

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR 28 GABRIEL MANCERA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

DINÁMICA FAMILIAR EN EL PACIENTE
CON CÁNCER DE PRÓSTATA

0352235

T E S I S
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. ARELI TRUJILLO AVILA



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

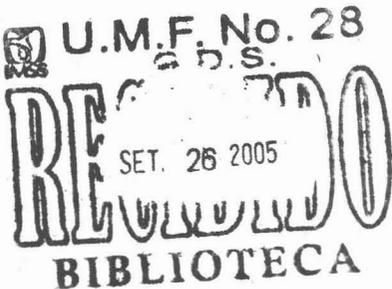
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ASESOR:



DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA UNIDAD Y PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR No.28 "GABRIEL MANCERA"



AGRADECIMIENTOS:

DEDICATORIA:

A DIOS:

POR ESTAR CONMIGO A LO LARGO DE TODA MI VIDA.

A MIS PADRES:

**POR SU AMOR Y APOYO INCONDICIONAL PARA LOGRAR
TODAS MIS METAS.**

A MI FAMILIA, EN ESPECIAL A YADI MI HERMANA, MI GRAN AMIGA

A HUMBERTO: POR TODO EL APOYO QUE ME DAS.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Aieli Tijillo Avila

FECHA: 29-09-05

FIRMA: [Firma manuscrita]

AGRADEZCO Y DEDICO:

A ERICK , MI GRAN AMOR :

POR COMPARTIR CADA MOMENTO A MI LADO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DINÁMICA FAMILIAR EN EL PACIENTE CON
CÁNCER DE PRÓSTATA**

TESIS DE POSTGRADO

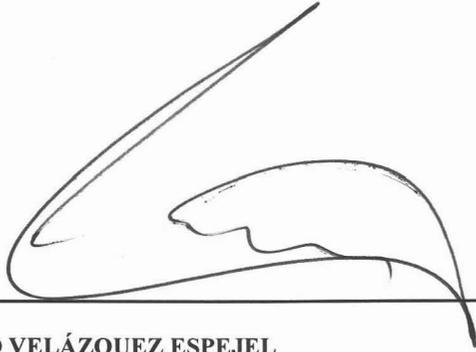
**QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

DRA. ARELI TRUJILLO AVILA.

ASESOR DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR.

MEXICO, D.F. SEPTIEMBRE 2005

AUTORIDADES



DR. GERARDO VELÁZQUEZ ESPEJEL
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.28
“GABRIEL MANCERA”



DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA UNIDAD Y PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR No.28
“GABRIEL MANCERA”

INDICE

	PAGINA
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
HIPÓTESIS	11
MATERIAL Y METODOS	12
UNIVERSO DE TRABAJO	13
DESCRIPCION DE VARIABLES	13
DISEÑO ESTADISTICO	14
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	15
RECURSOS	16
ASPECTOS ETICOS	17
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	18
RESULTADOS	19
ANALISIS DE RESULTADOS	25
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
ANEXOS	31

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad oncológica connota desde la perspectiva de los pacientes y los familiares una alteración emocional y social, aparte de la patología orgánica. Estas connotaciones no se perciben por igual entre pacientes y familiares existiendo diferentes visiones y expectativas sobre el cáncer y sus consecuencias. La familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y donde a la vez “la familia se comporta como si fuera una unidad”, por lo cual es importante conocer las alteraciones que se presentan en la dinámica familiar ante la presencia de patología oncológica, específicamente cáncer de próstata.

OBJETIVO: Identificar las alteraciones en la dinámica familiar en pacientes con cáncer de próstata.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo prospectivo, observacional. Se encuestaron 29 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata captados en la consulta externa de Urología en el HGR No.1 Gabriel Mancera, de acuerdo a la escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel.

RESULTADOS: Se identificaron 13 (45%) familias disfuncionales, 11(38%) familias funcionales y 5 (17%) familias límite.

CONCLUSIONES: Se aprecia que existe un predominio en general de familias disfuncionales, sin embargo dentro de esta disfuncionalidad existen áreas como afecto y apoyo que son predominantemente funcionales y en este estudio se encuentra que en más de 80% de las familias son funcionales en mencionadas áreas, acorde con el artículo publicado en la Revista Médica del IMSS 2004;42 (2).97-102, donde se

concluye que el afecto y el apoyo de la familia son variables facilitadoras para el enfermo, así mismo resulta importante identificar las áreas disfuncionales para la adecuada intervención del médico familiar en las mismas.

Palabras clave: cáncer de próstata, escala, dinámica familiar, funcional, disfuncional.

Numero de registro: 2004-3607-004

MARCO TEÓRICO

La importancia actual del cáncer de próstata y el efecto que tiene en la salud pública se demuestra en las tasas de incidencia y mortalidad (1)

En 1994 la incidencia de cáncer de próstata fue de 83: 10,000 personas y una mortalidad de 31.2: 100,000 personas. En hombres de 40-60 años en general la tasa de incidencia de cáncer de próstata fue de 5.5% y la tasa de mortalidad de 2.2%. Ambas tasas continúan aumentando a partir de los 60 años de edad. En Europa para 1980 se estimó el cáncer de próstata como la segunda causa más común de cáncer en hombres después del cáncer de pulmón.(2)

Se observa un incremento de la incidencia en el sur de Europa con un 25% cada 5 años . La tasa estándar de incidencia es de 87.2 :100,000 personas por año y una mortalidad de 34.1 : 100,000 personas por año .(2)

Se observa una diferencia clínica del cáncer de próstata en las diferentes regiones y etnias de los estados. Los hombres “caucasicos” en USA tienen más bajo riesgo de desarrollar Ca. de próstata en la vida que los afroamericanos (8.7 % y .6% contra 9.4% y 4.3% respectivamente).(2)

Otra característica del Cáncer de próstata es la asociación entre las tasas de incidencia, mortalidad y edad con un incremento dramático desde los cuarenta años (1-2 :100,000 personas por año) llegando al máximo a los 80 años (1,200 por 100,000 personas para caucásicos y 1,600 por 100,000 personas para afroamericanos).(2)

Con base en observaciones epidemiológicas, se citan cuando menos cuatro factores como causas posibles del cáncer prostático. Entre ellas se incluyen predisposición genética, influencias hormonales, factores ambientales y dietéticos, agentes infecciosos.(3)

Se estima que el 5-10% de los casos de cáncer son causados por herencia dominante. La susceptibilidad hereditaria es mucho más común para la enfermedad y puede ser la tercer causa de casos diagnosticados antes de los 60 años y casi la mitad de estos hombres son menores o igual a los 55 años de edad.(3)

Los aspectos psicológicos tienen gran importancia en el desarrollo de la enfermedad ya que las familias involucradas con el paciente mantienen relaciones cerradas.(3)

El conocimiento del alto riesgo de cáncer es a menudo asociado con ansiedad y depresión y la posibilidad de futuras complicaciones psicológicas.(3)

La familia es un sistema dinámico donde el bienestar de uno de los miembros repercute en el bienestar del otro y donde a la vez “la familia se comporta como si fuera una unidad” (Satir 1980). Tomando en cuenta que un criterio de salud mental es la adecuada percepción de la realidad externa(4)

Dentro de la familia se desarrollan funciones de comunicación, división de papeles y transacciones múltiples, las cuales, si el sistema familiar es funcional, pueden cambiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital, y las crisis por las que atraviesa la familia. (11)

Según Linton y Satir, la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la

familia,(12,13) haciendo que funcione bien o mal como unidad según las circunstancias.(14,15).

Toda enfermedad, en particular la crónica, puede amenazar el curso del ciclo evolutivo y la dinámica de la familia. (16)

Cuando una alteración orgánica o emocional aparece en un individuo, su respuesta conductual se modifica negativamente, y se identifican algunas características psicológicas como: inhibición, baja autoestima, carácter alterado, deseo sexual disminuido y alta somatización de su enfermedad.(17)

Las reacciones negativas asociadas con más frecuencia a la enfermedad son: la negación, la pasividad, el aislamiento, la culpa, la desesperanza y el miedo.(18)

El impacto del padecimiento no es sólo en los pacientes, sino también en las interrelaciones familiares e inclusive, se habla de un alto costo social que determina su repercusión multifactorial.(19)

Las repercusiones negativas generadas por una enfermedad crónica, son considerables, pues cuando se manifiesta las necesidades familiares pueden quedar subordinadas a las necesidades del miembro enfermo, lo que desencadena conductas sobreprotectoras, como respuesta al padecimiento.

Los miembros de la familia pueden cambiar sus papeles y organizarse de diferente manera, para ello existen dos extremos: unirse y centrarse en la discapacidad, perjudicando la independencia de todos los miembros, o desintegrarse y distanciarse unos de otros. Es obvio que en ambas situaciones no existe un ambiente familiar adecuado que asegure la pronta y completa recuperación del enfermo.(20)

La dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás (5)

El efecto que produce la enfermedad sobre alguno de los miembros de la familia, así como la respuesta del grupo familiar para afrontar este evento, ha llamado la atención a los investigadores. De esta manera la evaluación de la familia impone el uso de instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respaldan apoyándose en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se puede tener de esta medición. (6)

La familia se rige en una entidad protectora del enfermo que, a su vez, se auto-recluye y se convierte en protector de la familia. El cáncer y la visión del cáncer dificulta las relaciones del enfermo con el entorno social. Es por eso que, desde una perspectiva teórica, se reivindica la enfermedad como una situación de normalidad comparable al hecho de padecer otras enfermedades: “cáncer como enfermedad, no como sentencia de muerte”.

Ello es debido a que el entorno social tiende a sobreproteger al enfermo, o a mostrar sentimientos de temor e inseguridad. Este temor aparece reforzado por la visión de las secuelas de la enfermedad y/o los tratamientos. Ello genera una demanda de servicios de rehabilitación o paliación de secuelas. Esta situación se traslada al mercado laboral, dónde en función de la edad, el tipo de trabajo y la situación económica del paciente, se producen situaciones de abandono,

incluidas jubilaciones anticipadas, renunciaciones a posiciones de promoción laboral o vivencias de estigmatización. (7)

La enfermedad oncológica connota desde la perspectiva de los pacientes y los familiares una alteración emocional y social, aparte de la patología orgánica. Estas connotaciones no se perciben por igual entre pacientes y familiares existiendo diferentes visiones y expectativas sobre el cáncer y sus consecuencias. El cáncer también tiene sus significados en el ámbito profesional. (8)

La enfermedad produce una crisis que somete a reajustes a los miembros de la red social del paciente, produciéndose la especialización de cada miembro de la red en la provisión de uno u otro tipo de apoyo: la familia cercana es la más capacitada para el apoyo afectivo y emocional y el equipo de salud debe asumir el apoyo informacional. (9)

Un exceso de apoyo puede generar dependencia, paternalismo o anulación de la persona. El apoyo puede ser fuente de estrés si la persona no está en disposición de dar o se siente permanentemente en deuda. Las necesidades de apoyo cambian en gran medida según las fases de la enfermedad terminal.

En Origen del apoyo: el mismo recurso puede ser aceptado y percibido de muy distinta forma según la fuente o precedencia del apoyo. El paciente asigna un papel determinado a cada elemento de su red, aunque será siempre la familia la fuente de apoyo social más valorada. (9)

Una familia en crisis de claudicación es un síntoma que obliga para su control a aumentar enormemente el apoyo del equipo que atiende al enfermo.(9)

En la dinámica familiar incluye determinadamente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención.

Frecuentemente existe dificultad de adaptación a acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente dificultad de adaptación. (10)

Las familias describen un proceso de enseñanza en torno a reunir familias y examinar el pasado, reunir y compartir información sobre las experiencias de la vida con alguien que experimenta tratamiento para cáncer.

Revelar las perspectivas personales, enseñar a sus familiares acerca de las experiencias de la enfermedad y construir un soporte efectivo.(21)

La enseñanza de interacción familiar es un modelo de enseñanza y una forma de soporte en torno a toda la participación que la familia puede tener tempranamente en el proceso de enseñanza de la vida con cáncer.(21)

La escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel es un instrumento conformado por 40 reactivos que investigan 9 áreas que miden el funcionamiento dinámico, sistémico estructural de la familia, las cuales son: Territorio o centralidad, Roles, Jerarquía, Límites, Modos de control de Conducta, Alianzas, Comunicación, Afectos y Patología.(4)

Aunque este cuestionario se ha diseñado para ser contestado por el grupo familiar, es susceptible de aplicarse en forma individual (percepción individual de la familia), dependiendo de los objetivos de la investigación. Las ventajas de la aplicación individual representan ganancia de tiempo y disponibilidad, las desventajas son las limitaciones de la observación a través de las interacciones verbales y no verbales. (4)

Este instrumento es una entrevista abierta y dirigida a las respuestas que aportan los entrevistados, el entrevistador determina el rubro o rubros a marcar en el o los casilleros correspondientes, estando alerta para hacer las preguntas pertinentes a fin de lograr seguridad en el casillero que va a marcar. Se deben de tener claros algunos conceptos como son:

Territorio: Este término hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto. También se refiere a la centralidad que cada miembro logra tener dentro de su familia y se identifica en un momento dado con el grupo de significancia que uno de los miembros tiene para los demás en la familia.

Roles: Son las expectativas conscientes e inconscientes que cada miembro de la familia tiene acerca de la conducta que tendrá otro miembro.

Jerarquía: Es la dimensión de autoridad que se define como el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales.

Limites: Son las reglas que consciente o inconscientemente son formuladas por la familia, también se consideran como fronteras entre una generación y otra (la de los hijos, la de los padres, la de los abuelos).

Alianzas: Se le llama alianza a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de la familia. Las más funcionales son las que incluyen a los miembros de la misma generación, la de los esposos y la de los hermanos.

Comunicación: es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

Modos de control de conducta: Son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de qué es bueno y qué es malo y para luchar contra las situaciones físicas peligrosas.

Afecto: manifestaciones verbales y no verbales de bienestar o malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

Psicopatología: se habla de psicopatología familiar cuando los conflictos no se resuelven debido a la rigidez de patrones de interacción. (4).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cómo altera la dinámica familiar la presencia de cáncer de próstata en el jefe de familia (padre); Puede influir el Médico Familiar en la prevención de la dinámica familiar en forma profiláctica?

OBJETIVO GENERAL

Identificar cuales son las alteraciones en la dinámica familiar en pacientes con cáncer de próstata de acuerdo a la escala de funcionamiento familiar de Emma Espejel.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar qué áreas de acuerdo a la escala de de Emma Espejel se encuentran disfuncionales y cómo puede influir el Médico Familiar para su prevención o mejoría.

HIPÓTESIS

Este tipo de estudios observacionales no contrastan hipótesis pero por ejercicio didáctico se efectúa.

H. Alterna : La presencia de cáncer de próstata en el padre altera la dinámica familiar .

H. Nula: La presencia de cáncer de próstata en el padre no altera la dinámica familiar .

MATERIAL Y MÉTODOS :

Diseño del estudio:

De acuerdo al período en que se capta la información el estudio es: Prospectivo.

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es: Observacional

De acuerdo con la comparación de las poblaciones el estudio es:

***Descriptivo**

***Abierto**

UNIVERSO DE TRABAJO:

Se valoró la dinámica familiar de 29 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata captados en la consulta externa de Urología en el HGR No.1 Gabriel Mancera que reúnan los criterios de inclusión en un período comprendido de 6 meses (Enero-Julio 2004) de acuerdo a la escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel.

PROGRAMA DE TRABAJO:

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES :

VARIABLE DEPENDIENTE:

Dinámica familiar: Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuándo y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas , determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Cáncer de Próstata y sus diferentes estadios.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Familias captadas en la consulta externa de Urología de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, muestra a conveniencia del investigador.

TÉCNICA PARA DETERMINAR EL TAMAÑO DE MUESTRA :

Análisis descriptivo.

ESCALA DE MEDICIÓN: Estadística descriptiva.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- **Pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata sin otra patología agregada.**
- **Familias de pacientes con diagnóstico de ca. Próstata.**
- **Pacientes que aceptaran participar en el estudio bajo un consentimiento informado.**
- **Edad entre 45 y 80 años.**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **Familias de pacientes con cáncer de próstata que no acepten participar en el estudio.**
- **Pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata con otra patología agregada.**
- **Pacientes que cursaran con un duelo distinto a su patología de base**

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- **Muerte del paciente con cáncer de próstata.**
- **Pacientes que ya no acudan a la consulta externa de Urología.**
- **Pacientes que vivan solos y no cuentan con familiares.**

RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS:

- **Investigadores responsables: Dra. Areli Trujillo Avila R3MF**
Dr. Bernardo Augusto Torres Salazar
- **Familias participantes en el estudio.**

RECURSOS MATERIALES:

- **Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel., fotocopias, equipo de papelería, equipo de computo.**

RECURSOS FÍSICOS:

- **Hospital General Regional Gabriel Mancera(Consultorio de Urología)**
- **Bibliotecas.**

ASPECTOS ETICOS:

Este trabajo de investigación toma en consideración las normas éticas contenidas en la declaración de Helsinki y modificación de Tokio 1995, que en materia de investigación se requieren sin perjudicar la salud e integridad del paciente, o bajo un consentimiento informado , también se consideraron las normas que instruyen la investigación a nivel nacional y el Instituto Mexicano del Seguro social.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se realizó el presente estudio en el período comprendido marzo-noviembre del año en curso.

Se aplicó la escala de Emma Espejel a pacientes diagnosticados con cáncer de próstata captados diariamente en la consulta externa de Urología, el interrogatorio se realizó al paciente y familiares acompañantes, con duración aproximada de 20 minutos.

El cuestionario de Emma Espejel consta de 40 preguntas, el cual evalúa funcionalidad, disfuncionalidad familiar y familias límite a través de los siguientes rubros: Autoridad, control, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación y afecto negativo.

Este estudio se llevó a cabo a familias y pacientes de la consulta externa de urología que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio previa carta de consentimiento informado. Se citó al paciente y su familia , a quienes se les aplicó el cuestionario de Emma Espejel , con el posterior análisis de los resultados.

RESULTADOS:

Se aplicó un total de 29 cuestionarios, de los cuales se obtuvieron 13 (45%) familias disfuncionales, 11(38%) familias funcionales y 5 (17%) familias límite.

En cada una de las áreas de la escala se obtuvo:

Autoridad: 19 familias disfuncionales (65%), 6 funcionales (21%) , 4 límite (14%)

Control: 8 familias disfuncionales (28%), 16 funcionales (55%), 5 límite (17%)

Supervisión:29 familias disfuncionales (100%)

Afecto: 3 familias disfuncionales (10%) , 23 familias funcionales (80%),3 familias límite (10%).

Apoyo: 6 familias disfuncionales (21%), 23 funcionales (79%), 0 familias límite.

Conducta disruptiva: 13 familias disfuncionales (45%), 16 funcionales (55%), 0 familias límite.

Comunicación: 13 familias disfuncionales (45%), 14 funcionales (48%), 2 familias límite (7%).

Afecto negativo: 4 familias disfuncionales (14%), 25 funcionales (86%), 0 familias límite.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

N= 29 (100%)

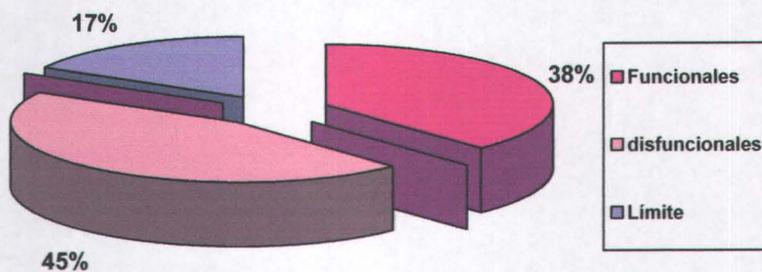
FAMILIAS DISFUNCIONALES	FAMILIAS FUNCIONALES	FAMILIAS LÍMITE.
45%	38%	17%

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ÁREAS

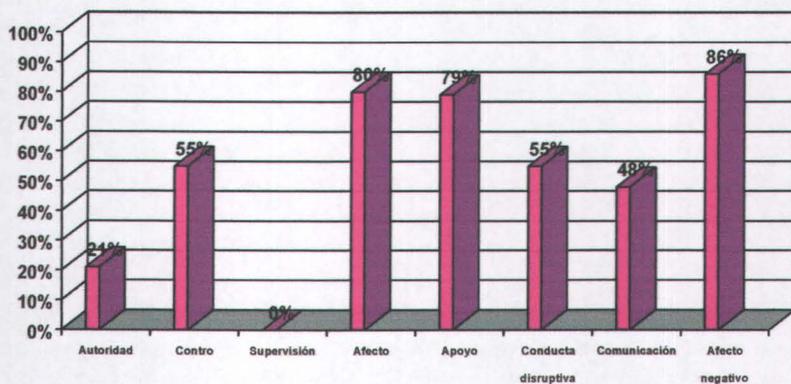
N=29 (100%)

AREA	DISFUNCIONALES (% de disfuncionalidad)	familias FUNCIONALES (% de funcionalidad)	familias LÍMITE
AUTORIDAD	65%	21%	14%
CONTROL	28%	55%	17%
SUPERVISIÓN	100%	0%	0%
AFECTO	10%	80%	10%
APOYO	21%	79%	0%
CONDUCTA DISRUPTIVA	45%	55%	0%
COMUNICACIÓN	45%	48%	7%
AFECTO NEGATIVO	14%	86%	0%

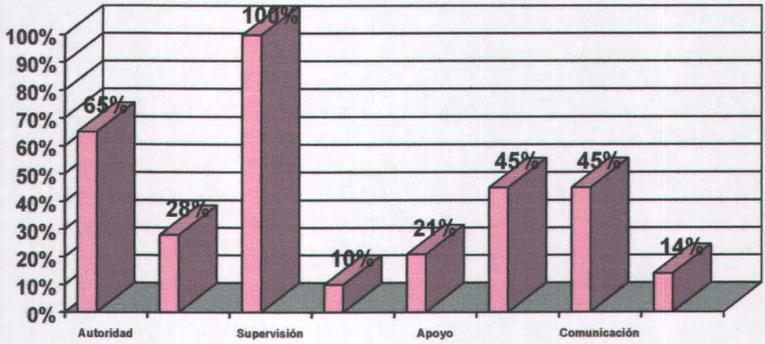
GRÁFICA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR



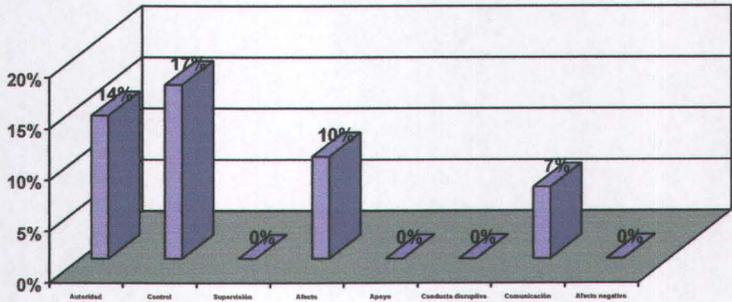
ÁREAS DE LAS FAMILIAS FUNCIONALES



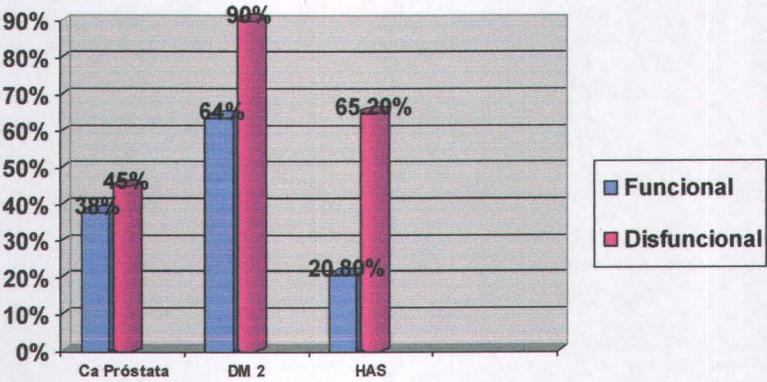
ÁREAS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES



ÁREAS DE FAMILIAS LÍMITE



GRAFICA COMPARATIVA DE DINÁMICA FAMILIAR EN CÁNCER DE PRÓSTATA CON OTRAS PATOLOGÍAS.



ANÁLISIS DE RESULTADOS:

De acuerdo al total de pacientes que participaron en el estudio, se obtiene que 45% de las familias son disfuncionales , ya que no cumplen con el criterio en las áreas evaluadas para considerarlas funcionales. Analizando específicamente las áreas evaluadas obtenemos que son disfuncionales en mayor porcentaje las siguientes: Autoridad (65% de las familias), con un resultado menor a 33 puntos de acuerdo a la gráfica utilizada en la escala de Emma Espejel; supervisión (100% de las familias), con un puntaje menor a 14 puntos de acuerdo a la gráfica. Lo cual coincide con otras patologías en las que se valora dinámica familiar y que predomina la disfuncionalidad, reportándose: en pacientes diabéticos disfuncionalidad familiar en un 90% y funcionalidad familiar en un 64% de familias;”(22) en el caso de pacientes hipertensos se reporta 20.8% de familias funcionales y 65.2 familias disfuncionales.(23)

Acorde con lo reportado en la literatura(4,9,21) coinciden los resultados obtenidos en este estudio en las siguientes áreas: afecto en un 80% de las familias, con un resultado superior a 21 puntos ; apoyo en un 79% de las familias, con un puntaje superior a 15 puntos ; comunicación en un 48% con un puntaje superior a 30 puntos y afecto negativo con un puntaje superior a 13 puntos en 86%.

CONCLUSIONES:

En base al principal objetivo de este trabajo de evaluar la funcionalidad familiar en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata, se obtiene que existe un predominio en general de familias disfuncionales, sin embargo dentro de esta disfuncionalidad existen áreas como afecto y apoyo que son predominantemente funcionales de acuerdo a lo reportado en la literatura nacional, que en este estudio se corrobora al encontrarse que en más de 80% de las familias son funcionales éstas 2 áreas y que resultan esenciales ante la presencia de una crisis familiar como lo es una patología oncológica.

Las áreas dentro de la dinámica de función familiar que predominaron en las familias disfuncionales en este estudio fueron: autoridad, supervisión, y en menor porcentaje comunicación .

El médico familiar debe influir en cada una de estas áreas y convertirse en una red de apoyo para el paciente y su familia; realizar una prevención adecuada de patologías oncológicas y sus consecuentes alteraciones en la dinámica familiar. Así mismo realizar un estudio integral de cada paciente e investigar la etiología de la disfuncionalidad familiar, para que una vez identificada el área disfuncional intervenga con el paciente a través de una orientación familiar y de ser necesario ser canalizado para recibir apoyo a través de una terapia familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Vincent T. De Vita, Jr. Y col "Principios y práctica de la Oncología" 5ª. Ed. Edit. Médica Panamericana S:A. Madrid España 2000.
- 2.- M. Quinn and O: Babb "Patterns and trenes in prostate cancer incidente, survival, prevalence and mortality" 2002; 90 :162-73.
- 3.- O. Bratt "Hereditary prostate cancer" 2000; 85:588-98.
- 4.- Emma Espeje Iaco y col "Manual para la escala de funcionamiento familiar" 1ª. Ed. 1997. Instituto de la familia A.C. Departamento de educación especializada. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- 5.- Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. A.C. Libro 1 , pag:25-27.
- 6.- Gómez Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A. "Selección y Análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar". Arch. Medicina Familiar 199;1 (2): 45-57.
- 7.-Klein S, Tracy D, Kitchener HC, et al. The effects of the participation of patients with cancer in teaching communication skills to medical

undergraduates: a randomized study with follow-up after two years. Eur J Cancer 1999;35:1448-56.

8.-Speice J, Harkness J, Laneri H, et al. Involving family members in cancer care: focus group considerations of patients and oncological providers. Psycho Oncol.2000;9:101-12.

9.- Taylor RB.Medicina de Familia Vol. 3, N.º 4, noviembre 2002.

10.- Disfunción Familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, Revista Médica del IMSS, 2004;42 (2):97-102.

11. Medalie J. Historia clínica familiar, base de datos, árbol familiar y diagnósticos. México: Limusa, 1987;pp:393-401. dimensions: a multifaceted association. J Asthma 1994;31:

12. Linton R. La historia natural de la familia. En: La familia. 5a ed. Barcelona: Península, 1978;pp:5-29.

13. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. 2a ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1986;pp:23-45.

14. Saucedo GJ, Foncerrada MM. La exploración de la familia. Aspecto médicos, psicológicos y sociales. Rev Med IMSS 1981;19:155-63.
15. Irigoyen CFG, *et al.* Diagnóstico familiar. 5a ed. México: Juan José Mazon, 1992;pp:7-70.
16. Chávez AV, Velazco R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal Criterios para su evaluación. Rev Med IMSS 1994;32:39-43
17. Francisco Vázquez Nava,* Aidee del Pilar Santos Díaz,y col. El paciente asmático y su dinámica familiar Revista Alergia México 2003;L(6):214-9
18. Herscovici P, Kopitowski. Ciclo vital familiar y crisis. Medicina de familia. Buenos Aires: Panamericana, 2001;pp:181-3.
19. McWhinney IR. La familia en la salud y la enfermedad. Medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma, 1995;pp:207-33.
20. Hannaway PJ. Demographic characteristics of patients experiencing near-fatal and fatal asthma: Results of a regional survey of 400 asthma specialists. Ann Allergy Asthma Immunol 2000;84:587-93.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

21.- Friesen P, Pepler C, Hunter P. Interactive family learning following a cancer diagnosis. Oncol Nurs Forum. 2002; 29(6):981-7)

22.-López Mendez Dulce María y col. “Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Revista Médica del IMSS 2004,42 (4):281-84

23.- Dra. Claudia Elizabeth Arcos Fonseca.Tesis: Frecuencia de disfunción familiar en pacientes hipertensos que acuden a control al HGR IMSS Solidaridad Chignahuapan Puebla. UNAM. IMSS; 2001

ANEXOS

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE EMA ESPEJEL

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Función											Suma
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
Control	8	10	17	26	31	34	35	40			
Supervisión	16	25	26	28							
Afecto	22	23	24	27	31	32	33				
Apoyo	7	16	18	20	39	40					
Conducta Disruptiva	5	9	36	37	38	39	40				
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	35	36		
Afecto Negativo	6	15	29	34							
Recurso	2	12	13	14	17	40					
Puntaje Global											



ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

FAMILIA _____

TIEMPO DE UNION _____

INGRESO FAMILIAR _____ INGRESO POR CAPITA _____

POSICION	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTACION ECONOMICA LA FAMILIA
----------	------	------	-------------	-----------	---------------------------------------

_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

DESCRIPCION DE LA VIVIENDA _____

OBSERVACIONES

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMINADOR. MARQUE CON UNA CRUZ EN LOS CUADROS QUE CORRESPONDAN AL MIEMBRO DE LA FAMILIA AL QUE SE REFIERA LA RESPUESTA LA RESPUESTA EXPRESADA POR LOS ENTREVISTADOS.

1.-¿HAY EN SU FAMILIA ALGUN O ALGUNOS MIEMBROS CONSIDERADOS COMO LOS MAS TRABAJADORES?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

(IR AL MERCADO,DECIR LOS MENUS,ETC))

2.-¿QUIEN ORGANIZA LA ALIMENTACION EN LA FAMILIA?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

3.-EN SU FAMILIA¿HAY ALGUNO O ALGUNAS PERSONAS QUE SEAN MAS RECONOCIDAS Y TOMADAS EN CUENTA?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

4.-SI SE REUNE LA FAMILIA PARA VER LA TELEVISION ¿Quién DECIDE EL PROGRAMA?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

5.-¿QUIEN O QUIENES EN LA FAMILIA TIENEN MAS OBLIGACIONES?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

6.-¿Quién O QUIENES DE LA FAMILIA INTERVIENEN CUANDO LOS PADRES DISCUTEN O PELEAN ENTRE SÍ?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

7.-EN LOS PROBLEMAS DE LOS HIJOS ¿Quién O QUIENES INTERVIENEN?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

8.-¿QUIEN REPRENDE A LOS HIJOS CUANDO COMENTEN ALGUNA FALTA?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

9.-SI EN CASA EXISTEN HORARIOS PARA COMER O LLEGAR¿QUIEN RESPETA LOS HORARIOS DE LLEGADA?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

NO EXISTEN HORARIOS		
---------------------	--	--

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

10.-SI UNO DE LOS PADRES CASTIGA A UN HIJO ¿QUIEN INTERVIENE?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

11.- CUANDO ALGUIEN INVITA A LA CASA A QUIEN SE LE AVISA.

12.-QUIEN PARTICIPA Y QUIENES NO PARTICIPAN EN LA ECONOMIA FAMILIAR

13.- SI CADA QUIEN TIENE OBLIGACIONES DEFINIDAS EN ESTA FAMILIA ¿ QUIEN SUSTITUYE PARA CUMPLIRLAS CUANDO NO PUEDE HACERLO EL RESPONSABLE.

14.- EN LAS DESICIONES IMPORTANTES ¿ QUIÉNES PARTICIPAN?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

15.-PARA AUSENTARSE DE LA CASA ¿ QUIEN LE AVISA O PIDE PERMISO A QUIEN?

16.-CUANDO ALGUIEN COMETE UNA FALTA QUIEN Y COMO CASTIGA?

17.-SI ACOSTUMBRA HACER PROMESAS SOBRE PREMIOS Y CASTIGOS ¿ QUIENES LOS CUMPLEN SIEMPRE?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

18.-CUANDO ALGUIEN SE SIENTE TRISTE, DECAIDO O PREOCUPADO ¿ QUIEN PIDE AYUDA?

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

19.-¿QUIEN DE USTEDES SALEN JUNTOS CON CIERTA FRECUENCIA?

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

20.- EN ESTA FAMILIA QUIEN PROTEGE A QUIEN

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

21.- SI CONVERSAN USTEDES UNOS CON OTROS ¿ QUIEN LO HACE CON QUIEN?

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

22.- SI CONSIDERAN USTEDES QUE EXPRESAN LIBREMENTE SUS OPINIONES ¿ QUIENES SON LOS QUE LO HACEN?

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

23.-¿QUIENES TIENES MEJOR DISPOSICION PARA ESCUCHAR?

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

24.-CUANDO ENTRE ALGUNO DE USTEDES SE TOMA UNA DECISION O SE LLEGA A ALGUN ACUERDO ¿A QUIEN SE LES HACE SABER CON CLARIDAD?

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

25.-QUIEN SUPERVISA EL COMPORTAMIENTO ESCOLAR DE LOS HIJOS

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

26.-¿ QUIEN SE RESPONZABILIZA DE LOS HABITOS HIGIENICOS?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

27.-PARA TRANSMITIR LOS VALORES MAS IMPORTANTES EN ESTA FAMILIA ¿ QUIEN SE HA RESPONZABILIZADO DE SU TRANSMISION Y VIGENCIA?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

28.- CUANDO ALGO SE DESCOMPONE ¿ QUIEN ORGANIZA SU REPARACION?

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

29.- ¿ QUIEN O QUIENES PARTICIPAN EN LA SOLUCION DE UN PROBLEMA GRAVE?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

30.-¿ QUIENES TOMARON LA DECISION DE VIVIR EN ESTE LUGAR?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

31.- EN ESTA FAMILIA ¿ QUIENES SON LOS MAS ALEGRES O LOS QUE SE DIVIERTEN MAS?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE
-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

32.-¿ QUIEN EN ESTA FAMILIA ESTIMULA LAS HABILIDADES Y APTITUDES?

PADRE	MADRE	HIJOS	OTRO FAMILIAR	OTRO NO FAMILIAR	TODOS	NADIE
-------	-------	-------	---------------	------------------	-------	-------

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

33.-¿ QUIENES EN LA FAMILIA SE ABRAZAN ESPONTANEAMENTE?

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

34.-CUANDO SE LLEGAN A ENOJAR EN ESTA FAMILIA ¿ QUIENES LO HACEN Y CON QUIEN?

FUNCIONALIDAD		
---------------	--	--

35.-¿ SE HAN LLEGADO A GOLPEAR EN ESTA FAMILIA? ¿ QUIEN CON QUIEN?

FRECUENCIA

MUY FRECUENTE	ALGUNAS VECES	MUY RARO	
---------------	---------------	----------	--

36.-EN ESTA FAMILIA HAY ALGUIEN QUE SE EMBROAGUE CON ALCOHOL O TOME OTRO TIPO DE ESTIMULANTES?

FRECUENCIA

MUY FRECUENTE	ALGUNAS VECES	MUY RARO	
---------------	---------------	----------	--

37.- ¿Quién TIENE O HA TENIDO PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA, EL TRABAJO O CON LOS DEMAS?

FRECUENCIA

MUY FRECUENTE	ALGUNAS VECES	MUY RARO	
---------------	---------------	----------	--

38.- SI EN ESTA FAMILIA HA HABIDO PROBLEMAS CON LA AUTORIDAD (POLICIA, JEFES, MAESTROS, ETC.) ¿ QUIEN LOS HA TENIDO?

FRECUENCIA			
MUY FRECUENTE	ALGUNAS VECES	MUY RARO	

39.-¿ QUIEN HA PRESENTADO ALGUN PROBLEMA EMOCIONAL?

FRECUENCIA			
MUY FRECUENTE	ALGUNAS VECES	MUY RARO	

40.-¿ QUIEN EN LA FAMILIA SE AISLA?

FRECUENCIA			
MUY FRECUENTE	ALGUNAS VECES	MUY RARO	