siguiente cuadro aparecen los grupos de pacientes con alto riesgo de padecer esta enfermedad.

Cuadro # 7 (16)

TIPO DE PACIENTES	RIESGO	INTERVALO DE PRESENTACION
Gemelos idénticos de niños con leucemia	1:5	Semanas
Policitemia vera, tratada con radiaciones	1:6	Entre 1. y 15 años
Síndrome de Bloom (telangiectasia facial y enanismo)	1:8	Antes de los 30 años de edad
Sobrevivientes de Hiroshima que estuvieron a menos de 100mts. del epicentro	1:60	Entre los 12 años post. a la exposición.
Espandilitis anquisolante tratada con radiaciones	1:270	15 años después
Hermanos de niños leucémicos	1:720	Dentro de un lapso de 16 años.

2.5 FRECUENCIA

A nivel mundial la frecuencia de la leucemia ha aumentado debido a que se ha hecho más común el diagnóstico y a que la humanidad vive más tiempo.

Actualmente en México se presenta un caso de leucemia por cada 2800 que ingresan a un hospital pediátrico (17) y ocupa el quinto lugar como causa de muerte (18).

Dicha enfermedad es considerada como la causa principal de muerte entre las enfermedades neoplásicas de la niñez, ya que ocasiona el 50% de las defunciones entre estas enfermedades (19) presentándose con mayor frecuencia en niños de 1 a 5 años de edad (20).

Existe una incidencia ligeramente mayor en los hombres 1.3:1 comparada con las mujeres (21).

"La leucemia es más común en personas de raza judía que en no judíos y menos común en negros que en caucásicos. La frecuencia de caucásicos y negros es aproximadamente la misma si se excluye a la población judía" (22).

(17) Martínez y Martínez, Roberto. La salud del niño y del adolescente. Ed. Salvat. Tomo II. México, 1981. p. 1399.

(18) Ibidem.

(19) Valenzuela, Rogelio H. et. al. Manual de Pediatría. Nueva Editorial Interamericana. México, 1985. p. 598.

(20) Ibidem.

(21) Wyngaarden, J.B. et. al. Tratado de Medicina Interna de Cecil. Ed. Interamericana. España, 1986. p. 1099.

(22) Leavel, B.S. et.al. Hematología Clínica. Ed. Interamericana México, 1964. p. 334.

2.6 SINTOMATOLOGIA

Las manifestaciones clínicas de las leucemias son muy similares entre sí. Debido a que el paciente presenta los siguientes síntomas: palidez, anorexia, irritabilidad, dolor abdominal y malestar, los padres suelen confundir a la leucemia con otros padecimientos como la hepatitis, enfermedades infecciosas, fiebre reumática, anemia, etc, con o sin este incidente previo, se han mostrado preocupados acerca de la progresiva palidez y menor actividad del niño. El hecho que finalmente hace que se lleve al niño con el médico suele ser el comienzo del dolor físico, hemorragias, fiebre y una combinación de estos síntomas.

Los síntomas más frecuentes son los resultados inespecíficos de la anemia. Dependiendo de la edad del niño, puede haber manifestaciones de debilidad, excesivo cansancio, malestar, lassitud, disminución de la tolerancia al ejercicio o creciente palidez.

En algunos casos, la enfermedad viene precedida por fiebre elevada y una infección de vías respiratorias altas, de la que el niño no se recupera como cabría esperar con un tratamiento rutinario atribuido a una faringitis.

La hemorragia puede encontrarse en aproximadamente la mitad de los niños y ésta se aprecia por lo general en la piel, pero

también puede localizarse en las mucosas, en especial en las de la nariz. Puede haber hemorragia gingival o también puede encontrarse sangre en heces u orina. Cuando la leucemia es fulminante puede ocasionar una hemorragia intraocular.

Puede producirse dolor en aproximadamente la cuarta parte de los pacientes. El dolor óseo es la forma más frecuente y puede manifestarse en forma de dolor difuso en brazos o piernas, dolor de espalda o estar aparentemente localizado en una articulación. Ciertos síntomas, tales como dolor local o generalizado, cojera y magulladuras consecutivas a una lesión específica son a veces tan evidentes, que justifican que se considere a un traumatismo como factor etiológico.

Manifestaciones infrecuentes de los niños con leucemia en el momento de efectuar el diagnóstico, son una marcada hipertrofia de los ganglios linfáticos, úlceras bucales dolorosas, lesiones cutáneas infiltrativas y tumefacción de una glándula parótida o de un testículo.

Los niños presentan en ocasiones síntomas de hipertensión intracraneal, tales como cefalea, vómitos o somnolencia o síntomas neurológicos, tales como parálisis facial, estrabismo o diplopía. Estas manifestaciones infrecuentes van siempre acompañadas de los síntomas más habituales de leucemia aguda.

2.7 PRONOSTICO

Los intensos esfuerzos que se realizan con los nuevos agentes terapéuticos anti-leucémicos, han logrado modificar notablemente el pronóstico de los enfermos leucémicos. Antes del uso de medicamentos eficaces contra la leucemia la sobrevivida de los pacientes variaba de 2 a 6 meses después de haberse diagnosticada la enfermedad (23), salvo las raras ocasiones en que ocurría remisión temporal, sin que ninguna causa aparente la produjera, después con el uso de medicamentos de sostén, tales como las transfusiones de sangre fresca, el descubrimiento de varios medicamentos y la combinación de estos llevados a la práctica con resultados favorables, han hecho que aumente considerablemente la supervivencia de los pacientes leucémicos.

El pronóstico va a depender de varios factores como son:

- a) El tipo de leucemia, ya que las de tipo linfoblástica resultan ser las de mejor pronóstico (24).
- b) La edad, ya que niños de 3 años o mayores de 10 presentarán un mal pronóstico. (25).
- c) Los de raza negra presentarán un peor pronóstico (26).

(23) Pavlovesky, Santiago. Controversias en el tratamiento de la leucemia aguda linfoblástica. Prensa Médica Argentina. Vol. 70 No. 10 Argentina, 1983. p. 422.

(24) Pochdly, Carl. Leucemia en el niño. Ed. Pediátrica. España, 1974. p. 214.

(25) Ibidem.

(26) Ibidem.

- d) El número de blastos en la sangre periférica (27).
- e) La presencia de sensibilidad esternal (28).
- f) Hemorragia grave en el momento del exámen inicial (29).
- g) La leucocitosis externa, ya que con cifras menores de 100,000 leucocitos sobreviven más tiempo que los que tienen más de -- 100,000 (30).

Durante los últimos 5-6 años se han logrado adelantos notables tanto por el descubrimiento de nuevos citotóxicos, como -- por un mejor empleo de los ya conocidos; el uso y estudio cada vez más constante de la inmunología en la leucemia así como en otras neoplasias, nos hace pensar que dentro de algunos años aumentará considerablemente el número de sobrevivientes con más -- de 5 años y se comprobará que una fracción de ellos estarán completamente curados.

(27) García Villanueva, Rafael. op. cit. p. 23

(28) Ibidem.

(29) Ibidem.

(30) Ibidem.

2.8 TRATAMIENTO

En la actualidad no se puede hablar de un tratamiento curativo de la leucemia debido a que se ignoran sus factores etiológicos, sin embargo, el tratamiento es suficientemente eficaz, como para que durante la remisión de la enfermedad el paciente se sienta perfectamente bien,

Se habla de remisión completa cuando un paciente con todas las manifestaciones de la leucemia es sometido a tratamiento y desaparecen en él los diversos signos y síntomas clínicos y hematológicos de la enfermedad, es decir, se ha logrado una reducción de las células leucémicas a niveles no identificables y el restablecimiento de la función normal de la médula ósea, permitiendo la recuperación de un estado normal de actividad por parte del paciente.

La remisión incompleta se presenta cuando en el paciente leucémico sólo desaparecen las manifestaciones clínicas de la enfermedad, persistiendo los datos hematológicos de la misma.

Se habla de una recaída cuando un paciente que se encuentra en remisión completa o incompleta vuelve a presentar datos clínicos o hematológicos de la enfermedad.

El objetivo fundamental del tratamiento es alcanzar una remisión completa, consistente en la desaparición de las células leucémicas de la sangre periférica y de la médula ósea; restaurar las funciones hematopoyéticas y volver al paciente a un estado normal de vida.

El tratamiento antileucémico consta de 3 fases: 1)Inducción a la remisión; 2)Consolidación y; 3)Tratamiento de Sostén.

1)Inducción a la remisión: Su objetivo primordial es lograr una remisión completa y para conseguirlo se requiere por lo general de 3-6 semanas de tratamiento.

Gracias a la combinación de dos fármacos en el tratamiento se han aumentado los logros de remisiones completas, siendo la combinación más eficaz la de los medicamentos vincristina y prednisona que han permitido la remisión completa en más del 90% de los pacientes pediátricos (31).

En enfermos leucémicos mayores de 15 años se ha logrado aumentar el índice de remisiones completas a más del 80% gracias a la adición de un tercer medicamento ya sea L-asparaginasa, methotrexate, doxorrobicina o daunorrubicina (32).

2)Consolidación:Una vez que se ha logrado la remisión, en la terapéutica de consolidación se intenta eliminar los nidos de células leucémicas, que podrían estar ocultos en el Sistema Nervioso Central más allá del alcance de los fármacos antileucémicos para lo cual se administra methotrexate o citocina arabinócido, con la aplicación de radioterapia o sin ella. Dicho tratamiento abarca un período de 2-3 semanas de quimio

(31)Wynngaarden, J.B. et.al. op.cit. p. 1102

(32)Ibidem.

terapia más intensa.

3) Tratamiento de sostén o mantenimiento: Después de inducir la remisión y emprender profilaxia para S.N.C, es necesario el tratamiento continuo para prevenir la recaída medular. Las combinaciones de fármacos que no se usan en el régimen de inducción son más eficaces para conservar la remisión, de los cuales la 6-mercaptopurina y methotrexate son más eficaces.

En ocasiones se usan múltiples fármacos, específicos o no de ciclo celular, durante el tratamiento se sostén para prevenir la aparición de células leucémicas resistentes a los fármacos.

En cuanto al tiempo que debe continuar el tratamiento de sostén oscila entre 2.5 a 5 años. Si se ha conservado remisión completa y continua durante 2.5 a 3 años, la frecuencia global de recaídas después de suspender el tratamiento es de cerca de 25%. El sitio más frecuente de recaída es la médula ósea; el riesgo mayor ocurre durante el primer año después de suspender el tratamiento. Los pacientes en remisión durante cuatro años después de completar 2.5 a 3 años de tratamiento tienen un riesgo insignificante de recaída.

Por otro lado, cabe señalar que el tratamiento de la leucemia requiere el empleo de fármacos que, sin excepción, afectan de forma adversa las defensas orgánicas contra la infección.

En muchos niños, el diagnóstico de leucemia se efectúa cuan-

do infecciones recurrentes o recalcitrantes los llevan al médico y la infección es la causa inmediata de muerte de los niños con leucemia. Por estas razones, deben darse los pasos necesarios para diagnosticar e iniciar el tratamiento antileucémico específico.

Cabe mencionar que en este tratamiento médico también intervienen otros profesionistas sin los cuales no se lograría un adecuado tratamiento y por ende la rehabilitación del paciente; entre los que se encuentran el Trabajador Social, el psicólogo, la enfermera por lo que en el siguiente capítulo se contemplará la importancia de la intervención de cada profesional.

CAPITULO III

CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS CON PACIENTES LEUCEMICOS

3.1 DEFINICION DE FAMILIA

En México como en todas las sociedades del mundo, aparece la familia como un elemento fundamental, ya que es en ésta donde se reproduce la especie, así como la crianza y la educación de los nuevos seres humanos. En la familia despertamos a la vida, aprendemos a compartir nuestra vida con otras personas, conocemos el mundo que nos rodea y recibimos educación y sobre todo a aprendemos a amar al sentirnos queridos.

En la familia experimentamos las satisfacciones más intensas las alegrías más grandes y, a veces, las penas más profundas; a sí mismo nos enfrentamos a decisiones y responsabilidades muy importantes.

Muchas son las definiciones que se han estructurado sobre la familia, Una de las que consideramos más importante es la de Ackerman, quien describe a la familia como "una especie de inter cambio; los valores que se intercambian son amor y bienes materiales. Estos valores influyen en todas direcciones dentro de la esfera familiar. Generalmente, los padres son los primeros - en dar" (1).

Por otro lado, el Dr. José Ballesteros M. define a la familia como "la unidad básica de interacción que constituye el ing trumento socializador en cuyo ámbito, el sujeto adquiere su iden

(1) Ackerman W., Nathan. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Horme. Argentina, 1977. p. 40

tividad, que surge de la necesaria interdependencia de los roles correspondientes a la situación triangular básica padre-madre-hijo, emergentes de las relaciones y diferencias funcionales y biológicas. Esta situación triangular básica universal con sus posibles variables culturales, determinan el modelo que seguirán las interrelaciones familiares" (2).

Por lo tanto, podríamos decir que la familia como célula básica de toda sociedad es un conjunto de personas que viven o no bajo el mismo techo, comparten intereses, recursos, experiencias, expectativas y existen entre ellos lazos de consanguinidad y puede también no haberlos por ejemplo, entre los esposos no hay lazos consanguíneos, pues son personas que provienen de distintas familias.

La vida familiar es uno de los motores principales del comportamiento social, mueve al individuo en su trabajo cotidiano, en sus esfuerzos, en la expresión de sus emociones y en la dirección de sus hijos, sobre quienes ejerce su acción socializadora. La familia es el primer medio que conocen los hijos al nacer; en él aprenden las pautas tempranas de su desarrollo y será su contexto inmediato a lo largo de toda su vida. Lo que el niño aprende en el hogar se manifiesta en sus actos sociales y es sumamente importante que la educación que obtenga en esta etapa sea la adecuada; de lo contrario el niño podría ad-

(2) Ballesteros Monroy, José. Evaluación dinámica de la familia. Plática para el curso "Alternativas de acción con familias de la AMTSPAC". México, 1980. p.1

querir problemas emocionales que posiblemente no logre superar - en su vida adulta.

La familia que está en interacción constante con otro grupo - familiar, pondrá en contacto al niño con este último y los pa---dres son quienes deben prepararles para este encuentro, para que obtenga lo que necesita; es decir, para lograr su satisfacción - física y mental.

Por otro lado, sabemos que en las familias predomina el caracuter formal de las relaciones y la autoridad paterna o materna se impone en función de la posición que ocupa cada quien, la importancia actual de la familia deriva de la conjugación ideal entre la relación primaria afectiva, voluntaria, racional de sus miembros y el sentido trascendente de las funciones familiares como instrumento social.

3.2 FUNCIONES UNIVERSALES DE LA FAMILIA

Luis Leñero (3) señala que las funciones universales de la familia son:

a) Regulación de las relaciones sexuales: Es en la familia donde se complementa el impulso amoroso, no solo a través de la búsqueda erótica sino que también, va simultáneamente unida a una relación afectuosa permanente, misma que genera una estructura familiar más estable.

Cabe señalar, que en la actualidad dichas relaciones sexuales se llevan a cabo fuera del contexto familiar de manera supletoria a la limitación sexual que establece la familia, tanto para solteros como para los casados, y por otro lado existen familias que no le dan mayor importancia a la relación sexual.

b) Función económica: La familia busca asegurar el mantenimiento básico de sus miembros, sin embargo, su función de consumo de necesidades es muy variable ya que pretende resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, vivienda, salud, etc.

(3) Leñero Otero, Luis. La Familia. Ed. Edicol. México 1976. pp. 51-54.

Resulta obvio que a mayor disponibilidad de recursos la familia tendrá un índice mayor por alcanzar la salud.

c) Función de la Reproducción: Existe una estrecha relación entre familia y procreación, ya que la función esencial de la familia es la de proveer de nuevos miembros a la sociedad para la conservación de la especie. Aunque esta función también admite variaciones ya que frecuentemente se generan hijos fuera del matrimonio.

d) Función educativa y socializadora: La tarea socializadora de la familia consiste en adaptar a los hijos a la sociedad, mediante la transmisión de la cultura a través de las enseñanzas de los padres.

e) Función afectiva: La función de equilibrio emocional es algo natural en la familia, por el hecho de ser un grupo de personas con relaciones muy próximas, al menos en su ámbito físico. La familia tiende a ser identificada con "el hogar": el lugar donde se produce el calor afectivo, testigo de los gozos y desilusiones de personas cercanas en su contacto interpersonal.

La familia puede o no cumplir con sus funciones; el cumplir satisfactoriamente con ellas facilitará el adecuado desarrollo de sus integrantes, por el contrario el no llevarlas a cabo da-

Hará directamente a sus miembros.

En el ciclo evolutivo de la familia, ésta puede fallar por omisiones u omisión de sus funciones universales, es decir la familia puede o no alcanzar las metas que le corresponden e incluso actuar en contra de ellas, esto dependerá principalmente de la capacidad de los padres para desarrollar sus potencialidades humanas de razón, de amor, de solidaridad, de interés y de establecer una relación sana y productiva entre ellos y sus hijos.

3.3 TIPOS DE FAMILIAS

FAMILIA NUCLEAR

La familia nuclear constituye un grupo íntimo y fuertemente organizado, una unidad biológica, compuesta por los cónyuges y descendientes.

Modelo familiar en la sociedad capitalista contemporánea. Esta familia propia de las clases media y urbana de los países occidentales industrializados, siguen el perfil de la sociedad capitalista. El modelo está basado en el ideal del matrimonio por amor, lo cual supone igualdad en la estructura de toma de decisiones familiares entre el hombre y la mujer, su función se basa en una presunción del dominio de los machos y de un interés constante de estos por las hembras como objetos sexuales.

En todas las sociedades conocidas, se prepara a los hombres para ciertas actividades y a las mujeres para otras, así las labores domésticas siguen siendo privativas de la mujer y el trabajo externo del hombre. Esta división funciona de tal manera, que un hombre y una mujer pueden constituir una unidad, casi autosuficiente para la producción y el consumo, el hombre es quien suministra las materias primas y la mujer quien las prepara.

Hay un serio desajuste del modelo tradicional conyugal, cuando aparece un proceso de desarrollo de la mujer como persona, trae aparejada un desequilibrio de la estabilidad concebida co-

no ideal, ya que constituye el punto central de la familia y el conflicto puede desembocar en el divorcio.

FAMILIA EXTENDIDA

Grupo difuso y poco organizado de parientes consanguíneos. En este tipo la familia aparece ya disgregada después de la separación de los hijos, en el caso de las familias extendidas y mixtas los hijos casados con su prole, se establecen en la casa paterna. Esto replantea el ciclo familiar para seguir el ritmo de la familia nuclear de los hijos casados.

Suele suceder que la familia sufre muerte de uno de los cónyuges y al llegar a esta fase, el viudo si no se vuelve a casar reajusta su vida adaptándose a la familia de uno de sus hijos.

FAMILIA INCOMPLETA

La familia estructuralmente incompleta comprende también a los hijos de madre soltera o falta cualquiera de los padres, sujetos que por carecer de una imagen paterna, no han introyectado el principio de autoridad, con su consiguiente rechazo a quienes representan en el contexto social a su figura, además de esto se encuentra que los llamados hijos ilegítimos a causa de su posición, representan una elección negativa debido a que en su -

mayoría se desenvuelven dentro de un marcado rechazo familiar, en particular y social en general, por provenir de posibles padres poco valiosos. (4)

(4) Leñero Otero, Luis. op.cit. p.55

3.4 DINAMICA FAMILIAR

Jackson D.D. define la dinámica familiar como "la colección de fuerzas positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta como unidad funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros, que cada miembro de la familia tiene producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estancamiento, y un clima de seguridad o de ansiedad y depresión"(5).

Es importante mencionar que no existe familia sin problemas y aunque no hay una definición de normalidad familiar universalmente aceptada es útil tener presente la opinión del Dr. Leopoldo Chagoya: "La dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de una familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y que les da el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los otros miembros"(6).

Chagoya (7) describe los siguientes elementos los cuales conformarían la dinámica de una familia funcional aclarando que las características contrarias a las aquí descritas son cualida

- (5)Chagoya Beltrán , Leopoldo. "Dinámica Familiar y Patología"
En:La Familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. Editado por: E. Dulanto. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. México, 1975, p.25
- (6)Ibidem. p.26
- (7)Ibidem. p.p. 28-37

des de las familias disfuncionales o patológicas.

a) Ternura: En la familia los sentimientos positivos como la ternura, el amor y el deseo de ternura y amor deben ser expresados libremente ya que si cada miembro se ama así mismo, se siente capaz de satisfacer hasta cierto punto, las necesidades afectivas de los demás y siente también que merece ser amado por los otros.

b) Depresión: Toda familia tiene períodos de depresión, un ejemplo claro es el caso de las familias que cuentan con un hijo leucémico y saben que posiblemente le quedan muy pocos días de vida, o el alejamiento de algún integrante de la familia, etc. Sin embargo, la familia debe tener la capacidad de expresar libremente esta depresión y compartir este tipo de sentimientos que de alguna manera atañen a toda la familia con el fin de que entre ellos mismos se reconforten mutuamente y tomen en cuenta que la depresión será resuelta con el tiempo y la unidad familiar reforzada después de la crisis.

c) Incertidumbre: Muchas veces en el transcurso de la vida se nos presentan situaciones que son equívocas o confusas y donde la imperfección humana se presenta.

La familia tolera a sus miembros la incerteza de situaciones que no están claramente definidas, así como los errores -

que alguno de estos pudiera cometer y debe trabajar de manera unida para resolver las consecuencias de esos errores.

d) Individualidad y dependencia: En la familia sus miembros están comprometidos unos con otros, sin que por esto se llegue a una dependencia absoluta, únicamente aceptan una dependencia parcial y mutua para la satisfacción de algunas necesidades.

Por lo antes mencionado, la familia debe tener presente -- que cada uno de sus integrantes es un individuo con necesidades, pensamientos y sentimientos diferentes, sin embargo, se dan apoyo empático sin que nadie se sacrifique ni imponga su individualidad ante los demás, excepto cuando la propia familia decide que eso es temporalmente necesario para poder resolver una crisis familiar.

De esta forma, cada miembro tiene actividades en las cuales los otros no participan, la familia respeta ciertas zonas de autonomía a las cuales cada individuo tiene derecho.

e) La disolución como meta: Cuando la familia ha llegado a un -- cierto nivel, el objetivo de ésta es disolverse; habrá una separación de los hijos, ya que se convertirán en individuos -- con sus propios puntos de vista ante la vida y formarán nuevas familias, lo cual no quiere decir que esta evolución que toda la familia debe experimentar lleve a una separación total; es inevitable un desprendimiento necesario para que los hijos se desarrollen como individuos.

Es claro que para llegar a esta etapa de separación relativa, es necesario que los integrantes de la familia hayan experimentado y gozado una interacción afectiva y empática y además satisfactoria durante los años en que los hijos fueron jóvenes.

Es conveniente que cuando llegue el momento en que los hijos deben partir, la liga afectiva entre el padre y la madre sea suficientemente sólida, con el objeto de que este proceso sea menos penoso para ambos, por lo tanto, los padres se deben ir preparando poco a poco para que acepten sin problemas esta separación relativa.

f) Comunicación: La familia debe desarrollar la capacidad de utilizar la comunicación verbal clara y directa sobre todo en -- los momentos de crisis, de frustración y de angustia, por ningún motivo deben de emitirse mensajes enmascarados, indirectos y desplazados, simplemente por tener miedo de perder el amor o la estimación de los otros integrantes de la familia.

g) Roles o papeles familiares: En las familias, el comportamiento según los roles tradicionales, está bien definido. Por lo que el padre debe decidir cuales son sus responsabilidades, realizarlas y no esperar a que otro miembro de la familia asuma -- las características de su rol. De la misma manera, la madre decidirá cual es su rol o papel; que es lo que ella debe --

esperar de su marido y de sus hijos y no intentar borrar, de una manera abierta o clandestina, los límites entre su papel de mujer, su papel de madre y los roles de los otros miembros familiares.

En toda la familia, la conducta de un miembro es modelada y modificada por los otros. Cuando las expectativas frente a los miembros de la familia son positivas, sirven para modelar roles adecuados, para dar apoyo en los momentos de fracaso y como estímulo para perseguir mejores metas.

b) Límites: Los límites de una familia son las reglas que definen quienes son sus miembros y cómo participan en las transacciones interpersonales. La función de los límites es marcar una diferencia necesaria entre los individuos y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia.

i) Satisfacción: El grado de satisfacción que los miembros de una familia encuentran entre sí y la manera de funcionar de la misma, no los pondrá en grave conflicto con la sociedad, ya que si un cierto rasgo produce satisfacción en una familia e insatisfacción en otra, ese mismo rasgo es normal para una familia y anormal para la otra. Naturalmente para ambas familias será necesario que realice adaptaciones cuando funcione fuera de la familia, en la sociedad y sobre todo enseñarle a los hijos - que no todas las familias funcionan de la misma forma.

La dinámica familiar es muy compleja, ya que cada familia presenta características muy diversas.

Como mencionamos anteriormente no existen familias sin problemas, se sabe que todas las familias experimentan ciertas disfuncionalidades en cuanto a los sentimientos antes señalados, éstas pueden presentarse como normales ya que entran en juego la relatividad, los valores culturales y la posición moral de cada familia, por lo que no sería necesaria la intervención de un profesional, excepto en el caso en que dicha disfuncionalidad afectara la homeóstasis de la familia.

3.5 FACTORES EMOCIONALES

Consideramos que no existe experiencia más devastadora y triste en la vida de una familia que la enfermedad fatal de un niño, debido a todas las repercusiones emocionales que trae consigo, por una parte, desequilibra a la familia como unidad funcional y por otra, confronta a cada miembro de la misma a la crisis de adaptarse a la pérdida del niño.

Es evidente que el niño leucémico necesita cuidados y atenciones especiales y en la mayoría de los casos fallece y la familia continúa viviendo y la carga emocional de los miembros ante la tensión de la inminente muerte de un niño será resuelta de manera peculiar, así como ha resuelto otras situaciones de tensión de diferente índole.

Es difícil delimitar una actitud específica en las familias de pacientes leucémicos, ya que son tan variadas las respuestas de cada familia, que va regida por varios factores, por lo que dicha respuesta varía de una persona a otra y de una familia a otra. Sin embargo, trataremos de enmarcar el proceso de duelo por el que atraviesan estas familias.

La primera etapa que se experimenta es la de "shock", cuando se dice por primera vez a los padres que su hijo(a) tiene leucemia, el impacto emocional es abrumador y afecta a toda la familia ya que son incapaces de captar todo lo que ello significa. Es una etapa corta, durante la cual los padres están confundidos e incluso piensan en un posible error del médico.

Esta reacción es seguida frecuentemente por intentos de refutar el diagnóstico o ir en busca de otro médico con la esperanza de encontrar un diagnóstico más aceptable.

La "negación" (segunda etapa) es una respuesta humana normal y natural a una situación por lo demás insostenible; cierta negación permite a los padres afrontar la situación para poder asimilarla en forma paulatina, es conveniente al permitir un grado de negación razonable e ir desechando conforme se vaya -- pulsando que la familia puede prescindir de esta defensa y no obstante, el dar cabida a cierta esperanza siempre, aun en los casos de desahucio, facilita a la familia el seguir su camino.

Otro de los mecanismos de la negación es el aceptar el diagnóstico racionalmente, aunque los padres señalen con énfasis -- "yo sé que mi hijo (a) no va a morir", "tal vez una nueva droga o tratamiento está próximo". "Hay tantas investigaciones realizadas en todo el mundo, que es casi seguro que encontrarán una -- droga nueva que le curará por completo".

La comprensión de que el diagnóstico no fué un error produce sentimientos de enojo y rencor. Los padres preguntan: "¿por qué mi hijo (a)?".

La etapa de "cólera" está ligada al malestar por lo que les está ocurriendo y se presenta con una gran cantidad de coraje y hostilidad.

Con frecuencia, los familiares afligidos dirigen la cólera u no hacia otro, entre los mismos miembros de la familia y en oca

siones los dolientes vuelven su malestar hacia su interior por lo que se autoculpan y pierden la capacidad de brindarse apoyo mutuo o cuidar del niño.

La familia angustiada de pronto puede tornarse encolerizada y ofensiva hacia Dios, el Trabajador Social, el médico o hacia cualquier otro miembro del equipo de salud.

Después de sus sentimientos de negación y enojo han sido expresados, los padres inician la etapa de "negociación", entonces sienten que tal vez si logran establecer un "pacto" con Dios, lo inevitable se podría posponer. Las manifestaciones de esta etapa son muy variadas; algunos padres asisten con más frecuencia a la iglesia, otros hacen donativos y otros llegan a sobreproteger al niño. El sentimiento de esperanza es más intenso durante esta etapa y es expresado explícita e implícitamente; explícitamente se esperaba que una nueva droga o cura sería descubierta; implícitamente, los padres hablaban sobre el próximo año escolar, el próximo cumpleaños y en general, planes acerca del futuro del niño.

Otro aspecto de esta etapa, es el interés que se muestra por parte de los padres por conocer más acerca del padecimiento, los aspectos médicos, causas, pronóstico, etc.

Pero la enfermedad del niño progresa y su condición empeora, los padres empiezan a darse cuenta de que la muerte es inevitable y se inicia la etapa de "depresión"; durante ésta, el aliento y apoyo de otras personas es menos significativo.

Por último, los padres reconocen que la muerte es inevitable

y con este reconocimiento, "aceptan" (última etapa) la muerte - con resignación y tristeza.

Por otro lado, no debemos olvidar que mientras aquellos que viven, deben enfrentarse a la tristeza de la inevitable pérdida de una persona querida, la persona moribunda debe enfrentarse - con la tristeza de perder a todos sus seres queridos y todo lo que existe en el mundo.

En este proceso de duelo, el Trabajador Social o terapeuta - debe ayudar a los familiares del paciente a resolver satisfactoriamente cada una de las etapas descritas anteriormente.

3.6 FACTORES ECONOMICOS

Una de las áreas que influye determinantemente en el tratamiento médico de la leucemia y que se ve seriamente deteriorada es la económica.

En muchas familias este deterioro económico se da, desde la negación al diagnóstico de leucemia, ya que muchas de ellas consideran a esta enfermedad, como sinónimo de una muerte segura, - por lo que gastan sus recursos económicos en altas cuotas de -- consultas a médicos especialistas, así como exámenes de laboratorio altamente costoso en busca de un mejor diagnóstico.

Una vez que el diagnóstico ha sido aceptado por la familia, - tiene que sufragar los altos costos del tratamiento durante su evolución, así como consultas, hospitalización, medicamentos, - transporte y en algunos casos la radioterapia (cuando las células leucémicas han invadido el Sistema Nervioso Central), siendo ésta una de las causas principales, que influyen para que el paciente no continúe su tratamiento, debido a la falta de recursos necesarios para adquirir sus medicamentos y aplicárselos continuamente.

En el I.N.P., algunos de los pacientes leucémicos que ingresan proceden de familias foráneas, con un padre o jefe de familia sub-empleado, cuyos ingresos difícilmente cubren las necesidades básicas de una familia numerosa. En estas condiciones, resulta lógico el desequilibrio que significa el traslado de los padres y el paciente al I.N.P.; la estancia de alguno de los pa

dres (o de ambos) en esta ciudad, la cuenta hospitalaria, la --
transportación al instituto, cuando el niño es dado de alta y -
tiene que regresar al mismo para continuar su tratamiento (en -
algunos casos diario o cada semana).

Todo esto deteriora considerablemente el presupuesto fami---
liar, en detrimento de la satisfacción de las necesidades de --
los demás integrantes de la familia.

El I.N.P. ha establecido un Banco de Medicamentos, con el --
fin de disminuir la deserción de estos pacientes a su tratamiento
to, por falta de recursos económicos. Dicho Banco es sostenido
por una cuota mensual aportada por los padres, de acuerdo a sus
posibilidades y por las Damas Voluntarias del Instituto. Gra---
cias a esto, los medicamentos pueden ser adquiridos a precios -
más bajos, sin embargo, el tratamiento continúa siendo muy cos-
toso.

Algunas instituciones privadas concientes de esta problemática
ca, contribuyen con aportaciones económicas para ayudar a que -
estos pacientes concluyan satisfactoriamente su tratamiento, en
contrándose entre otras el Club Rotario de Cuajimalpa, el Club
Caritas, etc.

En los cuadros 8 y 9 aparecen: un esquema y presupuesto de -
quimioterapia de un paciente con L.A.L. durante un año; cabe se
ñalar que como se mencionó en el capítulo anterior, el trata---
miento dura aproximadamente 3 años y el costo del mismo variará
de acuerdo a las características de la enfermedad y del pacien-
te, aclarando que hay casos en que este presupuesto triplica al
aquí expuesto.

Cuadro # B

ESQUEMA Y PRESUPUESTO DE QUIMIOTERAPIA
 PACIENTE FEMENINO DE 10 AÑOS DE EDAD
 REGISTRO: 319526

DESCRIPCION	COSTO UNIDADES	la. y 2a. Sem. de Enero	3a. Sem. de Enero	4a. Sem. de Enero	1a. y 2a. Sem. de Nov.	3a. Sem. de Nov.	4a. Sem. de Nov.	1a. y 2a. Sem. de Dic.	3a. Sem. de Dic.	4a. Sem. de Dic.	COSTO TOTAL	
DIAGNOSIS												
ANOVUM	33,681.-	2 Pcos.			2 Pcos.					2 Pcos.	404,172	
DOXIL	6,095.-	10 Pcos.	2 Pcos.			20 Pcos.	2 Pcos.	14 Pcos.			24,360	
AMBUCELIN	48,987.-	3 Pcos.	3 Pcos.		6 Pcos.				3 Pcos.	3 Pcos.	883,766	
PROXALSON	1,920.-				260Tab.						9 Cajas	17,280
PERITRIDATE	47,941.-	8 Pcos.	8 Pcos.			8 Pcos.					24 Pcos.	1,150,584
MISOPROSTOL	4,030.-											
ALFEM MP.	4,403.-	20 Amp.	10 Amp.			24 Amp.	50 Amp.				104 Amp.	457,600
LASPARAGUANA	117,914.-				4 Pcos.						4 Pcos.	473,656
LEUCODOLIN	50,353.-	50 Cajas	5 Cajas					5 Cajas			15 Cajas	755,295
TRIDAZANINA	154,610.-	10 Cajas					10 Tabs.				1 Pco.	154,610
WACK CAL	154,500.-						12 Amp.				3 Cajas	463,500
POW	81,687.-	1 Pco.							1 Pco.	2 Pcos.	163,374	
PARMETOL	34,422.-		110Tab.		110Tab.					9 Pcos.	309,798	
PERITRIDATE	61,388.-		96 Tab.		96 Tab.					2 Cajas	122,776	

** PRECIOS VICENTES AL 01-01-90 EN LA FARMACIA DE ESPECIALIDADES

COSTO TOTAL DE TRATAMIENTO

\$5,374,791

Cuadro # 9

MEDICAMENTOS AUXILIARES DE LA QUIMIOTERAPIA
PARA LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE L.A.L

Nombre (s) Comercial (es) MEDICAMENTO	PRESENTACION	LABORATORIO	COSTO UNITARIO *
Melox Ditopan	Suspensión	Rorer Sheramex	\$ 2,762
Carbonato Lithium	300 mg. Comprimidos	Valdecasa Psicoforma	\$ 2,900
Trimetropin Septrin Bactrin	Comprimidos Caja/10 o 20	Wellcome Roche	\$ 3,931 \$ 3,715
Cefotoxina (Fortum)	Ampolletas 1 ml.	Gelaxo	\$52,000
Desferroxiamina (Ferramina)	Jarabe 125 ml.		\$ 6,868
Amikar (Amikacina)	Tabletas Ampolletas 500 y 100 mg.	Mead-Johnson	\$14,550 \$ 4,317
Tempra	Gotas 20 ml. Jarabe 120 ml.	Mead-Johnson	\$ 1,630 \$ 2,479
Ponstan	Tabletas	Parjer-David	\$ 4,950
Anapolon	Comprimidos 50 mg.	Syntex	Gratis
Inmurán	Caja c/25 Tabletas de 50 mg.	Wellcome	\$37,602*
Sulfato Ferroso	Comprimidos 200, 350 y 400 mg.	Merck	\$ 2,040
Acido Fólico	Comprimidos 5 mg.	Lo trabaja solo el sector salud	
Soluciones Fisiológicas Gluc.	Franco 250 ml.		\$ 2,080

* COSTO COMERCIAL DEL MEDICAMENTO.

3.7 FACTORES SOCIALES

La aparición de una enfermedad aguda o terminal como la leucemia en uno de los miembros de la familia, ocasiona un cambio radical en la misma.

El cambio se da básicamente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo, que requiere de mayores atenciones, cuidados y de un exhaustivo y prolongado tratamiento médico.

Para que la familia se adapte a esta nueva situación y haga frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares, dichas interacciones se cronifican y muchas veces dificultan el tratamiento del paciente.

Los cambios que se producen en el interior de la familia, dependen en gran medida de las características propias de cada una de ellas, en la etapa en que éstas se encuentran, de la vida del paciente, del lugar que ocupe en la familia así como de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento.

Debido a que la leucemia aparece en forma aguda la familia dispone de un tiempo muy corto y por lo mismo mayor tensión para reajustar su estructura, su distribución de papeles y para echar a andar sus mecanismos de solución de problemas frente a la enfermedad del paciente.

Ya que la enfermedad presenta etapas de "normalidad" y crisis periódicas o intermitentes, la familia requiere de flexibilidad suficiente para cambiar de una familia "normal" a una fa-

milia en "crisis" y viceversa.

El tratamiento de esta enfermedad es muy complicado y costoso por lo cual, generalmente el miembro de la familia que se ocupa del paciente tiende a estar sobrecargado de trabajo, hasta el grado de disminuir notablemente sus interacciones con los demás miembros.

Frecuentemente como consecuencia de la tensión que viven estas familias, así como de los cambios adaptativos que tienen que realizar, pueden aparecer conductas disfuncionales en otros miembros de la familia. En general, los problemas que existían tienden a agravarse, pero en algunos casos se forman interacciones de unión frente a la enfermedad y los problemas anteriores pasan a segundo plano, observándose una mejoría en las relaciones familiares.

Por las características antes mencionadas y para lograr que la familia sirva de apoyo al enfermo para que éste viva en las mejores condiciones posibles o en caso de fallecimiento o fase terminal este acompañado de sus seres queridos.

Es de vital importancia la intervención del Trabajador Social en este tipo de familias desde el conocimiento del diagnóstico de la enfermedad hasta su rehabilitación o en caso contrario, hasta la aceptación de la muerte del paciente por parte de la familia.

Otros factores que obstaculizan el tratamiento del paciente leucémico son: la religión, la inadecuada comunicación, la falta de higiene y educación, la ignorancia sobre las características del padecimiento y el rechazo hacia el paciente por parte de familiares, vecinos, amigos, profesores, etc, ya que se han dado casos donde al observar la mejoría que presenta el logro de una remisión parcial o completa abandonan el tratamiento, debido a la ignorancia de las características de la enfermedad, condenando al paciente a una recaída de la cual difícilmente se podrá recuperar. De ahí la importancia de una adecuada información a los familiares del paciente, por parte del -- Trabajador Social para que ésta no constituya un obstáculo más en el tratamiento.

Estos tres factores los emocionales, económicos y sociales están íntimamente relacionados unos con otros, por lo que de ninguna manera es posible analizarlos como alteración única -- por separado.

CAPITULO IV

EL EQUIPO DE SALUD

4.1 IMPORTANCIA DEL EQUIPO DE SALUD EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE LEUCEMICO. +

El objetivo principal del equipo de salud en el servicio de Hematología del I.N.P., es lograr que el paciente y su familia superen positivamente el fenómeno salud-enfermedad.

Para lograr dicho objetivo se han integrado acciones profesionales de diversas disciplinas, es así como surge el trabajo en equipo, el cual ha sido definido por el Dr. Hernán San Martín como "la integración de las funciones que desarrollan diferentes técnicos y administrativos trabajando armónicamente en un programa de salud con objetivos precisos y en el que cada - cual tiene una responsabilidad determinada" (1).

A través de este equipo, se logra un conocimiento integral de los pacientes y sus situaciones, lo cual permite un diagnóstico y un tratamiento más completo, además proporciona a los - integrantes mayores oportunidades de superación profesional.

El equipo de salud debe enfrentar el problema de la enfermedad en su multicausalidad, pero con unidad, evitando la duplicación de esfuerzos; dando funcionalidad al programa, unificando conceptos, evitando contradicciones entre sí, para esto es muy importante que cada profesional tenga conciencia de la función que debe desempeñar en el equipo de salud, así como conocer y respetar las funciones que le corresponden a los demás, de esta manera la opinión de cada uno debe ser tomada en cuen-

+Toda la información de este capítulo se obtuvo de la entrevista directa a los integrantes del equipo de salud. (Anexo cuestionarios).

(1) San Martín, Hernán. op.cit. p.610

ta con el propósito de que todos los miembros tengan una visión polifacética del paciente.

Para que exista una adecuada coordinación en cada una de las actividades del equipo, es indispensable que exista una adecuada comunicación para lograr que surjan relaciones positivas entre todos los integrantes.

Hemos mencionado que una de las características del trabajo en equipo, es el interés de todos por alcanzar un objetivo común, lo que trae como consecuencia la cohesión entre los miembros.

En el campo médico, el trabajo en equipo tiene como finalidad la coordinación e integración de los servicios en beneficio del paciente y su familia.

Para comprender la importancia del equipo de salud en el tratamiento del paciente leucémico en el I.N.P. es necesario conocer las funciones y actividades de cada uno de sus integrantes: Trabajador Social, Médico, Psicólogo y Enfermera.

4.2 TRABAJADOR SOCIAL

La acción profesional del Trabajador Social en el tratamiento del niño leucémico en el servicio de Hematología del I.N.P. es sumamente importante ya que se basa principalmente en contribuir a que el paciente y su familia superen su dolor y aflicción por el padecimiento, de tal manera que el trance tenga las máximas posibilidades de mejorar la integridad familiar y el bienestar emocional de los miembros de ésta.

Por otro lado, conoce e interpreta las relaciones que existen entre los problemas socio-económicos y los estados de salud y enfermedad y asocia los detalles de las alteraciones sociales que se producen por la leucemia.

El Trabajador Social investiga los recursos con que cuentan tanto el paciente como su familia para superar esta enfermedad con el fin de encontrar solución a su problemática utilizando sus recursos disponibles.

De hecho el Trabajador Social interviene profesionalmente desde el ingreso del paciente leucémico, el cual puede ingresar por Consulta Externa o por Urgencias, donde generalmente los pacientes son referidos por algún médico particular o por otra institución. Inmediatamente el Trabajador Social utiliza la metodología de casos.

Primero investiga (utilizando el procedimiento causa-efecto) todas las áreas que aborda el estudio social (económicas, psicológicas, biológicas y sociales), para poder vislumbrar to

dos los obstáculos que puedan impedir que el menor lleve a cabo su tratamiento, con la mencionada investigación el Trabajador Social elabora el Diagnóstico Social donde se establece la descripción del paciente y de la situación en que se encuentra y evalúa las potencialidades y recursos con que cuenta, haciendo con esto el Pronóstico Social, es decir, las perspectivas de recuperación que tiene el paciente tomando en cuenta las áreas del estudio antes mencionadas, posteriormente realiza el Plan Social, que es el planteamiento de una serie de medidas que el Trabajador Social propone con el objeto de resolver o atenuar el o los problemas del paciente, y por último elabora el Tratamiento Social, que es el plan puesto en acción, todo esto con el objetivo de proveer las medidas necesarias para que el paciente leucémico logre rehabilitarse e integrarse al medio que le rodea; así mismo busca que la familia comprenda y valore su problema y las posibilidades que tiene para resolverlo.

Elabora dicho estudio para poder también determinar la cuota que pagará la familia por la atención que recibirá el paciente, cuota que será de recuperación ya que es un servicio de tipo asistencial.

Cuando el caso lo requiere o por alguna causa en especial (abandono del tratamiento, completar el estudio, etc.) el Trabajador Social realiza visita domiciliaria.

En el manejo del paciente leucémico el Trabajador Social toma conciencia de su responsabilidad en el servicio, ya que se requiere de un constante contacto con el paciente y con su familia; les informa sobre el Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento y evolución del mismo. También les comunica las reacciones secundarias de los medicamentos, orienta y motiva a los padres a colaborar en la rehabilitación del niño, es decir, los concientiza sobre la importancia de su participación en el cuidado del niño desde el principio de la enfermedad y durante la evolución de ésta.

Además aclara las dudas posteriores a la información del médico.

El Trabajador Social en estos casos brinda apoyo emocional en todo momento a los familiares y al paciente, la comprensión afectuosa de sus inquietudes y la disposición para destinarles todo el tiempo necesario para entrevistarlos, es de gran ayuda a la familia.

Otro factor importante es la hospitalización del niño leucémico ya que proporciona una oportunidad para ayudar a los padres, los cuales sufren trastornos emocionales muy intensos -- por la enfermedad de su hijo. La entrevista frecuente con los padres es de gran ayuda y consiste en explicar con detalle la naturaleza de la enfermedad y los problemas que trae consigo.

Así mismo ayuda al paciente a comprender su enfermedad y su tratamiento médico, para que logre ajustar su vida a tal situación de modo que ésta sea más llevadera.

En este momento el Trabajador Social refuerza las actitudes positivas de la familia respecto a la evolución de la enfermedad, con la finalidad de motivarlos y así evitar que abandonen el tratamiento.

Por otro lado, también el Trabajador Social se encarga de buscar elementos de apoyo económico para el sostenimiento del tratamiento médico, pues en caso de que la familia no cuente con los recursos económicos suficientes, solicita ayuda a diversas instituciones particulares o a las damas voluntarias -- del mismo instituto para evitar que el aspecto económico propicie la suspensión del tratamiento.

El Trabajador Social concientiza a los padres de los niños con leucemia, para que durante los períodos de remisión estos niños sean tratados como "normales", permitiéndoles volver a la escuela, jugar, etc., sometiéndose a la disciplina común. Solo así se disminuye el impacto emocional de la enfermedad sobre la familia.

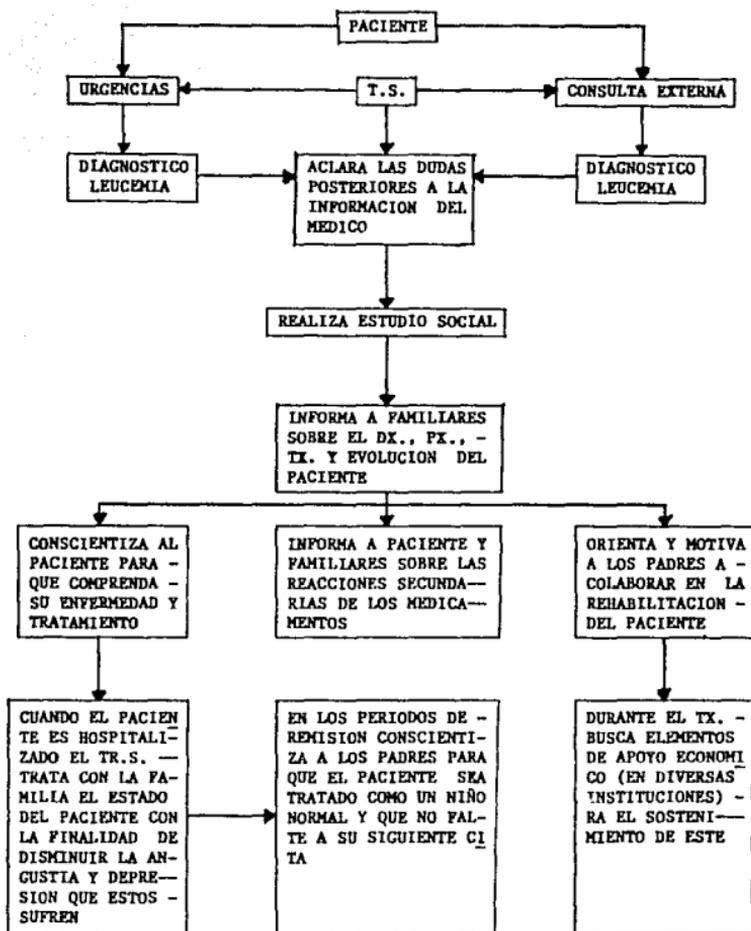
El Trabajador Social y el médico son los que tratan con los padres los problemas de hospitalización, remisión de la enfermedad, períodos terminales y fallecimiento, tratando en todo momento de comprender y disminuir los sentimientos de angustia y depresión que sufre la familia.

En este tipo de padecimientos el manejo de grupos se torna

indispensable y se realiza en coordinación con el equipo interdisciplinario para que los familiares resuelvan todas sus dudas durante las sesiones.

El Trabajador Social planea, promueve, organiza, coordina y evalúa los programas de Trabajo Social que se realizan en el -- servicio de Hematología bajo la supervisión de la jefa de piso.

FUNCIOGRAMA DEL TRABAJADOR SOCIAL



* Durante el tratamiento del paciente el Trabajador Social, planea, promueve, organiza y evalúa programas para abordar la problemática a través de la Metodología de Trabajo Social de Grupos en coordinación con el Equipo de Salud, brindando apoyo emocional en todo momento a familiares y paciente.

4.3 MEDICO

Es el profesional que asume la responsabilidad de proporcionar asistencia médica al niño leucémico, por lo cual posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para atender las necesidades de este tipo de pacientes. Además posee una sólida preparación científica con suficientes recursos y criterios para abordar estos casos, mismo que se ha especializado en tratar problemas hematológicos, en este caso la leucemia.

Su función con este tipo de pacientes, consiste en brindar el tratamiento adecuado para que en los casos que sea posible, se logre la rehabilitación del paciente.

Una vez que el médico ha diagnosticado que el paciente tiene leucemia y que esto puede terminar en un desenlace fatal, el médico emite el diagnóstico a los familiares de manera franca, directa y categórica. Si se puede tratar con ambos progenitores se les comunica estando juntos, el hecho de que su hijo sufra una enfermedad de la cual no es de esperar que cure. El médico está preparado para enfrentarse con la congoja o incredulidad de los padres, mediante respuestas a sus preguntas y con informaciones acerca de las medidas que deben tomarse para prevenir lo que parece inevitable. Proporciona también una breve explicación de la naturaleza de la enfermedad y de las manifestaciones clínicas, describiendo las remisiones, recalcando la posibilidad de obtener éstas en una mayoría de casos y seña-

lando que no es posible hacer una predicción definitiva de la supervivencia, pero puede asegurarse que las remisiones pueden durar varios meses e incluso años.

El médico advierte a la familia que el tratamiento de la leucemia es bastante estandarizado y que las comunicaciones científicas están bien desarrolladas de forma que tan pronto se descubran tratamientos definitivos la información se difunde rápidamente a través de la comunidad médica, para que los padres reciban seguridad en el sentido de que en general, es poco lo que puede ganarse llevando al niño a centros distantes en busca de curaciones novedosas, también señala que no se conoce hasta el momento ningún medio por el cual hubiera podido evitarse la enfermedad.

El médico estimula a los padres a que participen, hasta donde sea posible, en el cuidado del niño en el hospital y observa de qué manera los padres enfrentan esta situación.

Al tratar los problemas del enfermo y la familia, el médico requiere la ayuda de otros profesionales como el Trabajador Social, psicólogo, enfermera, etc.

En la asistencia durante la enfermedad final, el médico no deja a los padres las decisiones acerca de lo que debe hacerse por el niño, sino que da información concreta de lo que piensa hacer. Cuando la muerte es inminente, procura que el enfermo esté en situación cómoda y los padres lo más cerca posible.

Cuando se ha producido la muerte del paciente, el médico responsable hace la solicitud a los padres de un examen necropsico

e insiste si es conveniente. Hace notar que estos exámenes -- siempre son útiles, que se obtienen y guardan informaciones que pueden resultar de extraordinario interés en años venideros, para resolver problemas similares en otros pacientes o puede proporcionar respuestas definitivas a preguntas que otros hijos de la familia u otros parientes o descendientes pueden hacer en la actualidad o más adelante acerca de la leucemia.

Por último, el médico describe los hallazgos importantes y - significativos del exámen necrópsico a los padres empleando términos sencillos permitiéndoles que lo discutan con entera libertad.

4.4 PSICOLOGO

En tanto el personal médico centra su atención en el comportamiento del organismo ante el tratamiento del paciente leucémico, el psicólogo se encarga de explicar al resto del equipo de salud, las causas que originan reacciones distintas ante la enfermedad, relacionándola con las características propias de cada paciente, su problemática familiar y la interacción con el ambiente del hospital.

El psicólogo dirige su atención hacia los factores emocionales que pudieran causar o agudizar el comportamiento externo -- del niño además de aplicar las pruebas necesarias para investigar la personalidad y los traumas que perturban al niño leucémico y a los familiares debido al padecimiento.

4.5 ENFERMERA

Profesional que bajo la dirección médica, toma a su cargo el cuidado y control de los pacientes que sufren alguna enfermedad. La forma en que actualmente es preparada, permite su acción en materia de observación, cuidados y asesoramiento de los pacientes, en la conservación de la salud.

La intervención concreta de la enfermera en el tratamiento del niño leucémico, es básicamente la administración de medicamentos y seguimiento del tratamiento prescrito por el médico.

El amplio plan de cuidado de enfermería considera las necesidades físicas de este tipo de pacientes, además cabe señalar que la enfermera tiene conocimiento de la condición humana, lo que le permite comprender las respuestas de los enfermos a los cuidados físicos durante la enfermedad. Posee conocimientos del individuo como persona y como miembro de una familia y comunidad.

También es importante considerar la comunicación que la enfermera tiene con la Trabajadora Social, ya que la enfermera es una fuente importante de información sobre la conducta del paciente, participación de los familiares y su actitud en el cuidado del niño.

En el equipo de salud, cada integrante desempeña un papel muy importante para el resto del equipo, ya que la perspectiva de cada profesional sirve de enlace a los demás profesionistas, apartándoles datos indispensables para que obtengan una visión

más completa y puedan prescribir un tratamiento adecuado.

Los integrantes del equipo toman siempre en cuenta las observaciones y sugerencias que Trabajo Social hace a sus compañeros sobre los aspectos sociales de la enfermedad que presenta el paciente, pues saben que puede aportarles datos importantes que - pudieron haber omitido.

Cabe señalar también que el estudio social, así como el estudio profundo, las notas subsecuentes, las notas de ingreso y e-greso, etc. que realiza Trabajo Social son incluidas en el expediente del paciente.

Los integrantes del equipo de salud se encuentran en interac-ción constante, intercambiando ideas y opiniones sobre los ca--sos de leucemia.

INVESTIGACION DE CAMPO

HIPOTESIS;

Los factores socio-económicos son determinantes para el tratamiento del paciente leucémico.

OPERACIONALIZACION DE LA HIPOTESIS:

Variable Dependiente: El tratamiento del paciente leucémico.

Variables Independientes: 1.-Los factores sociales
2.-Los factores económicos

Variable Dependiente:

Indicadores:

Indices:

Edad

(de 0 a 2 años), (de 3 a 5), (de 6 a 9), (de 10 a 13), (de 14 a 18)

Sexo

(Masculino), (Femenino)

Diagnóstico

(L.A.L.1), (L.A.L.2), (L.A.L.3) -
(L.A.L.4), (L.A.L.5), (L.A.L.6) -
(L.A.L.7).

Variable Independiente 1:

Indicadores:

Indices:

Procedencia

(Los estados de la Esp. Mex.)

Escolaridad

Pre-primaria, primaria, nivel medio, técnico, medio superior, superior.

Estructura familiar

Número de integrantes de la familia.

Dinámica Familiar:

Funcional y Disfuncional.

Carácter del paciente

Extrovertido, introvertido, agresivo.

Tipo de familia

Nuclear, extendida, incompleta.

Relaciones familiares.

Entre conyuges, padres y paciente
padres y demás hijos, hermanos y
paciente.

Actitudes

Hacia la enfermedad, el niño enfermo, los padres, los demás hijos
entre conyuges.

Indicadores:

Atmósfera familiar

Vivienda:

Tipo de vivienda

Ubicación

Servicios

Aseo de la vivienda

Higiene personal

Alimentación

Indices:

Comprensión, tensión, preocupación, integración, desintegración.

Propia, rentada, interés social, comodato.

Urbana, sub-urbana, rural.

Pavimentación, agua, luz, drenaje, teléfono, transporte, tipo de sanitario.

Diario, cada tercer día, una vez a la semana, cada quince días.

Diario, cada tercer día, una vez a la semana, cada quince días.

Número de comidas al día y tipo de alimentos que consumen frecuentemente.

Variable independiente 2:

Indicadores:

Indices:

Ocupación

Campesino, comerciante, obrero -
empleado, profesionista, servi-
cios domésticos, sub-empleado, -
ama de casa, jubilado, estudian-
te.

Ingresos

mensual (1 salario mínimo), ---
(dos salarios mínimos) (tres sa-
larios mínimos) (cuatro o más sa-
larios mínimos)

Egresos:

Distribución del gasto fam.

Alimentación, renta, luz y com-
bustibles, vestuario, transporte,
gastos escolares, medicamentos,-
déficit, excedente.

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación de acuerdo al objetivo planteado es aplicada ya que se recopiló información para la creación de un modelo para abordar el problema del niño leucémico.

En lo que se refiere a la naturaleza de las fuentes consultadas fué empírica o de campo y documental.

El nivel de alcance de nuestra investigación es explicativo o de comprobación de hipótesis, lo que nos permitió construir un modelo de Trabajo Social para el tratamiento del niño leucémico.

SELECCION DE LA MUESTRA

Para la selección de la muestra utilizamos criterios de inclusión y de exclusión, mismos que permitieron delimitar nuestro universo de estudio (118 casos).

CRITERIOS DE INCLUSION:

- a) Pacientes diagnosticados con leucemia y que asistían al I.N. P. a recibir tratamiento durante el período comprendido entre abril de 1989 a septiembre de 1990.
- b) Pacientes que contaron con estudio social corto y/o profun--

do.

c) Pacientes de 0 a 18 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

a) Pacientes que no contaran con las características anteriormente mencionadas.

b) Pacientes con cualquier otro tipo de enfermedad crónica.

El método de muestreo que utilizamos fué el no probabilístico intencional y el tamaño de la muestra fué de 50 casos o sea, el 42% de la población universo (118 casos).

TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACION

Las técnicas de recolección de datos fueron mixtas, es decir, utilizamos de campo como la observación, la entrevista y la encuesta y también fuentes bibliográficas y hemerográficas con el fin de llevar a cabo el análisis descriptivo y explicativo del problema de estudio realizado, en específico - la influencia de los factores socio-económicos en el trata--

miento del niño leucémico mediante el estudio de casos. Este procedimiento nos permitió centrar la atención en las personas elegidas para obtener información amplia y profunda y conocer con detalle los diferentes aspectos que presentaron -- los casos estudiados, utilizando las técnicas mencionadas así como el análisis de documentos, como son: el estudio social de casos cortos y profundos, notas subsecuentes, expedientes, etc.

Para recolectar la información de los estudios sociales se elaboró la cédula # 1, la cual se aplicó inicialmente en forma piloto, esto nos permitió detectar los errores de esta cédula y realizar las correcciones correspondientes para lograr el estudio de la muestra (anexo # 1)

Así mismo se diseñó un instrumento de captación de datos (cédula # 2) derivado del primero con la finalidad de complementar las fallas de los estudios sociales, ya que la mayoría carecía de la información requerida para nuestra investigación (anexo # 2)

De este modo se utilizaron las técnicas que permitieron obtener información directa, para aproximarnos al problema de estudio; la entrevista estructurada se seleccionó por sus características naturales, a fin de alcanzar los objetivos planteados.

También nos auxiliamos de la observación ordinaria o no participante (a través de la consulta de los estudios sociales y notas subsecuentes) y mediante la observación partici-

pante al establecer contacto directo con los pacientes leucémicos y/o familiares.

A continuación presentamos los resultados obtenidos en la investigación de campo efectuada en el servicio de Hematología del I.N.P.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Revisando los datos obtenidos en la investigación, se encontró que por cada 17 niños leucémicos, hay 10 niñas con dicha enfermedad, estos resultados se aproximan a los reportes del Dr. Wyngaarden J.B. mencionada en el segunda capítulo del marco teórico donde señala que la incidencia es ligeramente mayor en pacientes de sexo masculino (13:10).

En la muestra estudiada encontramos leucemia aguda en un 90% de los casos y en un 10% la leucemia aguda mieloblástica, lo cual concuerda con las investigaciones del Dr. George McDonald (subcapítulo 2.3).

Hallamos que un 56% de los pacientes tenían entre 3 y 9 años de edad, este grupo constituye un valioso indicador de mejor pronóstico en este padecimiento según el Dr. Carl Pochdly (subcapítulo 2.7), un 34% está representado por el grupo de 10 a 12 años, cabe señalar que aunque a estas edades el pronóstico no es muy alentador, la forma en que se lleve a cabo el tratamiento médico, social y las indicaciones del mismo favorecerán las expectativas de vida, por el contrario un paciente con buen pronóstico que suspenda o que no lleve a cabo el tratamiento tendrá como consecuencia resultados graves.

El grupo de mayor incidencia fué el escolar (de 6 a 12 años) con un 62%, a diferencia de los estudios del Dr. Rogelio Valenzuela que reporta que la mayor frecuencia se presenta en preescolares (de 1 a 5 años), sin embargo, dicho grupo ocupó

el segundo lugar de incidencia con un 32% de la muestra (cuadro # 1).

Cuadro # 1

DATOS GENERALES

EDAD	FRECUENCIA		SEXO				DIAGNOSTICO			
			FEMENINO		MASCULINO		L.A.L		L.A.E	
			F	%	F	%	F	%	F	%
0 - 2	2	4	1	2	1	2	45	90	5	10
3 - 5	14	28	5	10	9	18				
6 - 9	14	28	6	12	8	16				
10 - 12	17	34	5	10	12	24				
13 - 18	3	6	1	2	2	4				
TOTAL	50	100	18	34	32	64	45	90	5	10

Del total de casos, solo el 50% asiste actualmente a la escuela y del 50% que no acuden, 14 es debido a su enfermedad y el resto (11) se debe a que tienen solo 4 o menos años de edad (cuadro # 2).

Cuadro # 2

MOTIVO DE LA INASISTENCIA ACTUAL A LA ESCUELA

VARIABLE	FREC.	%
a) Por ser menor de 4 años	11	44
b) Debido a su enfermedad	14	56
TOTAL	25	100

De los 25 pacientes que reciben instrucción escolar, el 72% asiste a la primaria, el 16% a la secundaria, el 8% a pre-primaria y solo el 4% a nivel medio superior (cuadro # 3).

De 39 pacientes que ya han asistido alguna vez a la escuela (25 pacientes que asisten actualmente y los 14 que alguna vez han asistido a la escuela), el 69.2% ha tenido que interrumpir sus estudios debido al padecimiento y solo el 30.8% no ha suspendido sus estudios. De estos 39 pacientes que ya han asistido a la escuela, el 35.8% con un rendimiento de 6 a 10 de calificación, tuvieron que abandonarla por las causas anteriormente mencionadas y un 31.1% presentó un descenso considerable en su rendimiento escolar. (cuadro # 4) (anexo 5 cuadros # 1 y 2).

Cuadro # 3

GRADO ESCOLAR QUE CURSA ACTUALMENTE

VARIABLE	FREC.	%
a)Pre-primaria	2	8
b)Primaria	18	72
c)Secundaria	4	16
d)Nivel medio superior	1	4
TOTAL	25	100

Como puede observarse, la leucemia influye determinadamente en el aprovechamiento escolar del enfermo, debido a los síntomas y reacciones de la enfermedad y al prolongado y continuo tratamiento, lo cual impide la asistencia consecutiva a clases y por otro lado, a la sobreprotección de los padres hacia el paciente, encontrándose un elevado porcentaje (44% en padres y 72% en las madres) de sobreprotección, lo que agudiza la ya difícil situación del niño en la escuela, al no dejarlo asistir a

ésta, ya hemos mencionado lo perjudicial de la sobreprotección en el desarrollo del paciente y la importancia de que en los períodos de remisión se le deje realizar actividades de acuerdo a su edad, con el fin de disminuir el impacto emocional de la enfermedad sobre el enfermo y su familia (subcapítulo 4.2. 1.)

Cuadro # 4

APROVECHAMIENTO ESCOLAR

VARIABLE	FREC.	%
a)De alto (9 y 10) a regular (7 y 8)	6	15.3
b)De regular (7 y 8) a bajo (5 y 6)	4	10.2
c)De alto (9 y 10) a bajo (5 y 6)	3	7.6
d)Siempre fué alto (9 y 10)	9	23
e)Siempre fué regular (7 y 8)	2	5.1
f)Siempre fué bajo (5 y 6)	1	2.5
g)De alto rendimiento (9 y 10) tuvieron que dejar la escuela	8	20.5
h)De regular rendimiento (7 y 8) tuvieron que dejar la escuela.	6	15.3
TOTAL	39	100

En la interpretación y análisis de las actitudes del niño - enfermo; debemos ser reservados ya que gran parte de su comportamiento fué descrita por el entrevistado (madre o padre) debido a que en un 60% de la muestra son niños menores de 10 años.

Un 72% de los pacientes sufrieron cambios drásticos que afectaron su carácter, como consecuencia directa del padecimiento y las dificultades que implica la asistencia continua al I.N.P, la aplicación del medicamento, la caída del cabello, el conocimiento de la gravedad de la leucemia, etc. Este dato nos demuestra que gran parte de la muestra está en la fase de "cólera" del proceso de duelo donde surge una gran cantidad de coraje y hostilidad por lo que le ocurre y tiende a dirigir su cólera hacia los demás (cuadro # 5).

El 58% presentó cambios de actitud, dirigiendo su cólera y hostilidad hacia sus padres y solo un 6% cambió de ser agresivo a cariñoso, es decir, logró pasar la etapa de "cólera" (cuadro # 6).

De los 45 pacientes que tienen hermanos un 44.4% dirigió su "cólera" hacia estos; un paciente cambió de ser cariñoso con ellos a una actitud de indiferencia, es decir, volvió todo su malestar hacia su interior, debido a que "se sentía abandonado por sus hermanos y tenía temor de entablar una relación íntima con alguno de ellos, a los cuales consideraba diferentes y lejanos a él" (cuadro # 7).

En la mitad de los enfermos se manifestó una aceptación hacia la enfermedad, ya que se observó que sabían de la gravedad

Cuadro # 5

CARACTER DEL PACIENTE

VARIABLE	FREC.	%
a)De extrovertido a introvertido	2	4
b)De introvertido a agresivo	6	12
c)De agresivo a introvertido	1	2
d)De extrovertido a introvertido y agresivo	5	10
e)De extrovertido a agresivo	22	44
f)Siempre fué agresivo	6	12
g)Siempre fué extrovertido	6	12
h)Siempre fué introvertido	2	4
TOTAL	50	100

de la leucemia y además se mostraban colaboradores en el tratamiento médico-social. El 38% desconoce su padecimiento, debido principalmente a su corta edad (menores de 6 años), otros aunque saben que están enfermos desconocen la gravedad de la leu-

Cuadro # 6

ACTITUD DEL ENFERMO HACIA LOS PADRES

VARIABLE	FREC.	%
a)De agresivo a cariñoso.	3	6
b)De cariño a agresivo y manipulador	8	16
c)De cariño a dependencia	2	4
d)De cariño a agresividad	14	28
e)De cariño a manipulación	5	10
f)Siempre fué cariñoso	12	24
g)Siempre fué agresivo	6	12
TOTAL	50	100

cecia y una mínima parte no es informada de su padecimiento -- por sus familiares que expresaban el "querer evitarles más sufrimientos"

El restante 12% presentó temor hacia la enfermedad, siendo los pacientes con mayor edad, ya que son los que tienen una vi-

Cuadro # 7

ACTITUD DEL ENFERMO HACIA LOS HERMANOS

VARIABLE	FREC.	%
a)De cariño a agresividad	14	31.1
b)De cariño a manipulación	1	2.2
c)De cariño a indiferencia	1	2.2
d)De indiferencia a agresividad	1	2.2
e)Siempre fué de cariño	23	51.2
f)Siempre fué de agresión	5	11.1
TOTAL	45	100

sión más clara sobre la gravedad de su padecimiento, lo cual es una conducta muy natural, ya que a partir de los 8 años de edad el niño tiene conciencia de muerte como un proceso terminal (cuadro # 8).

Analizando los datos anteriores, podemos inferir que los cambios observados en la actitud del niño enfermo se deben como -

Cuadro # 8

ACTITUD DEL ENFERMO HACIA LA ENFERMEDAD

VARIABLE	FREC.	%
a) No conoce la enfermedad	19	38
b) Temor	6	12
c) Aceptación	25	50
TOTAL	50	100

mencionamos en el subcapítulo 3.7 a la agresividad de la enfermedad y del tratamiento mismo limitando sus actividades e impidiendo su evolución y desarrollo infantil.

Cabe señalar que debido al gran número de pacientes a cargo de un solo Trabajador Social (118 casos), más otro servicio bajo su responsabilidad (Oncología), no le es posible lograr un contacto constante con el enfermo y su familia lo que impide brindarles apoyo emocional para que puedan superar las etapas del duelo.

Un 77.8% de los padres consideró que la enfermedad de su hijo, como un obstáculo para cubrir otras necesidades de la familia económicamente hablando y solo un 22.2% lo consideró como un trastorno en la armonía familiar.

Con lo mencionado anteriormente, podemos darnos cuenta del rol que desempeña el padre como proveedor económico en la familia (Cuadro # 9).

En el caso de las madres, podemos apreciar que la diferencia entre las dos variables ya mencionadas fué ligeramente más significativo el aspecto económico (58%), lo que es explicable si tomamos en consideración que la mayoría de estas familias poseen un ingreso económico escaso (entre 1 y 2 salarios mínimos), en lo que respecta a la armonía familiar, se atribuye en parte al hecho de que tal situación, interfiere en las actividades domésticas de la madre, en el cuidado de los demás hijos y de la pareja este último en algunos casos culpa a la madre de lo que le sucede al hijo; ocasionando (subcapítulo 3.3) que las relaciones familiares sean disfuncionales (Cuadro # 9).

Respecto a la postura del padre al interpretar las posibles causas de la enfermedad de su hijo, observamos que un 17.8% dió una interpretación racional de la enfermedad, un 15.6% dió una explicación religiosa, un 40% consideró que se debía a la falta de cuidado, un 24.4% no se explicaba las causas de la enfermedad y solo un 2.2% se mostró indiferente ante la enfermedad de su hijo.

Estos datos nos demuestran que a más de la mitad de los pa-

dres no se les ha proporcionado una información completa y adecuada de las características de la enfermedad, ya que como se hablamos en el apartado 2.5 se desconocen las causas que la originan, sin embargo, dichos datos están relacionados con el proceso de duelo y podemos inferir que los padres que dieron una interpretación religiosa se encuentran en la etapa de negociación y los que dieron una interpretación racional se encuentran en la etapa de aceptación.

Un 40% de los padres atribuyeron el origen de la enfermedad a la falta de cuidado, lo que interpretamos como una forma de culpabilizar a la madre, de acuerdo con la teoría de Luis Leñero "La Familia" (inciso 3.3) donde menciona que la sociedad prepara al hombre para el trabajo externo y a la mujer para el trabajo doméstico y el cuidado y educación de los hijos (cuadro # 9).

La reacción dominante en los padres al conocer el Diagnóstico de leucemia de su hijo fué en un 52% de desesperación, un 25% reaccionaron con preocupación y un 12.5% con tristeza, dichas reacciones son naturales debido a que el impacto emocional es abrumador, es una etapa corta donde los padres se encuentran confundidos e incluso piensan en un posible error del médico, por lo que frecuentemente rechazan el diagnóstico y acuden a otros médicos en busca de mejores expectativas, esta situación es la primera etapa del proceso de duelo denominada "shock" (apartado 3.5) (cuadro # 9).

La actitud de los padres hacia el paciente antes de la en-

Cuadro # 9

ACTITUD DE LOS PADRES HACIA LA ENFERMEDAD

VARIABLE	PADRE		MADRE	
	FREC.	%	FREC.	%
A) Falta el padre	5	10		
B) OBSTACULO:				
-Económico	35	77.8	29	58
-Armonía Familiar	10	22.2	21	42
TOTAL	45	100	50	100
C) INTERPRETACION:				
-Racional	8	17.8	11	22
-Religioso	7	15.6	14	28
-Falta de Cuidado	18	40	14	28
-Indiferente	1	2.2		
-No se explica	11	24.4	11	22
TOTAL	45	100	50	100
D) REACCION EMOTIVA:				
-Desesperación	20	44.4	30	60
-Preocupación	12	26.7	12	24
-Triste	7	15.6	5	10
-Resignación	5	11.1	3	6
-Indiferencia	1	2.2		
TOTAL	45	100	50	100

fermedad fué en un alto porcentaje de cuidados y cariño (87%) por lo que podría decirse que estos padres poseen la capacidad de proporcionar afecto a su hijo y un 8.9% presentaron in diferencia.

Después del Diagnóstico de la enfermedad un 4.4% de los pa dres sobreprotegeron a sus hijos y un 42.3% no presentó ningún cambio en sus actitudes de cariño y cuidado hacia sus hijos enfermos.

En este rubro un 90% de las madres, antes de la enfermedad tuvieron una actitud hacia el niño de cariño y cuidados, un 8% de sobreprotección y solo una madre se mostró indiferente.

Después del Diagnóstico médico su actitud cambió considera blemente ya que un 64% sobreprotegió al enfermo, una madre -- cambió su actitud de cariño a reproche por la enfermedad del niño y otra de indiferencia a cuidado, en un 24% no se presentó ningún cambio en las actitudes de cuidado y cariño y el 8% que presentó sobreprotección antes de la enfermedad, podría de cirse que no presentó cambio alguno, pero sí se dió una sobre protección más intensa.

Aunque fueron numerosos los casos en que el padre mostró -- un exceso de cuidado hacia el niño enfermo, esta actitud fué sin embargo, numéricamente superior tratándose de la madre. Notamos además que las muestras de cariño fueron exhibidas -- preferentemente por los padres, así como las actitudes de com pleta indiferencia y reproche.

Estos datos pueden ser interpretados en los siguientes tér minos; que socialmente los padres pueden expresar más libre--

mente sus afectos, no sin advertir que tratándose de la conducta de las madres, aceptamos que en algunas de ellas existen actitudes que favorecen un buen desarrollo del niño, comportamiento este, que no tomaremos en cuenta para nuestro análisis ya que nos enfocaremos exclusivamente a las madres que manifestaron sobreprotección y hostilidad hacia el niño enfermo (cuadro # 10).

La actitud del padre hacia los otros hijos cambió en aproximadamente un 50% de los casos de cuidado y cariño a descuido - después del Diagnóstico de la enfermedad y un 15% cambió de -- descuido a mayores cuidados para el paciente. La parte restante conservó sus actitudes de cuidado y cariño así como las de agresividad, descuido y sobreprotección (cuadro # 11).

Por otro lado, en cuanto a la actitud de la madre hacia sus demás hijos encontramos que después de diagnosticada la enfermedad la mitad cambió su actitud de cariño y cuidado a descuido.

El aumento en el descuido de ambos padres hacia los demás - hijos, así como el incremento en el cuidado y protección son atribuidos a diversos mecanismos (como explicamos en el tercer capítulo) la falta de atención de ambos padres se debe principalmente a que la persona que se ocupa de llevar continuamente al enfermo al I.N.P tiende a disminuir considerablemente sus - cuidados y atenciones hacia los demás hijos, los cuales quedan a cargo de sus parientes o vecinos y en algunas ocasiones el - hijo(a) mayor asume temporalmente el rol del padre ausente, au

Cuadro # 10

ACTITUD DE LOS PADRES HACIA EL NIÑO ENFERMO

VARIABLE	PADRE		MADRE	
	PREC.	%	PREC.	%
a)De cariño a sobreprotección	5	11.1		
b)De indiferencia a cariño	1	2.2		
c)De indiferencia a cuidado	3	6.7	1	2
d)De descuido a cuidado	1	2.2		
e)De cuidado y cariño a sobre protección	15	33.3	13	26
f)Siempre lo ha golpeado	1	2.2		
g)Siempre con cuidados	7	15.6		
h)Siempre con cariño	12	26.7	2	4
i)De cariño a reproche			1	2
j)De cuidado a sobreprotección			3	6
k)De cariño a sobreprotección			16	32
l)Siempre de sobreprotección			4	8
m)Siempre de cariño y cuidado			10	20
TOTAL	45	100	50	100

Cuadro # 11

ACTITUD DE LOS PADRES HACIA LOS DEMAS HIJOS

VARIABLE	PADRE		MADRE	
	FREC.	%	FREC.	%
a)De descuido a cuidado	7	15.6	8	16
b)De cuidado y cariño a descuido	22	48.9	26	52
c)Siempre de agresión	3	6.7	3	6
d)Siempre de descuido	1	2.2		
e)Siempre de sobreprotección	1	2.2	2	4
f)Siempre de cuidado y cariño	11	24.4	11	22
TOTAL	45	100	50	100

nado a lo anterior, el alto costo de los medicamentos llevan a que el padre o madre eston más tiempo alejados de la familia - en busca de recursos para solventar dichos gastos.

En lo que respecta al incremento de cuidado por parte de la madre, en algunos casos es el resultado del sentimiento de culpabilidad, que tiende a compensarse sobreprotegiendo a los de-

más hijos, en otros casos es una forma de conseguir la confianza de la pareja, demostrándole así, la no responsabilidad en la enfermedad del paciente.

El cariño que mostraron las madres hacia los demás hijos es considerado como un sentimiento natural, mientras que la actitud agresiva hacia los mismos, se atribuye a una reacción de angustia ante la amenaza de la pérdida del hijo enfermo y la disolución familiar (cuadro # 11).

En el cuadro # 12 se observa la tendencia de comprensión de la madre hacia las actitudes del padre, postura que resulta benéfica para la dinámica familiar, sobre todo en familias en crisis como las de los pacientes leucémicos, ya que esto permite que haya una mayor cohesión ante la enfermedad.

En el sistema de organización de los núcleos familiares que nos ocupan, socialmente hablando, las mujeres son las que deben responder del buen funcionamiento del hogar, consideramos que por esto, la mayoría de las madres que estudiamos (96%) se hicieron responsables del cuidado del niño enfermo, exceptuando a dos que dejaron a su pareja la responsabilidad del padecimiento por considerarse incapaces de enfrentar y solucionar la situación.

En cinco familias de nuestra muestra, el enfermo es hijo único y de las 45 restantes el 53% de los hermanos desconocían la gravedad de la enfermedad, el 25% consideró la enfermedad de este como un obstáculo en la armonía familiar y el 22% restante mencionó la escasez de alimentación, vestido y diversio-

Cuadro # 12

ACTITUD RECIPROCA ENTRE LOS PADRES

VARIABLE	PADRE HACIA MADRE		MADRE HACIA PADRE	
	FREC.	%	FREC.	%
a) De comprensión a colaboración y culpa.	1	2.2	2	4.5
b) De agresión a agresión y culpa.	1	2.2	1	2.2
c) De comprensión y colaboración a mayor responsabilidad.	1	2.2	3	6.7
d) Siempre fué de comprensión.	5	11.1	7	15.6
e) Siempre fué de colaboración.	5	11.1	3	6.7
f) Siempre fué de comprensión y colaboración.	4	8.9	7	15.6
g) Siempre fué de responsabilidad y colaboración.	6	13.3	8	17.7
h) Siempre fué de agresión y culpa.	2	4.5		
i) Siempre fué de comprensión, colaboración y -- responsabilidad.	20	44.5	13	28.8
j) Siempre de agresión.			1	2.2
TOTAL	45	100	45	100

nes como consecuencia de los gastos por la enfermedad del hermano (anexo 5 cuadro # 3).

La mayoría de los hermanos (58%) no presentaron cambios de conducta en la relación de cariño y responsabilidad con el enfermo, un solo caso presentó siempre rechazo hacia el paciente.

Un 22% cambió de responsabilidad y cariño a sobreprotección y responsabilidad; un 11% aumentaron sus sentimientos de rivalidad y agresividad hacia el enfermo, un 7% cambió de cariño a agresividad y rivalidad y solo un caso pasó de rivalidad a cariño después de diagnosticada la enfermedad (anexo 5 cuadro # 4).

Un 66.5% de los hermanos del enfermo no mostraron ningún cambio en sus actitudes hacia sus padres siendo éstas de cariño, comprensión y colaboración; y del 33.5% que presentó cambios, el 29% fué de comprensión, colaboración y cariño a reproche hacia los padres debido a las repercusiones de la enfermedad en los demás integrantes de la familia y solamente dos casos cambiaron de cariño a colaboración y comprensión (cuadro # 13).

La conducta de los familiares hacia el niño enfermo fué en un 74% de aceptación y colaboración, un 16% no sabe que el niño está enfermo, debido a que no se frecuentan y un 8% presentó rechazo hacia el enfermo como consecuencia del miedo al contagio ya que desconocen las características de la enfermedad (cuadro # 14).

Una gran parte de los vecinos mostró aceptación y colaboración (36%) hacia el niño enfermo; un 30% aceptación, un 18% desconoce el padecimiento, debido a que no se frecuentan y un --

Cuadro # 13

ACTITUD DE LOS HERMANOS HACIA LOS PADRES

VARIABLE	FREC.	%
a)De cariño a reproche	4	8.9
b)De colaboración a reproche	2	4.5
c)De comprensión a reproche	2	4.5
d)De colaboración y cariño a reproche	2	4.5
e)De comprensión y cariño a reproche	3	6.6
f)De cariño a colaboración y comprensión	2	4.5
g)Siempre de colaboración	2	4.5
h)Siempre de comprensión	3	6.6
i)Siempre de cariño	11	24.4
j)Siempre de comprensión y cariño	5	11.1
k)Siempre de colaboración y comprensión	3	6.6
l)Siempre de colaboración, comprensión y cariño	6	13.3
TOTAL	45	100

16% mostró rechazo hacia el enfermo como consecuencia del mis-

do a que los contagiara, ya que desconocen los rasgos principales de la leucemia (cuadro # 14)

Cuadro # 14

ACTITUD DE LOS FAMILIARES Y VECINOS HACIA EL ENFERMO

VARIABLE	FAMILIARES		VECINOS	
	FREC.	%	FREC.	%
a)Aceptación	15	30	15	30
b)Colaboración	3	6		
c)Rechazo	4	8	8	16
d)Indiferencia	1	2		
e)Aceptación y colaboración	19	38	18	36
f)No se frecuentan	8	16	9	18
TOTAL	50	100	50	100

El hecho de que proporcionalmente sean elevadas las cifras de preocupación y tensión en la atmósfera familiar está de acuerdo con los resultados obtenidos en la escala de los padres y con la teoría, lo que confirma que la enfermedad de un hijo,

ocasiona en estas familias un verdadero trastorno en su organización y armonía (anexo 5 cuadro # 13).

Encontramos que la enfermedad del paciente produjo cambios dentro de la familia en un 80% de la muestra, presentándose - en todos estos casos la reducción en el gasto familiar, debido a que la situación económica se agudizó por los altos costos del tratamiento (anexo 5 cuadro # 5).

Cabe señalar que hubo familias que presentaron más de un - cambio en su dinámica familiar.

En 36 casos hubo descuido hacia los demás hijos, por el con tínuo asistir al I.N.P. para el tratamiento médico-social; en 14 casos se presentó deserción escolar en otro hijo, algunos para integrarse al mercado de trabajo y poder contribuir al - ingreso familiar y otros por no poder cubrir los gastos para sus estudios por el ya deteriorado ingreso económico; así mis mo se presentaron casos con una inadecuada comunicación familiar, separación de los cónyuges y cambio de vivienda (cua-- dro # 15).

Aunque encontramos que un 10% de los casos faltó a su cita o aplicación de medicamentos, los motivos no fueron por negli gencia de los padres, sino por la falta de recursos económicos o por no haber quien llevara al niño(a) enfermo(a) a este ing tituto para que fuera atendido, tales motivos fueron los mis- mos por los que un 16% ha pensado en abandonar el tratamiento, siendo el factor económico el motivo predominante (anexo 5 -- cuadros # 6, 7, 8 y 9).

Cuadro # 15

CAMBIOS EN LA FAMILIA DEBIDO A LA ENFERMEDAD

VARIABLE	FREC.	%
a) Separación	1	2
b) Descuido de los demás hijos	36	72
c) Rompimiento de la comunicación	1	2
d) Reducción de gastos	40	80
e) Incorporación de un miembro de la familia al mercado de trabajo	6	12
f) Deserción escolar	14	28
g) Tuvo que vender un negocio propio	1	2
h) Cambió de vivienda por aumento de la renta	1	2

En relación al tipo de familia y al estado civil de los padres encontramos que un 78% es nuclear, del cual más de la mitad está casada civil y religiosamente, aproximadamente una cuarta parte está casada por el civil únicamente y sólo dos familias viven en unión libre; el 12% son familias extendidas - estando las dos terceras partes de éste casadas civil y reli-

giosamente, una familia por el civil y otra solo por la iglesia. El 10% restante son familias incompletas debido a la falta del padre, cabe señalar que solo en un caso la separación estuvo relacionada con la enfermedad del paciente (anexo 5 cuadro # 10).

Así mismo podemos observar que un 68% de la muestra son familias numerosas ya que están constituidas de 5 a 13 integrantes (anexo 5 cuadro # 11).

El bajo nivel escolar de los padres está íntimamente relacionado con la ocupación que desempeñan, la cual les proporciona ingresos muy bajos, que son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas de los miembros de las familias con un enfermo leucémico, que como acabamos de mencionar son bastante numerosas lo que agudiza la situación económica ya que el tratamiento del paciente es prolongado y costoso, esta situación confirma lo expuesto en el capítulo III (anexo 5 cuadros # 12 y 14).

Por lo tanto los egresos de estas familias son superiores en gran proporción a sus ingresos, viéndose en la necesidad de buscar otras formas de ingresos como son: pedir prestado, vender sus pertenencias, pedir ayuda a sus familiares o integrar a algún miembro de la familia al mercado de trabajo (cuadro # 16).

Cuando llega haber excedente, generalmente lo destinan a mejorar su alimentación, vestido, educación, etc., se ahorra para los próximos medicamentos o se pagan las deudas (anexo 5 --

Cuadro # 16

INGRESOS Y EGRESOS MENSUALES

VARIABLES	INGRESOS		EGRESOS	
	PREC.	₡	PREC.	₡
a) 1 Salario Mínimo	15	30	3	6
b) Más de 1 Salario Mfn. hasta 2 Salarios Mfn.	28	56	16	32
c) Más de 2 Salarios Mfn. hasta 3 Salarios Mfn.	5	10	20	40
d) Más de 3 Salarios Mfn. hasta 4 Salarios Mfn.	1	2	8	16
e) más de 4 Salarios <u>Míni</u> mos.	1	2	3	6
TOTAL	50	100	50	100

+ Nota: El salario mínimo vigente al 1^o de Diciembre de 1990 es de \$10,080.00 diarios.

cuadros # 16 y 17).

Otro factor que va íntimamente ligado con el aspecto económico, es el lugar de procedencia de estas familias ya que el -- 50% son foráneas y el tener que trasladarse continuamente al -- I.N.P. representa un costo significativo para la familia, así -- como una de las causas principales del descuido hacia los demás integrantes de la familia, ya que la estancia de alguno de los padres o de ambos en esta ciudad es muy costosa y lo(s) -- mantiene alejado(s) del resto de la familia (anexo 5 cuadro 18).

La alimentación es una necesidad primordial del individuo, -- pero cuando la familia está afectada económicamente, como es el caso de las familias que integran nuestra muestra repercute -- gravemente en la alimentación de sus integrantes ya que el ingreso es insuficiente, debido principalmente a los altos egresos por el tratamiento del paciente leucémico y si a esto le -- sumamos el elevado número de integrantes, encontramos que el ingreso económico no alcanza para adquirir los nutrientes necesarios provocando desnutrición y que el organismo no tenga defensas suficientes contra las enfermedades. Estas circunstancias también perjudican al paciente, aunque las familias en general procuran que la alimentación del enfermo sea mejor que la de los demás integrantes (anexo 5 cuadro # 19).

Se incluyó el indicador de la vivienda, porque lo consideramos un factor importante en la problemática que presentan estos pacientes, ya que el 64% de las familias presentaron promiscuidad en la vivienda, debido a que tenían animales domésticos

cos dentro de la casa y un 50% presentó problemas de hacinamiento a causa del gran número de integrantes de la familia y el espacio tan reducido de la vivienda (anexo 5 cuadros # 20 y 21).

En lo que respecta al aseo de la vivienda no se encontró - problemática relacionada con la enfermedad, en el aseo personal y cambio de ropa de los miembros de la familia se encontró que un 57% acostumbraban bañarse y cambiarse de ropa diariamente y el 39% se baña y cambia de ropa cada tercer día y el 4% una vez por semana, debido principalmente a que un 18% no cuenta con agua potable; otro aspecto a considerar es que un 26% de estas familias carecen de drenaje y un 28% no cuenta con sanitario (W.C.) y el 10% no cuenta con servicio alguno.

Esta situación de una falta de vivienda adecuada a las necesidades de las familias con enfermos leucémicos es perjudicial y obstaculiza el tratamiento del paciente ya que el hacinamiento, la promiscuidad, la falta de higiene y de servicios en general puede ser causa de infecciones que en el niño leucémico, debido a que tiene bajas sus defensas inmunológicas - por el medicamento administrado, puede ocasionar complicaciones en la mejoría del paciente (anexo 5 cuadros # 22, 23, 24, 25 y 26).

CONCLUSIONES

Durante las últimas décadas, en el campo de la medicina se han logrado importantes avances en la lucha contra la leucemia, gracias a las constantes investigaciones hematológicas, que tienen como objetivo encontrar las causas que generan tal enfermedad, para poder determinar un tratamiento que contribuya a la rehabilitación de estos pacientes.

Con el uso de medicamentos terapéuticos antileucémicos se mejoró notablemente el pronóstico de estos pacientes, posteriormente con la combinación de dichos medicamentos se logró aumentar la supervivencia de los enfermos leucémicos tomando en cuenta el tipo de leucemia, el tipo de raza, la edad y el grado de avance de la enfermedad.

En la actualidad no se puede hablar de un tratamiento curativo de la leucemia, debido a que se ignoran las causas que la producen, sin embargo, el tratamiento es suficientemente eficaz para que durante la remisión de la enfermedad el paciente se sienta bien y se considere curado.

El objetivo fundamental de este tratamiento es alcanzar una remisión completa consistente en la desaparición de las células leucémicas de la sangre periférica y de la médula ósea, restaurar las funciones hematopoyéticas y volver al paciente a un estado normal.

La experiencia de haber realizado nuestra práctica institucional y la presente investigación en el I.N.P. nos ha permiti-

do conocer que la problemática de la leucemia conlleva una vivencia emocional intensa y devastadora para la familia, modificando la unidad funcional que había logrado hasta ese momento, confrontando a cada uno de sus miembros con la crisis de elaborar el duelo y en muchos de los casos con la pérdida del niño, así mismo influye en los integrantes del equipo de salud ya que interactúan continuamente con el paciente y su familia.

Las características de la estructura de las familias con un paciente leucémico son las siguientes:

En general las interacciones de las familias se hacen en -- gran medida en función del enfermo leucémico, es decir, se vuelve el eje central de funcionamiento de la familia y como consecuencia se modifican las jerarquías, dejando de participar en -- las actividades correspondientes a los hijos, emancipándose de las normas que los rigen.

El sistema conyugal tiende a perder importancia frente a la enfermedad, en los casos que presentaron problemas previos entre los esposos, una vez diagnosticada la enfermedad, estos formaron coaliciones teniendo como base al enfermo, al tratamiento y a la enfermedad, dejando sus problemas de pareja en un segundo plano.

Es de relevancia tener presente que ante esta situación la familia sufre trastornos sociales y psicológicos que la afectan gravemente, por tanto, la dinámica familiar se ve inevitablemente afectada demandando un cambio o sustitución de roles en sus miembros, en la comunicación, en la expresión de afectos, en la toma de decisiones y en la manera de cómo deben de afrontar la

presente situación para adaptarse a nuevas formas o estilos de vida. La dinámica familiar se verá afectada de acuerdo al tipo de familia y a factores determinantes como: la etapa de la enfermedad en que es diagnosticado el paciente, el pronóstico -- del mismo, el tipo de leucemia y del tratamiento de ésta impli-- ca, etc.

En lo que respecta a la influencia de los factores socio-e-- conómicos (estructura y dinámica familiar, vivienda, alimenta-- ción, higiene, ingresos y egresos) en el tratamiento del niño - leucémico, partiendo del concepto de dinámica familiar utili-- zado en el marco teórico y apegándonos a los resultados esta-- dísticos que obtuvimos en nuestra investigación, encontramos u-- na serie de actitudes exhibidas por el niño enfermo, el padre, la madre y los demás hijos, las que a continuación compilare-- mos añadiendo algunas observaciones que nos parecieron intere-- santes y que son el resultado del análisis de los datos esta-- dísticos y de las entrevistas realizadas.

Las características de las familias de los pacientes leucé-- micos de nuestra muestra son de nivel social medio y bajo que viven en zonas marginadas y en un alto porcentaje provenientes de diferentes estados de la República, mismos que llegan al -- Instituto (I.N.P) viendo en él la última posibilidad de trata-- miento.

La diferencia entre las características culturales de las - familias y el equipo de salud dificulta la comunicación, mu--- chas veces el médico explica en términos técnicos que no son - comprendidos por los pacientes y/o sus familiares y ellos no - se atreven a pedir explicaciones e interpretan la información

de acuerdo a su código cultural, además, el que las familias -- sean de escasos recursos económicos incide de diferentes formas sobre las dificultades que presentan las alternativas de tratamiento: la desnutrición con que llegan al servicio de Hematología, el gasto que implica llevar al niño al hospital a consulta, quimioterapia, análisis, hospitalización y en algunas ocasiones radioterapia, afecta la economía familiar no solo de las familias foráneas sino también de las del D.F. que con frecuencia tienen que recurrir al uso de taxis por la debilidad física de los niños; si bien el instituto cubre gran parte de los gastos cuando el niño está hospitalizado, cuando sale del hospital la familia tiene que comprar los medicamentos que generalmente son caros y pagar además una cuota de recuperación y en el caso de las familias foráneas el hospedaje en esta ciudad.

En estas circunstancias la falta de recursos económicos es un factor determinante que influye en el tratamiento del paciente leucémico.

Debido a que el tratamiento es prolongado y costoso el miembro de la familia que se ocupa de aportar el ingreso económico (generalmente el padre) y el que se encarga de llevar al paciente al I.N.P. (generalmente la madre) tienden a estar sobrecargados de trabajo, el grado de llegar a convertirse en periféricos para el resto de la familia, es decir, disminuyen notablemente sus interacciones con los demás miembros, los cuales resienten el abandono de los padres. Ante esta situación, generalmente otro integrante de la familia asume un rol parental auxiliar, con el fin de disminuir esta carga de trabajo, por lo que el grupo

familiar resulta uno de los recursos más importantes de que disponemos para lograr la rehabilitación del paciente.

El contacto personal con un paciente leucémico provoca entre las personas que le rodean, sentimientos de angustia, confusión e incertidumbre que, muchas veces, pueden ser aliviados por la intervención de un especialista. Por esta razón, adquiere una gran relevancia el papel del Trabajador Social quien por sus características profesionales puede hacer una aportación importante en este contexto.

El trabajar con pacientes leucémicos genera un alto grado de responsabilidad y de stress a los integrantes del equipo de salud que al no ser adecuadamente asimilados les ocasionarán problemas emocionales severos.

El equipo de salud debe concebir a la familia en los términos más amplios y como unidad afectada básicamente por el paciente con leucemia; el Trabajador Social debe valorar la situación social con el mayor grado de especialización posible para el manejo de todas y cada una de las situaciones al respecto, a fin de aportar al equipo tratante y de manera coordinada, los elementos necesarios que posibiliten el manejo del caso a nivel clínico y que además ofrezca alternativas concretas en el tratamiento social de acuerdo a cada caso (Metodología de Trabajo Social de Casos).

Debido principalmente a problemas de carácter institucional; los escasos recursos humanos que resultan insuficientes a la demanda del servicio de Hematología, en el I.N.P. no se realiza -

un adecuado manejo de la metodología de casos aunque en algunas ocasiones la Trabajadora Social es auxiliada por estudiantes o pasantes de Trabajo Social, dicho apoyo se ve limitado principalmente por la falta de una capacitación a este personal, lo que impide un mejor desempeño de sus capacidades y por ende una mejor atención al público de este servicio.

Por otro lado, las Trabajadoras Sociales responsables de este servicio no puede sistematizar su trabajo, debido principalmente por el continuo cambio de servicio.

El estudio social que se realiza, contempla información que ya ha sido registrada por otras disciplinas y que solo debería realizarse en caso de que otro miembro del equipo de salud requiera profundizar sobre estos aspectos, por lo que consideramos la necesidad de elaborar un estudio social que no repita información ya contenida en el expediente ya que resulta molesto para el entrevistado proporcionarla varias veces.

Es necesario tener presente que, el tratar con pacientes con leucemia es un verdadero reto para todos los integrantes del equipo de salud, entonces ninguno de los integrantes debe descuidar el factor más importante en las relaciones humanas: la calidad del humanismo que cada uno ponga al brindar los servicios institucionales para el paciente y su familia.

Los recursos del instituto para atender a la población con tal problemática son insuficientes, ya que el atender a un enfermo leucémico genera un egreso significativo en comparación -

con otras enfermedades, por lo que el Trabajador Social debe --
buscar el apoyo económico de otras instituciones como el Club -
Rotario de Guajimalpa y el Club Caritas para disminuir el impaco
to económico en dichos familiares.

PROPUESTA

Debemos tener presente la necesidad de que el Trabajador Social del servicio de Hematología se especialice en terapia familiar, manejo grupos y de duelo, en caso de no contar con dicho perfil, se la deberá capacitar mediante los cursos de especialidad que imparte el departamento de Trabajo Social del I.N.P.

Así mismo, después de analizar los resultados de la investigación, mismos que nos permitieron comprobar la hipótesis planteada, es importante considerar las necesidades del grupo de pacientes en estudio, con el fin de establecer alternativas acerca del seguimiento de éste que permitan su atención integral y de la familia.

En primer lugar presentamos siete líneas generales de trabajo que derivan de las características de la estructura de la familia del enfermo leucémico y que proponemos orienten permanentemente el trabajo a través de los diferentes momentos de este modelo que presentamos a continuación. Por razones didácticas se divide en tres módulos que en la práctica están integrados:

- 1.- El trabajo con el equipo de salud.
- 2.- El trabajo con las familias.
- 3.- El trabajo individual con los pacientes.

LINEAS GENERALES DE TRABAJO

1.- Si bien una mayor flexibilidad de los límites en la familia puede ser útil en ciertos momentos para obtener colaboración y apoyo en la lucha contra la enfermedad, es importante - que éstos no se pierdan, sobre todo con los familiares que se acercan para colaborar en el cuidado del paciente o de los hijos menores, es importante que la familia y, dentro de ella el subsistema parental mantenga una cierta autonomía para la toma de decisiones. Es necesario, así, distinguir entre una mayor flexibilidad de los límites que pueden constituir un apoyo funcional y la que puede ser disfuncional, para evitar ésta última proponemos tratar de reintegrar al paciente al subsistema - al que pertenece y disminuir su centralidad. El reintegrar al paciente a su subsistema, implica que éste vuelva a regirse -- por las normas familiares, que participe en sus actividades, - que cumpla con sus obligaciones y que asuma la posición que le corresponde respecto a la jerarquía.

Para disminuir la centralidad del enfermo es importante propiciar que, a pesar de las presiones del tratamiento y las tensiones por el curso de la enfermedad, los intereses y actividades que los otros miembros de la familia tenían antes de la aparición del padecimiento se mantengan e incluso surjan nuevos.

2.- Fortalecer el subsistema parental y legitimar a las perso-

nas que tomen algún rol parental auxiliar que sea necesario, - pero delimitando sus responsabilidades. De este modo se obtiene apoyo, ayuda y al mismo tiempo se mantiene, en términos generales, la jerarquía que existía previamente en la familia.

3.- Fortalecer el subsistema conyugal para evitar la aparición de coaliciones a partir de los conflictos anteriores entre los conyuges. Evitar que las coaliciones preexistentes se cristalicen y estereotipen alrededor del tema de la enfermedad y se extiendan. Para lograrlo, es importante trabajar los problemas - previos que existían en la pareja.

4.- Repartir la carga del tratamiento, de modo que no se sobrecargue una sola persona (generalmente la madre). Tratar que el paciente, de acuerdo con su edad y estado físico, sea responsable de su propio cuidado y que los diferentes miembros de la familia participen en la medida de sus posibilidades. Explorar y promover la utilización de ayudas externas a la familia.

5.- Ayudar a la elaboración de los diferentes duelos: en el enfermo, por la pérdida de la salud, de sus capacidades y proyectos; en la familia, por la pérdida de las expectativas puestas en el paciente y si se diera el caso por la muerte de éste. Este punto se encuentra estrechamente relacionado con la capacidad para tomar decisiones en momentos de gravedad acerca de la suspensión o continuación del tratamiento.

Es sumamente importante que al mismo tiempo que la familia elabora estos duelos, el equipo de salud elabore también el -- duelo por la fantasía de omnipotencia que con frecuencia está presente en los trabajadores de la salud. Al niño leucémico no se le puede curar, sin embargo, se le puede ayudar a tener una mayor sobrevida y en algunos casos a vivir dignamente, tranquilo y acompañado por su familia y eso es algo muy valioso para el paciente.

6.- En general y en la medida de lo posible, es importante abo- garse a tratar de resolver los problemas familiares previos, - que pudieran agravarse con el avance de la leucemia y el curso del tratamiento, o "mejorarse" artificialmente a través de in- teracciones de unión que más tarde dificulten la rehabilita- ción del paciente.

7.- Finalmente, promover la compañía y el apoyo de la familia hacia el enfermo, especialmente en los momentos difíciles de - gravedad, dolor y cercanía de la muerte.

Es importante señalar que de acuerdo con las característi- cas de cada familia y en la etapa de la enfermedad en que se - encuentre el paciente, será necesario poner énfasis en algunos de estos puntos, trabajando con la intensidad que requiera ca- da caso.

EL MODELO DE TRABAJO

1. EL TRABAJO CON EL EQUIPO DE SALUD.

EL desempeño profesional del Trabajador Social en el área - de la salud, que actualmente es una especialidad en nuestra -- disciplina, se ha concebido como la auxiliar de las funciones médicas; siendo importante que se comprenda como una necesidad insustituible, debido a que los tratamientos médicos deben ser por naturaleza de origen social y por lo tanto, la función del Trabajador Social se hace tan indispensable como la del clínico mismo, sin olvidar esta conjugación de esfuerzos desde una concepción de multidisciplinaridad, donde los propósitos van en caminados en forma coordinada hacia un mismo fin: la salud y - el bienestar social.

Consideramos que todas las personas que trabajan en una ingtitución hospitalaria, o incluso fuera de ella, tratando a un mismo paciente, constituyen un sistema, con patrones de inter-acción característicos que determinan su actuación, su efectividad o su ineffectividad. Consideramos también que, junto con los pacientes y sus familiares, constituyen un sistema mayor, al que podemos llamar sistema terapéutico total, donde se establecen patrones de interacción que pueden llegar a ser estereotipados y disfuncionales. Y es sobre este sistema terapéutico total que pretende incidir este modelo.

Es frecuente que las personas que trabajan con este tipo de

pacientes presenten angustia, tensión o inclusive síntomas físicos, como baja de peso, insomnio o caída del cabello. Es frecuente también que se defiendan de la angustia que deriva de trabajar con personas que van a morir, manteniendo distancia -- respecto a ellas con actitudes de frialdad, etiquetándolas, -- convirtiéndolas en "el paciente de la cama número tal".

El trabajo con el equipo de salud que aquí se plantea, tiene los siguientes objetivos:

a) Es necesario que los integrantes del equipo de salud se den apoyo mutuo para ventilar la angustia y ansiedad que aparece -- en momentos difíciles de gravedad de algún paciente, así como a elaborar sus duelos por la ilusión de omnipotencia y por la muerte de los pacientes, para que, cuando se incluyan los sentimientos en la relación con los pacientes no se bloquee la efectividad del trabajo.

b) Descubrir y modificar los patrones de interacción estereotipados que se dan en el interior del sistema terapéutico total y que perpetúan situaciones inadecuadas que dan como resultado el no cumplimiento de indicaciones o las recaídas frecuentes e inexplicables.

c) Promover la integración del equipo como tal, limando las asperezas que surgen por las jerarquías dentro de la institución, así como de la pertenencia a diferentes profesiones y especialidades.

lidades (médicos, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeras) cada una con distinta valoración de lo social y lo institucional. Se trata de lograr la cooperación de todos los participantes, cada uno desde su papel y función, pero en una forma flexible y complementaria.

d) Mejorar la comunicación de los miembros del equipo entre sí, para tener una visión más integral de cada caso. Mejorar la comunicación con los enfermos y sus familiares, aprendiendo a escuchar sus necesidades, sus posiciones frente a la enfermedad, la rehabilitación, la vida y la muerte, tomando en cuenta sus opiniones y respetándolas.

Para lograr estos objetivos proponemos realizar periódicamente reuniones de trabajo con todo el equipo de salud, coordinadas por un Trabajador Social o Psicólogo que tenga experiencia en el manejo de grupos, y sería conveniente que la tuviera en teoría de sistemas, de tal manera que pudiera observar al equipo como un sistema, así como la relación entre éste y las familias de los pacientes, que conforman el sistema terapéutico total, y entre éste y sus diferentes entornos: el hospital y el medio ambiente social, económico y cultural en que se ubica. En algún momento puede ser conveniente que el coordinador de estas reuniones sea supervisado por un especialista ajeno al equipo y al servicio, a fin de poder analizar su angustia y reacciones frente al material que se trabaja en el grupo e in-

cluso frente al propio grupo.

En estas reuniones se puede trabajar a partir de los casos de difícil manejo, pacientes o familiares del paciente cuyo tratamiento genera conflictos en algún miembro del equipo o a partir de problemas específicos de tipo práctico o institucional.

2. EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS

Con las familias proponemos que el Trabajador Social realice un trabajo integrado que abarque desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la rehabilitación o muerte del paciente. Dado que con la aparición de un padecimiento como la leucemia ocurren cambios en la estructura de la familia del paciente, sugerimos como herramientas para este trabajo las técnicas de terapia familiar (Minuchin y Fishman, 1990), si las familias son flexibles y no presentan ninguna disfuncionalidad.

El modelo que proponemos está formado por los siguientes puntos:

2.1 PRIMERA SESION

Esta sesión debe llevarse a cabo a la mayor brevedad posible una vez que se confirme el diagnóstico de la leucemia.

Proponemos que se utilice la metodología de Trabajo Social de Grupos, los cuales deberán estar integrados de tres a cinco familias citando a todos los miembros de la familia que puedan asistir.

La duración de esta sesión será aproximadamente de tres horas, los objetivos son:

a) Facilitar la integración del sistema terapéutico total a través de técnicas y actitudes de participación, mediante las cuales el equipo de salud se acerca a las familias, con--

firiéndolas y haciéndoles sentir que las comprende.

- b) Manejar la información que tengan sobre la enfermedad y su --
tratamiento.
- c) Reforzar el establecimiento de canales de comunicación circu-
lar entre estas nuevas familias y los miembros del equipo de
salud.
- d) Empezar a establecer apoyos entre las familias y a configurar
diferentes subsistemas: "pacientes", "padres", "hermanos", --
"parejas", "hijos", cada uno con vivencias y problemáticas co-
munes.

Se puede iniciar la sesión con la presentación del Traba-
dor Social (coordinador) que a su vez pide a todos los asisten-
tes que se presenten, que hablen de su familia, de ellos mismos
y de los familiares que no están presentes, que cuenten la his-
toria de la enfermedad y cómo llegaron al servicio. Posterior-
mente, el coordinador les preguntará, qué saben de la enferme-
dad, de los tratamientos alternativos y de su pronóstico.

El Trabajador Social debe observar y escuchar con atención -
los relatos, apoyando e invitando a la reflexión para evitar --
que caigan en la depresión por la angustia y el sentimiento de
culpa.

En un tercer momento proponemos que se explique a los asistentes la organización interna del servicio y su funcionamiento, invitando a miembros del equipo a que entren a la reunión y se presenten. Una vez hecho esto, es importante que ahí, en la sesión, se inicie la comunicación circular entre los diferentes familiares y los miembros del equipo presentes.

La sesión se termina señalando en qué lugares y en qué ocasiones se van a encontrar en el servicio.

La configuración de los diferentes subsistemas se hace a lo largo de toda la sesión a través de técnicas de reestructuración, esto ofrece nuevas visiones, alternativas que amplían la realidad familiar. Se trata de demostrar que no están solos -- con su problema, que hay otros que lo comparten, apoyándose -- con intervenciones del siguiente tipo: "¿Qué piensan los hermanos del paciente?", "¿Qué opinan los padres?", etc.

2.2 ELABORACION DE DIAGNOSTICO

Después de la primera sesión, a la mayor brevedad posible -- es necesario obtener el diagnóstico de cada familia. Aún cuando no estén presentes todos los integrantes, no hay que perder de vista a todo el sistema familiar e investigar la ubicación de los miembros ausentes en la estructura familiar.

Este diagnóstico tiene como objetivos:

a) Establecer si es o no necesario ofrecer terapia a la fami-

lia en ese momento.

- b) Definir momentos claves en los que sería conveniente trabajar con ella.
- c) En función de la estructura familiar, hacer recomendaciones sobre la conveniencia o no de algún tipo de tratamiento.

Para lograr estos objetivos es necesario responder, a manera de hipótesis, a las siguientes preguntas: ¿Cómo está la estructura familiar en ese momento?, ¿qué problemas pueden surgir y cuándo?, ¿qué miembro de la familia corre el riesgo de sobrecargarse de trabajo?, ¿qué cambios en la estructura familiar ocurrirían si se eligiera cada uno de los métodos de tratamiento?, ¿de qué recursos dispone la familia en su interior y en el exterior?.

Estas preguntas deben ubicarse en el momento evolutivo en que se encuentre la familia y su medio socioeconómico y cultural, para lo cual es necesario apoyarse en el estudio social que proponemos más adelante.

2.3 SESIONES PERIODICAS EN GRUPO A FAMILIAS

Estas sesiones se realizarán una cada ocho días con una duración de dos horas aproximadamente, el número de sesiones será determinado por el equipo de salud, teniendo en cuenta que

las familias no se darán de alta hasta que hayan superado las etapas del duelo, sus objetivos son:

- a) Contribuir a que las familias superen las etapas del duelo.
- b) Reforzar la integración del sistema terapéutico total.
- c) Continuar manejando en forma operativa la información sobre la enfermedad y su tratamiento.
- d) Reforzar el apoyo entre familias y la comunicación con los miembros del equipo de salud.

2.4 TERAPIA FAMILIAR

Por razones de delimitación de tiempo, que generalmente se dan en una institución, proponemos que se de terapia familiar solamente a las familias que presenten disfuncionalidades que amenacen el tratamiento, a las que demanden ayuda o cuando -- los miembros del equipo de salud lo considere conveniente.

2.5 INTERVENCION EN MOMENTOS DE CRISIS

Como estos momentos están directamente relacionados con el estado físico del paciente, la evolución de la enfermedad, y

en general con las complicaciones del tratamiento, es conveniente que trabajen en ellas el Trabajador Social y el médico.

En general describimos como momentos de crisis los siguientes:

1.- Cambios en el tratamiento:

La intervención, en estos momentos, tiene como objetivo evaluar entre el equipo de salud, el paciente y la familia, que sucedió con el tratamiento anterior.

2.- Momentos de gravedad por la aparición de complicaciones y recaídas frecuentes:

Estas complicaciones generalmente llevan a la necesidad de cambiar el tipo de tratamiento.

A estas sesiones se debe invitar al paciente, a los padres y a aquellos miembros de la familia que en los casos particulares sea importante que asistan.

Los objetivos son:

- a) Ofrecer apoyo a la familia y al paciente en esos momentos difíciles.
- b) Explorar si en alguna forma la estructura y la dinámica familiar están facilitando o reforzando esas complicaciones.

c) En caso de que así sea, trabajar terapéuticamente para cambiar esta situación.

*) Trabajar en general, dentro de los lineamientos expuestos al principio de esta exposición.

3.- Hospitalización:

En estos momentos es necesario preparar tanto al paciente como a la familia para la hospitalización, y trabajar sobre cuáles son los cambios que van a darse en la familia mientras el enfermo esté hospitalizado: ¿quién va a realizar las funciones que antes él realizaba o tomar su papel en la familia?, -- ¿cómo se va a mantener el contacto entre la persona hospitalizada y la familia?, ¿qué va a suceder cuando se reintegre a la vida familiar?.

4.- Momentos en que la muerte del paciente es inminente:

A esta sesión se citará a todos los miembros de la familia que puedan asistir excepto al paciente.

Esto no implica que a éste se le oculte la gravedad de su estado, pero consideramos que es preferible hablar a solas con él y que no participe en esta sesión, cuyo principal objetivo es que el Trabajador Social ayude a la familia a iniciar la elaboración del duelo por su muerte.

Un segundo objetivo de esta sesión es ofrecer apoyo a la familia, acompañarlos en su dolor y permitirles expresar sus sen

timientos, para esto se puede introducir el tema de cómo será la familia sin él, quién realizará las funciones que el paciente tenía, etc. para ayudar a que se reestablezcan nuevas relaciones de objeto, esto a nivel relacional se concretiza en el establecimiento de nuevas interacciones entre los elementos -- del sistema familiar.

3 EL TRABAJO INDIVIDUAL CON LOS PACIENTES

El trabajo que es necesario realizar individualmente con los pacientes dependerá en gran medida, de la edad del paciente, el lugar que ocupa en la familia y la posibilidad de ésta de darle apoyo y cercanía.

3.1 Proporcionar al enfermo apoyo y posibilidad de ser escuchado en los momentos en que lo requiera. Esto es especialmente importante cuando la familia no lo hace, y aún cuando ésta tenga la capacidad de escucharlo, apoyarlo y acompañarlo, siempre pueden darse momentos en que el enfermo requiera hablar a solas con un especialista sobre su situación.

3.2 El Trabajador Social debe comprender a cada paciente como individuo, debe reconocer los diversos elementos de su personalidad, en su lucha por desarrollarse y adaptarse a la separación continua de sus familiares y amigos a las privaciones que trae consigo la enfermedad y el ambiente del hospital.

Debe considerar al niño como un todo, tomar en cuenta el ambiente familiar y el nivel cultural que ha tenido, su enfermedad en particular y lo que ésta representa para él, con el fin de establecer relaciones con el enfermo y motivarlo a realizar actividades recreativas no solamente como una distracción, sino también como ayuda a su rehabilitación.

Así mismo debe tener presente lo que él significa para el niño y cómo y por qué el paciente reacciona de determinada manera, es decir, comprender sus reacciones, a veces hostil, entusiasta, agradable, sospechosos o aceptante, etc.

Por otro lado explicará al paciente la problemática y las restricciones que implica la enfermedad y el tratamiento médico social cuando éste así lo requiera.

TRABAJO SOCIAL DE CASOS

El Trabajador Social puede intervenir en distintos niveles u tilizando los métodos de Trabajo Social de Casos, Grupo y Comunidad. Debido a las características de esta investigación nos a bocaremos al método de Trabajo Social de Casos, el cual consideramos más apropiado para el estudio del paciente leucémico y su relación con la familia.

Mary Richmond define al Trabajo Social de Casos como "El conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando - consciente e individualmente al hombre a su medio social" (1). Es decir, que el Trabajo Social de Casos contribuye a que el individuo logre adaptarse a su medio, modificando su personalidad y su forma de percibir la problemática que le afecta.

Entre otras definiciones importantes se destaca la de la Trabajadora Social María C. Castellanos quien menciona que "Es el método de Trabajo Social que estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar, descubrir y encauzar las condiciones "positivas" del sujeto y debilitar o eliminar las "negativas", como medio de lograr el mayor grado de ajuste y adaptación entre el individuo y su mediocircundante" (2).

Por su parte, Hamilton Gordon señala que "El Trabajador Social de Casos se caracteriza por su objetivo que es proporcio-

(1) Richmond, Mary E. Caso Social Individual. Ed. Humanitas. Argentina, 1962. p.67.

(2) Castellanos, María C. Manual de Trabajo Social. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1986. p.7.

nar servicios prácticos y consejos a fin de despertar y conservar las energías psicológicas del cliente, hacerlo participar - activamente en el uso de estos servicios para la solución de -- sus problemas" (3).

El Trabajo Social de Casos tiene su origen en la propuesta - de Mary Richmond en el año de 1917, la cual se vió influenciada por Augusto Comte y Sigmund Freud es decir, se basó teóricamente en la sociología y la psicología individual y social, dicha obra la distinguió como la pionera del Trabajo Social ya que lo caracterizó como una disciplina social, aplicando el método de las Ciencias Naturales a los casos sociales; por lo que " el método del estudio de casos, sigue un proceso similar al de la --- ciencia médica; primero OBSERVA, indaga los factores individuales, familiares y del medio social que influyen o influyeron en el comportamiento actual del individuo, para llegar a hacer un DIAGNOSTICO de su situación personal y familiar posteriormente se elabora un PLAN para realizar la labor de influencia y desarrollo de aquellas habilidades y aptitudes que permitirán al individuo enfrentar con más éxito su situación-problema; y finalmente, una vez que se han previsto los resultados del plan se - determina el TRATAMIENTO a seguir" (4).

Así mismo consideraba a los problemas sociales que presentaban los individuos como situaciones patológicas ocasionadas por

- (3)Gordon, Hamilton. Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1987. p.15
- (4)Bautista López, Elizabeth. Art. "La Influencia de la Teoría - Social en la Metodología Tradicional del Trabajo Social y su Aplicación en México". p. 20

no adaptarse al medio social en que se desenvolvían, señalando - que solo se debe realizar el estudio de casos por personas capacitadas y a casos que ameriten una intervención prolongada e intensiva por la complejidad de su problemática, que se efectúe de manera autónoma y sin restricciones.

Posteriormente María C. Castellanos y Hamilton Gordon señalan 6 y 5 fases respectivamente para desarrollar el Trabajo Social - de Casos:

MARIA C. CASTELLANOS

Investigación
Diagnóstico
Pronóstico
Plan
Tratamiento
Valoración

HAMILTON GORDON

Investigación
Diagnóstico
Plan
Tratamiento
Actividad

La Investigación es la primera etapa del estudio de casos y - se caracteriza por obtener información económica, social, emocional, cultural, etc. la cual puede ser directa (observación y entrevista al paciente) e indirecta (entrevistas colaterales a familiares, vecinos, amistades, maestros, etc.) que permita elaborar un diagnóstico objetivo.

Debido a que la entrevista es una técnica esencial en el estudio de casos, a continuación describiremos brevemente las características y aspectos a considerar para que el Trabajador Social tenga éxito en el objetivo de la misma.

El proceso de la entrevista puede resumirse en tres etapas:

INTRODUCTORIA

Consiste en iniciar el proceso del encuentro, conocerse y decidir acerca del objetivo en común.

DESARROLLO

El proceso de la entrevista debe ir dirigido a lograr el objetivo definido anteriormente, por lo que el contenido y la secuencia de las acciones deben ir enfocadas y guiadas hacia el mismo fin.

TERMINACION

El Trabajador Social debe resumir brevemente lo expuesto durante la entrevista, las decisiones que se tomaron, las situaciones pendientes y dejar abierta la posibilidad de una nueva entrevista en caso de que sea necesario.

Los aspectos que debe tener presente el Trabajador Social durante la entrevista son: informar al entrevistado sobre el objetivo de la misma y la confidencialidad de esta, durante el desarrollo de ésta debe observar y escuchar con atención sin juzgar la manera de pensar y actuar del entrevistado, así mismo debe -- crear un ambiente agradable, cómodo y privado evitando las interrupciones.

Es necesario que utilice un lenguaje sencillo y comprensible de acuerdo al código intelectual y cultural del entrevistado sin perder de vista su actitud profesional y el objetivo de la entre

vista que debe consistir en obtener información que permita la elaboración de un diagnóstico que contribuya a un correcto tratamiento psicosocial.

La entrevista puede motivar, enseñar, recabar información y puede ayudar a los pacientes a manifestar su problemática y su verdadera reacción ante tal situación; además la entrevista acompañada de la observación es uno de los métodos más seguros para obtener información sobre el caso.

Cuando se trata de problemas de desequilibrio emocional, es necesario obtener información exacta de los principales acontecimientos, así como de las personas que más influencia ejercieron en la vida del paciente y como señala Hamilton Gordon la familia es el punto central de la investigación y principalmente padre-paciente puesto que muchos factores causales se encuentran en estas relaciones por lo que deben ser entrevistados por separado para apreciar las respectivas posiciones ante este problema.

En el caso de elegir a familias para proporcionarles apoyo económico o alguna otra forma de asistencia social, es necesario investigar la situación económica de la familia dentro del contexto social y en muchos de los casos la visita domiciliaria puede ser de mayor utilidad para comprender su situación.

El DIAGNOSTICO se elabora en base a los resultados de la investigación, es la interpretación profesional del Trabajador Social sobre los aspectos psicosociales que influyen en la problemática del paciente.

Hamilton Gordon señala que el Diagnóstico debe describir claramente las causas del problema y asegura que todo diagnóstico es una configuración o gestalt que se compone de la interacción del paciente con su medio, viéndolo como un todo con partes interdependientes, por lo que se debe descubrir el problema social causante de o causado por alguna desadaptación social, y que debe examinarse para determinar la naturaleza o los alcances del trastorno, es decir, lo esencial es comprender el problema del paciente a través de la descripción de la estructura, etiología y de los elementos que integran la relación de la problemática.

De esta manera el estudio de los factores emocionales expresados verbalmente o mediante actitudes y comportamientos permite que el Trabajador Social comprenda en base al Trabajo Social de Casos al individuo y su problemática gracias a que la Gestalt muestra la relación de la persona dentro de la situación a través de sentimientos conscientes, necesidades y deseos.

El PRONOSTICO según María C. Castellanos en el Trabajo Social "es el enunciado de las posibilidades de fracaso o éxito" (5). - Este puede ser "favorable o desfavorable", el primero significa éxito en el desarrollo del plan y tratamiento del caso, cabe señalar que un pronóstico "favorable" en el tratamiento del caso puede transformarse en "desfavorable" o viceversa según los cambios o reacciones del paciente y su contexto social. El pronóstico es la opinión del Trabajador Social sobre las posibilidades que el caso presenta.

El PLAN según Castellanos debe considerar tres aspectos:

(5) Castellanos María C. op. cit. p.

- 1.-Las demandas del paciente para lo cual el Trabajador Social - deberá diferenciar entre lo que esta le dice, lo que quiere, lo que le conviene y lo que puede lograr.
- 2.-Los recursos disponibles de la comunidad así como el uso adecuado de los mismos.
- 3.-Las consecuencias o repercusiones en el paciente.

Así mismo menciona dos tipos de PLANES;

- 1.-El Tentativo o Exploratorio y Experimental, ya que tiene una vigencia variable.
- 2.-El Plan Definitivo, este es más estable y duradero aunque también puede interrumpirse en su trayecto, por lo que se tendrá que proponer otro plan tentativo antes del cambio de tratamiento.

El TRATAMIENTO es la ejecución del plan y su principal objetivo es encauzar al paciente a fin de lograr el ajuste a su medio.

Según María C. Castellanos los factores que debe incluir el tratamiento son: "El caso"(el paciente) y su medio ambiente, integrado por las relaciones colaterales e instituciones afines; - considerando ambos factores (paciente y situaciones) como un todo inseparable.

El objetivo principal del Trabajador Social en el tratamiento es orientar al paciente para que conscientemente se ajuste a su medio ambiente y mediante el desarrollo de sus capacidades pueda superar su problemática, para esto el Trabajador Social debe de-

tectar los recursos disponibles de la familia y colaterales para buscar una mejor solución.

En este tipo de pacientes se debe fomentar y fortalecer los aspectos positivos que se observan en el paciente y su familia, ya que son factores importantísimos para el éxito del tratamiento.

El CIERRE DEL CASO se realiza en los casos donde el paciente ha logrado su rehabilitación total, por negativa voluntaria al tratamiento o por fallecimiento.

A continuación presentamos el modelo de abordaje que proponemos para realizar el estudio social a los pacientes leucémicos, el cual se conformó retomando los planteamientos de los autores anteriormente mencionados, dicho modelo parte de las características de la enfermedad, como una necesidad de dar una respuesta al grupo de personas afectadas por la leucemia, ya que el estudio social que se realiza en el I.N.P. contiene demasiados aspectos médicos, descuidando aspectos sociales que limitan el estudio social de casos y por ende la intervención del Trabajador Social, por otro lado no responde a las necesidades de estos pacientes ya que fué elaborado para aplicarse indistintamente para cualquier tipo de enfermos sin tomar en cuenta las características específicas de este padecimiento.

Este modelo puede aplicarse en cualquier institución que atiende a pacientes leucémicos ya que permite que el Trabajador Social descubra los recursos del medio ambiente y las capacida--

des con que cuenta el paciente y su familia.

Por lo contemplado anteriormente consideramos que el Trabajo Social de Casos es el único medio para conocer mejor la problemática de estos pacientes debido principalmente al contacto directo y profundo con el paciente, familia y contexto social en el que se desenvuelven.

ESTUDIO SOCIAL PARA PACIENTES LEUCEMICOS

TRABAJO SOCIAL

REGISTRO Y CLASIFICACION

NOMBRE:

FECHA: (DEL ESTUDIO) _____

EDAD: _____ AÑOS _____ MESES

SEXO: MASC. _____ FEM. _____

CAMA: _____

DOMICILIO PERMANENTE: (CALLE, NUMERO, COLONIA, DELEGACION, EDO. O ENTIDAD FEDERATIVA) _____ TEL: _____

DOMICILIO TEMPORAL: _____ TEL: _____

FUENTE DE INFORMACION: (NOMBRE COMPLETO Y PARENTESCO) _____

FECHA DE HOSPITALIZACION: _____

DIAGNOSTICO MEDICO: _____

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE: _____

MOTIVO DE ESTUDIO. Se indicará el objeto de la investigación relacionado con el Diagnóstico Médico.

Se describirán brevemente los datos sobresalientes de la persona entrevistada, (aspecto físico, interés por el paciente y su actitud frente al problema).

Investigar acerca del conocimiento de la enfermedad que tenga el familiar y su origen. Por ejemplo: ¿Qué podría decir con respecto a la enfermedad del menor? ¿A qué atribuye usted la enfermedad? ¿Por qué requirió el niño hospitalización?

1. ASPECTOS INDIVIDUALES DEL PACIENTE:

Nombre, fecha y lugar de nacimiento, apariencia física, actitud frente al tratamiento médico, si está hospitalizado; actitud dentro del Hospital y personal que lo atiende, así como sus compañeros de sala, incluyendo su impresión hasta la fecha de estudio.

Preguntas sugeridas.

¿Qué le dijo a su hijo (a) respecto a su enfermedad y la razón de su internamiento? ¿Qué piensa que le va a pasar en el instituto? ¿Se ha separado alguna vez el paciente de su familia?

¿Cómo reaccionó?

Investigar acerca de lo que significa para el paciente quedar hospitalizado y manejo de la separación. Pedirle al entrevistado que describa el carácter del menor. (agresivo, introvertido, extrovertido).

2. ANTECEDENTES PRE-ESCOLARES:

Comprende desde que el niño comienza a caminar hasta que asiste al primer año de primaria, es decir, de un año y medio a seis años aproximadamente. En este período predominan las reacciones emocionales y se inicia la relación intra-familiares.

Es muy importante el ambiente familiar para conducir las potencialidades humanas, ya que en periodos posteriores el niño estará una mayor cantidad de tiempo fuera de casa.

Es importante conocer si han existido fobias, temores nocturnos, si el niño duerme solo, si desea dormir con sus padres, si tiene pesadillas, cuáles son sus hábitos, si relata sus sueños, qué juegos prefiere, etc.

Según su edad, etapa de la niñez más difícil para el niño en lo que se refiere a salud, conducta, relaciones interpersonales, etc.

Forma en que enfrenta el niño su enfermedad (temor, valentía, aceptación, indiferencia o desconoce su enfermedad).

En esta etapa se desarrolla la agresividad debido a la enfermedad, el Trabajador Social debe explotar la tolerancia o autoridad de la familia en estos aspectos.

Se debe conversar con el paciente para completar el tema anterior investigando qué actitud tiene frente a sus padres y hermanos (agresividad, dependencia, indiferencia, manipulación, cariño, etc.) y cómo se siente dentro del hospital y frente al equipo de salud.

3. ETAPA ESCOLAR:

Grado de escolaridad, tipo de escuela, a qué edad ingreso a la primaria - (si hubiera sido fuera de la edad, investigar por qué), saber si el padecimiento ha influido en retraso escolar, cómo es la relación paciente- maestro cómo se comporta con sus compañeros (as), conocer si es líder, qué hace en el recreo y en su tiempo libre, actividades fuera de la escuela, relaciones interpersonales (amigos, grupos organizados, etc.).

Investigar qué es lo que hace enojar al paciente o qué le causa agrado (según su edad).

¿Cómo calificaría el aprovechamiento escolar del paciente?, considerando el rendimiento alto de 10 a 80 de calificación, regular de 8 a 7 y bajo de 6 a 0.

Si el paciente no asiste actualmente a la escuela explicar el motivo - (por ser menor de 4 años, por falta de recursos económicos, debido a su enfermedad, los padres no lo creen necesario, el paciente no lo desea, por rechazo de sus compañeros o maestros, etc.)

* Para todos estos datos se deberá conversar con el paciente, tratando de describir su punto de vista y relacionarlo con los datos proporcionados por el entrevistado.

4. ESTRUCTURA Y DINAMICA FAMILIAR:

La descripción será narrativa y se iniciará de la siguiente manera: -- "El hogar está constituido por el padre, la madre, 6 hermanos, la abuela materna y tres sobrinos, en total 12 personas".

PADRE.- Se anotarán sus generales (nombre, edad, origen, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de residencia). En caso de no haber terminado sus estudios, anotar por qué dejó de estudiar, ocupaciones anteriores que ha desempeñado.

MADRE.- Los mismos aspectos que el padre.

Historia del noviazgo de los padres, algunos aspectos maritales de importancia, por ejemplo, si son casados de segundas nupcias, si existen herma

nastos, o actividades extramaritales que ocasionan problemas con la familia.

En seguida se anotará el total de hijos procreados y se describirán a los que viven en el núcleo familiar, indicando: nombre, edad, origen, estado civil, escolaridad y ocupación en orden de edades y dando el lugar que ocupa el paciente, después los demás integrantes de la familia.

¿A quién extraña más al estar alejado de su hogar? ¿Hay algún hermano con quién se lleva más estrechamente? ¿Alguien colabora en el cuidado de los niños?

¿En caso de existir divorcio o separación, esto se debió a la enfermedad del paciente?

En relación a la dinámica familiar, se considerarán los siguientes aspectos:

- a) Relación entre los padres.
- b) Relación específica entre padre-hijos y madre-hijos.
- c) Relación entre hermanos y hacia el paciente y viceversa.
- d) El tipo de ejercicio de autoridad (límite y control) que utilizan los padres castigo y recompensa, agresión verbal y la física, etc.
- e) Las normas, valores éticos, morales y religiosos de la familia.
- f) Relación del niño hacia el padre, la madre y/o hacia la autoridad.
- g) Actividades recreativas de la familia (paseos, cine, teatro, circo, museos, viajes, visitas a familiares, etc.)
- h) Señalar el rol asignado, cómo es desempeñado por cada uno, etc. sistema familiar predominante y nivel de comunicación.

¿Cuál ha sido la actitud de los padres hacia la enfermedad (obstáculo o dificultad en la familia en el aspecto económico, social o de armonía familiar) hacia el niño enfermo (de cuidado, cariño, indiferencia, reproche, descuido, sobreprotección, etc.) hacia la pareja (de colaboración, comprensión, responsabilidad, agresión, culpa, etc.) y hacia los otros hijos (cuidado, cariño, agresividad, descuido, etc.)?

¿Cuál ha sido la actitud de los hermanos del paciente hacia: la enfermedad, hacia el niño enfermo y hacia los padres?

¿Cuál ha sido la actitud de los parientes y vecinos hacia la enfermedad -- (colaboración, rechazo, aceptación, etc.)?

Investigar cómo han sido las relaciones familiares durante las últimas semanas, si ha habido cambios.

Conocer si esta clase de acontecimientos contribuyen a unir o desunir al grupo familiar.

Capacidad de adaptación del núcleo familiar ante la crisis y si influye la religión en la manera de enfrentar el padecimiento.

Si acaso la enfermedad está interfiriendo o posponiendo los planes hechos por la familia.

Es importante tener presente el conocimiento que tiene cada miembro de la familia sobre la enfermedad.

5. CONDICIONES ECONOMICAS Y DE TRABAJO:

Debe anotarse datos precisos sobre el número de familiares o personas que trabajan y sus respectivos salarios, así como ayudas que reciba la familia de alguna institución.

INGRESOS MENSUALES:

Jefe de familia \$ _____

Otros miembros \$ _____

de la familia

(Especificar quién)

Otros ingresos \$ _____

TOTAL : \$ _____

EGRESOS MENSUALES:

Medicamentos \$ _____

Alimentación \$ _____

Renta \$ _____

Luz y combustible \$ _____

Agua \$ _____

Vestuario \$ _____

Transporte \$ _____

Gastos escolares \$ _____

Teléfono \$ _____

Diversiones \$ _____

TOTAL : \$ _____

Si existe déficit considerable, cómo se cubre, así mismo si cuentan con excedente en qué lo emplean.

6. ALIMENTACION:

Especificar cuántas comidas realiza la familia al día y con qué frecuencia consume los siguientes alimentos:

- | | | | |
|-------------|-----|-------------|-----|
| a) Carne | () | j) Pan | () |
| b) Leche | () | k) Frijoles | () |
| c) Huevos | () | l) Pollo | () |
| d) Verduras | () | m) Chile | () |
| e) Frutas | () | n) Pescado | () |
| f) Pastas | () | ñ) Té | () |

- | | | | |
|-------------|-----|------------|----------------------|
| g)Refresco | () | o)Hígado | () |
| h)Café | () | p)Cereales | () |
| i)Tortillas | () | q)Otros: | <u>(ESPECIFICAR)</u> |

7. DATOS DE LA VIVIENDA;

Descripción concreta del barrio o colonia desde el punto de vista de urbanización, servicios generales, higiene, etc.

Descripción de la casa habitación, material de construcción, estructura, número de cuartos, tipo de baño (privado o colectivo), especificar si cuenta con agua, luz, drenaje, iluminación, ventilación, observar las condiciones higiénicas, mobiliario, enseres domésticos, lugar donde preparan los alimentos, etc.

8. DATOS COMPLEMENTARIOS:

Se refiere a fuentes colaterales, datos proporcionados por otros servicios, familiares, escuela, centros médicos, etc.

DIAGNOSTICO SOCIAL:

Es la opinión profesional sobre la naturaleza del problema, abarca a demás de la simple apreciación de los síntomas, un juicio de sus posibles significados y un cuidadoso estudio de todos los factores determinantes.

Trata de definir la situación social del paciente y su familia, tomando como base los tres puntos o aspectos: BIOLÓGICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL, abarcando así situación socio-económica, cultural, de vivienda, de salud, familiar y emocional del caso.

Es la interpretación de los problemas que presenta y sus posibles causas u origen.

Debe tomarse en cuenta la participación del paciente con respecto a su problema: capacidad, posibilidades y utilización de recursos externos e internos.

PRONOSTICO SOCIAL:

Son los recursos que posee el caso para superar sus problemas clasificánolos en nulo, leve, transitorio o permanente.

Es la opinión del Trabajador Social respecto a las posibilidades de éxito o progreso que ofrezca el caso.

El pronóstico puede ser favorable o desfavorable, el cual puede transformarse durante el desarrollo del plan en un determinado momento.

PLAN SOCIAL:

Son las sugerencias que hace el Trabajador Social para buscar caminos de solución, tomando en cuenta el pronóstico social.

Pueden planearse actividades desde el punto de vista asistencial, promocional, rehabilitatorio y de investigación.

Es conveniente enumerar las acciones que se realizarán en orden prioritario.

(La información acerca de requisitos institucionales no es necesario incluirla en el plan o en su defecto se escribirá como último punto).

TRATAMIENTO SOCIAL:

En la fase dinámica y activa que sigue a la elaboración del Plan. La constituyen las notas subsecuentes que en forma breve, clara y en orden cronológico se harán de los pasos para atender los problemas, - anotando el nombre del Trabajador Social que lo haya realizado. Debe ser preciso y objetivo.

En el transcurso del tratamiento podrán tomarse aspectos como: Si ha habido dificultades para que el niño se adapte al medio hospitalario, si el paciente ha sufrido cambios a causa de su enfermedad o de la hospitalización.

¿Cuál cree que deba ser su participación dentro del tratamiento?

Si el menor hace preguntas de su enfermedad y cómo han sido con testadas.

¿Qué cree el familiar que piensa o se imagina su hijo?

¿Cómo se les ha explicado a los hermanos, la hospitalización del paciente y cómo se ha respondido a las preguntas formuladas?

De todo lo anterior hay que dar orientaciones pertinentes, de acuerdo a la problemática de cada caso. (ver propuesta para el tratamiento social puntos 1 y 2.)

¿Has estado lejos de tu familia en otra ocasión?

¿Cuántos, cómo y por qué, etc.?

Platícame de tu familia (padres, hermanos, castigos, animales favoritos, etc.).

¿Qué cosas te hacen enojar?

¿Qué cosas te hacen feliz?

¿Aquí, quién te atiende y qué te hace?

¿Qué te gusta más del hospital?

¿Qué no te gusta del hospital?

¿Qué te gustaría hacer fuera de aquí?

¿Qué podemos hacer para que tu estancia en el Hospital sea más placentera?

Nombre y Firma del Trabajador Social.

NOTA:

Es conveniente que las familias que viven en la zona metropolitana se les realice la visita domiciliaria para que la información sobre el entorno social sea más objetiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Ackerman W.N. Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Horme. Argentina, 1977. pp. 430
- 2.-Apodaca Rangel, M.L. Análisis del Ejercicio Profesional del Trabajador Social en el Sector Salud. Cuadernos de Trabajo Social. Núm. 9. Ed. ENTS----UNAM. México, 1983. pp. 111
- 3.-Apodaca Rangel, M.L. Apuntes de Metodología y Técnicas de Investigación que Sirven de Apoyo a los Cursos de Investigación Social y Taller de Investigación Social. Ed. ENTS-UNAM. México, 1988. pp. 93
- 4.-Avello, J. Estudio del Tiempo de Duplicación Celular en la Leucemia Mielode Crónica. Revista Cubana de Medicina. Vol. 23. Núm.3. Mayo-Junio, --1984. pp. 329
- 5.-Aviles Miranda. Causas de Muerte en Leucemia Aguda. Revista de Investigación Clínica. Vol. 35. Núm. 1. Año 1983. pp. 37
- 6.-Aviles Miranda. Resultado de Tratamiento con 2 Esquemas de Quimioterapia en la Leucemia Mieloblástica. Gaceta Médica de México. Vol. 120. Núm. 4. Abril, 1985. pp. 150
- 7.-Baena Paz, G. Instrumentos de Investigación. Ed. Mexicanos Unidos. México, 1980. pp. 189
- 8.-Ballesteros Monroy, J. Evaluación Dinámica de la Familia. Plática para el Curso "Alternativas de Acción con Familias de la AMTSPAC". México, --1980. p. 1

- 9.-Barrera Rubio, K. Art. "Familiograma". Revista #30. Ed. ENTS-UNAM. Abril-Junio, 1987. Año V. pp. 17-36
- 10.-Bautista López, E. Art. "La Influencia de la Teoría Social en la Metodología Tradicional del Trabajo Social y su Aplicación en México". pp. 33
- 11.-Briar S. et. al. Caso Individual. Ed. Humanitas. Argentina, 1983. pp.212
- 12.-C. Castellanos, M. Manual de Trabajo Social. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1986. pp. 193
- 13.-Carrillo Farga, J. Leucemia Megacarioblástica. Bioquímica. Vol. 9. Núm. - 45. Enero-Marzo, 1987. pp. 14-17
- 14.-Castellanos, H. Hematología Práctica. Ed. Médica Panamericana. Argentina, 1965. pp. 264
- 15.-Chagoya Beltrán, L. "Dinámica Familiar y Patología". En: La Familia. Medio Propiciador o Inhibidor del Desarrollo Humano. Editado por: E. Dulanto. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. México, 1975. pp.25
- 16.-Dacie, J.V. Hematología Práctica. Ed. Toray. España, 1970. pp. 536
- 17.-Damesheck, W. et. al. La Leucemia. Ed. Científico Médica. España, 1967. pp. 696
- 18.-Ducach, G. Leucemias Agudas. Revista Médica de Chile. Vol. 115. Núm. 6 -- Junio, 1987. pp. 561-563
- 19.-Escuela Nacional de Trabajo Social. Universidad Nacional Autónoma de México. Especificidad de Trabajo Social. Antología de Educación Continua. Seminario en Áreas Sustantivas de Trabajo Social. Ed. ENTS-UNAM. México, -- 1988. pp. 490

- 20.-Farreras, V. et. al. Medicina Interna. Ed. Marín. México, 1978. Tomo II pp. 1155
- 21.-Folch, A. Hematología Clínica. Ed. Interamericana. México, 1948. pp. 807
- 22.-Garay, G. et. al. Tratamiento de las Recaídas en Leucemias Linfoblásticas Agudas. Boletín de la Academia Nacional de Medicina. Vol. 61. s/n Enero-Junio, 1983. pp. 157 y 158
- 23.-García Villanueva, R. Terapéutica Actual de la Leucemia Aguda. Revisión del Tema Estudio de 18 Casos. Universidad de Guanajuato. México, 1972. - pp. 68
- 24.-Grupo de Práctica Institucional 1912. Prof. Esther Reyes Ramírez. Estudio de Práctica Institucional en el I.N.P. ENTS-UNAM. México, 1990.s/p.
- 25.-Guerra Valdéz, R. Anormalidades Cromosómicas en Diferentes Tipos de Leucemia. Archivos Dominicanos de Pediatría. Vol. 20. Núm. 2. Mayo-Agosto, 1984. pp. 51-55
- 26.-Gutiérrez Palomera, M. Majuración de las Leucemias Agudas Mielóides. Vol. 8. Núm. 42. Abril-Junio, 1986. pp. 87-91
- 27.-Hamilton, G. Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1987. pp. 333
- 28.-Harrison Tinsley, R. et. al. Medicina Interna. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1982. Tomo II. pp. 2499
- 29.-Hernández Illescas, J. H. et. al. Manual de Medicina Interna. Ed. Francisco Múndez Oteo. México, 1983. pp. 182

- 30.-Hill, R. Metodología Básica en Trabajo Social. Ed. Humanitas. Argentina, 1982. pp. 158
- 31.-Hilman, R. et. al. Manual de Hematología. Ed. Manual Moderno. México, -- 1987. pp. 317
- 32.-Hoffbrand, A.V. y Pettit, J.E. Hematología Básica. Editores NORIEGA LIMU SA. México, 1987. pp. 341
- 33.-Holland James, F. Leucemia y Linfoma. Ed. Científico Médica. España, --- 1973. pp. 210
- 34.-Instituto Nacional de Pediatría. Manual Informativo. México. s/p.
- 35.-Kadushin, A. La Entrevista en el Trabajo Social. Ed. Extemporáneos. Méxi co, 1983. pp. 339
- 36.-Kempe, H. et. al. Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico. Ed. El Manual Mo derno. México, 1983. pp. 1161
- 37.-Klein, J. Estudio de los Grupos. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1985. pp. 205
- 38.-Kisnerman, N. Grupo. Colección Teórica y Práctica de Trabajo Social. Ed. Humanitas. Tomo VI. Argentina, 1984. pp. 97
- 39.-Kisnerman, N. Servicio Social de Grupo. Ed. Humanitas. Argentina, 1986,- pp. 315
- 40.-Kübler-Ross, E. Una Luz que se Apaga. Ed. Pax-México. México, 1986, pp.- 217

- 41.-Lars, F. Aspectos Psicosociales en la Depresión. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1986. pp. 426
- 42.-Leavel Byrd, S. Hematología Clínica. Ed. Interamericana. México, 1984. - pp. 688
- 43.-Leñero Otero, L. La Familia. Ed. Edicol. México, 1986. pp. 135
- 44.-Levy, G. Leucemias en Niños. Una Revisión de Historias Clínicas. Columbia América. Vol. 13. Núm 1. Año 1982. pp. 61-65
- 45.-Lieberman, F. Trabajo Social, el Niño y su Familia. Ed. Pax-México. México, 1987. pp. 198
- 46.-Marchal, G. et. al. Las Consultas Diarias en Hematología. Ed. Masson y - CIE. España, 1965. pp. 186
- 47.-Martínez y Martínez, R. et. al. La Salud del Niño y del Adolescente. Ed. Salvat. Tomo II. México, 1981. pp. 1859
- 48.-Maxwell, M. Fundamentos de Hematología. Ed. Inter-Médica. Argentina, --- 1960. Vol. 1. pp. 416
- 49.-McDonald A, G. et. al. Atlas de Hematología. Ed. Médica Panamericana. España, 1989. pp. 277
- 50.-Minuchin, S. y H. Charles, F. Técnicas de Terapia Familiar. Ed. Paidós. México, 1990. pp. 286
- 51.-Minuchin, S. Familias y Terapia. Ed. CEDISA. España, 1979. pp. 349
- 52.-Nelson Waldo, E. et. al. Tratado de Pediatría. Ed. Salvat. España, 1973. pp. 1632

- 53.-Pavlovsky, S. Controversias en el Tratamiento de Leucemia Aguda Linfoblástica. Prensa Médica Argentina.Vol. 70. Núm.10. Año, 1983. pp. 422 y 423
- 54.-Pérez Avila, N. Cómo Hacer una Investigación. Ediciones de Superación Académica. Ed. UNAM. México, 1984. pp. 95
- 55.-Pizzuto, J. Progresos Recientes en Hematología. Ed. IMSS. Subdirección General Médica. México, 1978. pp. 267
- 56.-Pochedly, C. Leucemia en el Niño. Ed. Pediátrica. España, 1974. pp.282
- 57.-Rapaport, S. I. Introducción a la Hematología. Ed. Salvat. España, -- 1981. pp. 412
- 58.-Richmond, M. E. Caso Individual. Ed. Humanitas. Argentina, 1962. pp.173
- 59.-Rifkind Richard, A. et. al. Hematología Clínica. Ed. Interamericana-Mc Graw-Hill. México, 1988. pp. 233
- 60.-Rojas Soriano, R. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. Ed. UNAM México, 1982. pp. 274
- 61.-Salud y Seguridad Social. Cuadernos de Renovación Nacional. Ed. Fondo - de Cultura Económica. México, 1988. pp. 108
- 62.-Salzberger-Wittenberg, I. La Relación Asistencial. Ed. Amorrortu. Argentina, 1973. pp. 173
- 63.-San Martín Ferrari, H. Salud y Enfermedad. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1990. pp. 893

- 64.-Sánchez Perovani, J.A. et. al. Evaluación del Pronóstico y Expectativas de Vida de los Pacientes Afectados de Leucemia Linfóide Crónica - en la Provincia de Matanzas. Revista Cubana de Medicina. Vol. 24. Núm 1. Enero, 1985. pp. 105-109
- 65.-Sánchez Rosado, M. Elementos de Salud Pública. Ed. San Francisco Méndez Cervantes. México, 1983. pp. 312
- 66.-Satir, V. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Ed. Pax-México. - México, 1989. pp. 299
- 67.-Scaron de Quintero, M.T. El Diagnóstico Social. Ed. Humanitas. Argentina, 1985. pp. 88
- 68.-Sierra Sela, C. et. al. Contribuciones a la Metodología del Servicio Social. Ed. Humanitas. Argentina, 1983. pp. 103
- 69.-Silva, MRR. Algunos Aspectos Anatomopatológicos de las Leucemias. Revista Paulista de Medicina. Vol. 102. Núm. 4. Julio-Agosto, 1984. pp. 155-158
- 70.-Smit Carole, R. Trabajo Social con Moribundos y su Familia. Ed. Pax-México. México, 1968. pp. 120
- 71.-Sosa Muñoz, J.L. Leucemia Aguda y Embarazo. Revista de Investigación Clínica. Vol. 35. Núm. 1. Enero-Marzo, 1983. pp. 55-58
- 72.-Tamayo y Tamayo, M. El Proceso de Investigación Científica. Ed. Limusa. México, 1986. pp. 127
- 73.-Valenzuela Rogelio, H. et. al. Manual de Pediatría. Nueva Editorial - Interamericana. México, 1985. pp. 846

- 74.-Vargas, L. Aspectos Clínicos Iniciales de la Leucemia en el Niño. Revista Chilena de Pediatría. Vol. 55. Núm. 3. Mayo-Junio, 1984. pp. -- 149-156
- 75.-Vaughan, V.C. et. al. Tratado de Pediatría. Ed. Salvat. Tomo I. México, 1981. pp. 962
- 76.-Vaughan, V.C. et. al. Tratado de Pediatría. Ed. Salvat. Tomo II. México, 1981. pp. 1922
- 77.-Williams, J.W. et. al. Hematología. Ed. Salvat. España, 1975. pp. -- 1505
- 78.-Woodliff, H.J. Hematología Clínica. Ed. El Manual Moderno. México, -- 1982. pp. 267
- 79.-Wynngaarden, J.B. et. al. Tratado de Medicina Interna de Cecil. Ed. Interamericana. España, 1986. pp. 1908
- 80.-Zuk, G. H. Psicoterapia Familiar. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, 1984. pp. 315

ANEXO

ANEXO # 1

INSTRUMENTO DE CONCENTRACION DE DATOS PARA MEDIR
LOS FACTORES SOCIO-ECONOMICOS QUE INFLUYEN EN EL
TRATAMIENTO DEL PACIENTE LEUCEMICO

TOTAL

1. EDAD:

a) 0 a 2 años

b) 3 a 5 años

c) 6 a 9 años

d) 10 a 13 años

e) 14 a 18 años

2. SEXO:

a) Masculino

b) Femenino

3. PROCEDENCIA:

1) Aguascalientes

2) B. California Norte

3) B. California Sur

4) Campeche

5) Coahuila

6) Colima

7) Chiapas

8) Chihuahua

9) Distrito Federal

10) Durango

11) Estado de México

12) Guanajuato

- 13) Guerrero _____
 - 14) Hidalgo _____
 - 15) Jalisco _____
 - 16) Michoacán _____
 - 17) Morelos _____
 - 18) Nayarit _____
 - 19) Nuevo León _____
 - 20) Oaxaca _____
 - 21) Puebla _____
 - 22) Querétaro _____
 - 23) Quintana Roo _____
 - 24) San Luis Potosí _____
 - 25) Sinaloa _____
 - 26) Sonora _____
 - 27) Tabasco _____
 - 28) Tlaxcala _____
 - 29) Tamaulipas _____
 - 30) Veracruz _____
 - 31) Yucatán _____
 - 32) Zacatecas _____
4. DIAGNOSTICO MEDICO:
- a) L.A.L.(s/especificar) _____
 - b) L.A.L.1 _____
 - c) L.A.L.2 _____
 - d) L.A.L.3 _____
 - e) L.A.M.(s/especificar) _____

- f) L.A.M.1 _____
- g) L.A.M.2 _____
- h) L.A.M.3 _____
- i) L.A.M.4 _____
- j) L.A.M.5 _____
- k) L.A.M.6 _____
- l) L.A.M.7 _____

5. ¿Asiste actualmente a la escuela?

- a) Sí (pasar a la preg.7) _____
- b) No _____
- c) No específica _____

6. Motivo por el cual no asiste a la escuela actualmente.

- a) Porque tiene 4 o menos años _____
- b) Por falta de recursos económicos _____
- c) Debido a su enfermedad _____
- d) No le interesa al paciente _____
- e) Los padres no lo creen necesario _____
- f) No hay escuelas cercanas _____
- g) Por rechazo de su maestro (a) debido a su enfermedad _____
- h) Por rechazo de sus compañeros (as) debido a su enfermedad _____
- i) Hospitalización _____
- j) Otros _____
- k) No especificó _____

7. ¿Qué grado escolar cursa actualmente?

- a) Pre-primaria _____
- b) Primaria _____
- c) Secundaria _____
- d) Nivel medio superior _____
- e) " Técnico _____
- f) No especificó _____

8. ¿Ha interrumpido sus estudios debido a su enfermedad?

- a) Sí _____
- b) No _____
- c) No especificó _____

9. Número de miembros en la familia:

- a) 2 a 4 _____
- b) 5 a 7 _____
- c) 8 a 10 _____
- d) 11 a 13 _____
- e) 14 o más _____

10. Tipo de familia:

- a) Nuclear _____
- b) Extensa _____
- c) Incompleta _____

11. Estado civil de los padres del paciente:

- a) Casados civil y religiosamente _____
- b) Casados por el civil _____
- c) " " la iglesia _____
- d) Unión libre _____
- e) Divorciados _____

- f) Viudo (a) _____
- g) Separados _____
- h) Madre soltera _____
- i) No especificó _____

12. En caso de existir divorcio o separación, ¿este se debió a la enfermedad del paciente?

- a) Si _____
- b) No _____
- c) No especificó _____

13. Escolaridad del padre:

- a) Analfabeta _____
- b) Sabe leer y escribir _____
- c) Primaria _____
- d) Secundaria _____
- e) Nivel medio superior _____
- f) Nivel superior _____
- g) Post-grado _____
- h) Nivel técnico _____
- i) No hay padre _____
- j) No especificó _____

14. Escolaridad de la madre:

- a) Analfabeta _____
- b) Sabe leer y escribir _____
- c) Primaria _____
- d) Secundaria _____
- e) Nivel medio superior _____

- f) Nivel superior _____
- g) Post-grado _____
- h) Nivel técnico _____
- i) No especificó _____

15. ¿Ha tenido problemas de aceptación con sus vecinos y/o amigos debido a su enfermedad?

- a) Si _____
- b) No _____
- c) No especificó _____

16. ¿Ha influido la enfermedad del paciente en los planes de la familia?

- a) Si _____
- b) No _____
- c) No especificó _____

17. ¿Cómo es la relación entre los padres?

- a) Adecuada _____
- b) Regular _____
- c) Inadecuada _____
- d) No especificó _____

18. ¿Cómo es la relación entre padre y paciente?

- a) Adecuada _____
- b) Regular _____
- c) Inadecuada _____
- d) No especificó _____

19. ¿Cómo es la relación entre madre y paciente?

- a) Adecuada _____
- b) Regular _____

c) Inadecuada _____

d) No especificó _____

20. ¿Cómo es la relación entre hermanos y paciente?

a) Adecuada _____

b) Regular _____

c) Inadecuada _____

d) No especificó _____

21. Carácter del paciente:

a) Agresivo _____

b) Extrovertido _____

c) Introverso _____

d) No especificó _____

22. Actitud del paciente ante su enfermedad:

a) No sabe de su enfermedad _____

b) Rechazo _____

c) Aceptación _____

d) Indiferencia _____

e) Dependencia _____

f) Manipulante _____

g) No especificó _____

23. Ocupación de la madre o tutora:

a) Campesina _____

b) Comerciante _____

c) Empleada _____

d) Obrera _____

e) Profesionista _____

f) Servicios Domésticos _____

g) Sub-empleada _____

h) Ama de casa _____

i) Jubilada _____

j) Estudiante _____

k) No especificó _____

24. Ocupación del padre o tutor:

a) Campesino _____

b) Comerciante _____

c) Empleado _____

d) Obrero _____

e) Profesionista _____

f) Sub-empleado _____

g) Jubilado _____

h) Desempleado _____

i) Oficios (varios) _____

j) Estudiante _____

k) No especificó _____

25. Ocupación de cualquier otro miembro de la familia que contribuye al ingreso familiar:

a) Campesino (a) _____

b) Comerciante _____

c) Empleado (a) _____

d) Obrero (a) _____

e) Profesionista _____

f) Servicios Domésticos _____

- g) Sub-empleado (a) _____
- h) Desempleado _____
- i) Labores del hogar _____
- j) Oficios (varios) _____
- k) No especificó _____

26. Ingresos mensuales de la familia:

- a) 1 salario mínimo _____
- b) 2 salarios mínimos _____
- c) 3 salarios mínimos _____
- d) 4 o más salarios mínimos _____

27. Egresos mensuales de la familia:

- a) 1 salario mínimo _____
- b) 2 salarios mínimos _____
- c) 3 salarios mínimos _____
- d) 4 o más salarios mínimos _____

28. ¿Cómo cubre el déficit del gasto familiar?

- a) Piden prestado _____
- b) De sus ahorros _____
- c) Trabaja temporalmente algún familiar _____
- d) Disminuyen gastos en alimentación, Vestido, diversión, educación, etc. _____
- e) Venden sus pertenencias _____
- f) No hay _____
- g) No especificó _____

29. ¿En que ocupa el excedente del gasto familiar?

- a) No hay _____

b) Se ahorra _____

c) Se destina a alimentación, vestido,
diversión, etc. _____

d) Se invierte en algún negocio _____

e) Se pagan deudas _____

f) No especificó _____

30. Ubicación de la vivienda:

a) Zona urbana _____

b) Zona sub-urbana _____

c) Zona rural _____

d) No especificó _____

31. Tipo de vivienda:

a) Propia _____

b) Rentada _____

c) Prestada _____

d) De interés social _____

e) Cuida _____

f) No especificó _____

32. ¿Hay promiscuidad en la vivienda?

a) Sí _____

b) No _____

33. Servicios con que cuenta la vivienda:

a) Pavimentación _____

b) Transporte _____

c) Luz _____

d) Agua _____

e) Drenaje

f) Teléfono

g) Recolección de basura

h) No especificó

34. Tipo de sanitario:

a) W.C.

b) Letrina

c) Fosa séptica

d) Aire libre

e) No especificó

35. ¿Cada cuándo acostumbra la familia el aseo personal (bañarse)?

a) Diario

b) Cada tercer día

c) 1 vez a la semana

d) 1 vez c/15 días

e) 1 vez al mes

f) No especificó

36. ¿Cada cuándo acostumbra cambiarse de ropa la familia?

a) Diario

b) Cada tercer día

c) 1 vez a la semana

d) 1 vez c/15 días

e) 1 vez al mes

f) No especificó

37. ¿Cada cuándo acostumbra el aseo de la vivienda?

a) Diario

b) Cada tercer día

c) 1 vez a la semana

d) 1 vez c/15 días

e) 1 vez al mes

f) No especificó

38. ¿Tiene animales domésticos?

a) Si

b) No

c) No especificó

39. ¿Cuántas comidas realiza al día?

a) Una

b) Dos

c) Tres

d) Más de tres

e) No especificó

40. La alimentación es suficiente en cantidad y calidad?

a) Si

b) No

c) No especificó

ANEXO # 2

CEDULA # 1 PARA MEDIR LOS FACTORES SOCIO-ECONOMICOS
QUE INFLUYEN EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE LEUCEMICO

1.-Nombre: _____ N° Registro _____

2.-Sexo: Masculino _____ Femenino _____

3.-Edad: _____ años.

4.-Carácter del paciente:

	ANTES	DESPUES
Agresivo	()	()
Sociable	()	()
Noble	()	()
Alegre	()	()
Indiferente	()	()
Tímido	()	()
Pasivo	()	()

5.-¿Cómo calificaría el aprovechamiento escolar del paciente?

	ANTES	DESPUES
Alto	()	()
Regular	()	()
Bajo	()	()

6.-Actitud del enfermo:

No sabe de su enfermedad	()
Temor	()

A.Hacia la enfermedad:

Indiferencia	()
Aceptación	()

	ANTES	DESPUES
	Agresividad ()	()
	Dependencia ()	()
B.Hacia los padres:	Indiferencia ()	()
	Manipulación ()	()
	Cariño ()	()

	ANTES	DESPUES
	Manipulación ()	()
	Indiferencia ()	()
C.Hacia los hermanos:	Agresividad ()	()
	Dependencia ()	()
	Cariño ()	()

7.-Actitud del padre:

a)No sabe de la enfermedad	()
	Económico ()
	Social ()
b)Obstáculo o Dificultad para la familia	De armonía familiar ()
	Racional ()
	Religioso ()
A.Hacia la enfermedad:	Popular ()
c)Interpretación y causas de la enfermedad	Falta de cuidado ()
	Irritabilidad ()
	Preocupación ()
d)Reacciones emotivas	Desesperación ()
	Resignación ()
	Despreocupación ()

	ANTES	DESPUES
B.Hacia el niño enfermo:	Cuidado ()	()
	Cariño ()	()
	Indiferencia ()	()
	Reproche ()	()
	Descuido ()	()
	Sobreprotección ()	()

	ANTES	DESPUES
C.Hacia la madre:	Colaboración ()	()
	Comprensión ()	()
	Responsabilización()	()
	Agresión ()	()
	Culpa ()	()

	ANTES	DESPUES
D.Hacia los otros hijos:	Cuidado ()	()
	Cariño ()	()
	Agresividad ()	()
	Descuido ()	()

8.-Actitud de la Madre:

A.Hacia la en- fermedad:	a)No sabe de la enfermedad	()
	b)Obstáculo o Dificultad para la familia	Económico ()
		Social ()
c)Interpretación y cau- sas de la enfermedad	De armonía familiar ()	
	Racional ()	
	Religioso ()	
	Popular ()	
	Falta de cuidado ()	

	Irritabilidad	()
	Preocupación	()
d) Reacciones	Desesperación	()
emotivas	Resignación	()
	Despreocupación	()

	ANTES	DESPUES
	Cuidado	()
	Cariño	()
B. Hacia el niño	Indiferencia	()
enfermo	Reproche	()
	Descuido	()
	Sobreprotección	()

	ANTES	DESPUES
	Colaboración	()
	Comprensión	()
C. Hacia el padre:	Responsabilización	()
	Agresión	()
	Culpa	()

	ANTES	DESPUES
	Cuidado	()
D. Hacia los otros	Cariño	()
hijos:	Agresividad	()
	Descuido	()

9.- Actitud de los Hermanos:

A. Hacia la <u>en</u>	a) No sabe de la enfermedad	()
fermedad:		Económico ()
	b) Obstáculo o Dificultad	Social ()
	para la familia	De armonía familiar ()

	ANTES	DESPUES
Responsabilidad	()	()
Cariño	()	()
B.Hacia el niño enfermo	Agresividad ()	()
	Rechazo ()	()
	Rivalidad ()	()

	ANTES	DESPUES
Indiferencia	()	()
Colaboración	()	()
C.Hacia los padres:	Comprensión ()	()
	Cariño ()	()
	Reproche ()	()

10.-Actitud de los Parientes:

A.Hacia el enfermo	Aceptación	()
	Colaboración	()
	Rechazo	()
	Otras: _____	

11.-Actitud de los Vecinos:

Aceptación	()
Colaboración	()
Rechazo	()
Otras: _____	

12.-Atmósfera Familiar:

	ANTES	DESPUES
Comprensión	()	()
Tensión	()	()
Preocupación	()	()
Integración	()	()
Desintegración	()	()
Otras: _____		

13.-¿Ha observado cambios en la familia a partir del conocimiento de la enfermedad de su hijo (a)?

Sí

No (pasar a la preg. 15)

14.-¿Cómo han sido estos cambios?

Divorcio

Separación

Despido del trabajo

Descuido de los demás hijos

Rompimiento de la comunicación

Reducción de gastos familiares (alimentación, vestido, educación diversión, etc.)

Incorporación de un miembro al mercado de trabajo

Cambios de la vivienda de un nivel más alto a uno más bajo.

Deserción escolar

La situación económica se agudizó

Otros especificar: _____

15.-¿Ha faltado alguna vez a su cita o a la aplicación del medicamento?

Sí

No (pasar a la preg. 17)

16.-¿Por qué motivo ha faltado a su(s) cita(s) o a la aplicación de medicamento?

Por causas económicas

Por falta de tiempo

Por que no hay quien lo (a) lleve al hospital

Otros especificar: _____

17.-¿Ha pensado en abandonar el tratamiento médico?

Sí

No (pasar a la preg. 19)

18.-¿Por qué causa(s) ha pensado en abandonar el tratamiento médico?

- () Por causas económicas
- () Por falta de tiempo
- () Por que no hay quién lo(a) lleve al hospital
- () Otras especificar: _____

19.-Actividades recreativas de la familia:

	ANTES	DESPUES
Paseos	()	()
Cine	()	()
Teatro	()	()
Parques	()	()
Círco	()	()
Museos	()	()
Viajes	()	()
Visitas a familiares	()	()
Otras especificar: _____		

20.-Egresos mensuales:

	ANTES	DESPUES
Alimentación	\$ _____	\$ _____
Educación	\$ _____	\$ _____
Vestido	\$ _____	\$ _____
Diversión	\$ _____	\$ _____
Transporte	\$ _____	\$ _____
Medicamentos	\$ _____	\$ _____

21.-Frecuencia de alimentos por semana:

	ANTES	DESPUES
Carne	()	()
Leche	()	()
Huevos	()	()
Verduras	()	()
Frutas	()	()
Pastas	()	()

	ANTES	DESPUES
Café	()	()
Tortillas	()	()
Pan	()	()
Frijoles	()	()
Pollo	()	()
Pescado	()	()
Chile	()	()
Té	()	()
Higado	()	()
Cereales	()	()
Refresco	()	()
Otros	especificar: _____	

ANEXO # 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

El presente cuestionario, pretende dar a conocer las funciones y actividades que desarrolla el Trabajador Social en el tratamiento del paciente -- leucémico.

La información obtenida será utilizada para fines informativos en un -- trabajo de investigación de tesis titulado: "La función del Trabajador So-- cial en el tratamiento del paciente leucémico".

1.-¿Cuál es el procedimiento que lleva a cabo el Trabajador Social desde el ingreso hasta la rehabilitación de un paciente leucémico?

2.-¿Cuál es la intervención concreta del Trabajador Social en el tratamien-- to del paciente leucémico?

3.-De las siguientes funciones, señale y explique ¿Cuáles son las que ud. - realiza?

- a) Investigación
- b) Enseñanza

- c) Asistencia
- d) Planeación
- e) Coordinación
- f) Promoción
- g) Supervisión
- h) Evaluación
- i) Sistematización
- j) Otras: _____

4.- Señale y describa las actividades que realiza ud. en el tratamiento del paciente leucémico.

- a) Entrevista
- b) Orientación
- c) Canalización
- d) Estudio Socioeconómico
- e) Visitas Domiciliarias
- f) Psicoterapia Familiar
- g) Dinámica Grupal
- h) Otras: _____

5.- ¿Qué técnicas utiliza para llevar a cabo las actividades en su campo de acción?

6.- ¿Qué metodología emplea en el tratamiento del paciente leucémico? Expli-

que.

- a) Caso
- b) Grupo
- c) Comunidad

7.-Mencione el objetivo del Trabajo Social en el tratamiento del paciente - leucémico.

8.-¿Reciben, los Trabajadores Sociales, por parte de la institución alguna- capacitación para abordar la problemática del paciente leucémico?

- a) No
 - b) Si explique en qué consiste ésta y la periodicidad. _____
-

9.-¿Existen programas dirigidos a la problemática del paciente leucémico?

- a) Si
- b) No

10.-Explique cuales son y en qué consisten?

11.-¿En cuáles de ellos participa y de qué manera?

12.-¿Quién diseña los programas?

- a)Trabajador Social
- b)Médico
- c)Psicólogo
- d)Grupo multidisciplinario
- e)Supervisora
- f)Otros (especificar)

13.-¿Realiza sesiones de grupo con los pacientes leucémicos?

- a)Si
- b)No

14.-Explique en qué consisten estas sesiones y la frecuencia con que se realizan.

15.-¿Realiza sesiones de grupo con familiares de pacientes leucémicos?

- a)Si
- b)No

16.-Explique en qué consisten estas sesiones y la periodicidad de las mismas.

17.-¿Se realizan sesiones por parte del equipo multidisciplinario donde se -
discuta o se expongan los diferentes puntos de vista a cerca del trata-
miento del paciente leucémico?

a) Si

b) No

18.-¿Con qué periodicidad y en qué consisten estas sesiones?

19.-¿Qué papel juega el Trabajador Social en el equipo multidisciplinario?

20.-¿En cuáles de las siguientes etapas interviene el Trabajador Social?

a) Diagnóstico

b) Tratamiento

c) Rehabilitación

d) Otra (especifique)

21.-Según su punto de vista, el Trabajador Social, dentro del equipo multi--
disciplinario representa?

a) Un apoyo

b) Un auxilio

c) Un complemento

d) Otra (especifique)

22.-¿Considera que la participación del Trabajador Social en la institución es determinante para la solución de la problemática del paciente leucémico?

a) Sí

b) No

Por qué: _____

23.-¿Considera ud. que la participación del Trabajador Social en la atención al paciente leucémico se encuentra al mismo nivel que las otras disciplinas?

a) Sí

b) No

Por qué: _____

24.-¿Qué sugeriría ud. para que el Trabajador Social pudiera participar más activamente en el tratamiento del paciente leucémico?

Por su colaboración GRACIAS

ANEXO # 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

El presente cuestionario, pretende dar a conocer las funciones y actividades que desarrollo el equipo multidisciplinario en el tratamiento del paciente leucémico.

La información obtenida será utilizada para fines informativos en un -- trabajo de investigación de tesis titulado: "La función del Trabajador So-- cial en el tratamiento del paciente leucémico".

1.-Explique detalladamente ¿Cuál es el procedimiento que lleva a cabo ud. - desde el ingreso hasta la rehabilitación de un paciente leucémico?

2.-Mencione el objetivo de su profesión (_____) en el tratamiento del paciente leucémico.

3.-¿Existen programas dirigidos a la problemática del paciente leucémico?

a) Si

b) No

4.-Explique cuales son y en qué consisten.

5.-¿En cuáles de ellos participa ud. y de qué manera?

6.-¿Quién diseña estos programas?

- a) Trabajador Social
- b) Médico
- c) Psicólogo
- d) Grupo multidisciplinario
- e) Supervisor
- f) Otros (especificar)

7.-¿Realiza sesiones de grupo con los pacientes leucémicos?

- a) Si
- b) No

8.-Explique en qué consisten estas sesiones y la periodicidad con que se -
realizan.

9.-¿Realiza sesiones de grupo con familiares de pacientes leucémicos?

a) Si

b) No

10.-Explique en qué consisten estas sesiones y la periodicidad con que se realizan.

11.-¿Se realizan sesiones donde participen todos los integrantes del equipo multidisciplinario y se discuta o se expongan los diferentes puntos de vista a cerca del tratamiento del paciente leucémico?

a) Si

b) No

12.-¿En qué consisten estas sesiones y con qué periodicidad se realizan?

13.-¿Qué papel juega ud. en el equipo multidisciplinario?

14.-Según su punto de vista, el Trabajador Social, dentro del equipo multidisciplinario representa:

a) Un apoyo

b) Un auxilio

- c) Un complemento
- d) Otro (especificar)

15.-¿Considera que la participación del trabajador Social en la institución es determinante para la solución de la problemática del paciente leucémico?

- a) Sí
- b) No

Por qué: _____

16.-¿Considera ud. que la participación del Trabajador Social en la atención al paciente leucémico se encuentra al mismo nivel que las otras disciplinas?

- a) Sí
- b) No

Por qué: _____

17.-¿Qué sugeriría ud. para que el Trabajador Social pudiera participar más activamente en el tratamiento del paciente leucémico?

Por su colaboración GRACIAS.

ANEXO # 5

Cuadro # 1

ASISTENCIA A LA ESCUELA

VARIABLE	FREC.	%
a) Si	25	50
b) No	25	50
TOTAL	50	100

Cuadro # 2

INTERRUPCION DE ESTUDIOS POR LA ENFERMEDAD

VARIABLE	FREC.	%
a) Si	27	69.2
b) No	12	30.8
TOTAL	39	100

Cuadro # 3

ACTITUD DE LOS HERMANOS HACIA LA ENFERMEDAD

VARIABLE	FREC.	%
A)Desconoce la gravedad de la enfermedad	24	53
B)OBSTACULO:		
-Económico	10	22
-Armonía Familiar	11	25
TOTAL	45	100

Cuadro # 4

ACTITUD DE LOS HERMANOS HACIA EL ENFERMO

VARIABLE	FREC.	%
a)De responsabilidad a sobreprotección	4	9
b)De responsabilidad y cariño a agresividad	1	2
c)De cariño a responsabilidad	5	11
d)De cariño a rivalidad	2	4.5
e)De cariño a sobreprotección	1	2
f)De agresividad a rivalidad y agresividad	3	7
g)De rivalidad a agresividad y rivalidad	2	4.5
h)De rivalidad a cariño	1	2
i)Siempre fué de responsabilidad	12	27
j)Siempre fué de cariño	13	29
k)Siempre fué de rechazo	1	2
TOTAL	45	100

Cuadro # 5

SE HAN OBSERVADO CAMBIOS EN LA FAMILIA POR LA ENFERMEDAD

VARIABLE	PREC.	%
a) Si	40	80
b) No	10	20
TOTAL	50	100

Cuadro # 6

HA FALTADO A SU CITA O APLICACION DE MEDICAMENTOS

VARIABLE	PREC.	%
a) Si	5	10
b) No	45	90
TOTAL	50	100

Cuadro # 7

MOTIVO DE LA INASISTENCIA A SU CITA
O APLICACION DE MEDICAMENTO

VARIABLE	FREC.	%
a) Falta de recursos económicos	4	8
b) No hay quien lo lleve al I.N.P.	1	2
TOTAL	5	10

Cuadro # 8

HA PENSADO EN ABANDONAR EL TRATAMIENTO MEDICO

VARIABLE	FREC.	%
a) Si	8	16
b) No	42	84
TOTAL	50	100

Cuadro # 9

MOTIVO POR EL QUE HA PENSADO EN
ABANDONAR EL TRATAMIENTO MEDICO

VARIABLE	FREC.	%
a) Falta de recursos económicos	7	14
b) No hay quien lo lleve al I.N.P.	1	2
TOTAL	8	16

Cuadro # 10

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES Y TIPO DE FAMILIA

VARIABLE	NUCLEAR		EXTENDIDA		INCOMPLETA	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
a) Civil y religiosamente	28	56	4	8		
b) Civil	9	18	1	2		
c) Iglesia			1	2		
d) Unión libre	2	4				
e) Divorciados					1	2
f) Separados					3	6
g) Madre soltera					1	2
TOTAL	39	78	6	12	5	10

Cuadro # 11

NUMERO DE MIEMBROS EN LA FAMILIA

VARIABLE	FREC.	%
a) 2 - 4	16	32
b) 5 - 7	25	50
c) 8 - 10	8	16
d) 11 - 13	1	2
TOTAL	50	100

Cuadro # 12

EN CASO DE SEPARACION O DIVORCIO ESTE FUE POR LA ENFERMEDAD

VARIABLE	FREC.	%
a) Si	1	25
b) No	3	75
TOTAL	4	100

Cuadro # 13

ATMOSFERA FAMILIAR

VARIABLE	PREC.	%
a)Comprensión	8	16
b)Tensión	19	38
c)Preocupación	13	26
d)Integración	9	18
e)Desintegración	1	2
TOTAL	50	100

Cuadro # 14

ESCOLARIDAD DE LOS PADRES

VARIABLE	PADRE		MADRE	
	FREC.	%	FREC.	%
a)Sabe leer y escribir	2	4.4	1	2
b)Analfabeta	2	4.4	4	8
c)Primaria	21	46.7	26	52
d)Secundaria	3	6.7	7	14
e)Nivel medio superior	10	22.2	3	6
f)Nivel superior	4	8.9	3	6
g)Nivel técnico	3	6.7	6	12
TOTAL	45	100	50	100

Cuadro # 15

OCUPACION DE LOS PADRES Y CUALQUIER OTRO MIEMBRO
DE LA FAMILIA QUE CONTRIBUYE AL INGRESO FAMILIAR

VARIABLE	PADRE		MADRE		OTRO MIEMBRO	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
a)Campesino	6	12				
b)Comerciante	6	12	2	4	4	44.5
c)Empleado(a)	9	18	1	2	1	11.1
d)Profesionista	2	4	1	2	1	11.1
e)Servicios domésticos			4	8		
f)Sub-empleado	3	6			1	11.1
g)Labores del hogar			42	84		
h)Desempleado	2	4				
i)Oficios	13	26			1	11.1
j)Chofer	4	8			1	11.1
TOTAL	45	100	50	100	9	100

Cuadro # 16

DEFICIT DEL GASTO FAMILIAR

VARIABLE	FREC.	%
a) Piden prestado	32	64
b) De sus ahorros	1	2
c) Trabaja algún miembro de la familia temporalmente	1	2
d) Disminuyen gastos familiares	2	4
e) Venden sus pertenencias	2	4
f) Realizan más trabajos	2	4
g) Sus familiares les ayudan	8	16
h) No hay déficit	2	4
TOTAL	50	100

Cuadro # 17

DISTRIBUCION DEL EXCEDENTE DEL GASTO FAMILIAR

VARIABLE	FREC.	%
a)Se ahorra	7	14
b)Se destina a alimentación, vestido, diversión, educación, -- etc.	8	16
c)Se invierte en algún negocio	1	2
d)Se pagan deudas	3	6
e)No hay excedente	31	62
TOTAL	50	100

Cuadro # 18

PROCEDENCIA

VARIABLE	FREC.	%
a) Distrito Federal	25	50
b) Aguascalientes	1	2
c) Estado de México	11	22
d) Guanajuato	1	2
e) Guerrero	4	8
f) Hidalgo	2	4
g) Michoacán	1	2
h) Oaxaca	1	2
i) Puebla	3	6
j) Veracruz	1	2
TOTAL	50	100

Cuadro # 19

ALIMENTACION

VARIABLE	ADECUADA EN CANTIDAD		ADECUADA EN CALIDAD	
	FREC.	%	FREC.	%
a)Si	36	72	23	46
b)No	14	28	27	54
TOTAL	50	100	50	100

Cuadro # 20

PROMISCUIDAD

VARIABLE	FREC.	%
a)Si	32	64
b)No	18	36
TOTAL	50	100

Cuadro # 21

HACINAMIENTO

VARIABLE	FREC.	%
a)Si	25	50
b)No	25	50
TOTAL	50	100

Cuadro # 22

CAMBIO DE ROPA, ASEO PERSONAL Y DE LA VIVIENDA

VARIABLE	CAMBIO DE ROPA		ASEO PERSONAL		ASEO VIVIENDA	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
a)Diario	27	54	30	60	38	76
b)C/3er. día	22	44	17	34	9	18
c)1 vez a la se- mana	1	2	3	6	2	4
d)1 vez cada 15 días					1	2
TOTAL	50	100	50	100	50	100

Cuadro # 23

SERVICIOS DE LA VIVIENDA

VARIABLE	FREC.	%
a) Pavimentación	29	58
b) Transporte	41	82
c) Luz	43	86
d) Agua	41	82
e) Drenaje	37	74
f) Teléfono	10	20
g) Ninguno	5	10

Cuadro # 24

UBICACION DE LA VIVIENDA

VARIABLE	FREC.	%
a) Urbana	30	60
b) Sub-urbana	10	20
c) Rural	10	20
TOTAL	50	100

Cuadro # 25

TIPO DE VIVIENDA

VARIABLE	FREC.	%
a) Propia	10	20
b) Rentada	13	26
c) Prestada	22	44
d) De interés social	1	2
e) Cuida	4	8
TOTAL	50	100

Cuadro # 26.

TIPO DE SANITARIO

VARIABLE	FREC.	%
a)W.C.	36	72
b)Letrina	4	8
c)Fosa séptica	5	10
d)Aire libre	5	10
TOTAL	50	100

ANEXO # 6

GLOSARIO

ANOMALA: Irregular, extraña, que se aparta del tipo normal.

ANOMALIA: Se denomina así a cualquier situación anatómica o funcional anormal.
A menudo es de naturaleza congénita.

BLASTO: Forma prefija con la significación de gérmen.

CITOLOGIA: Disciplina biológica que estudia la estructura y las propiedades de las células vegetales y animales.

CITOPLASMA: Es la parte extranuclear de las células animales y vegetales.

CITOTOXICAS: Es el compuesto químico capaz de dañar o destruir las células animales o vegetales, mediante alteraciones de la estructura o de su actividad funcional. El término citotóxico es utilizado en farmacología para indicar un grupo de sustancias antineoplásicas u oncolíticas. El suero citotóxico es el que contiene sustancias con carácter de anticuerpos contra determinadas células, usado en pequeñas cantidades puede ser estimulante más que tóxico.

DELECCION: En genética, forma de alteración cromosómica, consistente en la pérdida de una porción de un cromosoma.

DIPLOPIA: Es la visión doble. Normalmente, cuando un individuo fija la vista en un punto, las imágenes de éste caen sobre la fovea de la retina en ambos ojos y la sensación producida por las dos imágenes se funde en el cerebro y el individuo las ve como una sola.

~ Cuando el paralelismo de los ejes de los globulos oculares se pierde por la parálisis de un músculo oculo-motor las imágenes de un determinado punto, se gravan en una fovea de un ojo y otra en la parte externa de la fovea del otro ojo, la imagen no se funde y el individuo ve dos imágenes en vez de una sola.

ERITOBlasto: Célula precursora del hematíe o eritrocito en la hematopoyesis -- (formación de sangre) de la serie roja.

ERITROCITO: Etimológicamente (del griego) significa células rojas, que designan los glóbulos rojos de la sangre, son llamadas también hematies que significa células de la sangre.

ERITRIPOYESIS: Es el proceso de formación (poyesis) de los glóbulos rojos de la sangre (eritrocitos) en el seno de la médula ósea.

ETIOLOGIA: Estudio de las causas de las enfermedades.

FISIOLOGIA: Ciencia que trata de la curación de las enfermedades, en efecto, es lógico que para conocer las enfermedades (que estudia la patología) de la máquina humana y los remedios (terapia) con que se deben curar; es preciso conocer primero, perfectamente y a fondo el funcionamiento del organismo sano (es decir, la fisiología).

FISIOPATOLOGIA: Ciencia que estudia las alteraciones funcionales en el estado de enfermedad.

GANGLIOS LINFATICOS: Llamados también linfoglándulas o linfonódulos, son unas masas de tejido linfático interpuestas entre los bazo linfáticos, en cuyo interior fluye linfa desde los tejidos hasta la sangre.

Estos ganglios están esparcidos por todo el organismo y reunidos en grupo. Tienen una doble función:

Por una parte, producen los LINFOCITOS y por otra, detienen los MICROBIOS y las toxinas, microbianas que desde los tejidos periféricos infectados (herida infectada, absceso), se vierten en la linfa e intentan alcanzar e infectar la sangre produciendo una infección generalizada (septicemia).

GRANULOCITOS: Son leucocitos o glóbulos blancos de la sangre en cuyo protoplasma encuentran granulaciones específicas cuya diversa afinidad por las tinciones permite su clasificación en neutrófilos, eosinófilos y basófilos.

HEMATOPOYESIS: Es el proceso en virtud del cual se forma la sangre en los órganos denominados hematopoyéticos. En efecto, la sangre se renueva continuamente, es decir, que se va destruyendo y por lo tanto en los órganos hematopoyéticos se forma una cantidad de eritrocitos, leucocitos y plaquetas equivalentes a las que se destruyen cuando envejecen o se gastan.

HIPERTROFIA: Es el desarrollo excesivo de un tejido, un órgano o una zona completa de nuestro cuerpo, no se produce por el aumento de las células constitutivas, sino al aumento volumétrico de las células; -- puede ser de naturaleza funcional, por exceso de trabajo, como la hipertrofia muscular (deportistas, albañiles).

LEUCOCITO: Cada una de las células incoloras, nucleadas, carentes de nucleolo, con capacidad para moverse y trasladarse activamente, atravesar las paredes vasculares, fagocitar y digerir bacterias o partículas pequeñas, existen en la sangre circulante tres tipos:

- a) Granulocitos (eosinófilos, basófilos y neutrófilos)
- b) Linfocitos
- c) Monocitos

LEUCOCITOSIS: Es el incremento del número de leucocitos por mm^3 superior a los 10,000 elementos, la mayoría de los leucocitos se produce a expensas del incremento de granulocitos neutrófilos.

LINFOBLASTO: Célula inmadura de la serie linfóide de los leucocitos, derivada del timo y que localizada en los ganglios linfáticos da origen al linfocito. Se caracteriza por un grueso núcleo, protoplasma basófilo sin granulaciones y un retículo cromatínico reagrupado en filamentos.

LINFOCITO: Son leucocitos mononucleares que se encuentran en la sangre circulante, en los órganos linfoides como el bazo, los ganglios linfáticos, el timo, etc. y en tejido conjuntivo laxo, donde pueden emigrar en caso necesario. Están vinculados a la importantísima función del mecanismo de defensa general del organismo.

LINFOMA: Es un término genérico que designa los tumores de los ganglios linfáticos en general. Para algunos constituye una neoplasia benigna de dicho tejido caracterizada por la proliferación de los elementos linfáticos en los límites de su normalidad morfológica y con aumento -- del volúmen de los ganglios linfáticos. Cuando se le añade el adjetivo maligno, se refiere al linfosarcoma, que es la neoplasia maligna del tejido linfático, caracterizada por la presencia de nódulos linfáticos cervicales, mediastínicos y retroperitoneales, duros, adheridos a la piel, muchas veces unidos entre sí, con filtración peridística y a veces provocando la ulceración de la piel suprayacente.

LITIASIS: Es el estado patológico que se caracteriza por la presencia de cálculos en el interior de órganos huecos, glándulas o vías excretoras.

LITIASIS RENAL (URINARIA): Las infecciones de vías urinarias pueden provocar secundariamente cálculos, cuando el cálculo se ha formado puede permanecer en pelvis (lugar dentro -- del riñón) e ir aumentando de volúmen ocupándola -- por completo e incluso las cálices renales y produciendo un obstáculo para el flujo urinario, con -- gran afección de la función renal.

MALIGNO: De índole pernicioso. Aplíquese a los procesos patológicos que comprometen seriamente el estado general.

MEDULA OSEA: Es una sustancia blanda, gelatinosa, amarilla o rojiza, contenida en el interior del conducto medular situada en la zona central (diáfisis) de los huesos largos (fémur, húmero, cúbito, -- etc.), o en la cavidad interna de los otros tipos de huesos. Contiene una fina trama conectiva, recorrida por bazos sanguíneos -- y contiene grasas y varios tipos de células. Posee la función específica de la hemopoyesis o sea la producción de glóbulos rojos y ciertas formas de glóbulos blancos de la sangre.

MEGACARIOCITO: En la eritropoyesis es una célula que al fragmentarse da lugar a plaquetas.

MEGALOBLASTO: Elemento celular de la serie roja de la sangre, propio de la eritropoyesis de los tres primeros meses de la vida fetal, deriva del promegaloblasto y al perder su núcleo se origina el megalocito.

MENINGE: Cada una de las tres membranas que envuelven el encéfalo y la médula espinal; son la duramadre, la piamadre y la aracnoide.

MIELOBLASTO: Célula de la serie mieoide de la médula ósea (serie blanca) que origina al promielocito y a este el mielocito.

MIELOCITO: Célula de la serie mieoide de la médula ósea y de la sangre de la que deriva el granulocito.

MONOCITO: Célula voluminosa mononuclear, de la sangre dotada de movimientos, pasan fácilmente la pared vascular (arterias y venas) son macrófagos (que se comen todo lo extraño) circulantes en la sangre.

NEOPLASIA: Formación desordenada en la médula ósea de algún tejido, cuyos elementos sustituyen a los de los tejidos normales. Se aplica principalmente a los tumores cancerosos.

NEOPLASICA: Estímulo químico, físico o biológico, capaz de provocar la formación de un tumor maligno al transformar las células normales del organismo en elementos neoplásicos malignos.

ORGANOS HEMATOPOYETICOS: Conjunto de órganos y tejidos de origen mesodérmico que concurren a la formación de elementos figurados en la sangre: a) Médula ósea b) Ganglios Linfáticos c) Bazo.

POLICITEMIA VERA: Es el aumento del número de glóbulos rojos en la sangre -- sin causa aparente, constituye un hecho patológico primitivo, llamada también enfermedad de Vaquez; también se denomina eritremia (o eritrocitemia). Es una enfermedad de la

sangre; de curso crónico que puede presentar largos períodos de remisión aunque no se cura completamente.

PROLIFERACION: Multiplicación muy activa de elementos orgánicos similares, especialmente de células o tejidos.

PROMIELOCITO: Mielocito embrionario, célula intermedia al mieloblasto y al mielocito, más semejante al primero, pero con algunos gránulos, que pueden ser pequeños y estar uniformemente distribuidos mayores e igualmente bien distribuidos y grandes e irregularmente dispuestos.

SISTEMA LINFÁTICO: Es el conjunto de capilares, de vasos y de tejidos formados por células linfáticas y de órganos que originan la producción de los linfocitos y lanzan a la circulación la linfa del organismo. Los vasos linfáticos tienen una pared endotelial muy delgada y por ellos fluye la linfa por la presión ejercida por los movimientos de los órganos circundantes; numerosas válvulas impiden el reflujó. En el transcurso de los vasos linfáticos se encuentran los llamados ganglios linfáticos o linfonodulares, que son unas masas de tejido linfático que producen linfocitos y que son estaciones de defensa del organismo. Los principales vasos linfáticos de los miembros inferiores, del abdomen, de la mitad izquierda del tórax, del cuello, de la cabeza y del miembro superior izquierdo se reúnen en el conducto torácico, que después de seguir toda la columna vertebral, desemboca en la vena subclavia izquierda. El resto de los linfáticos desemboca en un gran vaso linfático derecho, la gran vena linfática, que después de un trayecto de 2 cm. termina en la subclavia derecha. El bazo debe considerarse como parte integrante del sistema linfático por su función linfopoyética de la pulpa. El timo, también tiene una función linfática.

SISTEMA RETICULOENDOTELIAL: Conjunto de células dispersas en el organismo que poseen la propiedad común de incorporar en su citoplasma ciertos coloides electronegativos o colorantes vitales ácidos introducidos en la circulación así como de fagocitar partículas diversas:

- a) Células del retículo del bazo, médula ósea y tejido linfático.
- b) Células reticulares en posición endotelial de los senos linfáticos, senos venenosos esplénicos y de los capilares sinusoides del hígado, de la médula ósea, de la adrenal, hipófisis, útero, alvéolos pulmonares.
- c) Histiocitos libres del bazo, de la sangre y de la dermis.
- d) Células de la microglía y mesoglia.

Este sistema está dotado de funciones de primordial importancia para el organismo:

- 1.- Regulación del metabolismo de los lípidos, glúcidos, minerales y agua.
- 2.- Antixénica, o lucha contra las agresiones exteriores (macrofagia, granulopexia, producción de anticuerpos), localizada en los alvéolos pulmonares.
- 3.- Formación y destrucción de los elementos figurados de la sangre (hemocitopoyesis y hemocitocátesis), localizada normalmente en la médula ósea bazo, ganglios, etc.

TELANGIECTASIA: Dilatación de los capilares, o sea, de aquellos finísimos vasos sanguíneos que en la íntima estructura de los tejidos unen las ramificaciones arteriales terminales con las primeras venosas, da una apariencia de araña en la piel.

TRISOMIA: Es la presencia de un cromosoma en exceso en un par de cromosomas.