

11226
20.42

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

Disfunción Psico-Social en Familias con Pacientes Oncológicos en el H.G.Z. III de Tijuana, B.C.

TESIS DE POSTGRADO

Para obtener el título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Presenta

Dr. Jaime Arturo Estrella Bejarano

HOSPITAL GENERAL DE ZONA III C-20

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

I.- INTRODUCCIÓN	1
II.-OBJETIVOS.....	5
III.- HIPÓTESIS.....	6
IV.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
V.- RESULTADOS.....	10
VI.- DISCUSIÓN.....	12
VII.- TABLAS Y GRÁFICAS.....	14
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

INTRODUCCION

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

Unas de las situaciones críticas que con mayor frecuencia tiene que enfrentar la familia, es la enfermedad de alguno de sus integrantes, en este caso con un padecimiento oncológico.

La frecuencia de padecimientos oncológicos se ha visto casi típicamente en un incremento mayor respecto a décadas anteriores. Esto ha motivado que se efectúen estudios científicos para ofrecer mejores perspectivas de tratamiento y Pronósticas en Pacientes Portadores de alguna entidad oncológica.-

En estudios internacionales, se observó los trastornos que acarrea en núcleos familiares desde el punto de vista: económico, psicológico y social, de un miembro que padece alguna enfermedad oncológica, que en ocasiones llegan hasta la desintegración familiar, debido al fallecimiento de este, por no haber preparado a los miembros de la familia a éstas situaciones.-

Durante el desarrollo de este estudio, se hará un breve resumen de los aspectos psico-sociales, para una mejor comprensión de la dinámica familiar, asi como determinar la existencia o no de disfunción psico-social familiar de un miembro con patología oncológica.-

Por último se comentará acerca de: sugerencias con carácter multidisciplinario en hospital para el manejo de éstos casos y el apoyo que Puede aportar el Médico Familiar .-

.....
LA FAMILIA
.....

Concenso Canadiense

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

Concenso Norteamericano

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

La Organización de las Naciones Unidas

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

CLASIFICACION

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

Moderna

Tradicional

Primitiva

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

Urbana: En la población de más de 250,000 habitantes.

Rural: En población de menos de 250,000 habitantes.

Desde el punto de vista tipológico se clasifica en:

Campechina

Obrera

Profesionista

En base a la estructura de la familia:

Nuclear:

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

Extensa:

Cuando esta formada por Padre, madre, hijos y Parientes .

Extensa Compuesta:

Cuando además de los anteriores están presentes los Parientes lejanos o Personas sin Parentesco con el resto de la familia.

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

Integrada:

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

Semi-integrada:

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

Desintegrada:

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

FUNCIONES DE LA FAMILIA

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

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

Socialización:

Se caracteriza por transformar en un determinado período de tiempo a un niño totalmente dependiente de sus Padres en un individuo - autónomo, con plena independencia para desarrollarse dentro de la - sociedad.

Cuidado:

Esta función es directamente proporcional al nivel socioeconómico de la familia y consiste en poder resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, así como el acceso a las instituciones de salud de cada uno de los integrantes de la familia.-

Afecto:

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

Reproducción:

Consiste en proporcionar nuevos miembros a la sociedad .-

Nivel Socioeconómico:

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

OBJETIVOS

- 1.- Conocer las Principales causas que afectan la función ,- familiar, desde el punto de vista psico-social, con un paciente oncológico .-
- 2.- Investigar si el Médico Familiar ha brindado una orientación adecuada a núcleos familiares, que cuentan con un miembro con alguna entidad oncológica .-

.....

HIPOTESIS

.....

- Hipótesis Verdadera:

Todos los núcleos familiares, que cuentan con un miembro con Patología oncológica, tienen disfunción familiar desde el punto de vista psico-social .-

- Hipótesis Alternativa:

No todos los núcleos familiares, que cuentan con un miembro con Patología oncológica, tienen disfunción familiar desde el punto de vista psico-social .-

MATERIAL Y MÉTODOS

- Material Humano:

- Pacientes Portadores de alguna entidad oncológica.-
- Familiares de pacientes hospitalizados en el servicio - de Oncología (Médica o Quirúrgica), del Hospital Gral. de Zona III, Tijuana B.C.
- Oncólogo Médico
- Residente de segundo año en Medicina Familiar

- Recursos Materiales:

- Papel
- Plumas
- Lápices
- Máquina de escribir
- Cuestionario
- Borrador
- Unidad Hospitalaria
- Fotocopiadora
- Imprenta

Métodos

El Presente es un estudio: Prospectivo, longitudinal y - analítico .-

El estudio se realizó a través de un cuestionario, Previa mente elaborado, que consta de 14 Preguntas, dirigido a - familiares de Pacientes con Patología oncológica, hospi- talizados en el hospital Gral. de Zona III, clínica 20 - de la Ciudad de Tijuana, B.C. -

Se estudiaron 100 casos captados en los meses de julio a octubre, sin importar el diagnóstico, edad, sexo, reli -

- gión, raza o servicio al que haya ingresado en un inicio.-
Las respuestas del cuestionario antes mencionado se recolectaron y concentraron en unas listas de cotejo. Así mismo se ofrecía una breve explicación a los familiares estudiados sobre el cuestionario, además que la información sería confidencial.-

Se buscaron durante los días hábiles de la semana, sin entrar, los de sábado y domingo los ingresos al servicio de oncología médica o quirúrgica. -

Para evitar la repetición de los casos se dejaba una nota en el porta-expediente, refiriéndose ya encontrarse en el estudio, además de una lista de los nombres de los pacientes ya captados .-

- Cuestionario -

1.- Es su familiar el sostén económico Principal de la casa:

Si

No

2.- Son de ésta ciudad o se trasladan de alguna otra parte del estado:

Si

No

3.- Que actitud ha Presentado la familia (el resto), al enterarse que su familiar padecía de una enf. oncológica:

a).- Indiferencia

b).- Desunión

c).- Mas Unión

4.- Se ha Presentado algún caso de alcoholismo o drogadicción, al saber que su familiar padece de una enf. oncológica:

Si

No

5.- Se ha ofrecido mayor apoyo Para reconfortar a su familiar, con cáncer una vez que se diagnosticó el Problema:

Si

No

6.- Se les ha explicado alguna vez Por Parte del médico tratante de la evolución de la enfermedad de su familiar:

Si

No

Continua.....

- 7.- Su Médico Familiar se ha interesado en la evolución -
de su familiar o ha ofrecido alguna platica a algún
miembro: Si No
- 8.- Fué su Médico Familiar el que sospechó en un inicio -
que la enfermedad de su familiar podría ser cáncer:
Si No
- 9.- Sexo del Paciente: M F
- 10.- Edad del paciente:
0 a 10, 11 a 20, 21 a 30, 31 a 40, 41 a 50, 51 a 60 -
Mayor de 61 años
- 11.- Tipo de familia:
a).- Campesina b).- Obrera c).- Profesio -
nista
- 12.- Desarrollo de la familia:
a).- Moderna b).- Tradicional c).- Primitiva
- 13.- Desde el punto de vista demográfico:
a).- Urbana b).- Rural
- 14.- En base a su estructura e integridad:
a).- Nuclear
b).- Extensa
c).- Extensa Compuesta
d).- Integrada
e).- Semi-integrada
f).- Desintegrada

RESULTADOS

De los 100 Pacientes estudiados, 47 fueron del sexo femenino (47%), y 53 (53%), del masculino, lo que denota una discreta Prevalencia de problemas oncológicos en el sexo masculino.(1)
Edad: Se encontró mayor incidencia en el grupo de mayores de 61 años, siendo de 29 casos(29%), siguiendo el grupo de 41 a 50 años con 22 casos (22%), y un leve incremento en el grupo de 51 a 60 años con 18 casos (18%), con una disminución paulatina en los demás grupos de edad respecto a menor edad. Desde el punto de vista demográfico, 81 casos (81%), fueron urbanos y 19 casos rural (19%). (Tabla 3).-

El desarrollo tradicional mostró una Prevalencia de 78 casos (78%),siguiendole la moderna con 22 casos (22%), no encontrándose alguna Primitiva. (table 4).-

En base a su estructura, el tipo extensa compuesta ocupó el Primer lugar con 32 casos (32%), la extensa con 30 casos (30%), nuclear con 4 casos (4%), desintegrada con 20 casos(20%) semi-integrada 8 casos (8%), y solo 6 casos(6%) del tipo integrada.- (tabla No 5)

El tipo obrera de familia se encontraron 68 casos (68%), campesina 22 casos (22%), y Profesionalista 10 casos (10%). (tabla No 6)

La sospecha inicial de la enfermedad de etiología oncológica sospechada por el M.F. fue de 41 casos(41%), y negados en 59 casos (59%).- (table No 7)

En el interés por parte del MF 66 casos (66%), respondieron que no, y 34 casos (34%), que si lo hubo. (table No 8).-

En la explicación por parte del médico tratante, referente a la Patología del familiar hospitalizado se encontró positivo en 67 casos (67%), y negativo en 33 casos(33%)(Tab.8)
Como sostén económico principal de la familia se hallaron 70 casos (70%)negados y 33 casos (33%), como ingreso principal. Asi mismo 44 casos (44%) se trasladaban a ésta ciudad -

- y los 56 casos restantes(56%), eran locales .-

En la actitud del resto de la familia al enterarse de la - enfermedad de su familiar hubo: 89 casos (89%) con más --- unión, 7 casos de indiferencia(7%) y desunión 4 casos .-

La Presentación de casos de alcoholismo o drogadicción sólo fué positivo en 7 casos (7%) .-

Y Por último, el apoyo brindado al Paciente oncológico por el resto de la familia fué de 94 casos positivos (94%) .-

DISCUSIÓN

Como se puso obervar, la disfunción psico-social familiar con Pacientes oncológicos es elevada, en el Presente estudio. Acaarreando con estos desde Problemas económicos hasta su desintegración, muy Problemente en la mayoría de los casos por no haber recibido una orientación adecuada los familiares de un Paciente oncológico.-

Los estudios elaborados a nivel internacional, se ha obervado este mismo Problema, sin embargo con apoyo médico, además de los servicios auxiliares como trabajo social, Psicología, etc.- son fundamentales Para capacitar a los miembros de una familia aceptar la enfermedad de su familiar, cualquiera que sea, Para brindarsele un apoyo completo. Asi mismo, la explicación Por Parte del médico tratante al familiar más Próximo o el que guarde mayor contacto, Para que éste sea el "transmisor", al resto de la familia.-

En la captación de casos, no se encontró Prevalencia respecto al sexo. La edad fué directamente Proporcional, es decir, a mayor edad, mayor incidencia de enfermedades oncológicas. La Población urbana mostró un Predominio sobre la rural esta Probablemente debido a exposición de agentes cancerígenos, a excepción de aquéllas Personas dedicadas a la agricultura que -- tienen contacto con sustancias alkilantes tales como: insecticidas y fertilizantes.-

La alta incidencia en la esfera obrera, se atribuye a la amplia cobertura de la institución de derechohabientes que laboran en empresas Privadas y la pobre captación de la clase Profesionalista Probablemente Por decidir atenderse en hospitales Privados.-

En la estructura familiar, la extensa compuesta mostró discreta dominancia sobre la extensa, Por su similitud, con un nume-

- ro elevado del tipo desintegrada, en la mayoría de los casos. Por fallecimiento de alguno de los cónyuges y al último la nuclear. Respecto a éstos datos, en estudios internacionales ---- (E. U.), Predomina la extensa y la nuclear .-

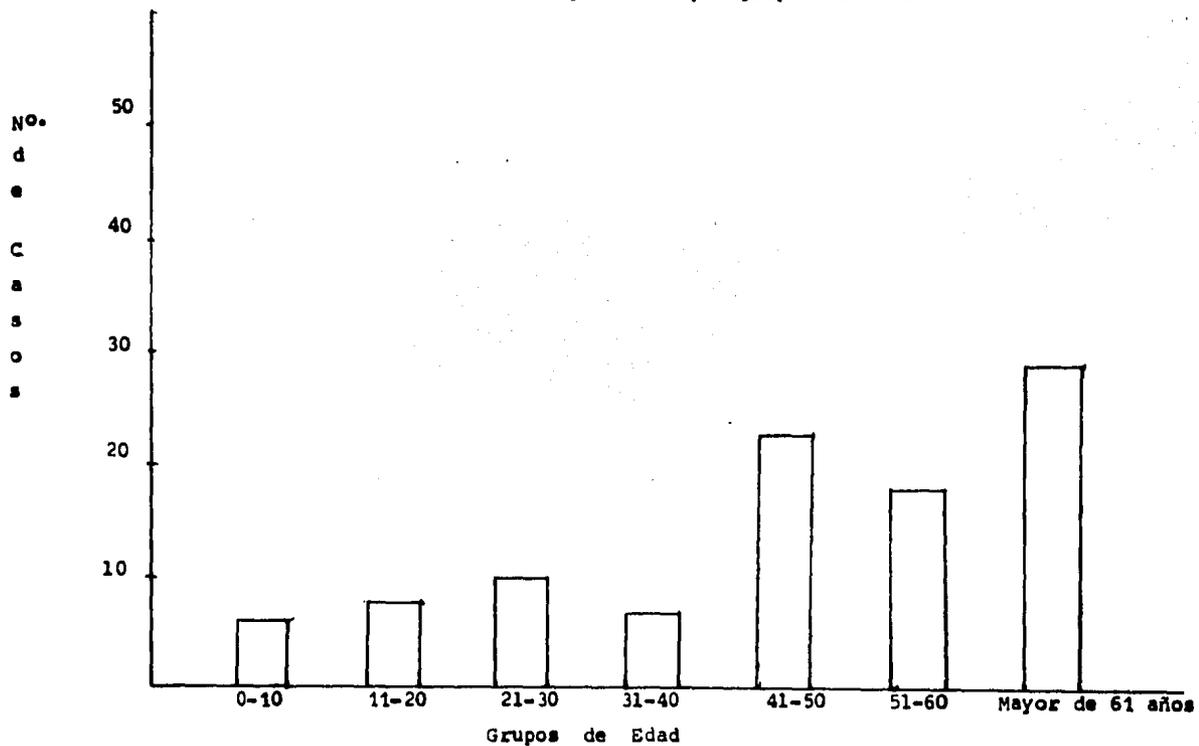
Practicamente existe un balance, respecto si se sospecha ó no - Problema oncológico Por Parte del médico familiar atribuyendo - se a: sobrecarga de trabajo, falta de auxiliares de diagnóstico y falta de conocimientos básicos de oncología. Además se encontró que casi 3/4 partes de los casos estudiados, el médico familiar no hubo seguimiento y por ende pérdida del paciente una vez que fué enviado a segundo o tercer nivel de atención.-

Como fuente de ingreso económico principal, la incidencia fué - baja, esto en relación con la edad, debido a la mayor captación de pacientes mayores de 61 años y considerarse en etapa no productiva. El traslado del paciente con uno o varios familiares - de alguna otra parte del estado, denotó una sobrecarga económica, por los gastos de estancias prolongadas por razones de tratamiento ó estudio y ello implicaba repercusiones económicas al resto de la familia.-

La Presentación de casos de alcoholismo ó drogadicción fué a - la Par Practicamente respecto a familias desintegradas así como aquéllas que mostraron indiferencia al enterarse de la enfermedad oncológica de su familiar.-

Como Perspectivas que aporta el presente estudio, Para la familia que cuenta con un miembro con Patología oncológica se sugiere; un manejo multidisciplinario intrahospitalario a base de -- radioterapeutas, oncólogos médicos y quirúrgicos, psicología, - trabajo social, médicos internos y residentes. Y el médico familiar brindar un apoyo, orientación a los demás integrantes - de la familia y así evitar los trastornos antes comentados con las repercusiones de la dinámica familiar y por lo tanto de la Sociedad .-

Clasificación de pacientes por grupos de edad



-Tabla No. 1-

Clasificación de pacientes por sexo.-

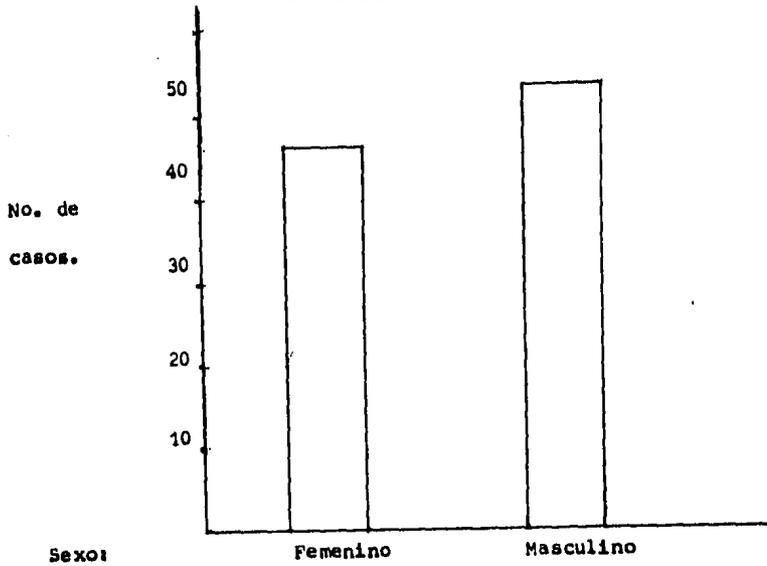


Tabla No. 2

Demografía

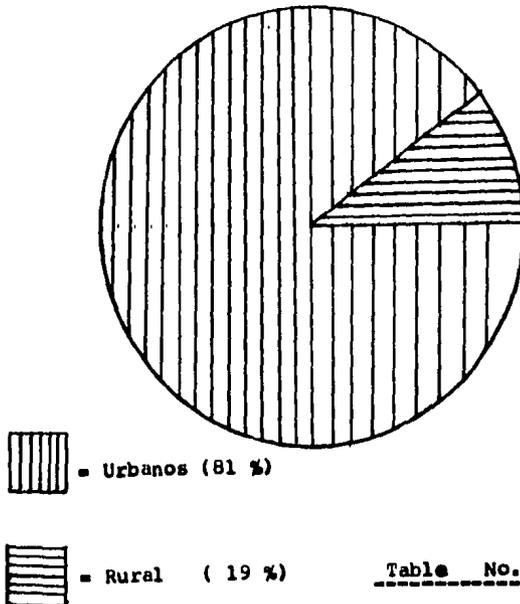


Tabla No. 3

Clasificación familiar de acuerdo a su estructura.

Tabla No. 4

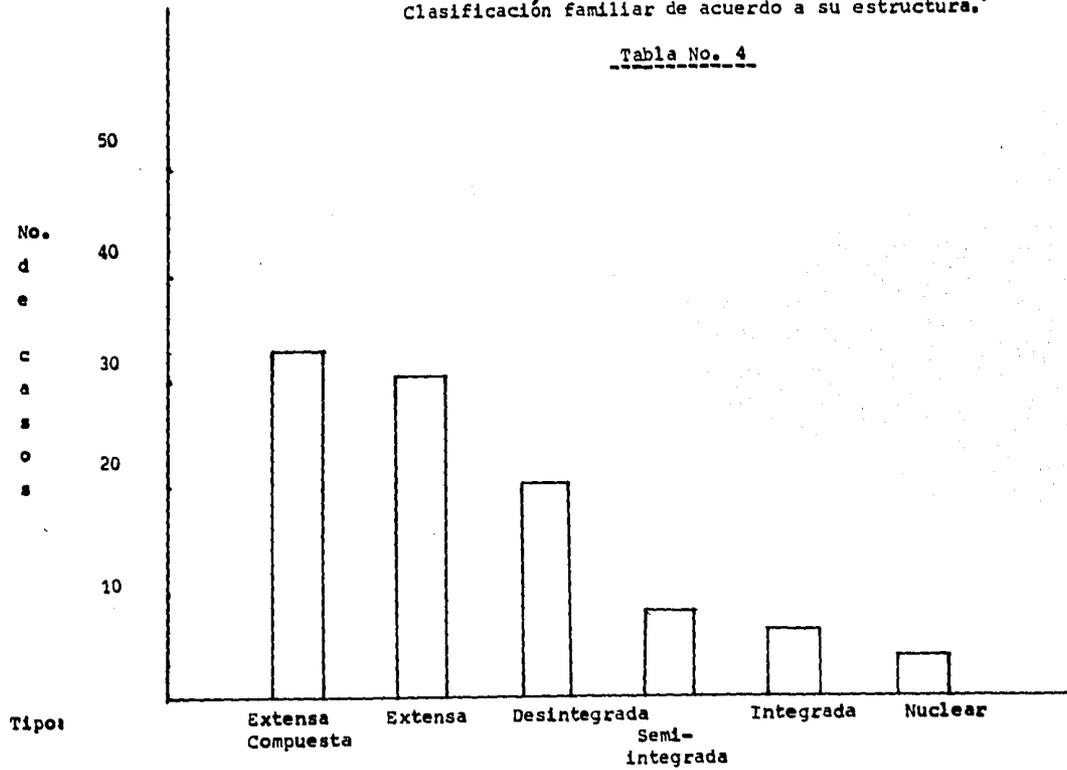
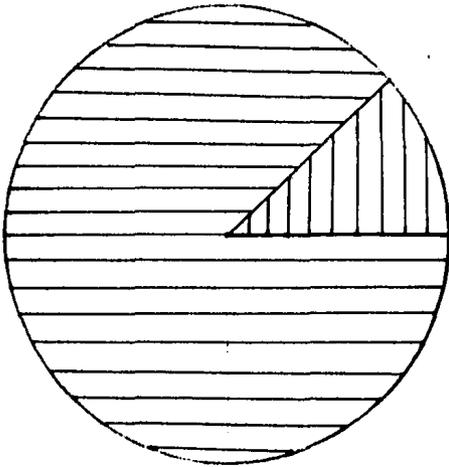
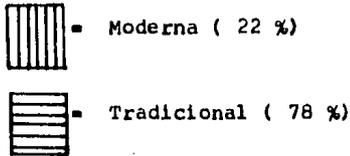


Tabla NO. 5

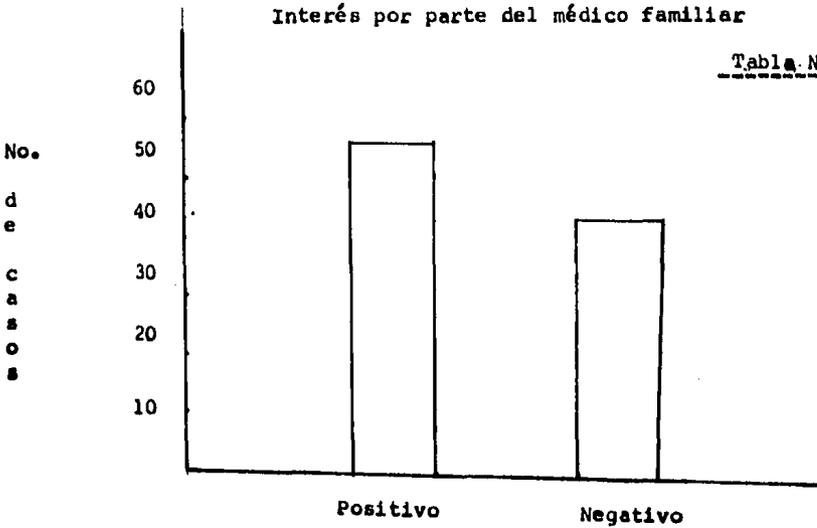


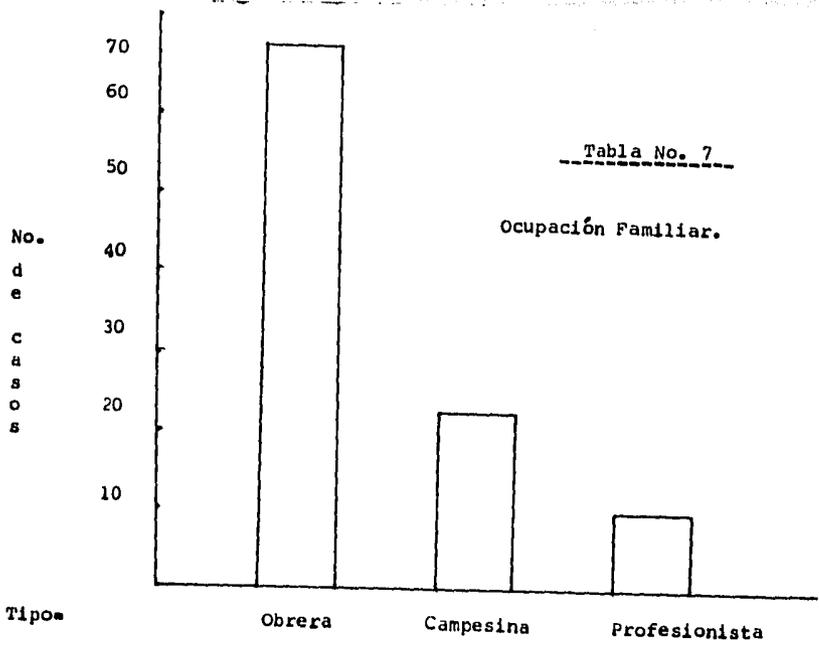
Clasificación familiar de acuerdo a su desarrollo.



Interés por parte del médico familiar

Tabla NO. 6





Explicación de la enfermedad a familiares por el -
médico tratante .

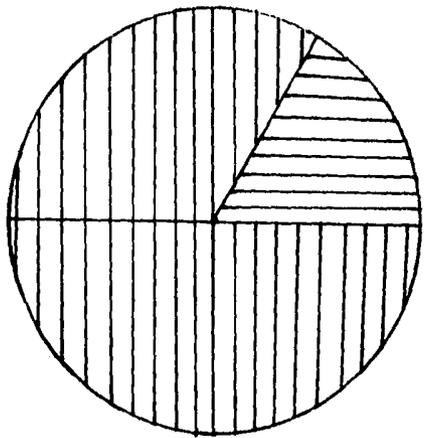


Tabla No. 8



Negativo



Positivo

Sostén económico principal de la familia

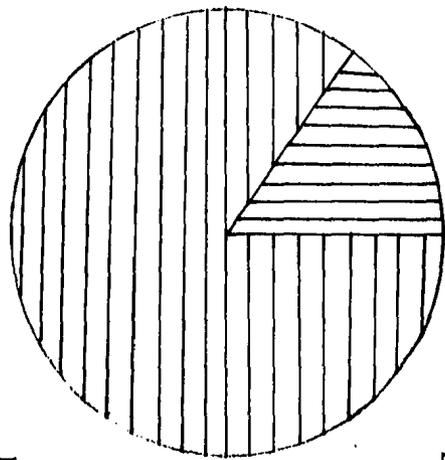


Tabla No. 9



Negativo



Positivo

Traslado de alguna otra parte del estado .

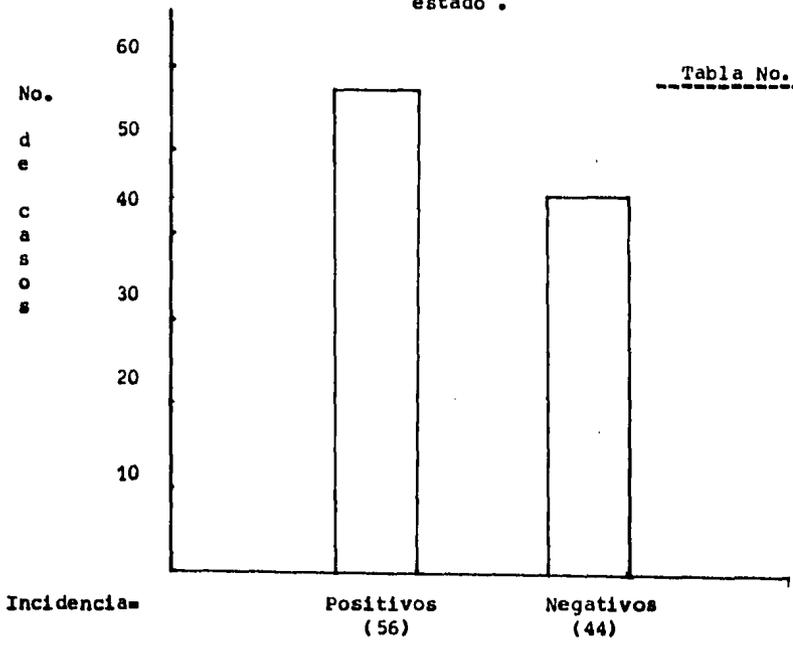
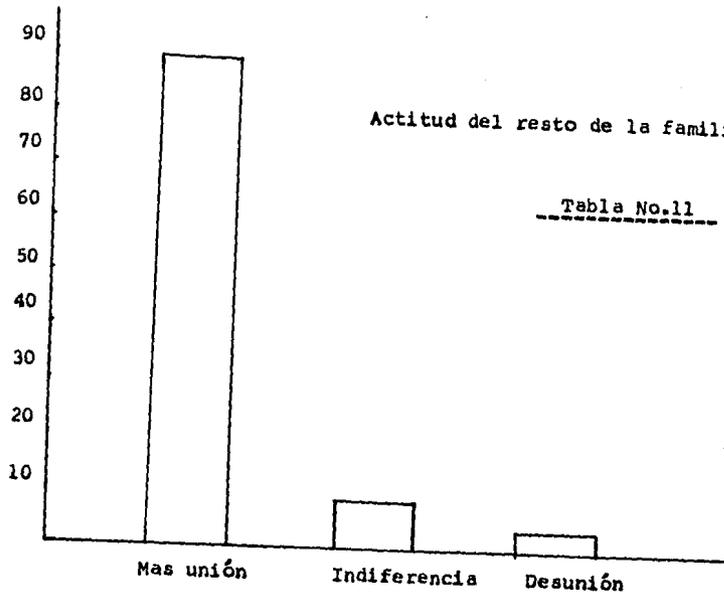


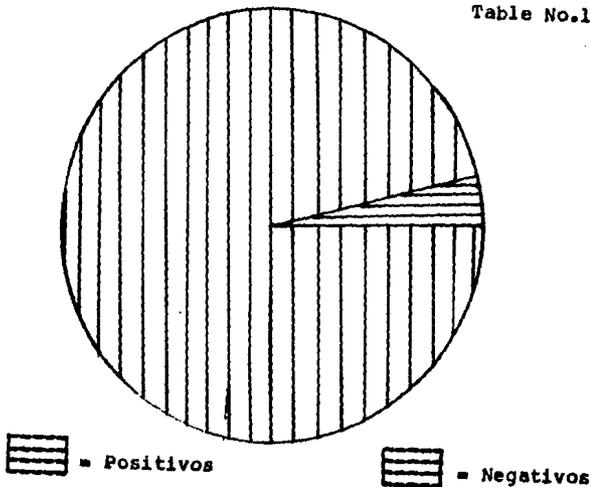
Tabla No. 10

No.
d
e
c
a
s
o
s



Presentación de alcoholismo y drogadicción.

Table No.12



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Jones H, Marshal EM. Social enviromental and Cancer. Cancer S 1983; 52: 1546-1551 .-
- 2.- Beth R, Meyerwitz J. Psycho-social implications of adjuvant chemotherapy. Cancer Res 1983; 52: 1541-1545 .-
- 3.- Sutherland A, Hower G. Psychological impact of cancer. Cancer 1981; 31: 158-171 .-
- 4.- Silberfab B, Welch BA. Research in adaption to illness - al Psychological intervention. Cancer 1982; 59: 1925 --- 1928 .-
- 5.- SPinetta M, Naeye J. Behavioral at psychological resear - rch in childhood cancer. Cancer 1980; 50: 1939-1943 .-
- 6.- Williams S, Cullems L. Psychological and Social support - at early detection of cancer. Cancer 1980; 52: 1954 --- 1959 .-
- 7.- Starin GJ, Gadeck EH. Models of teaching communication - and attitudes at cancer. Cancer 1980; 52: 1974-1977 .-
- 8.- Berger E, Scott T. Crisis intervention: a droop in su - pport for cancer patients and their families. J Fam - Prac 1984; 12: 81- 92 .-
- 9.- Goldmann KF, Braun A. The role of the family Physician - in critical care. J Fam Prac 1985; 10: 231- 233 .-
- 10.- Urgulart W, Hargreave BR. Care of malignant disease in urban Practice. G Prac 1985; 23: 326- 336 .-
- 11.- Allen WA, Schatz B. Psychological factors in cancer. - Fam Phy 1981; 23: 197 - 204 .-
- 12.- Holland AJ, Lynn B. Why Patients seek unproven cancer - remedies; a Psychological Perspective. Cancer J 1982; - 32: 200- 205 .-
- 13.- Stephen S, Hersh G. Psychological aspects of Patients - with cancer. Prac Oncology 1982; 2: 264 - 271 .-