



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

**“EVALUACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD EN
EL PACIENTE PORTADOR DE HIPERPLASIA PROSTATICA
BENIGNA EN EL HGZ/UMF No.8 DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DRA. ROJAS MENDOZA CYNTHIA

ASESORES:

ASESOR CLINICO
DR. ALEJANDRO RUIZ RIOJA
DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO

ASESOR METODOLOGICO
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

CD. DE MEXICO, D. F. 17 ENERO 2011
R-2012-3605-20



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“EVALUACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD EN EL PACIENTE PORTADOR CON HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA EN EL HGZ/UMF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: DRA. ROJAS MENDOZA CYNTHIA, DR.ALEJANDRO RUIZ RIOJA, DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO, DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

OBJETIVO:

Evaluar la cohesión y adaptabilidad en el paciente portador de Hiperplasia Prostática Benigna en el HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALY METODOS:

Es un estudio transversal, descriptivo. Muestra de 260 pacientes. Criterios de inclusión edad de 40 a 95 años portador de Hiperplasia Benigna confirmado por clínica, laboratorio y gabinete. Variables: Nivel antígeno prostático, tratamiento farmacológico, FACES III.

RESULTADOS:

Se estudió a 260 pacientes de sexo masculino. La edad media fue de 68.67 años, valor mínimo de 41 y valor máximo de 93 años. Predomino ser casado en un 93.1%, la escolaridad principal fue la primaria con un 31.2%, el diagnostico se realizo en un 80% con HPB de varios años de evolución. El 89.2% obtuvo un APE entre el 0 y 2.5ng/dl. Dentro del tratamiento el 78.5% utilizaba Inhibidores de la 5alfareductasa. La tipología familiar más frecuente fue la nuclear (47.3%) y la etapa de Ciclo vital de Retiro y muerte se observo en 42.3%. Al evaluar la Calidad de Vida con el Test I-PSSS se observo que 45 (17.3%) Leve, 160 (61.5%) Moderado, 55 (21.2%) Severo. Respecto a la Cohesión predomino en un, 40% semirelacionada, 31.9% relacionada. En adaptabilidad el 31.5% fue caótica, seguida de un 24.6% Flexible.

CONCLUSION.

Después de aplicar a 260 pacientes este instrumento se observo que existe una diferencia en la Cohesión y Adaptabilidad en el paciente portador de Hiperplasia Prostática Benigna, predominando la Cohesión sobre la Adaptabilidad, obteniendo un 43.1% dentro de los Niveles balanceados de este Instrumento. Dentro de cohesión predomino el nivel balanceado en un 72.3% y respecto a la Adaptabilidad un nivel balanceado de 55.4%. De acuerdo a la Tipología familiar la que predominio es la Nuclear en un 47.3%. Se obtuvo un 42.3% de familias en etapas de Retiro y Muerte.

Los pacientes portadores de Hiperplasia Prostática Benigna se obtuvo que la mayoría se encuentra con una adecuada cohesión y adaptabilidad ante estas enfermedades que pueden afectar la funcionalidad familiar.

Palabras clave: Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), FACES III Cohesión y Adaptabilidad.

**”EVALUAR LA COHESION Y
ADAPTABILIDAD EN EL PACIENTE
PORTADOR DE HIPERPLASIA PROSTATICA
BENIGNA EN EL HGZ / UMF No.8 DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.**

AUTORIZACIONES

Dr. Francisco Javier Padilla del Toro

**DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
"DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

Dr. Alejandro Ruiz Rioja
Especialista en Urología
Adscrito al HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Adscrito al HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico de tesis

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ #8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor Metodológico

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

	Páginas.
Resumen	2
Antecedentes	8
Planteamiento del problema	21
Justificación	21
Objetivos	22
Hipótesis	23
Materiales y métodos	23
Tipo de estudio	23
Diseño de la investigación	24
Población lugar y tiempo	25
Muestra	26
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	27
Variables	28
Diseño estadístico	35
Métodos de recolección de datos	36
Cronograma	37
Maniobras para evitar y controlar sesgos	38
Consideraciones éticas aplicables al estudio	39
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	39
Resultados	40
Discusión	97
Conclusiones	98
Bibliografía	99
Anexos	101

INTRODUCCION

La Hiperplasia Prostática Benigna (HBP) consiste en un crecimiento no maligno (no cancerígeno) en el tamaño de la próstata (no confundir con hipertrofia, que indica aumento en el tamaño celular). EL aumento del tamaño de la glándula prostática es producido por un aumento relativo de los estrógenos (hormonas femeninas) sobre la testosterona (hormona masculina), que aparece en los hombres con la edad.

La próstata, al crecer, puede ir comprimiendo progresivamente la uretra provocando, por tanto, dificultad al orinar. Esto sucede porque esta compresión impide el flujo de la orina desde la vejiga hacia la uretra hasta el exterior. Las posibles consecuencias son retenciones de orina en la vejiga o reflujo de la orina hacia los riñones y una necesidad de orinar frecuentemente. Si la inflamación fuera muy grave, puede bloquearse por completo el sistema urinario.

La HBP es una enfermedad muy común en los hombres: aunque generalmente comienza a partir de los 30 años, es muy raro que se manifieste antes de los 40. A los 60 años, aproximadamente, más del 50% de los hombres padece HBP y entre los 70 y 80 años hasta el 90% presenta alguno de sus síntomas.

El diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de próstata se establece a través de: cuantificación de antígeno prostático específico (PSA) en sangre: se cuantifica tanto el valor total como la relación entre PSA libre y PSA total, ecografía prostática e índice prostático: se cuantifica el tamaño de la próstata y se relaciona con el PSA mayor tamaño es sugestivo de hipertrofia benigna de próstata.

Por último la prueba más fiable es la biopsia prostática, aunque es de gran complejidad en algunas ocasiones diferenciar el adenocarcinoma de la hipertrofia benigna de próstata.

Su pronóstico es bueno, suele provocar un síndrome miccional y el tratamiento con anti andrógenos suele tener buenos resultados en el caso de que la próstata sea mayor a 40 g, pero el tratamiento farmacológico siempre es tendiente a mejorar o disminuir los síntomas obstructivos e irritativos que en últimas son los que deterioran la calidad de vida de los pacientes. Este tratamiento a los síntomas se hace con alfa bloqueadores, que relajan el músculo liso de la uretra y relajan la vejiga permitiendo una evacuación de orina casi normal y su vez evitan la complicación más importante que es la retención urinaria aguda RUA.

Salvo elevación marcada del antígeno prostático específico (PSA) en sangre, a valorar, es siempre el paciente el que indica la conveniencia de la intervención quirúrgica, en lo cual es difícil aconsejarle porque su conveniencia es función fundamentalmente de sus molestias.

MARCO TEORICO

La Hipertrofia Prostática Benigna es una enfermedad en la cual la glándula prostática se agranda causando problemas asociados con la micción, puede elevar los niveles del antígeno prostático específico o APE (PSA) a dos o tres veces más del nivel normal, pero si este nivel es mayor hay probabilidad que se encuentre asociado a cáncer de próstata. La hipertrofia benigna prostática es el tumor benigno más común en el hombre, a los 60 años de edad un 50% de los varones presenta hallazgos microscópicos de hipertrofia benigna prostática y se dice que el 90% lo sufre a los 85 a los 85 años y un 60% de los hombres presentan síntomas.

No existen factores de riesgo asociados como la raza, dieta, actividad sexual, factores genéticos, pero se ha observado que el aumento de la edad con testículos intactos son importantes para el desarrollo de esta enfermedad.

Microscópica HPB comienza a desarrollarse la hiperplasia a los 30 años de edad, pero la manifestación clínica predomina después de los 50 años de edad.

La próstata es una glándula perteneciente al conjunto de órganos del aparato reproductor del sexo masculino, su peso aproximado es de 15gr en el adulto, situado en la pelvis entre la vejiga y el esfínter externo, es un órgano de epitelio glandular, estroma fibromuscular.

PATOLOGÍA Y PATOGÉNESIS DE LA HBP

Durante la pubertad, la glándula prostática experimenta un rápido desarrollo, que posteriormente continúa en forma más lenta hasta la tercera década de vida a una velocidad de 1,6 g por año, con un crecimiento lento de 0,4 g por año, en este crecimiento existen 3 componentes de distinto grado el estromal, glandular y elementos musculares, este último se desarrolla a partir de la musculatura lisa que rodea la uretra, predominantemente en la zona de transición de la glándula y de la región para uretral. Ambas condiciones se presentan con síntomas de obstrucción de salida de la vejiga y en ocasiones pueden coexistir.

Existen diferentes teorías respecto al desarrollo de la Hiperplasia Prostática Benigna:

- 1) Mecanismo Hormonal, un aumento en el nivel de testosterona (DHT) conduce a la estimulación del crecimiento celular, esta testosterona es derivada por la acción enzimática de la 5 alfa reductasa.
- 2) Teoría Celular, se da por la reactivación de las células madre generando un agrandamiento benigno de la glándula prostática
- 3) Relación Estroma-Epitelio existe la interacción del factor de crecimiento que estimula la proliferación celular.

La hiperplasia y el aumento en el tono y la obstrucción de la uretra condiciona a la HBP, el tono de la uretra prostática está regulado por el músculo liso inervado por fibras nerviosas del tipo alfa-adrenérgicos. A partir de los 40 años se desarrollan nódulos de tejido hiperplásico, distinguiéndose desde el punto de vista histológico 5 tipos de hiperplasia prostática benigna: 1. Estromal, 2. Fibromuscular, 3. Muscular, 4. Fibroadenomatosa, y 5. Fibromioadenomatosa¹.

Para que exista la hiperplasia prostática benigna es indispensable la presencia del testículo, lo que afirma la participación de los andrógenos, ya sea en forma directa, permisiva o activadora, como la acción del KGF (keratinocitic growth factor), que es el factor probado como estimulante del crecimiento epitelial prostático, encontrándose en

la población de 50 a 70 años masas hiperplasias e hipertróficas en un 14% nodulares y 86% difusas.

Existen otros factores que intervienen en la génesis de la Hiperplasia Prostática Benigna, como factor del plasma testicular y epidídimo y el NAFT (non androgenic testis factor), que están en el líquido seminal, relacionados a la espermatogénesis. La exposición ocasional del tejido prostático a estos mitógenos influye en la hiperplasia prostática benigna.

El desarrollo de la HBP histológica requiere el envejecimiento y los andrógenos. Dihidrotestosterona (DHT) es el andrógeno específico de próstata ya permite mediar el desarrollo y el crecimiento. La testosterona se convierte en DHT por la enzima 5 α -reductasa (5 α -reductasa) existen dos subtipos de esta enzima, tipo 1 y tipo 2. Durante un tratamiento de largo plazo con la 5 α -reductasa (5ARIs) dutasterida y el finasteride, existe una reducción del volumen de la próstata, impidiendo el crecimiento de la próstata. La principal ventaja de dutasterida es que inhibe ambos subtipos de la 5 α -reductasa, que se traduce en una supresión más completa de la producción de DHT. Esto demuestra el papel fundamental de los andrógenos (DHT) en el desarrollo de la próstata y la Hiperplasia Prostática Benigna².

El crecimiento de la próstata no se correlaciona directamente con los niveles de DHT ya que existen otros factores como responsables del agrandamiento de la próstata.

La historia natural de una enfermedad se refiere a la progresión de la enfermedad no tratada a través del tiempo. Criterios de valoración clínicos de la progresión de la HPB incluyen el desarrollo de síntomas más severos, disfunción de la vejiga se manifiesta por el vaciamiento incompleto o la inestabilidad del detrusor, obstrucción de la vejiga más severa, retención urinaria aguda (AUR), ITU recurrente, urosepsis, insuficiencia renal crónica, cálculos en la vejiga, la incontinencia y hematuria.

La historia natural de la HBP se comprende por completo debido a la ausencia de una definición uniforme de la enfermedad y la falta de estudios rigurosos. Definir la historia natural de la HBP se requieren después de una gran cohorte de hombres en la comunidad en general, con puntuaciones de los síntomas, la ecografía transrectal, y el flujo de la presión de los estudios urodinámicos. Debido a que estos parámetros no son necesariamente una relación causal, la historia natural de los STUI, obstrucción de la vejiga, y el agrandamiento de la próstata debe ser examinado de forma independiente. Es poco probable que tal estudio podrá ser realizada como la realización de ecografía transrectal y de presión-flujo estudios urodinámicos longitudinal en una cohorte de hombres sanos sería prohibitivamente costoso y muchos hombres asintomáticos no estarían dispuestos a someterse a estas pruebas invasivas³.

Secuelas de la HPB es la Obstrucción al flujo vesical causa la hipertrofia del músculo detrusor de la vejiga y el engrosamiento de este por la creciente carga de trabajo contra la resistencia de salida. A medida que la obstrucción progresa, la presión del detrusor se eleva más y la tasa de flujo disminuye con la gran cantidad de orina residual en la vejiga, el músculo detrusor es reemplazado por tejido fibroso dándose una hipertrofia descompensación.

Complicaciones como el engrosamiento de la pared de la vejiga, aumento de la presión del detrusor, formando trabeculas, sáculos y divertículos, hidronefrosis, insuficiencia renal, litiasis renal, infecciones recurrentes

El fenómeno de la hiperplasia prostática benigna (HPB) es de lenta instalación, de diferente intensidad de acuerdo a la edad, con predominio de algunos de los cinco tipos histológicos señalados y con características topográficas singulares en su crecimiento y otras propias de cada individuo, todo lo cual explica la variabilidad en la clínica⁴.

La historia clínica obedece a dos factores: A. obstrucción anatómica a nivel de la uretra prostática y B. un componente dinámico a nivel de la musculatura lisa prostática. En una primera fase de la enfermedad no hay traducción sintomática, ya que el detrusor es capaz de compensar con una mayor fuerza contráctil el aumento de la resistencia al flujo urinario de la uretra prostática. En la medida que la obstrucción progresa, el detrusor pierde la capacidad de compensarla, aparecen los síntomas de "prostatismo".

Los síntomas son disminución del calibre y fuerza del chorro miccional, así como latencia entre la voluntad de orinar y el inicio real de la micción; estos dos síntomas son más marcados en la primera micción matinal y también varían en proporción directa a mayores volúmenes de orina contenidos en la vejiga. Otros síntomas característicos son la imposibilidad de terminar la micción en forma abrupta, el chorro delgado y de dirección cambiante ("dribbling"), la aparición de goteo postmiccional tardío, que humedece la ropa, la pérdida de la parábola del chorro, la sensación de micción y vaciamiento incompletos. En la medida en que la vejiga va perdiendo su capacidad de adaptación, se hace inestable y aparecen síntomas como polaquiuria, nicturia y urgencia miccional, que pueden alcanzar tal intensidad que se la conoce como pseudoincontinencia. La nicturia es un síntoma difícil de valorar y aparece influida por la menor secreción de hormona antidiurética, por hábitos como la ingestión de líquidos durante la noche y por la menor necesidad de sueño del hombre mayor y también por verdaderos insomnios de las personas de edad avanzada.

La compensación que hace el detrusor en una primera fase se logra gracias a la elongación de las fibras musculares. Sin embargo, por sobredistensión puede llegar a hacerse insuficiente, con el accidente de la retención aguda, generalmente desencadenada por un fenómeno como infección, sobredistensión por ingestión de líquidos, edema por frío, fármacos como anticolinérgicos, betabloqueadores, diuréticos, antidepresivos, tranquilizantes y otros, que rompen el equilibrio precario obtenido gracias a la mayor distensión del detrusor⁵.

Cuando el fenómeno obstructivo es de instalación lenta, la vejiga sufre una hipertrofia de los haces musculares del detrusor, constituyendo celdillas de mucosa entre estos haces, las que llegan a formar pseudodivertículos que pueden ser muy grandes y de muy mal vaciamiento. En ambos casos y por agotamiento de los mecanismos de compensación (elongación de las fibras musculares y luego hipertrofia del detrusor) se llega a la retención urinaria aguda o crónica.

HPB clínica representa las manifestaciones clínicas atribuidas a la próstata agrandada. Las manifestaciones clínicas de un agrandamiento de la próstata son los síntomas del tracto urinario inferior (STUI), obstrucción de la vejiga, el vaciamiento incompleto de la vejiga, retención urinaria aguda y crónica, infecciones del tracto urinario (ITU), urosepsis, litiasis en la vejiga, y hematuria.

Existen diagnósticos neurológicos que no son un agrandamiento de la próstata que presentan estos síntomas, incluyendo el cáncer de próstata, prostatitis, cáncer de vejiga, cálculos en la vejiga, la vejiga hiperactiva, la cistitis intersticial, cistitis por radiación, infección urinaria, hipertrofia principal cuello de la vejiga, uretra, diabetes, enfermedad de Parkinson, el disco lumbosacro enfermedad, y la esclerosis múltiple. A

menudo, los clínicos La HPB es un diagnóstico de exclusión una vez que estas entidades clínicas otras han sido descartadas.

El interrogatorio cuidadosamente dirigido sobre el tiempo de instalación, intensidad y frecuencia de los síntomas permite valorar la uropatía obstructiva. Para tratar de objetivarla se utilizan tablas como la de la American Urological Association (AUA), que trata de cuantificar los síntomas con un puntaje establecido. Debe quedar claro que de todos los síntomas, sólo la latencia en el inicio de la micción y la lentitud del chorro se correlacionan bien con los hallazgos urodinámicos⁶.

La hematuria, especialmente inicial, es un síntoma asociado que pueden presentar en alguna ocasión hasta un 20% de los pacientes con HPB. En todos los casos deben descartarse otras causas de hematuria del aparato urinario alto y bajo antes de atribuirle a la HPB.

En los casos en que la uropatía obstructiva baja progresa lentamente, afectando la función renal, pueden aparecer anemia, deterioro de la depuración de creatinina, síndrome urémico, masa abdominal hipogástrica, descompensación cardíaca con todos sus signos y síntomas, hecho al cual son especialmente sensibles los pacientes valvulopatas aórticos.

La presencia de infección crónica (que puede alcanzar grados de verdadera supuración vesical) y litiasis, secundarias a uropatía obstructiva, agravan los padecimientos. La anamnesis debe incluir un interrogatorio que revise otras enfermedades capaces de causar uropatía obstructiva baja, como uretritis prolongadas o mal tratadas, traumas perineales y pelvianos, instrumentaciones uretrales incluyendo el uso de sonda uretral en grandes cirugías. Todo lo anterior orienta hacia estrechez uretral causante de la uropatía obstructiva por sí misma o que se asocia con la HPB.

Deben investigarse también trastornos generales como diabetes, daño neurológico difuso encefálico, lesiones neurológicas traumáticas o quirúrgicas propias de la cirugía abdomino-pelviana por cáncer y por cirugía vascular, trastornos de erección y de las extremidades. Todos estos antecedentes pueden simular uropatía obstructiva baja o asociarse a HPB, llevando al paciente a la descompensación⁷.

CUANTIFICACION DE LOS SINTOMAS

La historia clínica en esta enfermedad, es fundamental, una adecuada anamnesis y cuantificación de los síntomas del tracto urinario inferior. Los principales que se presentan son del tipo Obstructivo que incluyen; retraso al inicio de la micción, disminución del calibre y fuerza del chorro, micción intermitente o prolongada, goteo posmiccional, retención urinaria, Incontinencia, y síntomas irritativos que son polaquiuria, nicturia, micción, incontinencia por urgencia, dolor suprapúbico⁸.

Con el objetivo de unificar criterios en la evaluación, se ha elaborado una serie de cuestionarios, de los que el más utilizado y recomendado por la OMS es el International Prostate Symptoms Score (IPSS) (Ver Anexo6).

Se utiliza tanto en la visita inicial como para evaluar posteriormente la respuesta al tratamiento. Se trata de un cuestionario que incluye 7 preguntas sobre las dificultades miccionales, cuantificadas desde 0 (ninguna) hasta 5 (casi siempre). La puntuación final va de 0 puntos (asintomático) a 35 (con muchos síntomas). Esto permite clasificar a los pacientes en tres grupos: levemente sintomáticos (0-7), moderadamente sintomáticos (8-19) y gravemente sintomáticos (20-35). La octava pregunta del cuestionario valora el impacto general de la enfermedad sobre la calidad de vida (en una escala del 0 al 6), que nos puede informar sobre cómo vive el paciente sus molestias y cómo valora sus mejorías.

Es importante, en el cuestionario, conocer si hay antecedentes de otras enfermedades que pudieran tener relación con los síntomas urinarios de las vías bajas, como Diabetes Mellitus, accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, insuficiencia cardíaca congestiva, antecedentes de cirugía del tracto urinario, sondeo previo o uretritis. Hay que tener en cuenta la posibilidad de ingesta de fármacos que pudieran determinar estos síntomas urinarios, como son los anticolinérgicos y antagonistas del calcio, que disminuyen la contracción vesical, los agonistas adrenérgicos y los antidepresivos tricíclicos, que aumentan el tono uretral y el cuello vesical.

El modelo más utilizado en la actualidad es una escala desarrollada por la Asociación Americana de Urología, conocido como "AUA-SI" y que las Consultas Internacionales sobre HPB desde 1991 han adoptado con el nombre de International Prostate Symptom Score o "I-PSS". Tiene asociado un cuestionario sobre calidad de vida vinculada con los síntomas urinarios que se nombra con las siglas del inglés "QoL" por Quality of Life. Se expone a continuación el formulario que contiene los dos cuestionarios, diseñados para que el enfermo los responda por sí mismo, sin asesoramiento por el especialista⁹.

Los puntajes de ambos cuestionarios deben quedar registrados en la historia clínica para proporcionar una idea de la condición basal del paciente y su evolución con el tiempo, reciba o no tratamiento. La cédula se aplicará en las unidades del 1er nivel de atención, por personal paramédico a todas las personas del sexo masculino mayor de 40 años, derivando al médico a aquellas que resulten con sintomatología, cuya puntuación le califique como severa, para su evaluación clínica y por laboratorio, quien a su vez derivará ante el médico especialista a los sospechosos o diagnosticados con enfermedad prostática: HPB o cáncer. Las personas con sintomatología leve o moderada serán sujetas a acciones de educación y orientación educativa, citándoseles al año para otra detección.

En la exploración física se pueden obtener la presencia de globo vesical, el grado leve o las grandes distensiones vesicales, se debe incluir la observación de la micción y del

aspecto físico de la orina. El examen de tacto rectal informa sobre las características de la próstata en cuanto a tamaño, superficie, elasticidad, límites, consistencia. La HPB produce crecimientos elásticos, homogéneos lisos y bien delimitados. En la apreciación del tamaño influye el estado de repleción de la vejiga, siendo ideal el examen con vejiga vacía. El examen rectal debe buscar la presencia de nódulos duros, asimetría, zonas mal delimitadas o infiltrantes que hagan sospechar la existencia de un cáncer¹⁰.

Sin lugar a duda la etiología de la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) es multifactorial es el resultado del crecimiento sin control de varios elementos celulares de glándula prostática, para que este fenómeno ocurra, actualmente se reconocen dos factores, uno de la edad y en segundo lugar de andrógenos.

La edad se ha considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de la HPB en el hombre. Paradójicamente se desarrolla cuando la función testicular se encuentra declinado, la enfermedad rara vez se produce en hombre con edad inferior a los 40 años, Hiperplasia Prostática Benigna es la neoplasia benigna más frecuente en el Hombre, en estudios de autopsia la frecuencia a los 40 años es de un 25% llegando hasta un 100% a los 80 años^{10, 11}.

La enfermedad sintomática se presenta generalmente después de los 50 años, los cambios histológicos tempranos, relacionados a la patogénesis de la HPB, se observan como focos microscópicos de la hiperplasia y se pueden reconocer entre los 25 y 30 años, muy poco tiempo después de que la glándula ha llegado a su tamaño. La hiperplasia prostática obstructiva es una causa significativa de deterioro en la calidad de vida de los hombre mayores y además tiene asociada morbilidades significativas, según datos de la INEGI, en México el 55% de la población con hiperplasia prostática obstructiva es de mayor de 64 años y el 30% tiene entre 55 y 64 años de edad, lo que equivale a nuestra población a 8% del total, con una esperanza de vida de 70 años¹¹.

ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO

El Antígeno Prostático Específico (APE) está presente en concentraciones bajas en la sangre de todos los varones adultos. Éste es producido tanto por las células normales de la próstata como, prostatitis (inflamación de la próstata) e Hiperplasia prostática Benigna (HPB), o con un crecimiento maligno (canceroso) en la próstata. Aun cuando el antígeno prostático específico no les permite a los médicos distinguir entre las enfermedades benignas de la próstata (muy comunes en los hombres mayores de edad) y el cáncer, un nivel de antígeno prostático específico elevado puede indicar que son necesarias otras pruebas para determinar si el cáncer está presente.

Los niveles de antígeno prostático específico han demostrado ser útiles para supervisar la eficacia del tratamiento del cáncer de la próstata, y para controlar la recaída después de que el tratamiento ha terminado. Cuando se usa el APE para controlar la recaída del cáncer, un solo nivel elevado puede que no sea de mucho valor. Los médicos generalmente buscan una tendencia, la cual se define como un aumento regular en los niveles del antígeno prostático específico obtenidas en múltiples pruebas realizadas en un lapso de tiempo, en vez de concentrarse en el resultado elevado de una sola prueba¹².

El Antígeno Prostático Específico (PSA) es el marcador tumoral más importante de la década de los 90's, podríamos mencionar que durante los últimos diez años, se han descrito más de 2,000 artículos científicos en el ámbito mundial acerca de esta glucoproteína que se sintetiza principalmente por las células epiteliales de la glándula

prostática, es bien conocido que la determinación de la fosfatasa acida fracción prostática como marcador tumoral, ha sido ampliamente sustituida por la determinación del PSA, siendo actualmente el marcador tumoral ideal.

La conjunción de este parámetro en conjunto con la experiencia clínica, permite diagnosticar en forma precoz de cáncer de próstata en aquellos que presentan una Hiperplasia Prostática Benigna. Las pruebas con PSA han incrementado de manera significativa la tasa de detección de cáncer prostático y también que la mayor parte de los casos se detectan son confinados al órgano y curables. Con el paso del tiempo sería de esperar que disminuyera la tasa de movilidad de pacientes con HPB y la tasa de mortalidad con cáncer prostático. El valor de PSA se puede combinar con la puntuación de Gleason y con el estadio clínico para valorar adecuadamente al paciente con HPB¹³.

En la Norma Oficial Mexicana del IMSS del Diagnostico y Tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna de Octubre del 2009 norma que el envío del paciente a especialista de Urología se realiza con la referencia de una próstata con tamaño mayor a 30ml, flujo urinario débil con APE >1.4ng/ml. Los principales valores de cote de PSA en las diferentes edades es de 50 a 59 anos 3ng/ml, de 60 a 69 anos 4ng/ml, y >70 anos con 5ng/ml. En los diferentes estudios se ha observado que en pacientes con PSA >4 ng/ml tienen la probabilidad de un nódulo hipo ecoico periférico sea tumoral es del 54,8%, aumentando a un 76,8% cuando se acompaña de un tacto rectal sospechoso.

ESTUDIOS URODINÁMICOS

Se recomienda incluir en la evaluación de los pacientes estudios urodinámicos, como la flujometría aislada y la medición del residuo vesical posmiccional. Estos dos elementos nos permiten certificar la presencia de obstrucción o sólo de síntomas irritativos. Los flujos menores a los 15 cm³/s indican la presencia de problemas. Flujos menores de 10 cm³/s indican la presencia de obstrucción en el 90% de los casos. La presencia de residuos mayores a los 60-70 cm³ hacen pensar en obstrucción si no hay otras causas.

El desarrollo de los auto-administrados índices cuantitativos para medir la gravedad de los STUI, la ecografía transrectal para evaluar con precisión el volumen prostático, y sofisticados instrumentos para la realización de simultáneas de presión-flujo estudios urodinámicos ofrece ahora la oportunidad de definir con precisión las tasas de prevalencia de estos parámetros en la general masculina de la comunidad. Desafortunadamente, medir tanto el volumen de la próstata con ecografía transrectal y la obstrucción de la vejiga con dispositivos urodinámico de presión-flujo es demasiado costosos e invasivos para llevar a cabo en la población general. Otra de las limitaciones relacionadas con la determinación de las tasas de prevalencia de estos parámetros es que no hay consenso con respecto a lo que constituye específicamente un agrandamiento de la próstata o la vejiga obstruida. Es poco probable que las tasas de prevalencia de obstrucción de salida de la vejiga y el agrandamiento de la próstata cada vez se determinara en la comunidad en general¹⁴.

Los hombres con el volumen prostático > 50 cm³ tienen un riesgo 5 veces mayor de tener clínicamente moderada a severa y una STUI 3 veces mayor riesgo de sufrir una obstrucción significativa salida de la vejiga, que se define por una tasa de flujo espiratorio máximo <10 ml / segundos. Estas observaciones sugieren que existe cierta relación entre el volumen de la próstata y los STUI y la obstrucción, especialmente en hombres con próstatas grandes.

Varios factores están relacionados con un mayor riesgo para la HPB incluyendo la religión, los factores socioeconómicos, la actividad sexual, la vasectomía, el consumo de alcohol, cirrosis, hipertensión, tabaquismo, la dieta y la obesidad. Sin embargo, no hay pruebas convincentes de que alguno de estos factores se asocia con un mayor riesgo para el desarrollo de la HBP¹⁵.

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Para el manejo y abordaje de esta enfermedad, se prevé un incremento en la demanda de tratamiento médico debido al aumento de esperanza de vida y también al incremento de expectativas de éxito que proporcionan los nuevos avances. Se reducirá la cirugía tradicional para dar paso a los tratamientos farmacológicos y otras técnicas.

El primer consejo para un paciente con HBP es la adopción de una serie de medidas higiénicas que disminuirán la congestión pelviana, como evitar el sedentarismo, regular el tránsito intestinal, evitar comidas copiosas, el consumo de alcohol, estimulantes, los anticolinérgicos o neurolépticos. Las estrategias terapéuticas dependerán de la gravedad de síntomas del paciente.

TRATAMIENTO MEDICO

❖ SINTOMAS LEVES (0-7 PUNTOS)

Tacto rectal y APE normal y ausencia de complicaciones

Fitoterapia

Es un conjunto de sustancias derivadas de extractos de plantas, ampliamente utilizadas en el tratamiento de la HPB. Existen varias hipótesis sobre su mecanismo de acción (efecto antiinflamatorio, alteraciones del metabolismo del colesterol, inhibición directa del crecimiento de la próstata, efecto antiandrogenico o antiestrogenico). Se emplean básicamente tres tipos de extractos:

- *Serenoa repens*, actúa inhibiendo la 5-alfarreductasa (como la finasterida) y los receptores de estrógenos y andrógenos, su posología es de 160mg/ 12h preferentemente con las comidas.
 - *Pigeum africanum* posología es de 50mg/12h administrarse 1 o 2 horas después de las comidas durante 6 semanas, el ciclo terapéutico se debe realizar cada 6 semanas.
 - *Pigeum equinacea* y su posología son 4 tabletas al día con el esquema de 1-1-2
- Los otros extractos son ricos en fitoesteroles y teóricamente tienen un efecto antiinflamatorio e inhiben la proliferación del tejido prostático¹⁶.

❖ SÍNTOMAS MODERADOS (8-19 PUNTOS)

Tacto rectal con APE normal y ausencia de complicaciones

Tratamiento farmacológico

INHIBIDORES DE LA 5-ALFARREDUCTASA

Estos fármacos inhiben la enzima que causa la transformación de testosterona a dihidrotestosterona. Actúan disminuyendo de forma baja y lenta el volumen prostático

y son menos efectivos que el siguiente grupo (bloqueadores alfa- 1-adrenérgicos). Se recomiendan en casos de próstatas de tamaño aumentado. Pueden tardar unos 6 meses en ser efectivos y se recomienda, antes de empezar el tratamiento, descartar la existencia de cáncer de próstata porque posteriormente se pueden dar falsos negativos por enmascarar la prueba del APE. El tratamiento con finasterida tiene como efectos adversos la disminución de la libido (6%), impotencia (5%), trastornos de eyaculación (5%) y ginecomastia (porcentaje muy bajo).

BLOQUEADORES ALFA-1-ADRENÉRGICOS

En general reducen los síntomas urinarios bajos. actúan sobre los receptores alfa situados en el cuello de la vejiga y la próstata, que causan la obstrucción por efecto funcional o dinámico.

Disminuyen el tono muscular prostático y producen la relajación del músculo y la disminución de la resistencia uretral intraprostática. No reducen el tejido prostático. Se puede decir que actúan principalmente frente a los síntomas irritativos. Se ha demostrado que tienen un efecto hipotensor y mejoran el perfil lipídico. Su eficacia se ha probado superior al placebo y los inhibidores de la 5-alfa-reductasa y no se han demostrado ventajas en la asociación de fármacos. Las diferencias entre los principales fármacos radican en la diferente selectividad de acción (urinaria y/o antihipertensiva) y en la pauta de administración. El efecto farmacológico se produce a las 4-6 semanas¹⁷.

Prazosina, Se utiliza muy poco en urología, ya que tiene efectos hipotensores superiores a otros fármacos.

Terazosina. Tiene efecto hipotensor y además puede mejorar el perfil lipídico. Podría ser un fármaco de elección en pacientes con HBP y alteraciones metabólicas como las dislipemias. La posología es de 1 mg/noche (inicialmente), incrementándose la dosis en 1 mg cada 3-7 días según la respuesta. La dosis de mantenimiento habitual es de 5 mg/24 h, con un máximo de 10 mg/24 h.

Doxazosina. Se utiliza también en pacientes hipertensos, ya que reduce de forma gradual la presión arterial. Tiene menor efecto de primera dosis que la prazosina o la terazosina. La posología es de 0,5 mg/12 h durante 3-7 días, y después una dosis de mantenimiento de 4 mg cada noche.

Tamsulosina, Se trata del fármaco de elección. Tiene un efecto muy débil sobre la presión arterial. Se obtiene una mejoría de los síntomas en menos tiempo porque el tratamiento no requiere incrementos de la dosis progresivos. La posología es de 0,4 mg/24 h después del desayuno. Se podría decir que la prazosina, terazosina y doxazosina, al ser poco selectivas, producen adicionalmente un descenso de la tensión arterial e, incluso, en el caso de la terazosina, modificación del perfil lipídico. La investigación ha llevado a obtener derivados más selectivos, como la alfuzosina y, sobre todo, la tamsulosina, que tienen menos efectos en el sistema cardiovascular. Los efectos adversos más frecuentes de este grupo de fármacos son la hipotensión ortostática, lipotimia, síncope (primera dosis), taquicardia, astenia, cefaleas y mareos. Es por esto que, en general, las pautas de administración comienzan con dosis bajas por la noche y recomiendan evitar movimientos bruscos que favorezcan la sensación de inestabilidad. Estos fármacos, pese a que producen una mejoría de los síntomas, no reducen el volumen de la próstata y no modifican la evolución natural. Es por eso que la necesidad del tratamiento quirúrgico será manifiesta cuando los estados sean más graves.

❖ SÍNTOMAS GRAVES (20-35 PUNTOS)

Derivación al urólogo (posible intervención quirúrgica)

Ver anexo 8 y 9

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Esta indicado en pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna que desarrollan complicaciones del tracto urinario (hidronefrosis, insuficiencia renal, retención urinaria recurrente, infecciones urinarias recurrentes, hematuria de origen prostático persistente o recurrente) y a pacientes con síntomas moderados a severos con afección importante en su calidad de vida y que no mejoran con tratamiento farmacológico.

En la actualidad se considera a la Resección Transuretral de la Próstata (RTUP) como el tratamiento más efectivo en la HPB con los riesgo de intoxicación hídrica, estenosis de uretra y contractura de cuello vesical, eyaculación retrograda, sangrado que amerite transfusión, incontinencia urinaria de esfuerzo, disfunción eréctil.

Todos los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos de próstata deben evaluarse anualmente con tacto rectal y APE ya que la resección transuretral de próstata no reseca todo el tejido prostático susceptible a cáncer.

La prostatectomía abierta está indicada en pacientes con próstatas de >80 c.c. y en aquellos con complicaciones asociadas, como litiasis vesical o que ameriten resección diverticular y sus complicaciones incluyen hemorragia trans y postoperatoria que amerite transfusión, incontinencia urinaria de esfuerzo, contractura de cuello vesical y estenosis de uretra, eyaculación retrograda y disfunción eréctil¹⁸. Ver Anexo 10

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976, definió a la familia con un enfoque antropológico y demográfico como “miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. La familia es un grupo primario institucionalizado que permite la satisfacción de las necesidades esenciales de sus integrantes, lleva implícito una gran variedad de elementos que pueden ser identificados como las funciones de la familia, que incluye la regulación sexual, sustento económico, reproducción y educación en sus amplias connotaciones. ⁽¹⁸⁾

La familia es un sistema social abierto en constante transformación según las diferentes etapas existenciales de sus integrantes, en un equilibrio dinámico que facilita su relación emocional y física para el desarrollo tanto individual como la familiar en interacción con el entorno.

Las relaciones interpersonales (las del enfermo con su propia familia y consigo mismo) pueden verse afectadas significativamente la evolución de las enfermedades, su recuperación, la forma de percepción y manejo del dolor, los patrones de interacción pueden favorecer o entorpecer el correcto cumplimiento de los tratamiento médico.

Las enfermedades terminales suponen una profunda crisis en el funcionamiento de la familia la cual se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ahora venía desempeñado el miembro enfermo, el cual también cambia su actitud con respecto a la familia y dependiendo del grado de comunicación la relacionera más o menos disfuncional, disimulo y aislamiento, exigencia y cólera, abatimiento. ⁽¹⁹⁾

La enfermedad produce una crisis que somete a reajuste a los miembros de la red social del paciente, produciéndose la especialización de cada miembro de la red en la provisión de uno a otro tipo de apoyo: la familia más cercana es la más capacitada para el apoyo afectivo y emocional y el equipo de salud debe asumirse al apoyo informacional. ⁽²⁰⁾

En el contexto familiar es necesario que el médico reconozca los recursos de la familia, sus potenciales aliados, quienes dan apoyo emocional, economía o logístico, pensando en las triangulaciones familiares médico-paciente-familiar y sus interacciones reciprocas, que afectaran o realizaran de manera exitosa el cumplimiento o el acuerdo del paciente con las indicaciones que se le dan. ⁽²¹⁾

Es por eso que en este estudio se usara el modelo de Olson Miller y Ryder en 1978 se identifico como el “Modelo Circunflejo de la Conducta”, el cual identifica las dimensiones a partir de la distribución de los puntajes que generan 16 tipos de sistemas familiares, que en cierto modo facilitan la mejor realización de un diagnostico que lleve a evaluar y predecir las conductas de los 16 sistemas obtenidos con el modelo, con lo que podemos teorizar acerca de las diferentes familias que nos da el modelo:

Familias o parejas balanceadas en cohesión y adaptabilidad que redundan en un funcionamiento familiar adecuado, en relación con las familias que se encuentran en los extremos del modelo.

Familias o Parejas que no presentan problemas serios y que tienden a poseer un balance adecuado en estas dos dimensiones.

Familias o Parejas sin problemas serios y que tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad, de acuerdo con las situaciones de crisis o estrés a las que se enfrentan.

Familias o Parejas con problemas serios que no tienden a cambiar sus patrones de cohesión y adaptabilidad ante situaciones nuevas de crisis o de estrés, o que bien se irán al extremo opuesto de cambiar sus patrones de conducta.⁽²²⁾

La cohesión en la familia presenta dos componentes: los límites emocionantes que los miembros tienen entre sí y el grado de autonomía individual que los miembros experimentan dentro de su sistema familiar, por tanto podemos considerar que de existir un grado de balance adecuado en la cohesión familiar, permitirá tener una mejor conducción de la familia, lo que repercutirá en un mejor funcionamiento y un mayor desarrollo de la misma.

La adaptabilidad familiar, tiene una relación estrecha con el concepto de "sistema Familiar", la capacidad de este para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y sus reglas interaccionales al estrés generado con situaciones de crisis que presentan.⁽²³⁾

El instrumento de evaluación familiar FACES III, en el se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación; el instrumento más conocido es GACES III (Family Adaptability and cohesión Evaluation scales). Mide los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo circunflejo.⁽²⁴⁾

FACES III se elaboró a finales de la década de 1960, para hacer dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo operacionales en el sistema familiar y conyugal, con el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica y la teórica, así como la investigación con familias.

Es un instrumento que nos permite evaluar el funcionamiento familiar, tal y como se define en el modelo circunflejo, el cual está basado en dos variables principales, la cohesión y la adaptabilidad, las cuales son postuladas como las dimensiones primarias que en gran parte explican la conducta familiar.⁽²⁴⁾

Esta prueba presenta indicadores de fiabilidad importantes a lo largo del ciclo evolutivo de la familia, además se han reportado informes de utilidad clínica y diagnosticada del FACES III. Además es un instrumento de fácil aplicación y de calificar, cuenta con una escala que incluye 5 opciones con valores del 1-5 y puede ser contestada por cualquier miembro de la familia mayor de 12 años. Se dispone de versiones adaptadas y aprobadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapas de retiro, lo que permite clasificar las dimensiones de cohesión y adaptabilidad con mayor facilidad.

FACES III es una escala formada por 20 ítems, 10 relativos a la cohesión y 10 a la adaptabilidad. (10) Ver Anexo 1⁽²⁴⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cómo es la Cohesión y Adaptabilidad en el paciente con Hiperplasia Prostática Benigna, desde el momento del diagnóstico en la población del HGZ/UMF No.8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACION:

La hiperplasia prostática benigna o adenoma de próstata es una de las enfermedades benignas más comunes en el hombre y puede derivar en una hipertrofia benigna de la próstata, en una obstrucción benigna de la próstata y/o en síntomas del tracto urinario inferior (STUI). Estos síntomas pueden ser bastante molestos hasta en el 30% de los hombres de más de 65 años. La etiología de esta enfermedad es multifactorial y los factores reales asociados a su desarrollo son la edad, el antígeno específico prostático (PSA) y el volumen de la próstata. Estos factores específicos de riesgo pueden identificar al grupo de pacientes con un riesgo aumentado de progresión y en los conviene iniciar un tratamiento precoz. A medida que aumentan la edad y la intensidad de los síntomas clínicos iniciales, aumenta la necesidad de recurrir a la cirugía. Los síntomas de mayor valor predictivo parecen ser la nicturia y los cambios en el chorro de orina. Esta sintomatología clínica se realiza principalmente en varones mayores de 50 años con o sin riesgo significativo de presentar síntomas en el tracto urinario inferior de origen distinto al asociado al adenoma de próstata. Cuanto más precoz y más exacto el diagnóstico del adenoma de próstata, mejores serán los resultados del tratamiento y la elección del mismo.

OBJETIVOS

Generales

Identificar si existen las diferencias de la Cohesión y Adaptabilidad en el paciente portador de Hiperplasia Prostática Benigna del HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

Específico

- Conocer la cohesión y la adaptabilidad del paciente con Hiperplasia Prostática Benigna
- Identificar la frecuencia de la etapa del ciclo vital familiar predominante, en los pacientes portadores de Hiperplasia Prostática Benigna.
- Identificar la tipología familiar más frecuente en los pacientes portadores de Hiperplasia Prostática Benigna.

HIPOTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

H₀: Los pacientes portadores de Hiperplasia Prostática Benigna del HGZ/UMF#8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo tienen una mala Cohesión y Adaptabilidad perteneciendo a las familias extremas que balanceadas.

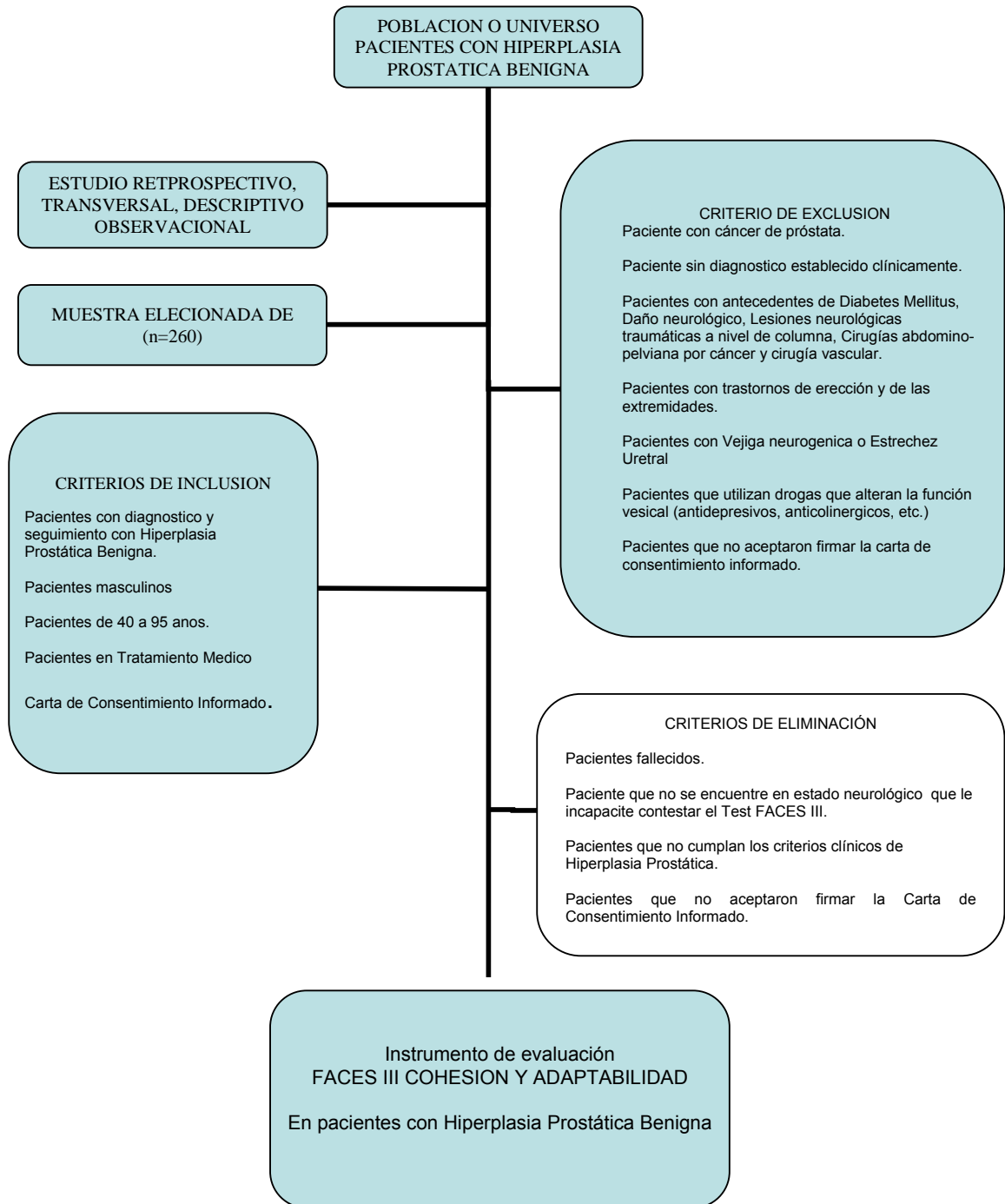
HIPÓTESIS NULA

H₁: Los pacientes portadores de Hiperplasia Prostática Benigna del HGZ/UMF#8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo no tienen una mala Cohesión y Adaptabilidad perteneciendo a las familias extremas que balanceadas.

MATERIALES Y METODOS

- a).- PROSPECTIVO Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información
- b).- TRANSVERSAL Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio
- c).- NO COMPARATIVO Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados
- d).- DESCRIPTIVO Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados
- e).- OBSERVACIONAL De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza

DISEÑO DE LA INVESTIGACION



ELABORO: MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
CYNTHIA ROJAS MENDOZA

POBLACION Ó UNIVERSO

El estudio se realizara a pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna del HGZ/UMF No8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

La investigación se realizara en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina familiar No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo ubicado en la Col. Tizapan San Ángel en el Distrito Federal de México en la dirección Rio Magdalena
La aplicación del FACES III se realizara en los meses de Enero a Diciembre del 2011

MUESTRA

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, necesaria será de 260 pacientes con un intervalo de confianza de 99%. Con una amplitud total del intervalo de confianza de 0.10

DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 – P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

N= 260

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P = 0.010

(1 – P)= Nivel de confianza del 99%

W= 0.10

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes masculinos
- Pacientes de 40 a 95 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico y seguimiento de Hiperplasia Prostática Benigna.
- Paciente con sintomatología usando el IPSS
- Estudios confirmatorios (antígeno prostático)
- Carta de Consentimiento Informado firmada.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Paciente con cáncer de próstata.
- Paciente sin diagnóstico establecido clínicamente.
- Paciente sin cuantificación de Antígeno Prostático.
- Pacientes con antecedentes de Diabetes Mellitus, Daño neurológico, Lesiones neurológicas traumáticas a nivel de columna, Cirugías abdomen-pelviana por cáncer y cirugía vascular.
- Pacientes con trastornos de erección y de las extremidades.
- Pacientes con Vejiga neurogenica o Estrechez Uretral
- Pacientes que utilizan drogas que alteran la función vesical (antidepresivos, anticolinérgicos, etc.)
- Pacientes que no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Pacientes fallecido
- Test incompletos
- Paciente que no se encuentre en un estado neurológico que le incapacite contestar el Test FACES III.
- Pacientes que no cumplan los criterios clínicos de Hiperplasia Prostática Benigna.

VARIABLES

DATOS DE IDENTIFICACION:

1. Numero de Folio
2. Nombre del paciente
3. Edad del paciente
4. Sexo del paciente
5. Estado civil
6. Escolaridad
7. Tiempo de Diagnostico
8. Cuantificación de Antígeno Prostático
9. Tratamiento Empleado
10. Tipo de Familia
11. Etapa del Ciclo Vital de la Familia
12. FACES III Cohesión
13. FACES III Adaptabilidad
14. I-PSS, Evaluación Internacional de Síntomas de la Prostática

ACTIVIDADES

Identificar la población con Hiperplasia Prostática Benigna
Identificar el tipo de familia
Identificar el ciclo vital de la familia
Identificar el tipo de tratamiento
Medir la cohesión
Medir la adaptabilidad
Conocer la sintomatología con el uso del IPSS

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

NO. DE FOLIO, número cardinal consecutivo.

NOMBRE DEL PACIENTE, palabra que se le asigna a una persona para distinguirla.

SEXO, el género de un individuo masculino o femenino.

EDAD, tiempo que ha vivido una persona desde que nació.

ESCOLARIDAD, conjunto de estudios que sigue un estudiante en un establecimiento discente.

ESTADO CIVIL, es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

OCUPACION, acción y efecto de emplearse, trabajo, oficio, empleo.

HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA, consiste en un crecimiento no maligno en el tamaño de la próstata, producido por un aumento hormonal de los estrógenos (hormonas femeninas) sobre la testosterona (hormona masculina), que aparece en los hombres con la edad.

ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (APE) es producido tanto por las células normales de la próstata pero se eleva durante la hiperplasia prostática siendo valor predictor de la enfermedad.

TIEMPO DE DIAGNOSTICO, de la enfermedad días, meses o años.

TRATAMIENTO EMPLEADO, es el evento por una serie de procedimientos que tiene la finalidad de curar o sanar una enfermedad.

TIPO DE TRATAMIENTO EMPLEADO, Fitoterapia, Bloqueadores alfa-1-adrenérgicos e Inhibidores de la 5-alfarreductasa

TIPO DE FAMILIA, de acuerdo a la clasificación de Revilla y Márquez. Clasificación de su parentesco.

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA, De acuerdo a la clasificación de Geiman.

FACES III, instrumento de evaluación familiar que evalúa la cohesión y adaptabilidad de la familia.

I-PSS, Evaluación Internacional de la Sintomatología Prostática que evalúa la sintomatología y calidad de vida.

**DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES
CARACTERISTICAS GENERALES**

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Nombre del Paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre del paciente
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Sexo	Cualitativo	Nominal	1= Masculino
Estado Civil	Cualitativo	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Divorciado 4= Viudo 5= Unión Libre
Escolaridad	Cuantitativa	Continua	1= primaria 2= secundaria 3= Bachillerato 4= Licenciatura 5= Técnico 6= Analfabeta
Ocupación	Cualitativo	Nominal	Textualmente agrupación
Tiempo de diagnostico	Cuantitativa	Continua	1= Días 2= Meses 3=Anos
Antígeno Prostático	Cuantitativo	Nominal	1= 40-50anos 2.5ng/dl 2= 51-60 anos 3.5ng/dl 3= 61-70 anos 4.5ng/dl 4= +70 anos 6.5ng/dl
Tratamiento empleado,	Cuantitativo	Continua	1= Fitoterapia 2= Bloqueadores alfa-1-adrenérgicos 3= Inhibidores de la 5-alfarreductasa
Tipo de Familia	Cualitativo	Nominal	1= Nuclear 2= Extensa 3= Extensa Compuesta 4= Mono parental 5= Persona Sola 6= Equivalentes familiares
Etapas del Ciclo Vital de la Familia	Cualitativo	Nominal	1= Matrimonio 2= Expansión 3= Dispersión 4= Independencia 5= Retiro
FACES III Cohesión	Cualitativo	Nominal	1.No relacionada 10-34 2.Semirelacionada 35-40 3.Relacionada 41-45 4.Aglutinada 46-50

FACES III Adaptabilidad	Cualitativo	Nominal	1.Rigida 10-19 2.Estructurada 20-24 3.Flexible 25-28 4.Caotica 29-50
I-PSS, Evaluación Internacional de Síntomas de la Prostática	Cualitativa	Nominal	1=Nunca 2=Menos de 1 en 5 veces 3=Menos de la Mitad del Tiempo 4=Alrededor de la Mitad del Tiempo 5=Mas de la mitad del Tiempo 6=Casi siempre
FACES III Cohesión	Cualitativa	Nominal	1=Extrema Baja 2=Balanceada 3=Extrema Alta
FACES III Adaptabilidad	Cualitativa	Nominal	1=Extrema Baja 2=Balanceada 3=Extrema Alta

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Las características de la familia son las propias de un sistema abierto, dentro del cual actúan fuerzas positivas y negativas, que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural.

Minuchin y Fishman 1986 dice que la familia es un grupo natural, el cual con el curso del tiempo elabora pausas de interacción, las cuales rigen el funcionamiento de los miembros y facilitan sus relaciones recíprocas. La dinámica familiar comprende los aspectos sucintados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros están ligados a los demás por lazos de parentesco, Relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías y roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y funciones asignadas.

Clasificación de las familias

*Demográfica de la familia basada en la familia nuclear

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Familia extensa	Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en un mismo hogar más de dos generaciones.
Familia Nuclear	Es la forma de dos individuos de distinto sexo, que ejercen el papel de padres y sus hijos. Familia Nuclear con parientes próximos. Familia que tiene en la misma localidad otros miembros familiares Familia nuclear sin parientes próximos Familia que no tiene otros miembros en la misma localidad. Familia nuclear numerosa la que está formada por los padres y más de 4 hijos. Familia nuclear ampliada es cuando en el hogar conviven otras personas o parientes (abuelos, tíos), agregados (personas sin vínculo consanguíneo). Familias binuclear cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el mismo hogar hijos de distintos progenitores.
Familia Mono parental	Es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos
Personas sin familia	Se incluyen los adultos sin pareja, separados, viudos sin hijos,, y los jóvenes que por necesidades de trabajo viven solos, sin implicar rechazo hacia el modo de vida familiar
Equivalentes Familiares	Son individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo de familia tradicional, como parejas de homosexuales establecidos, grupos de amigos que viven en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, etc.

TIPO	CARACTERISTICAS	
NUCLEAR		Sin hijos
	Simple	Madre y padre con 1 a 3 hijos
	Numerosa	Padre y madre con más de 4 hijos
	Ampliada	Otras personas con parentesco Por otras personas sin parentesco Mixtas (con y sin parentesco familiar=
	Binuclear	Uno de los cónyuges o ambos están divorciado o viudo y viven con hijo de distintos progenitores
EXTENSA		
	Ascendente	Hijos casados que van a vivir a casa de los padres
	Descendente	Padre que van a vivir a casa de los hijos casados
	Colaterales	Matrimonio que se va a vivir con tíos, primos o abuelos
MONOPARENTAL		Padre o madre sola con hijos
	Simple	Con 3 o menos hijos
	Numerosa	Con más de 4 hijos
EQUIVALENTE		
		Homosexuales, grupos de amigos que viven juntos, comunas religiosos, militares
PERSONAS QUE VIVEN SOLAS		

La familia como todo un grupo humano, tiene su inicio, desarrollo, en 1980 Geyman propone un esquema que se utiliza con mayor frecuencia, consta de cinco fases. Ver Anexo 2

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES INVENTARIO DE ACTIVIDADES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
FACES III COHESION	Cualitativa	Puntuación	1.Desligada 2.Separada 3.Conectada 4.Enmaranada
FACES III FLEXIBILIDAD	Cualitativa	Puntuación	1.Caotica 2.Flexible 3.Estructurada 4.Rigida

Elaboro: Rojas Mendoza Cintia
Residente de Medicina Familiar

TIPOS DE VARIABLES SEGÚN LA INFLUENCIA QUE SE LE ASIGNE

DEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none">-Nombre del paciente-Sexo-No. de folio-Edad-Estado Civil-Escolaridad-Ocupación-Tipo de Familia-Ciclo vital de la Familia-Cohesión Familiar-Adaptabilidad familiar
INDEPENDIENTE	<ul style="list-style-type: none">-Pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna-Cohesión y Adaptabilidad

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevara a cabo entre los años marzo del 2011 a marzo del 2012, una vez captados los pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna se utilizara la Cedula básica de información (ANEXO 3), Escala de Evaluación FACES III (ANEXO 4), I-PSS, Evaluación Internacional de Síntomas de la Prostática (ANEXO 5), Hoja de Consentimiento informado (ANEXO 6).

Se realizara un vaciado de la información para clasificarla, posteriormente se analizara y describirán los resultados, para este procedimiento se llevara a cabo del programa SPSS 17 de Windows, para el análisis de medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevalencia del 16%. Para el análisis del inventario de actividades de FACES III.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Se utilizara una Cedula básica de información (ANEXO 3), Escala de Evaluación FACES III (ANEXO 4), I-PSS, Evaluación Internacional de Síntomas de la Prostática (ANEXO 5), Hoja de Consentimiento informado (ANEXO 6).

El instrumento que se utilizo para evaluar la cohesión y adaptabilidad familiar es el FACES III, previamente para el uso de las tablas de correlación se realizo la recopilación de la siguiente información. FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente; el instrumento se publicó en un trabajo previo y se recoge

Análisis estadístico

Para la validez de constructo se determinó utilizar la técnica estadística multivariada de análisis factorial (AF), con fines confirmatorios. El criterio general para considerar válido el cuestionario FACES III en español (México) fue que los 10 ítems que evaluaron la cohesión familiar debieron «cargar» o «saturar» un factor único en los resultados, siendo la misma condición para la adaptabilidad familiar pero en un factor independiente (ortogonal) al de cohesión.

Debido a que se pretendió dotar al estudio de un rigor metodológico y estadístico, fue necesario establecer los estimadores de los parámetros que determinaron los valores mínimos de referencia del modelo; para tal finalidad se desarrollaron los criterios, las características, los supuestos y las condiciones teóricas del modelo de AF utilizado para determinar cuantitativamente si la validez de constructo fue adecuada

METODO DE RECOLECCION:

Las 20 preguntas tuvieron un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca 1; casi nunca 2; algunas veces 3; casi siempre 4, y siempre, 5) y se contestó en un promedio de 5 min.

El cuestionario de FACES III lo contestó un miembro de la familia que reunió los criterios de inclusión y que voluntariamente deseó responder al mismo.

I-PSS, Evaluación Internacional de Síntomas de la Prostática, aplico una serie de preguntas respecto a la sintomatología internacional de la próstata con un puntaje de 0-7 Leve, 0-19 Moderado y de 20-35 Severo.

I-PSS, Evaluación Internacional de Síntomas de la Prostática, lo contesto directamente el paciente con Hiperplasia Prostática Benigna, de manera voluntaria.

Se aplicó de manera auto administrada dejando a las personas responder libre y abiertamente, sin que influyeran los encuestadores en las respuestas y conservando la neutralidad en caso de dudas o preguntas relacionadas con los ítems

El análisis estadístico se realizara en el Departamento de Cómputo

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #8
 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

TÍTULO DE LA TESIS:
“EVALUACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD EN EL PACIENTE PORTADOR DE HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA EN EL HGZ/UMF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
2011-2012

FECHA	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	AGO 2011	SEP 2011	OCT 2011	NOV 2011	DIC 2011	ENE 2012	FEB 2012
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS		X										
DISEÑO METODOLÓGICO		X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ÉTICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFÍA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACIÓN			X									
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS					X	X	X	X				
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X				
ANÁLISIS DE DATOS								X				
DESCRIPCIÓN DE DATOS									X			
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGSOS

Se debe de aplicar el instrumento de evaluación en forma individual o grupal. Se aplicara a adultos mayores de 18 anos, a quienes puedan leer, si el administrador de la prueba sospecha que el nivel educacional es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.

Si el paciente presenta dificultades para leer la primera pregunta, se deberá interrumpir la aplicación de la prueba la cual se deberá hacer en 20 minutos máximo, es importante recordar que las respuestas no requieren aceptar ayuda de otras personas.

No se debe hacer mención de lo que el test se obtendrá como resultado al inicio de la aplicación, hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados por los comentarios que se hagan respecto a la prueba.

Paciente debe ser informado que no necesitan responder a una pregunta que no quieren o no sepan contestar, el examinador debe decir: usted puede dejar una pregunta en blanco si así lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si realmente el enunciado es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta.

El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe de ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, se es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurarse de que solo una de la respuesta alternativa ha sido señalada para cada pregunta.

RECURSOS

HUMANOS

Médico Residente	1
Asesores de Tesis	3
Medico Urólogo	1

MATERIALES

Hojas tamaño carta	100
Computadora	1
Impresora	1
Fotocopiadora	1
Lápices	100
Plumas	3
Folder	2
Borrador	2

FINANCIEROS

**Serán proporcionados por el Residente de Medicina Familiar
Cintia Rojas Mendoza**

CONSIDERACION ETICAS

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Medica Mundial. El reglamento de la Ley general de Salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación. Funcionalidad Familiar por medio del FACES III.

RESULTADOS

Se estudió a 260 pacientes de sexo masculino 260 (100%), portadores de Hiperplasia Prostática Benigna del HGZ/UMF No.8.

La media de edad 68.67 años, valor mínimo de 41 años y valor máximo de 93 años, moda de 69 años, mediana de 69 años y desviación estándar de 9.305 años.

En estado civil se observó: 6 (2.3%) soltero, 242 (93.1%) casados, 11 (4.2%) viudos, 1 (0.4%) otros. (Ver anexo cuadro 1)

En cuanto a la escolaridad se observó 110 (42.3%) con Primaria, 81 (31.2%) secundaria, 23 (8.8%) bachillerato, 33 (12.7%) licenciatura, 4 (1.5%) Carrera Técnica, 9 (3.5%) sabían leer. (Ver anexo cuadro 2)

En apartado correspondiente al tiempo de diagnóstico se encontró 52 (20%) meses y 208 (80%) años. (Ver anexo cuadro 3)

En el rubro correspondiente al nivel de APE se encontró que 232 (89.2%) con APE de valor 0 a 2.5 ng/dl, 28 (10.8%) con APE de 2.6 a 4.5 ng/dl. (Ver anexo cuadro 4)

En cuanto al tratamiento farmacológico 1(0.4%) Fitoterapia, 55 (21.2%) Bloqueadores α -1 Adrenérgicos, 204 (78.5%) Inhibidores de la 5alfareductasa. (Ver anexo cuadro 5)

En el rubro de Tipo de Familia se encontró 123(47.3%) Nuclear, 118 (45.4%) Extensa, 15 (5.8%) Monoparental, 4 (1.5%) Personas solas. (Ver anexo cuadro 6)

En el apartado correspondiente al Ciclo de Familia 6(2.3%) Matrimonio, 1 (0.4%) Expansión, 44 (16.9%) Dispersión, 99 (38.1%) Independencia y 110 (42.3%) Retiro. (Ver anexo cuadro 7)

Al evaluar la Calidad de Vida con el Test I-PSSS se observó que 45 (17.3%) Leve, 160 (61.5%) Moderado, 55 (21.2%) Severo. (Ver anexo cuadro 8)

Al evaluar la cohesión de las familias se encontró la siguiente distribución: 35 (13.5%) Disgregada, 104 (40%) semi-relacionada, 83 (31.9%) relacionada, 38 (14.6%) Aglutinada. (Ver anexo cuadro 9)

En el apartado de la Adaptabilidad familiar se encontró la siguiente distribución: 82 (31.5%) Caótica, 80 (30.8%)Flexible, 64 (24.6%) Estructurada, 34 (13.1%) Adaptabilidad Rígida. (Ver Anexo Cuadro 10)

De la población evaluada se encontró el tipo de familias: 11 (4.2%) Caóticamente Disgregada, 22 (8.5%) Caóticamente Semi relacionada, 28 (10.8%) Caóticamente Relacionada, 21 (8.1%) Caóticamente Aglutinada, 11 (4.2%) Flexiblemente Disgregada, 27 (10.4%) Flexiblemente semirelacionada, 35 (13.5%) Flexiblemente Relacionada, 7 (2.5%) Flexiblemente Aglutinada, 10 (3.8%) Estructuralmente Disgregada, 37 (14.2%) Estructuralmente Semirelacionada, 12 (4.6%) Estructuralmente Relacionada, 5 (1.9%) Estructuralmente Aglutinada, 3 (1.2%) Rígidamente Disgregada, 18 (6.9%) Rígidamente Semirelacionada, 8 (3.1%) Rígidamente Relacionada y 5 (1.9%) Rígidamente Aglutinada. (Ver Anexo Cuadro 11)

Al evaluar la Cohesión en relación con el género se observó que: 35 (13.5%) Disgregada, 104 (31.9%) semirelacionada, 83 (31.9%) Relacionada, 38 (14.6%) Aglutinada. (Ver Anexo Cuadro 12)

En el rubro de la Adaptabilidad en relación al género se observó que: 34 (13.1%) Caótica, 64 (24.6%) Flexible, 80 (30.8%)Estructurada, 82 (31.5%) Rígida. (Ver Anexo Cuadro 13)

En el apartado de Cohesión con Estado Civil se observó que: 1 (0.4%) Disgregada –Soltero, 34 (13.1%) Casado, 0 (0%)Viudo, 0 (0%) Otros, 2 (0.8%)Semi relacionada – Soltero, 99 (38.1%) Casado,3 (1.2%) Viudos, 0 (0%) Otros, 0 (0%) Relacionada – Soltero, 79 (30.4%) Casado, 4

(1.5%) Viudos, 0 (0%) Otros, 3 (1.2%) Aglutinada – Soltero, 30 (11.5%) Casado, 4 (1.5%) Viudos, 1 (0.4%) Otros. (Ver Anexo Cuadro 14)

Al evaluar la Adaptabilidad con Estado Civil se observó que: 1 (0.4%) Rígida Soltero, 30 (11.5%) Casado, 2 (0.8%) Viudos, 1 (0.4%) Otros, 0 (0%) Estrecha – Soltero, 64 (24.6%) Casado, 0 (0%) 0 (0%) Viudo, 0 (0%) Otros, 2 (0.8%) Flexibles- Soltero, 72 (27.7%) Casado, 6 (2.3%) Viudos, 0 (0%) Otros, 3 (1.2%) Caótica – Soltero, 76 (29.2%) Casado, 3 (1.2%) Viudos, 0 (0%) Otros. (Ver Anexo Cuadro 15)

En el rubro de la Cohesión y Escolaridad se observó que: 22 (8.5%) Disgregada – Primaria, 9 (3.5%) Secundaria, 1 (0.4%) Bachillerato, 1 (0.4%) Licenciatura, 1 (0.4%) Carrera Técnica. 1 (0.4%) Sabe Leer, 48 (18.5%) Semi relacionada – Primaria, 30 (11.5%) Secundaria, 11 (4.2%) Bachillerato, 11 (4.2%) Licenciatura, 1 (0.4%) Carrera Técnica, 3 (1.2%) Analfabeta, 3 (1.5%) Relacionada- Primaria, 29 (11.2%) Secundaria, 6 (2.3%) Bachillerato, 15 (5.8%) Licenciatura, 1 (0.4%) Carrera Técnica, 2 (0.8%) Analfabeta, 10 (3.8%) Primaria, 13 (5.0%) Secundaria, 5 (1.9%) Bachillerato, 6 (2.3%) Licenciatura, 1 (0.4%) Carrera Técnica, 3 (1.2%) Analfabeta. (Ver Anexo Cuadro 16)

En cuanto a la Adaptabilidad y Escolaridad se observó que: 14 (5.4%) Rígida- Primaria, 14 (5.4%) Secundaria, 1 (0.4%) Bachillerato, 3 (1.2%) licenciatura, 0 (0%) Carrera Técnica, 2 (0.8%) Analfabeta, 29 (11.2%) Estrecha– Primaria, 23 (8.8%) Secundaria, 9 (3.5%) Bachillerato, 1 (0.4%) Licenciatura, 1 (0.4%) Carrera Técnica, 1 (0.4%) Analfabeta, 39 (15%) Flexible- Primaria, 21 (8.1%) Secundaria, 4 (1.5%) Bachillerato, 10 (3.8%) Licenciatura, 2 (0.8%) Carrera Técnica, 4 (1.5%) Analfabeta, 28 (10.8%) Frecuencia- Primaria, 23 (8.8%) Secundaria, 9 (3.5%) Bachillerato, 19 (7.3%) Licenciatura, 1 (0.4%) Carrera Técnica, 2 (0.8%) Analfabeta. (Ver Anexo Cuadro 17)

En relación a la Cohesión con Tiempo de Diagnóstico se encontró que: 4 (1.5%) Disgregada- Meses, 31 (11.9%) Anos, 23 (8.8%) Semirelacionada- Meses, 81 (31.2%) Anos, 16 (6.2%) Relacionada- Meses, 67 (25.8) Anos, 9 (3.5%) Aglutinada- Meses, 29 (11.2%) Anos. (Ver Anexo Cuadro 18)

En cuanto a la Adaptabilidad con Tiempo de Evolución se encontró que: 12 (4.6%) Rígida- Meses, 22 (8.5%) Anos, 11 (4.2%) Estrecha- Meses, 53 (20.4%) Anos, 17 (4.6%) Flexible- Meses, 63 (24.2%) Anos, 12 (4.6%) Caótica- Meses, 70 (26.9%) Anos. (Ver Anexo Cuadro 19)

Con respecto a la Cohesión con el nivel de APE se observó que 33 (12.7%) Disgregada- Rango de 0 a 2.5 ng/dl, 2 (0.8%) Rango de 2.6 a 4.5 ng/dl, 88 (33.8%) Semi relacionada- Rango de 0 a 2.5 ng/dl, 16 (6.2%) 2.6 a 4.5 ng/dl, 76 (29.2%) Relacionada- Rango de 0 a 2.5 ng/dl, 7 (2.7%) Rango de 2.6 a 4.5 ng/dl, 35 (13.5%) Aglutinada- Rango de 0 – 2.5 ng/dl, 3 (1.2%) Rango de 2.6 a 4.5 ng/dl. (Ver Anexo Cuadro 20)

Al evaluar la Adaptabilidad con el nivel de APE se observó que 32 (12.3%) Rígida- Rango de 0 a 2.5 ng/dl, 2 (0.8%) Rango de 2.6 a 4.5 ng/dl, 56 (21.5%) Estrecha- Rango de 0 a 2.5 ng/dl, 8 (3.1%) 2.6 a 4.5 ng/dl, 69 (26.5%) Flexible- Rango de 0 a 2.5 ng/dl, 11 (4.2%) Rango de 2.6 a 4.5 ng/dl, 75 (28.8%) Caótica- Rango de 0 – 2.5 ng/dl, 7 (2.7%) Rango de 2.6 a 4.5 ng/dl. (Ver Anexo Cuadro 21)

En el rubro de Cohesión y Tratamiento Farmacológico se obtuvo que 0 (0%) Disgregada- Fitoterapia, 11 (4.2%) Bloqueadores alfa adrenérgicos, 24 (9.2%) Inhibidores alfa reductasa, 0 (0%) Semi relacionada- Fitoterapia, 13 (5%) Bloqueadores alfa adrenérgicos, 91 (35%) Inhibidores alfa reductasa, 1 (0.4%) Relacionada- Fitoterapia, 22 (8.5%) Bloqueadores alfa adrenérgicos, 60 (23.1%) inhibidores alfa reductasa, 0 (0%) Aglutinada- Fitoterapia, 9 (3.5%) Bloqueadores alfa adrenérgicos, 29 (11.2%) inhibidores alfa reductasa, (Ver Anexo Cuadro 22)

En cuanto al rubro de Adaptabilidad y Tratamiento Farmacológico se obtuvo que 0 (0%) Rígida- Fitoterapia, 6 (2.3%) Bloqueadores alfa adrenérgicos, 28 (10.8%) Inhibidores alfa reductasa. 0 (0%) Estrecha- Fitoterapia, 6 (2.3%) Bloqueadores alfa adrenérgicos, 58 (22.3%) Inhibidores alfa reductasa, 0 (0%) Flexible- Fitoterapia, 22 (8.5%) Bloqueadores alfa reductasa, 58 (22.3%)

Inhibidores alfa reductasa. 1 (0.4%) Caótica- Fitoterapia, 21 (8.1) Bloqueadores alfa adrenérgicos, 60 (23.1%) Inhibidores alfa reductasa. (Ver Anexo Cuadro 23)

Al evaluar la Cohesión con Tipo de Familia se observó que 15 (5.8%) Disgregada- Nuclear, 16 (6.2%) Extensa, 0 (0%) Mono parental, 4 (1.5%) Personas Solas. 44 (16.9%) Semi relacionada- Nuclear, 55 (21.2%) Extensa, 5 (1.9%) Mono parental, 0 (0%) Personas Solas, 46 (17.7%) Relacionada- Nuclear, 32 (12.3%) Extensa, 5 (1.9%) Mono parental, 0 (0%) Personas Solas, 18 (6.9%) Aglutinada- Nuclear, 15 (5.8%) Extensa, 5 (1.9%) Mono parental, 0 (0%) Personas Solas. (Ver Anexo Cuadro 24)

En cuanto a la Cohesión con Tipo de Familia se observó que 17 (6.5%) Rígida- Nuclear, 14 (5.4%) Extensa, 2 (0.8%) Mono parental, 1 (0.4%) Personas Solas. 25 (9.6%) Estrecha- Nuclear, 34 (13.1%) Extensa, 2 (0.8%) Mono parental, 3 (1.2%) Personas Solas, 37 (14.2%) Flexible- Nuclear, 36 (13.8%) Extensa, 7 (2.7%) Mono parental, 0 (0%) Personas Solas, 44 (16.9%) Caótica- Nuclear, 34 (13.1%) Extensa, 4 (1.5%) Mono parental, 0 (0%) Personas Solas. (Ver Anexo Cuadro 25)

En el rubro de la Cohesión con Ciclo de la Familia se obtuvo que 2 (0.8%) Disgregada- Matrimonio, 1 (0.4%) Expansión, 1 (0.4%) Dispersión, 11 (4.2%) Independencia, 20 (7.7%) Retiro, 1 (0.4%) Semi relacionada- Matrimonio, 0 (0%) Expansión, 26 (10%) Dispersión, 33 (12.7%) Independencia, 44 (16.9%) Retiro, 3 (1.2%) Relacionada- Matrimonio, 0 (0%) Expansión, 14 (5.4%) Dispersión, 39 (15%) Independencia, 27 (10.5%) Retiro, 0 (0%) Aglutinada- Matrimonio, 0 (0%) Expansión, 3 (1.2%) Dispersión, 16 (6.2%) Independencia, 19 (7.3%) Retiro. (Ver Anexo Cuadro 26)

En relación a la Adaptabilidad con Ciclo de la Familia se obtuvo que 3 (1.2%) Rígida- Matrimonio, 0 (0%) Expansión, 5 (1.9%) Dispersión, 12 (4.6%) Independencia, 14 (5.4%) Retiro, 0 (0%) Estrecha- Matrimonio, 1 (0.4%) Expansión, 13 (5%) Dispersión, 22 (8.5%) Independencia, 28 (10.8%) Retiro, 2 (0.8%) Flexibles- Matrimonio, 0 (0%) Expansión, 10 (3.8%) Dispersión, 32 (12.3%) Independencia, 36 (13.8%) Retiro, 1 (0.4%) Caótica- Matrimonio, 0 (0%) Expansión, 16 (6.2%) Dispersión, 33 (12.7%) Independencia, 32 (12.3%) Retiro. (Ver Anexo Cuadro 27)

Con respecto a la Cohesión con IPSSS se observó que 10 (3.8%) Disgregada- Leve, 16 (6.4%) Moderado, 9 (3.5%) Severo, 10 (3.8%) Semi relacionada- Leve, 74 (28.5%) Moderado, 20 (7.7%) Severo, 19 (7.3%) Relacionada- Leve, 49 (18.8%) Moderado, 15 (5.8%) Severo, 6 (2.3%) Aglutinada- Leve, 21 (8.1%) Moderado, 11 (4.2%) Severo. (Ver Anexo Cuadro 28)

En cuanto a la Adaptabilidad con IPSSS se observó que 2 (0.8%) Rígida- Leve, 26 (10%) Moderado, 6 (2.3%) Severo, 11 (4.2%) Estrecha- Leve, 38 (14.6%) Moderado, 15 (5.8%) Severo, 15 (5.8%) Flexible- Leve, 46 (17.7%) Moderado, 19 (7.3%) Severo, 17 (6.5%) Caótica- Leve, 50 (19.2%) Moderado, 15 (5.8%) Severo. (Ver Anexo Cuadro 29)

De acuerdo a la Clasificación de las Familias del FACES III se obtuvo la siguiente distribución 3(1.2%) CAOTICAS- Baja Cohesión y Adaptabilidad, 20 (7.7%) Baja Cohesión Balanceada Adaptabilidad, 11 (4.2%) Baja Cohesión Alta Adaptabilidad. 25 (9.6%) BALANCEADAS- Balanceada Cohesión Baja Adaptabilidad, 112 (43.1%) Balanceada Cohesión y Adaptabilidad, 51 (19.6%) Balanceada Cohesión Alta Adaptabilidad, 6 (2.3%) CAOTICAS- Alta Cohesión Baja Adaptabilidad, 12 (4.6%) Alta Cohesión Balanceada Adaptabilidad, 20 (7.7%) Alta Cohesión y Adaptabilidad. (Ver Anexo Cuadro 30)

De acuerdo a la relación de la Cohesión y Adaptabilidad se observó que 3 (1.2%) Caóticas con Baja Cohesión y Adaptabilidad, 20 (7.7%) Caóticas con Baja Cohesión y Balanceada Adaptabilidad, 11 (4.2%) caóticas con Baja Cohesión y Alta Adaptabilidad.

En el rubro de la Cohesión y Adaptabilidad se obtuvo que 25 (9.6%) Balanceadas en Cohesión con Baja Adaptabilidad, 112 (43.1%) Balanceadas en Cohesión y Adaptabilidad, 51 (19.6%) Balanceada Cohesión y Alta adaptabilidad.

En cuanto a la Cohesión y Adaptabilidad se obtuvo que 6 (2.3%) Caóticas con Cohesión Alta con Baja Adaptabilidad, 12 (4.6%) Alta Cohesión y balanceada Adaptabilidad, 20 (7.7%) con Alta Cohesión y Adaptabilidad

En relación a la Cohesión con el Sexo se obtuvo que 34 (13.1%) Cohesión Baja, 188 (72.3%) Cohesión Balanceada, 38 (14.6%) Cohesión Alta. (Ver Anexo Cuadro 31)

Respecto a la Adaptabilidad con el sexo se observó que 34 (13.1%) Adaptabilidad Baja, 144 (55.4%) Adaptabilidad Balanceada, 82 (31.5%) Adaptabilidad Alta. (Ver Anexo Cuadro 32)

En el rubro de Cohesión y Edad por rangos se obtuvo que 13 (5%) En la edad de 40 a 69 años- Cohesión Baja, 110 (42.3%) Cohesión Balanceada, 24 (9.2%) Cohesión Balanceada, 21 (8.1%) En la edad de 70 a 93 años – Cohesión Baja, 78 (30%) Cohesión Balanceada, 14 (5.4%) Cohesión Alta. (Ver Anexo Cuadro 33)

En relación a la Adaptabilidad con edad por rangos se observó que 18 (6.9%) Edad de 40 a 69 años – Adaptabilidad Baja, 82 (31.5%) Adaptabilidad Balanceada, 47 (18.1%) Adaptabilidad Alta, 16 (6.2%) Edad de 70 a 93 años- Adaptabilidad Baja, 62 (23.8%) Adaptabilidad Balanceada, 35 (13.5%) Adaptabilidad Alta. (Ver Anexo Cuadro 34)

En el rubro de Estado civil y Cohesión se analizó que 1 (0.4%) Solteros- Cohesión Baja, 2 (0.8%) Cohesión Balanceada, 3 (1.2%) Cohesión Alta, 31 (11.9%) Casados- Cohesión Baja, 135 (51.9%) Cohesión Balanceada, 76 (29.2%) Cohesión Alta, 1 (0.4%) Viudos- Cohesión Baja, 7 (2.7%) Cohesión Balanceada, 3 (1.2%) Cohesión Alta, 1 (0.4%) Otros Cohesión Baja, 0 (0%) Cohesión Balanceada y Alta. (Ver Anexo Cuadro 35)

En cuanto a Estado Civil y Adaptabilidad se obtuvo 1 (0.4%) Solteros- Adaptabilidad Baja, 2 (0.8%) Adaptabilidad Balanceada, 3 (1.2%) Adaptabilidad Alta, 31 (11.9%) Casados- Adaptabilidad Baja, 135 (51.9%) Adaptabilidad Balanceada, 76 (29.2%) Adaptabilidad Alta, 1 (0.4%) Viudos- Adaptabilidad Baja, 7 (2.7%) Adaptabilidad Balanceada, 3 (1.2%) Adaptabilidad Alta, 1 (0.4%) Otros- Adaptabilidad Baja, 0 (0%) Adaptabilidad Balanceada y Alta. (Ver Anexo Cuadro 36)

En el apartado de la Cohesión con Escolaridad se obtuvo que 21 (8.1%) Primaria- Cohesión Baja, 79 (30.4%) Cohesión Balanceada, 10 (3.8%) Cohesión Alta, 9 (3.5%) Secundaria- Cohesión Baja, 59 (22.7%) Cohesión Balanceada, 13 (5%) Cohesión Alta, 1(0.4%) Bachillerato- Cohesión Baja, 17 (6.5%) Cohesión Balanceada, 5 (1.9%) Cohesión Alta, 1 (0.4%) Licenciatura- Cohesión Baja, 26 (10%) Cohesión Balanceada, 6 (2.3%) Cohesión Alta, 1 (0.4%) Carrera Técnica- Cohesión Baja, 5 (1.9%) Cohesión Balanceada, 1 (0.4%) Cohesión Alta, 1 (0.4%) Sabe Leer- Cohesión Baja, 5 (1.9%) Cohesión Balanceada, 3 (1.2%) Cohesión Alta. (Ver Anexo Cuadro 37)

Al evaluar Adaptabilidad en relación a la escolaridad se obtuvo que 13 (5%) Primaria- Adaptabilidad Baja, 69 (26.5%) Adaptabilidad Balanceada, 28 (10.8%) Adaptabilidad Alta, 15 (5.8%) Secundaria- Adaptabilidad Baja, 43 (16.5%) Adaptabilidad Balanceada, 23 (8.8%) Adaptabilidad Alta, 1 (0.4%) Bachillerato- Adaptabilidad Baja, 14 (5.4%) Adaptabilidad Balanceada, 8 (3.1%) Adaptabilidad Alta, 3 (1.2%) Licenciatura- Adaptabilidad Baja, 10 (3.8%) Adaptabilidad Balanceada, 20 (7.7%) Adaptabilidad Alta, 0 (0%) Carrera Técnica- Adaptabilidad Baja, 3 (1.2%) Adaptabilidad Balanceada, 1 (0.4%) Adaptabilidad Alta, 2 (0.8%) Saben Leer- Adaptabilidad Baja, 5 (1.9%) Adaptabilidad Balanceada, 2 (0.8%) Adaptabilidad Alta. (Ver Anexo Cuadro 38)

En el Rubro Tiempo de Diagnostico y Cohesión se obtuvo que 4 (4.5%) Diagnostico en Meses- Cohesión Baja, 39 (15%) Cohesión Balanceada, 9 (3.5%) Cohesión Alta, 30 (11.5%) Diagnostico en Años- Cohesión Baja, 149 (57.3%) Cohesión Balanceada, 29 (11.2%) Cohesión Alta. (Ver Anexo Cuadro 39)

Con Respecto al Tiempo de Diagnostico y Adaptabilidad se observó 13 (5%) Diagnostico en Meses- Adaptabilidad Baja, 27 (10.4%) Adaptabilidad Balanceada, 12 (4.6%) Adaptabilidad

Alta, 21 (8.15%) Diagnostico en Anos- Adaptabilidad Baja, 117 (45%) Adaptabilidad Balanceada, 70 (26.9%) Adaptabilidad Alta. (Ver Anexo Cuadro 40)

Al evaluar Nivel de APE con Cohesión se observo 24 (9.2%) Nivel de APE de 0 a 2.5- Cohesión Baja, 166 (44.6%) Cohesión Balanceada, 29 (11.2%) Cohesión Alta, 7 (2.7%) Nivel de APE de 2.6 a 4.5- Cohesión Baja, 48 (18.5%) Cohesión Balanceada, 6 (2.3%) Cohesión Alta, 1 (0.4%) Nivel de APE de 4.6 a 6.5- Cohesión Baja, 19 (7.3%) Cohesión Balanceada, 1 (0.4%) Cohesión Alta, 2 (0.8%) Nivel de APE de 6.6 a 8.5- Cohesión Baja, 5 (1.9%) Cohesión Balanceada, 2 (0.8%) Cohesión Alta . (Ver Anexo Cuadro 41)

Con respecto al Nivel de APE y Adaptabilidad se analizo 22 (8.5%) Nivel de APE de 0 a 2.5- Adaptabilidad Baja, 92 (35.4%) Adaptabilidad Balanceada, 55 (21.2%) Adaptabilidad Alta, 10 (3.8%) Nivel de APE de 2.6 a 4.5- Adaptabilidad Baja, 33 (12.7%) Adaptabilidad Balanceada, 18 (6.9%) Adaptabilidad Alta, 1 (0.4%) Nivel de APE de 4.6 a 6.5- Adaptabilidad Baja, 14 (5.4%) Adaptabilidad Balanceada, 6 (2.3%) Adaptabilidad Alta, 1 (0.4%) Nivel de APE de 6.6 a 8.5- Adaptabilidad Baja, 5 (1.9%) Adaptabilidad Balanceada, 3 (1.2%) Adaptabilidad Alta . (Ver Anexo Cuadro 42)

En cuanto al Tratamiento Farmacológico y Cohesión se observo 0 (0%) Fitoterapia- Cohesión Baja, 1 (0.4%) Cohesión Balanceada, 0 (0%) Cohesión Alta, 11 (4.2%) Bloqueadores alfa Adrenérgicos- Cohesión Baja, 35 (13.5%) Cohesión Balanceada, 9 (3.5%) Cohesión Alta, 23 (8.8%) Inhibidores alfa reductasa- Cohesión Baja, 152 (58.5%) Cohesión Balanceada, 29 (11.2%) Cohesión Alta. . (Ver Anexo Cuadro 43)

Respecto al Tratamiento Farmacológico en Adaptabilidad se observo 0 (0%) Fitoterapia- Adaptabilidad Baja, 0 (0%) Adaptabilidad Balanceada, 1 (0.4%) Adaptabilidad Alta, 6 (2.3%) Bloqueadores alfa Adrenérgicos- Adaptabilidad Baja, 27 (10.7%) Adaptabilidad Balanceada, 22 (8.5%) Adaptabilidad Alta, 28 (10.8%) Inhibidores alfa reductasa- Adaptabilidad Baja, 117 (45%) Adaptabilidad Balanceada, 59 (22.7%) Adaptabilidad Alta. (Ver Anexo Cuadro 44)

En el apartado de Tipo de Familia en relación a Cohesión se analizo 15 (5.8%) Nuclear- Cohesión Baja, 90 (34.6%) Cohesión Balanceada, 18 (6.9%) Cohesión Alta, 15 (5.8%) Extensa- Cohesión Baja, 88 (33.8%) Cohesión Balanceada, 15 (5.8%) Cohesión Alta, 0 (0%) Mono parental- Cohesión Baja, 10 (3.8%) Cohesión Balanceada, 5 (1.9%) Cohesión Alta, 4 (1.5%) Personas Solas- Cohesión Baja, 0 (0%) Cohesión Balanceada y Cohesión Alta. (Ver Anexo Cuadro 45)

En cuanto al Tipo de Familia y Adaptabilidad se observo 18 (6.9%) Nuclear- Adaptabilidad Baja, 61 (23.5%) Adaptabilidad Balanceada, 44 (16.9%) Adaptabilidad Alta, 14 (5.4%) Extensa- Adaptabilidad Baja, 70 (26.9%) Adaptabilidad Balanceada, 34 (13.1%) Adaptabilidad Alta, 1 (0.4%) Mono parental- Adaptabilidad Baja, 10 (3.8%) Adaptabilidad Balanceada, 4 (1.5%) Adaptabilidad Alta, 1 (0.4%) Personas Solas- Adaptabilidad, 3 (1.2%) Adaptabilidad Balanceada, 0 (0%) Adaptabilidad Alta. (Ver Anexo Cuadro 46)

Respecto al Ciclo Vital de la Familia y Cohesión se obtuvo 2 (0.8%) Matrimonio- Cohesión Baja, 4 (1.5%) Cohesión Balanceada, 0 (0%) Cohesión Alta, 1 (0.4%) Expansión- Cohesión Baja, 0 (0%) Cohesión Balanceada y Alta, 1 (0.4%) Dispersión- Cohesión Baja, 40 (15.4%) Cohesión Balanceada, 3 (1.2%) Cohesión Alta, 10 (3.8%) Independencia- Cohesión Baja, 73 (28.1%) Cohesión Balanceada, 16 (6.2%) Cohesión Alta, 20 (7.7%) Retiro- Cohesión Baja, 71 (27.3%) Cohesión Balanceada, 19 (7.3%) Cohesión Alta (Ver Anexo Cuadro 47)

En el apartado del Ciclo Vital de la Familia con Adaptabilidad se analizo 3 (1.2%) Matrimonio- Adaptabilidad Baja, 2 (0.8%) Adaptabilidad Balanceada, 1 (0.4%) Adaptabilidad Alta, 0 (0%) Expansión- Adaptabilidad Baja, 1 (0.4%) Adaptabilidad Balanceada, 0 (0%) Adaptabilidad Alta, 5 (1.9%) Dispersión- Adaptabilidad Baja, 24 (9.2%) Adaptabilidad Balanceada, 15 (5.8%) Adaptabilidad Alta, 12 (4.6%) Independencia- Adaptabilidad Baja, 53 (20.4%) Adaptabilidad Balanceada, 34 (13.1%) Adaptabilidad Alta, 14 (5.4%) Retiro- Adaptabilidad Baja, 64 (24.6%) Adaptabilidad Balanceada, 32 (12.3%) Adaptabilidad Alta. (Ver Anexo Cuadro 48)

En la relación del IP-SSS y Cohesión se encontró 10 (3.8%) Síntomas Leve- Cohesión Baja, 29 (11.2%) Cohesión Balanceada, 6 (2.3%) Cohesión Alta, 15 (5.8%) Síntomas Moderados- Cohesión Baja, 124 (47.7%) Cohesión Balanceada, 21 (8.1%) Cohesión Alta, 9 (3.5%) Síntomas Severos- Cohesión Baja, 35 (13.5%) Cohesión Balanceada, 11 (4.2%) Cohesión Alta. (Ver Anexo Cuadro 49)

Respecto al IP-SSS con Adaptabilidad se observó 1 (0.4%) Síntomas Leve- Adaptabilidad Baja, 27 (10.4%) Adaptabilidad Balanceada, 17 (6.5%) Adaptabilidad Alta, 27 (10.4%) Síntomas Moderados- Adaptabilidad Baja, 84 (32.3%) Adaptabilidad Balanceada, 49 (18.8%) Adaptabilidad Alta, 6 (2.3%) Síntomas Severos- Adaptabilidad Baja, 33 (12.7%) Adaptabilidad Balanceada, 16 (6.2%) Adaptabilidad Alta. (Ver Anexo Cuadro 50)

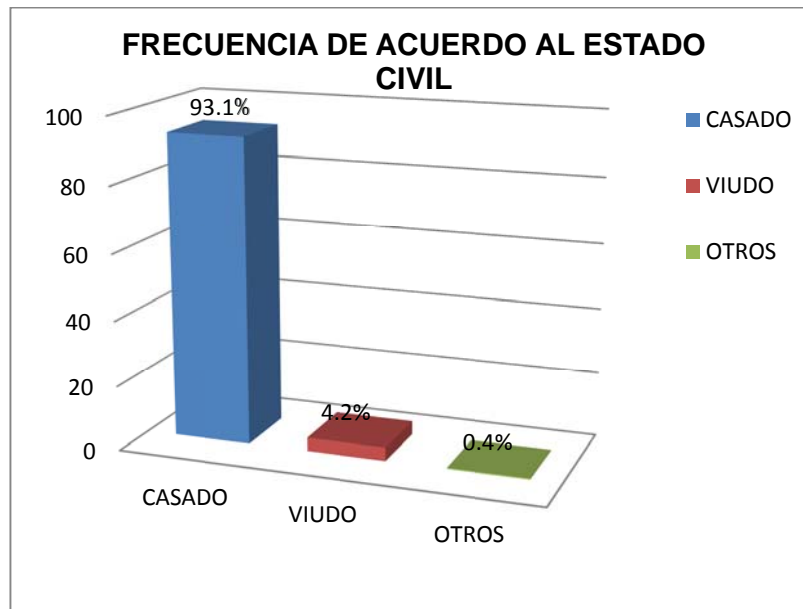
FRECUENCIA DE ACUERDO AL GÉNERO

SEXO

GENERO	Frecuencia	Porcentaje(%)
MASCULINO	260	100
TOTAL	260	100

FRECUENCIA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

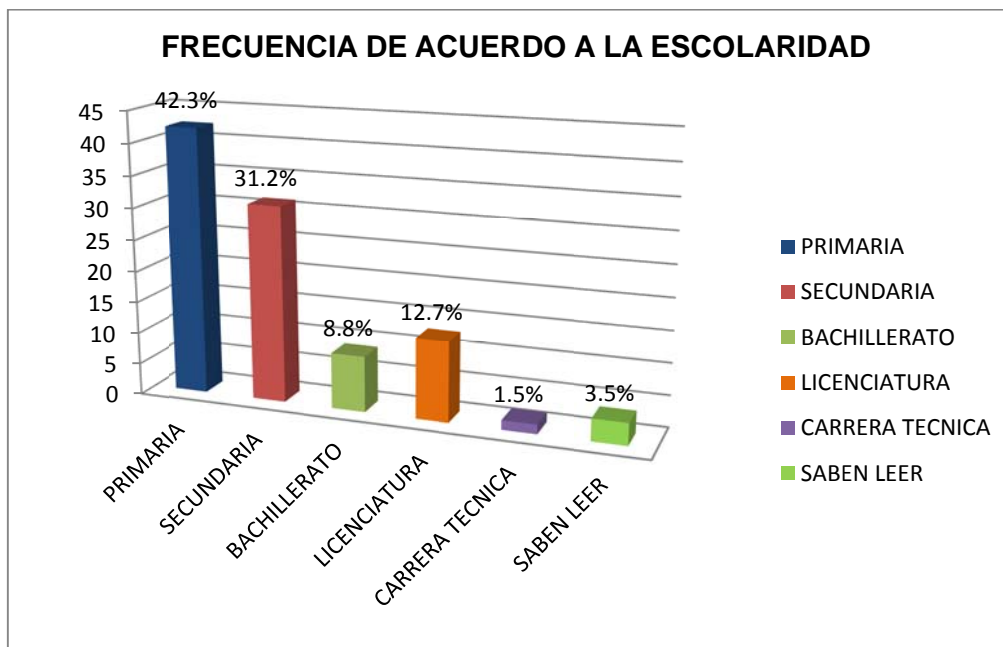
ESTADO CIVIL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	6	2.3
CASADO	242	93.1
VIUDO	11	4.2
OTROS	1	.4
TOTAL	260	100.0



Cuadro 1. Frecuencia de acuerdo al Estado Civil

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD

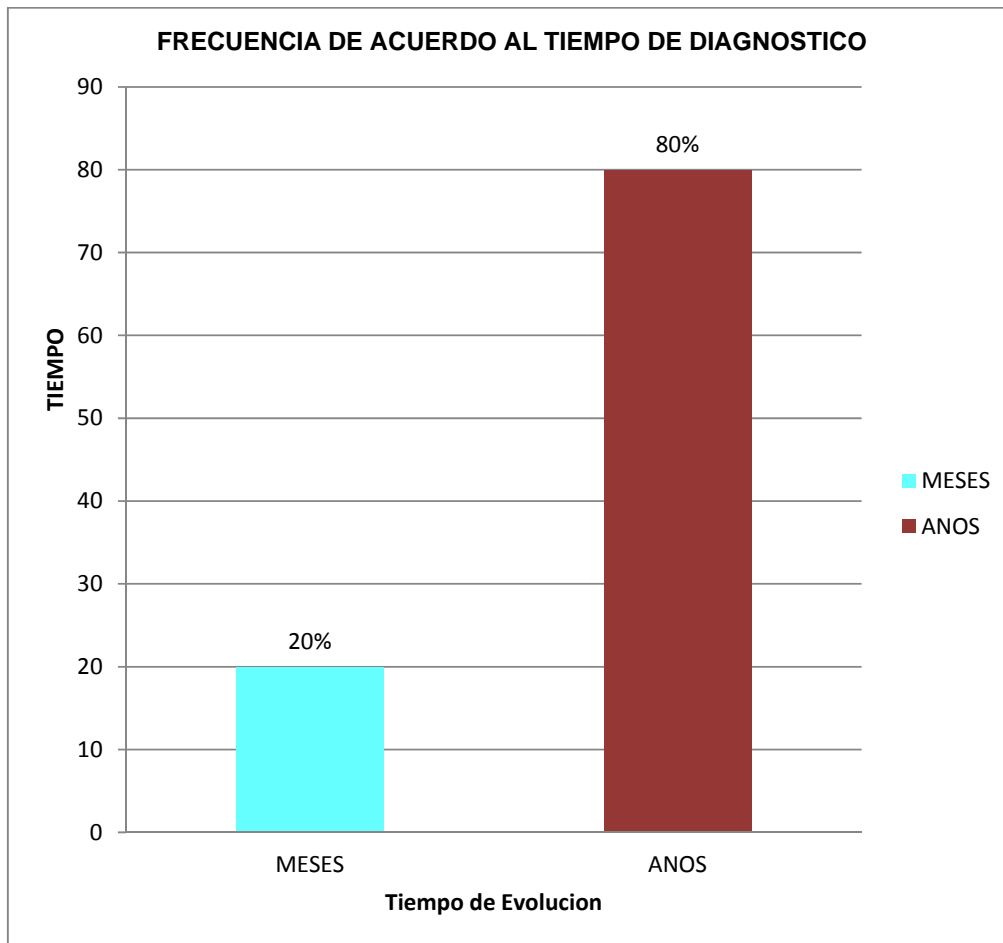
ESCOLARIDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	110	42.3
SECUNDARIA	81	31.2
BACHILLERATO	23	8.8
LICENCIATURA	33	12.7
CARRERA TECNICA	4	1.5
SABEN LEER	9	3.5
Total	260	100.0



Cuadro. 2 Frecuencia de acuerdo a la Escolaridad

FRECUENCIA DE ACUERDO AL TIEMPO DE DIAGNOSTICO

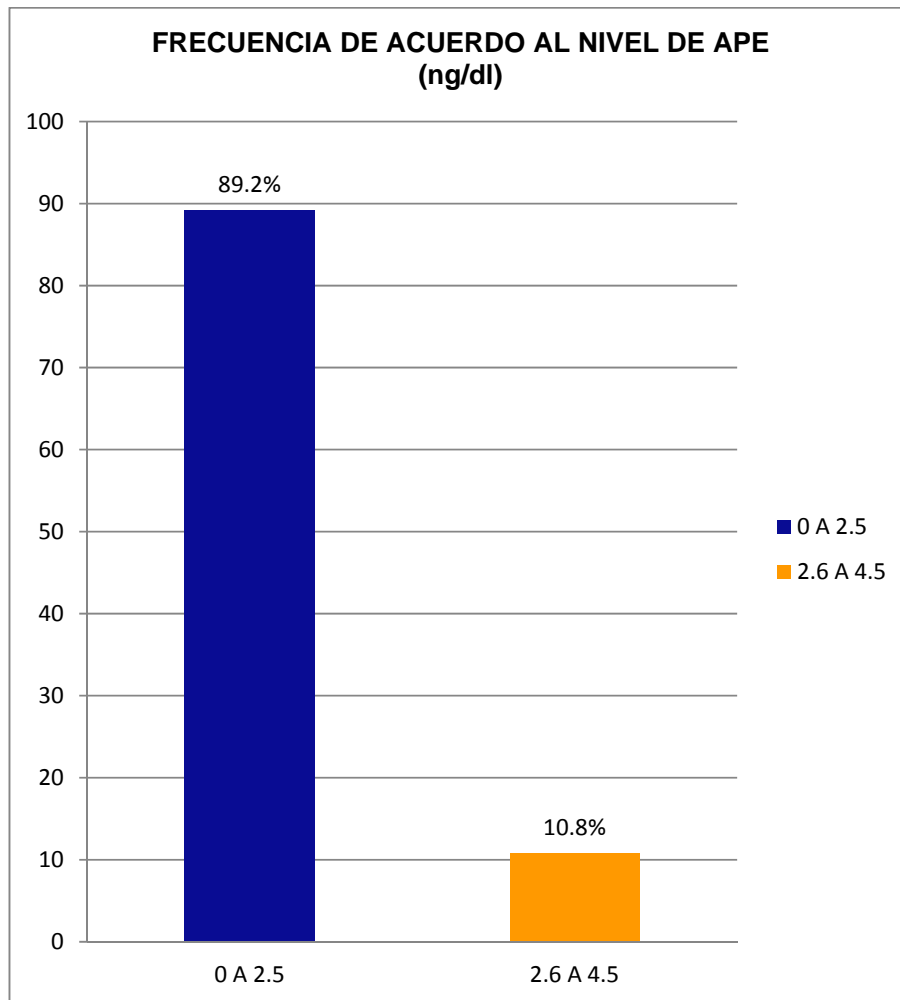
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MESES	52	20.0
ANOS	208	80.0
TOTAL	260	100.0



Cuadro. 3 Frecuencia de acuerdo al Tiempo de Diagnostico

FRECUENCIA DE ACUERDO AL NIVEL DE APE

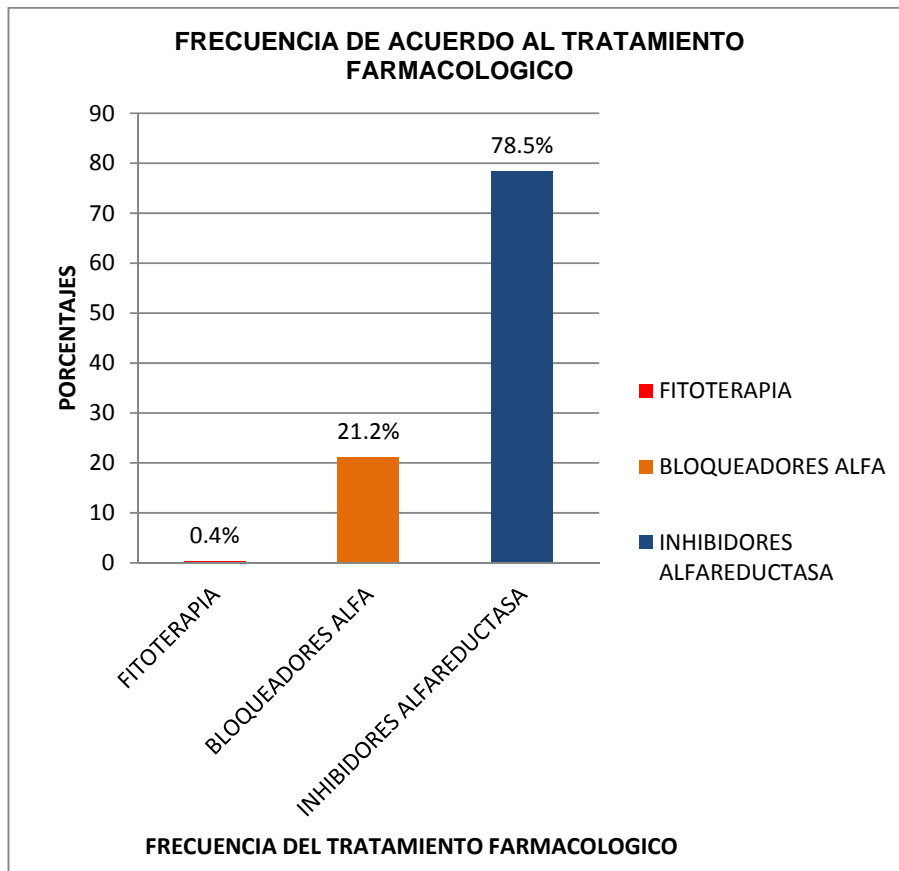
VALORES APE (NG/DL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 A 2.5	232	89.2
2.6 A 4.5	28	10.8
TOTAL	260	100.0



Cuadro. 4 Frecuencia de acuerdo al Nivel de APE

FRECUENCIA DE ACUERDO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

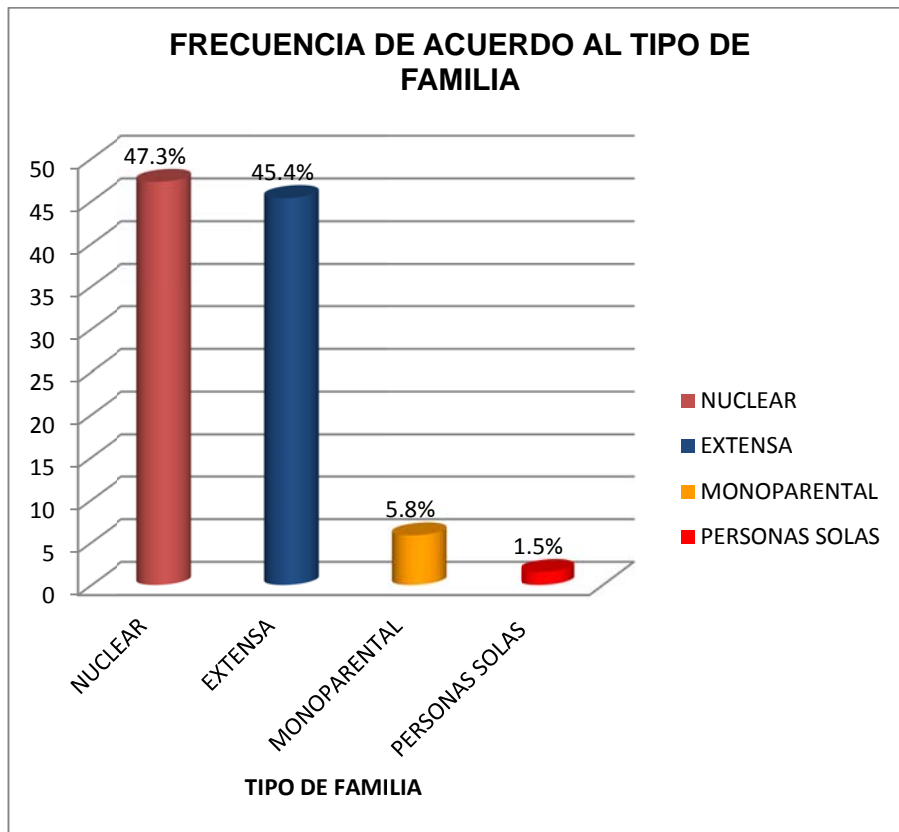
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FITOTERAPIA	1	.4
BLOQUEADORES ALFA	55	21.2
INHIBIDORES	204	78.5
TOTAL	260	100.0



Cuadro. 5 Frecuencia de acuerdo al Tratamiento Farmacológico

FRECUENCIA DE ACUERDO AL TIPO DE FAMILIA

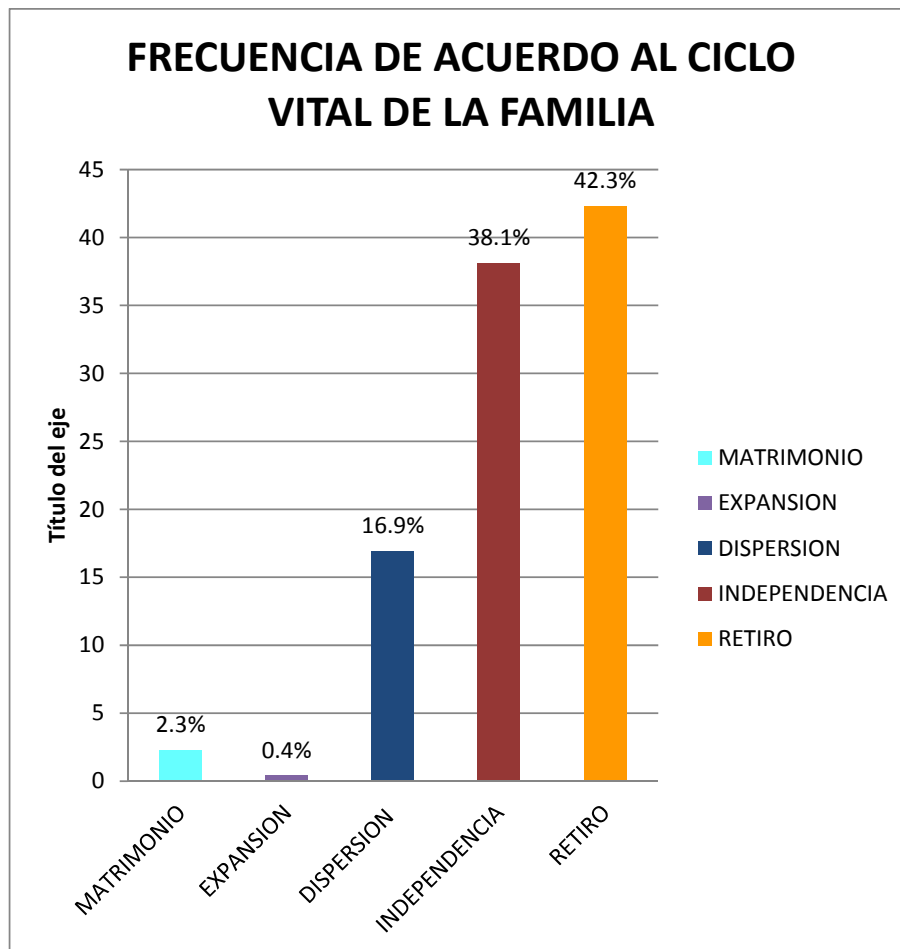
TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	123	47.3
EXTENSA	118	45.4
MONOPARENTAL	15	5.8
PERSONAS SOLAS	4	1.5
TOTAL	260	100.0



Cuadro. 6 Frecuencia de acuerdo al Tipo de Familia

FRECUENCIA DE ACUERDO AL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

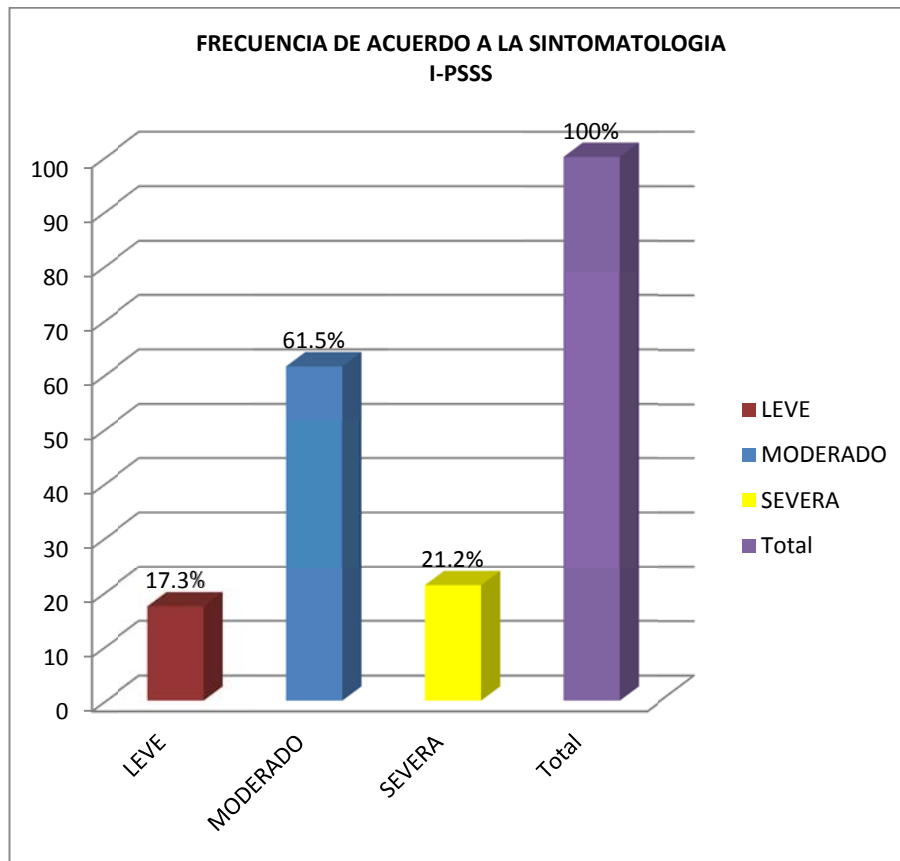
CILO VITAL DE LA FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
MATRIMONIO	6	2.3
EXPANSION	1	.4
DISPERSION	44	16.9
INDEPENDENCIA	99	38.1
RETIRO	110	42.3
TOTAL	260	100.0



Cuadro. 7 Frecuencia de acuerdo al Ciclo Vital de la Familia

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA SINTOMATOLOGIA CON I-PSSS

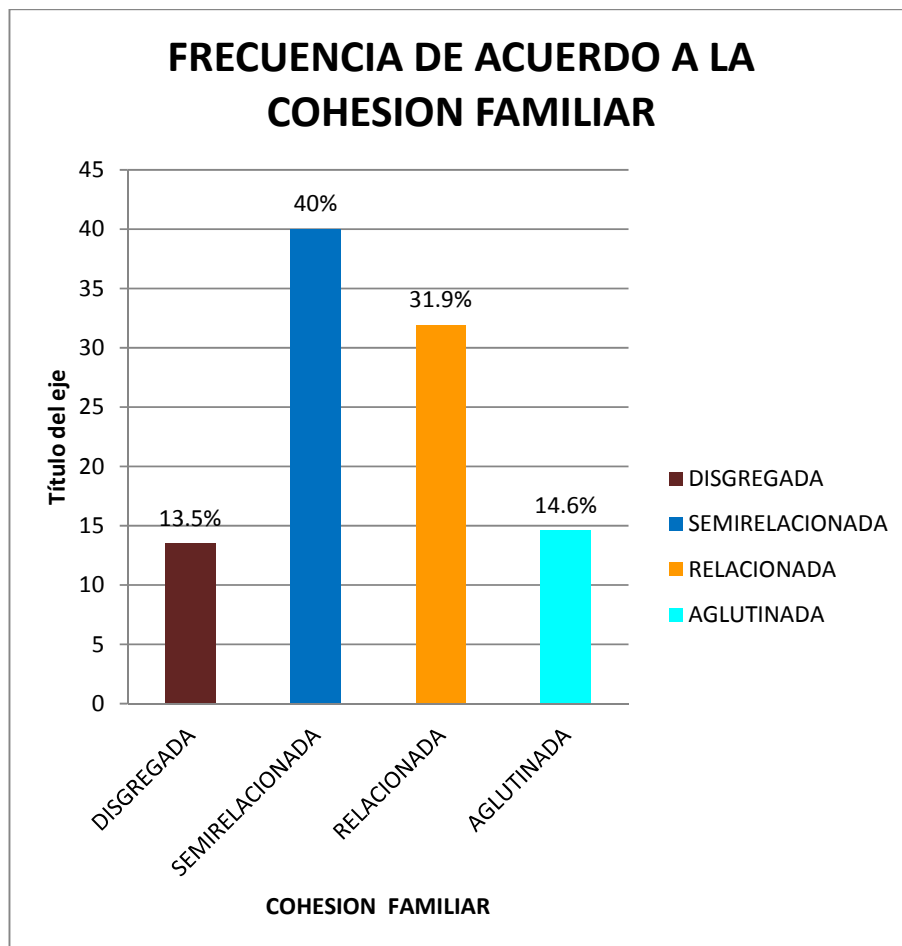
	Frecuencia	Porcentaje
LEVE	45	17.3
MODERADO	160	61.5
SEVERA	55	21.2
Total	260	100.0



Cuadro. 8 Frecuencia de acuerdo a La Sintomatología IP-SSS

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA COHESION FAMILIAR

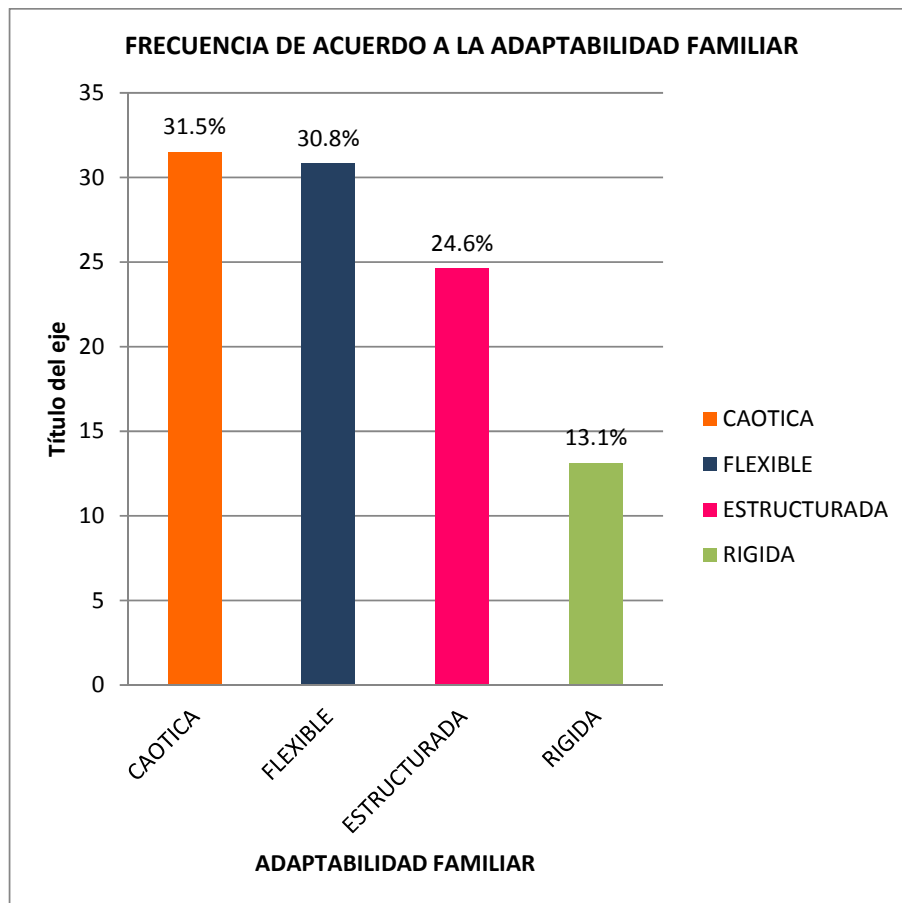
COHESION		
	Frecuencia	Porcentaje
DISGREGADA	35	13.5
SEMIRELACIONADA	104	40.0
RELACIONADA	83	31.9
AGLUTINADA	38	14.6
Total	260	100.0



Cuadro. 9 Frecuencia de acuerdo a la Cohesión Familiar

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR

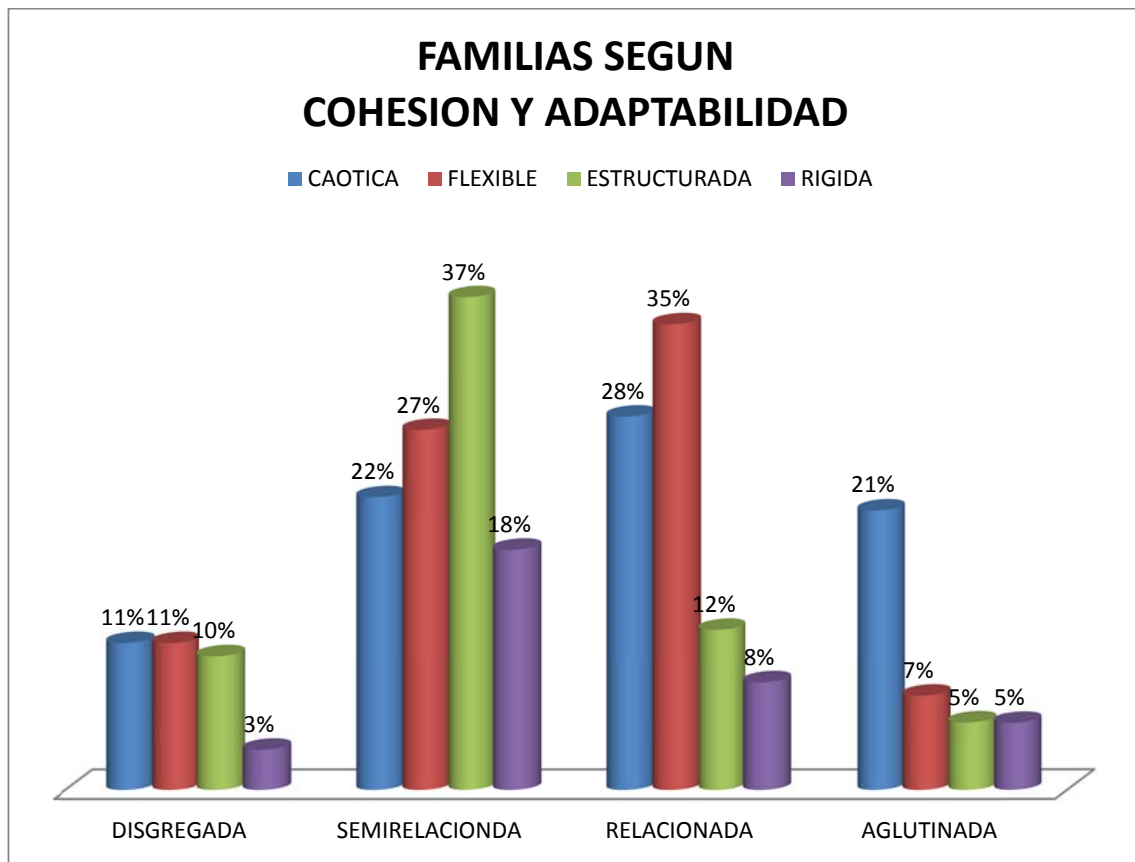
ADAPTABILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAOTICA	82	31.5
FLEXIBLE	80	30.8
ESTRUCTURADA	64	24.6
RIGIDA	34	13.1
Total	260	100.0



Cuadro 10 Frecuencia de acuerdo a la Adaptabilidad Familiar

FAMILIAS SEGÚN COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD

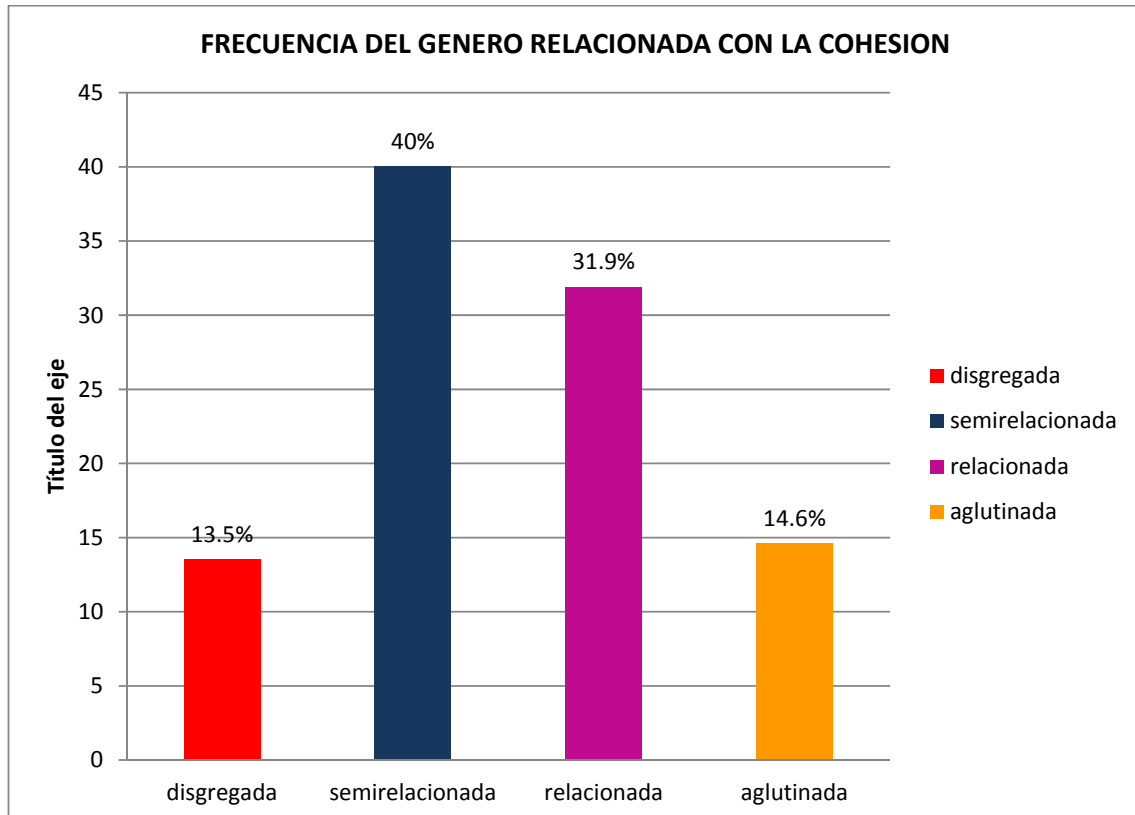
ADAPTABILIDAD	DISGREGADA	SEMIRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA
CAOTICA	11 4.2%	22 8.5%	28 10.8%	21 8.1%
FLEXIBLE	11 4.2%	27 10.4%	35 13.5%	7 2.7%
ESTRUCTURADA	10 3.8%	37 14.2%	12 4.6%	5 1.9%
RIGIDA	3 1.2%	18 6.9%	8 3.1%	5 1.9%



Cuadro 11 Frecuencia de acuerdo a las familias según Cohesión y Adaptabilidad.

FRECUENCIA DE GÉNERO RELACIONADA A LA COHESION

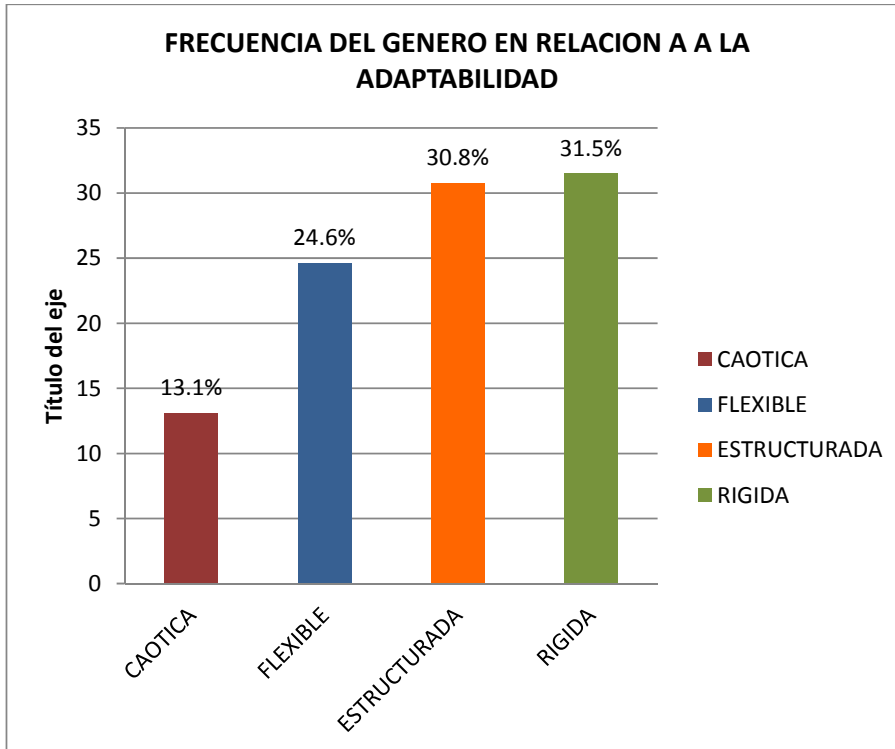
	DISGREGADA	SEMIRELACIONADA	RELACIONADA	AGLUTINADA	TOTAL
FRECUENCIA	35	104	83	38	260
PORCENTAJE	13.5	40.0%	31.9%	14.6%	100.0%



Cuadro 12 Frecuencia de acuerdo al género según la Cohesión.

FRECUENCIA DEL GÉNERO EN RELACION A LA ADAPTABILIDAD

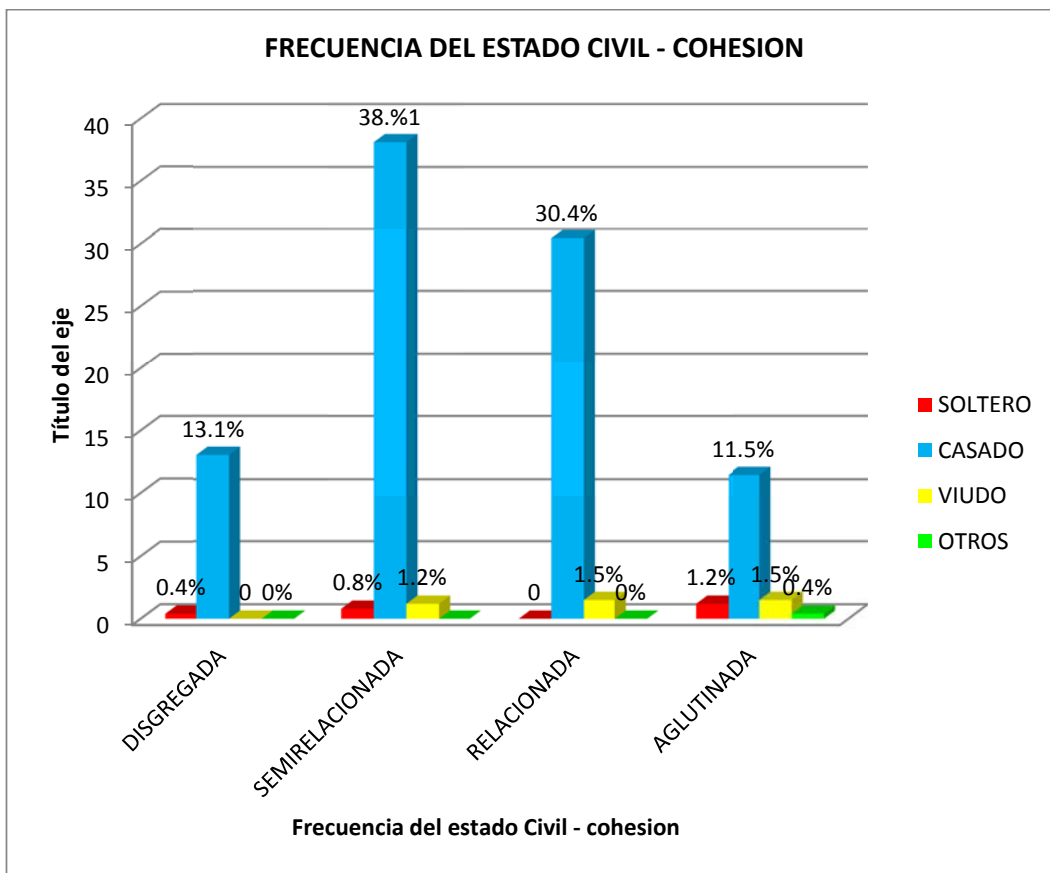
	CAOTICA	FLEXIBLE	ESTRUCTURADA	RIGIDA	Total
Frecuencia	34	64	80	82	260
porcentaje	13.1%	24.6%	30.8%	31.5%	100.0%



Cuadro 13 Frecuencia del género en relación a la Adaptabilidad.

FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL EN RELACIÓN A LA COHESION

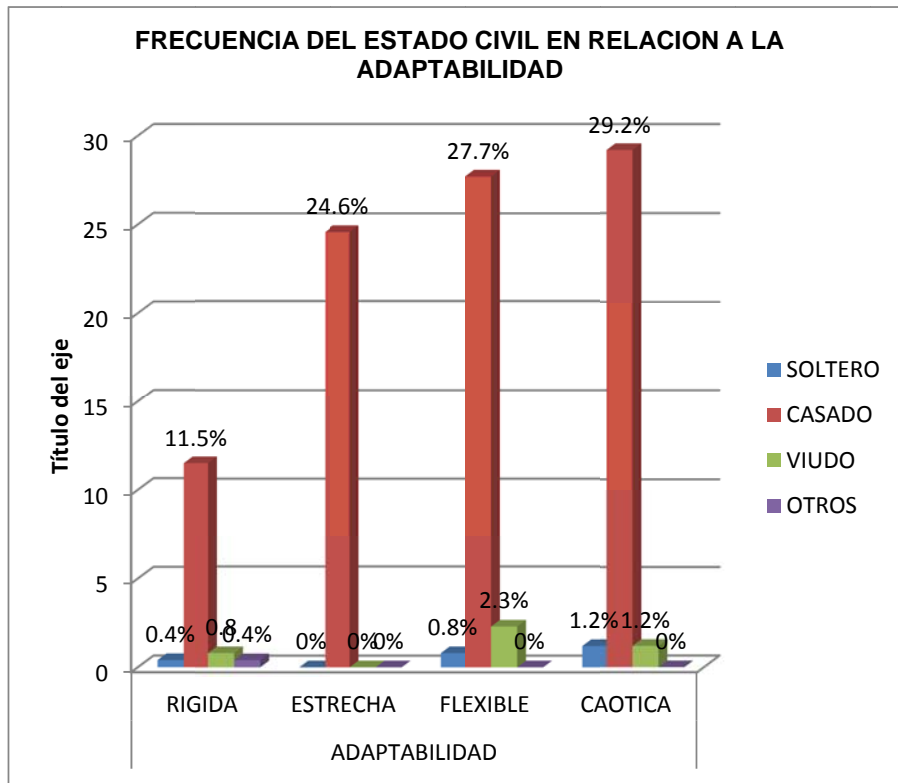
ESTADO CIVIL	DISGREGADA		SEMIRELACIONAD		RELACIONADA		AGLUTINADA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Soltero	1	0.4%	2	0.8%	0	0%	3	1.2%	6	2.3%
Casada	34	13.1%	99	38.1%	79	30.4%	30	11.5%	242	93.1%
Viudos	0	0%	3	1.2%	4	1.5%	4	1.5%	11	4.2%
Otros	0	0%	0	0%	0	0%	1	0.4%	1	0.4%
Total	35	13.5%	104	40%	83	31.9%	38	14.6%	260	100%



Cuadro 14 Frecuencia del estado civil en relación de la Cohesión

FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL EN RELACIÓN A LA ADAPTABILIDAD

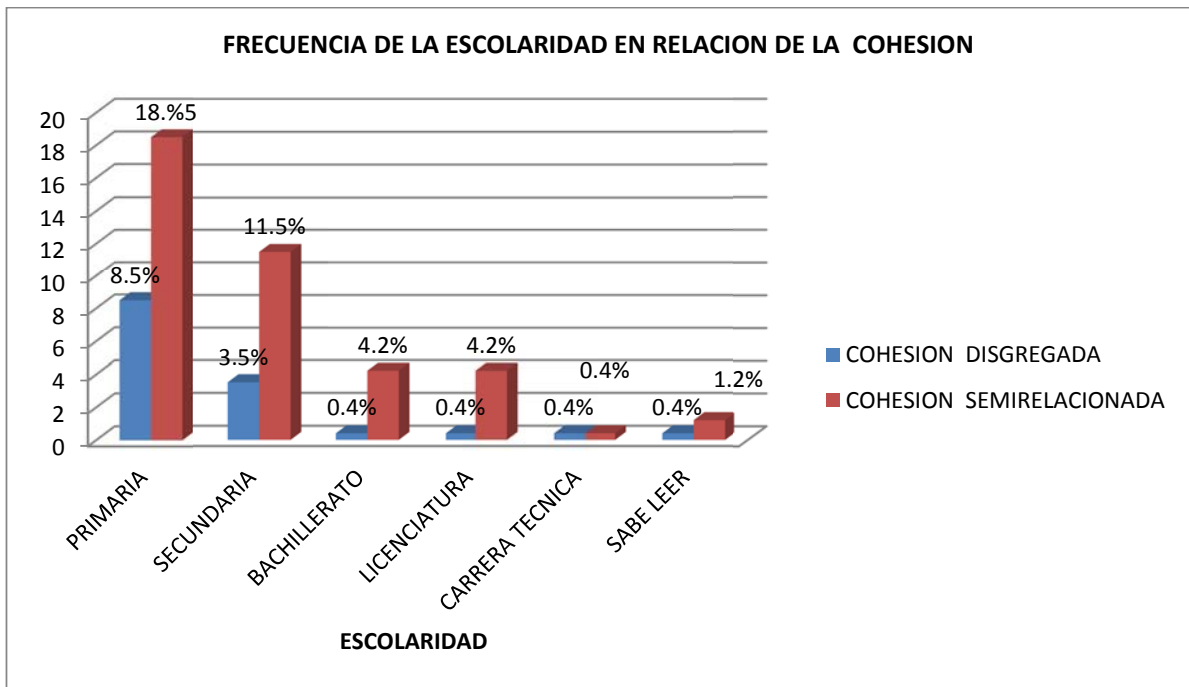
ESTADO CIVIL	RIGIDA		ESTRECHA		FLEXIBLE		CAOTICA		TOTAL	
	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	(%)
SOLTERO	1	0.4%	0	0%	2	0.8%	3	1.2%	6	3.2%
CASADA	30	11.5%	64	24.6%	72	27.7%	76	29.2%	242	93.1%
VIUDOS	2	0.8%	0	0%	6	2.3%	3	1.2%	11	4.2%
OTROS	1	0.4%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0.4%
TOTAL	34	13.1%	64	24.6%	80	30.8%	82	31.5%	260	100%



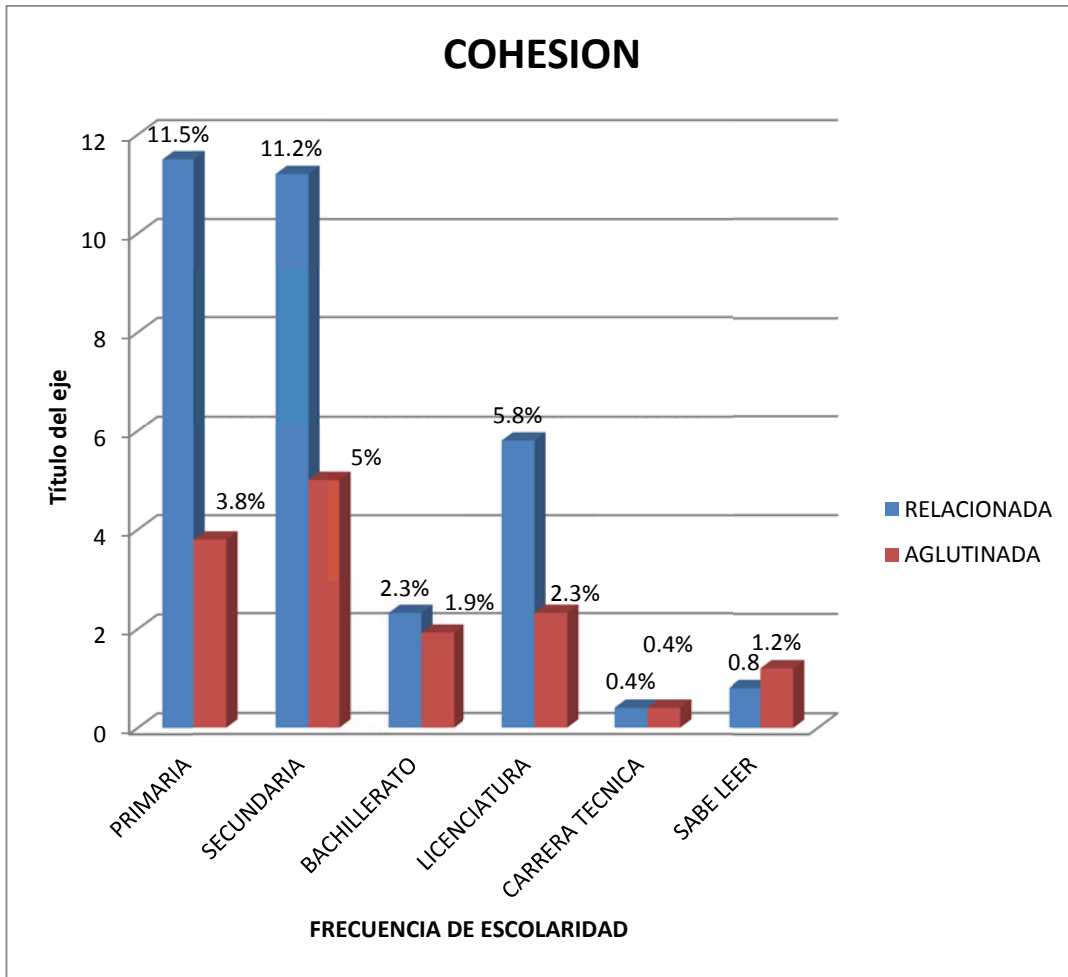
Cuadro 15 Frecuencia del estado civil en relación a la Adaptabilidad

FRECUENCIA EN RELACION DE LA ESCOLARIDAD CON LA COHESION

ESCOLARIDAD	DISGREGADA		SEMIRELACIONADA		RELACIONADA		AGLUTINADA		TOTAL	
	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	(%)
PRIMARIA	22	8.5	48	18.5	30	11.5	10	3.8	110	42.3
SECUNDARIA	9	3.5	30	11.5	29	11.2	13	5.0	81	31.2
BACHILLERATO	1	0.4	11	4.2	6	2.3	5	1.9	23	8.8
LICENCIATURA	1	0.4	11	4.2	15	5.8	6	2.3	33	12.7
CARRERA TECNICA	1	0.4	1	0.4	1	0.4	1	0.4	4	1.5
ANALFABETA	1	0.4	3	1.2	2	0.8	3	1.2	9	3.5
TOTAL	35	13.5	104	40	83	31.9	38	14.6	260	100



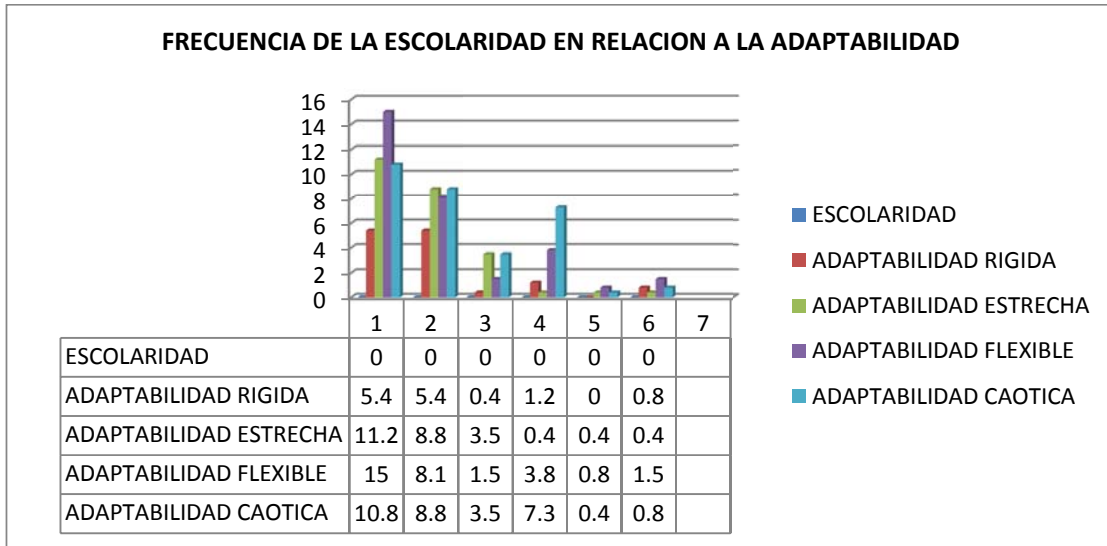
Cuadro 16 Frecuencia de la escolaridad en relación de la Cohesión.



Cuadro 16 Frecuencia de la escolaridad en relación de la Cohesión

FRECUENCIA DE LA ESCOLARIDAD EN RELACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD

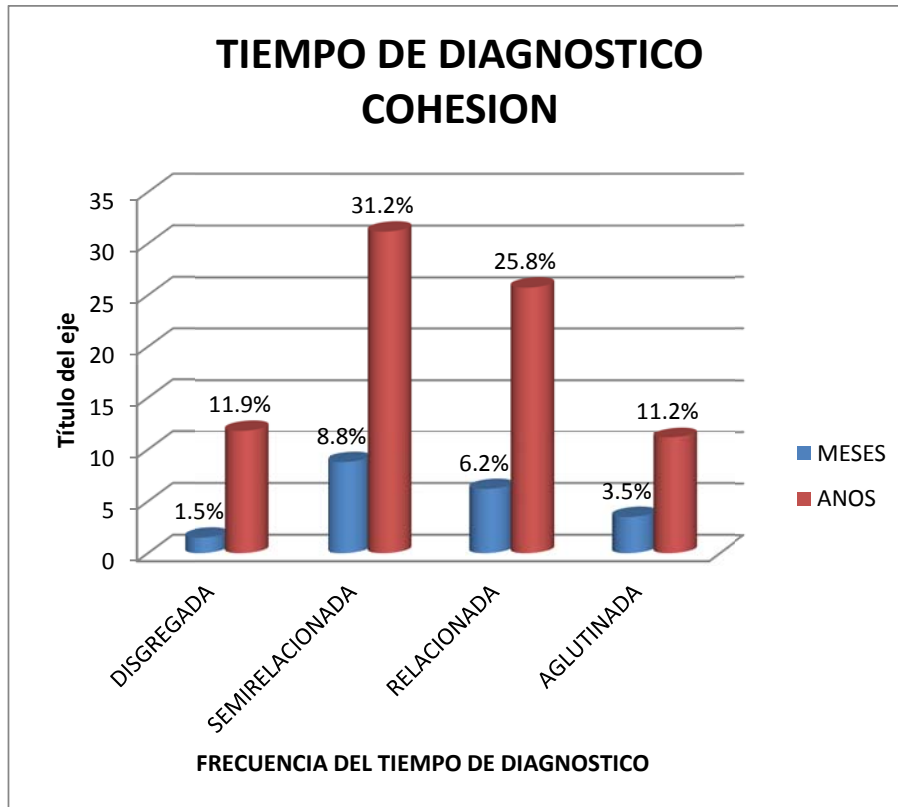
ESCOLARIDAD	RIGIDA		ESTRECHA		FLEXIBLE		CAOTICA		TOTAL	
	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	(%)
PRIMARIA	14	5.4	29	11.2	39	15	28	10.8	110	42.3
SECUNDARIA	14	5.4	23	8.8	21	8.1	23	8.8	81	31.2
BACHILLERATO	1	0.4	9	3.5	4	1.5	9	3.5	23	8.8
LICENCIATURA	3	1.2	1	0.4	10	3.8	19	7.3	33	12.7
CARRERA TECNICA	0	0	1	0.4	2	0.8	1	0.4	4	1.5
ANALFABETA	2	0.8	1	0.4	4	1.5	2	0.8	9	3.5
TOTAL	34	13.1	64	24.6	80	30.8	82	31.5	260	100



Cuadro 17 Frecuencia de la Escolaridad en relación de la Adaptabilidad

FRECUENCIA DEL TIEMPO DE DIAGNOSTICO EN RELACIÓN A LA COHESION

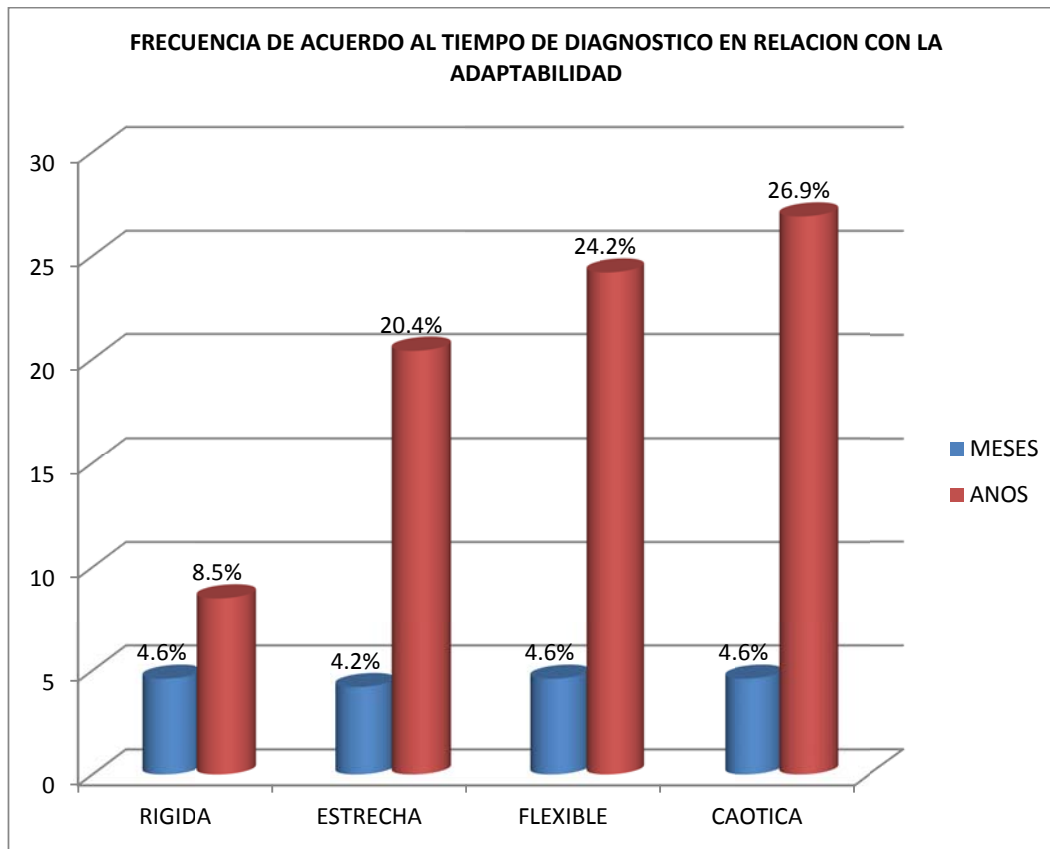
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	DISGREGADA		SEMIRELACIONADA		RELACIONADA		AGLUTINADA		TOTAL	
	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	(%)
MESES	4	1.5	23	8.8	16	6.2	9	3.5	52	20
ANOS	31	11.9	81	31.2	67	25.8	29	11.2	208	80
TOTAL	35	13.5	104	40	83	31.9	38	14.6	260	100



Cuadro 18 Frecuencia del tiempo de Diagnostico en relación a la Cohesión

FRECUENCIA DE ACUERDO AL TIEMPO DE DIAGNOSTICO Y LA ADAPTABILIDAD

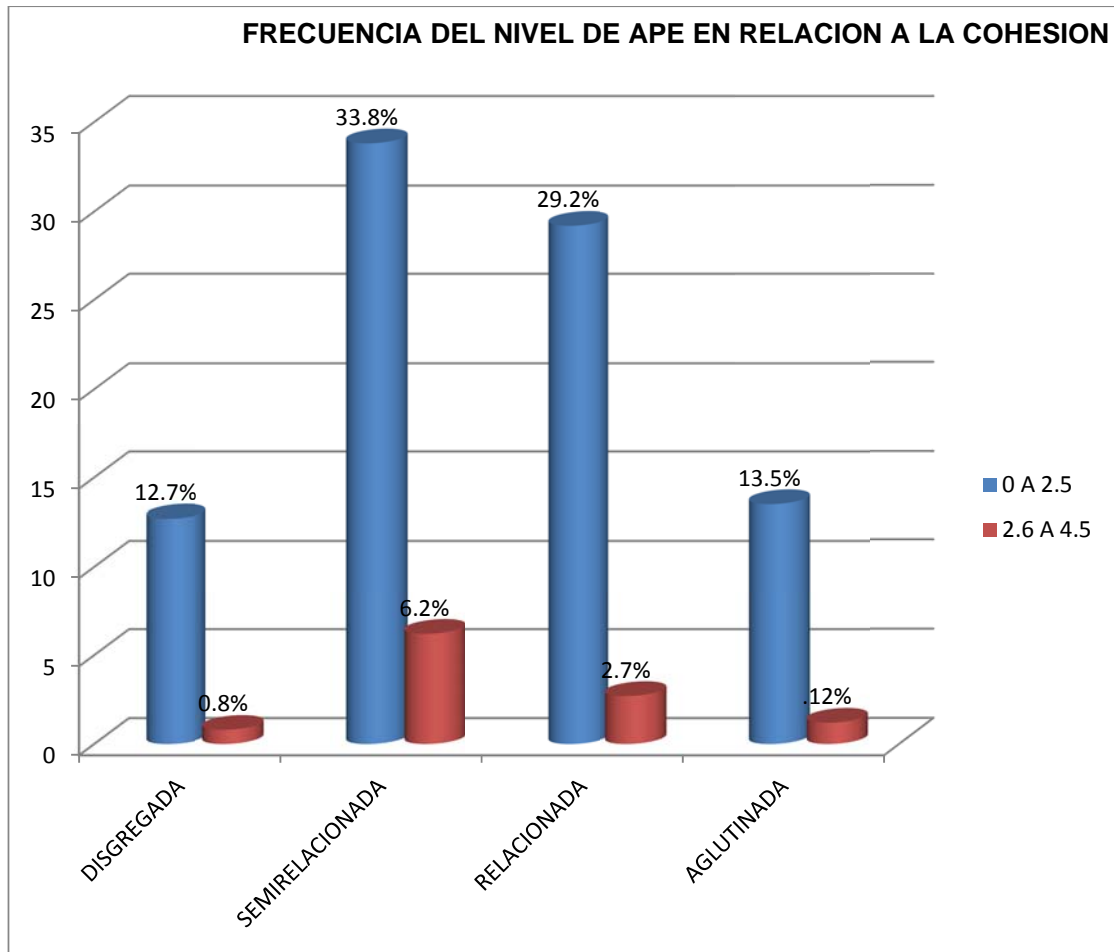
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	RIGIDA		ESTRECHA		FLEXIBLE		CAOTICA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
MESES	12	4.6	11	4.26.5	17	4.6	12	4.6	52	20
ANOS	22	8.5	53	20.4	63	24.2	70	26.9	208	80
TOTAL	34	13.1	64	24.6	80	30.8	82	31.5	260	100



Cuadro 19 Frecuencia de acuerdo a la tiempo de diagnostico en relación con la adaptabilidad

FRECUENCIA DEL NIVEL DE APE EN RELACION A LA COHESION

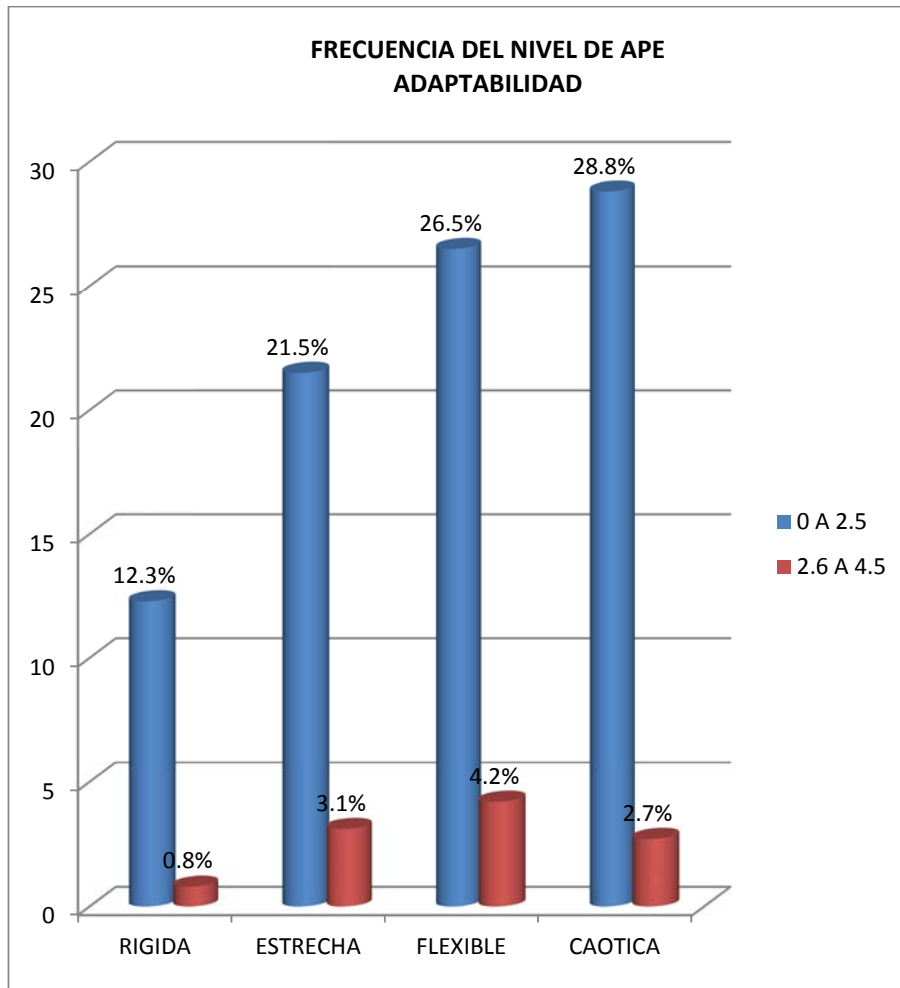
Nivel De APE	DISGREGADA		SEMIRELACIONADA		RELACIONADA		AGLUTINADA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
0 a 2.5	33	12.7	88	33.8	76	29.2	35	13.5	232	89.2
2.6 a 4.5	2	0.8	16	6.2	7	2.7	3	1.2	28	10.8
Total	35	13.5	104	40	83	31.9	38	14.6	260	100



Cuadro 20 Frecuencia del nivel de APE en relación a al Cohesión.

FRECUENCIA DEL NIVEL DE APE EN RELACIÓN A ADAPTABILIDAD

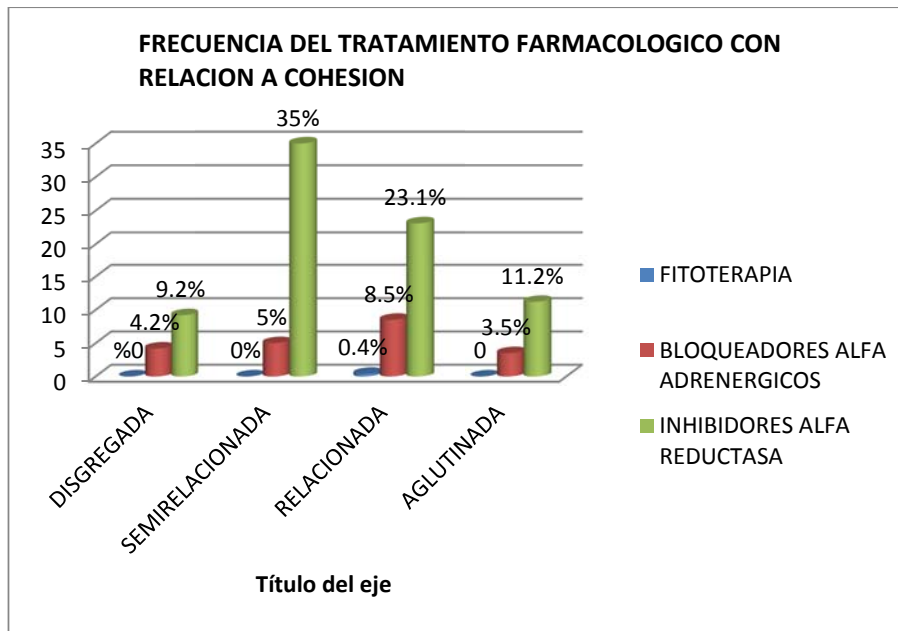
NIVEL DE APE	RIGIDA		ESTRECHA		FLEXIBLE		CAOTICA		TOTAL	
	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	(%)
0 A 2.5	32	12.3	56	21.5	69	26.5	75	28.8	232	89.2
2.6 A 4.5	2	0.8	8	3.1	11	4.2	7	2.7	28	10.8
TOTAL	34	13.1	64	24.6	80	30.8	82	31.5	260	100



Cuadro 21 Frecuencia del nivel de APE con relación a la Adaptabilidad

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN CORRELACION A COHESION

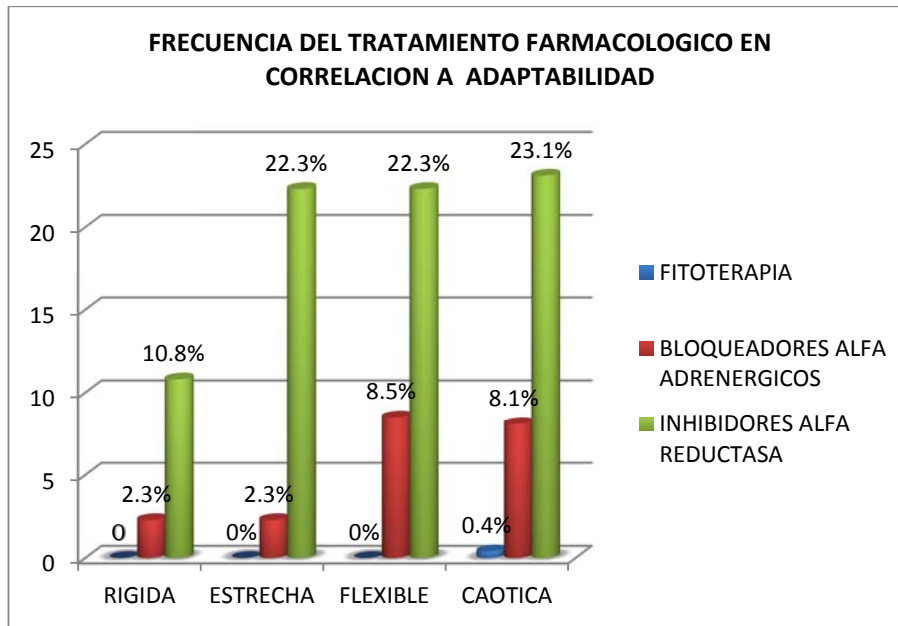
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	DISGREGADA		SEMIRELACIONADA		RELACIONADA		AGLUTINADA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
FITOTERAPIA	0	0	0	0	1	0.4	0	0	1	0.4
BLOQUEADORES ALFA ADRENERGICOS	11	4.2	13	5	22	8.5	9	3.5	55	21.2
INHIBIDORES ALFA REDUCTASA	24	9.2	91	35	60	23.1	29	11.2	204	78.5
Total	35	13.5	104	40	83	31.9	38	14.6	260	100



Cuadro 22 Ffrecuencia del tratamiento farmacológico en correlación a Cohesión

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN CORRELACION A ADAPTABILIDAD

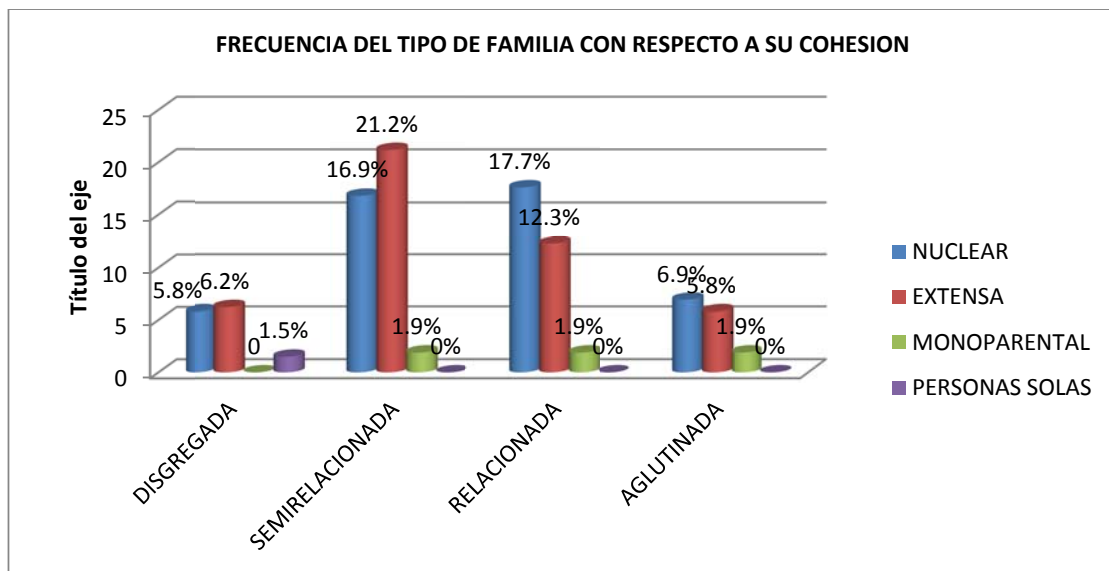
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	RIGIDA		ESTRECHA		FLEXIBLE		CAOTICA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
FITOTERAPIA	0	0	0	0	0	0	1	0.4	1	0.4
BLOQUEADORES ALFA ADRENERGICOS	6	2.3	6	2.3	22	8.5	21	8.1	55	21.1
INHIBIDORES ALFA REDUCTASA	28	10.8	58	22.3	58	22.3	60	23.1	204	78.5
TOTAL	34	13.1	64	24.6	80	30.8	82	31.5	260	100



Cuadro 23 Frecuencia del tratamiento farmacológico en correlación a adaptabilidad

FRECUENCIA DEL TIPO DE FAMILIA CON RESPECTO A SU COHESION

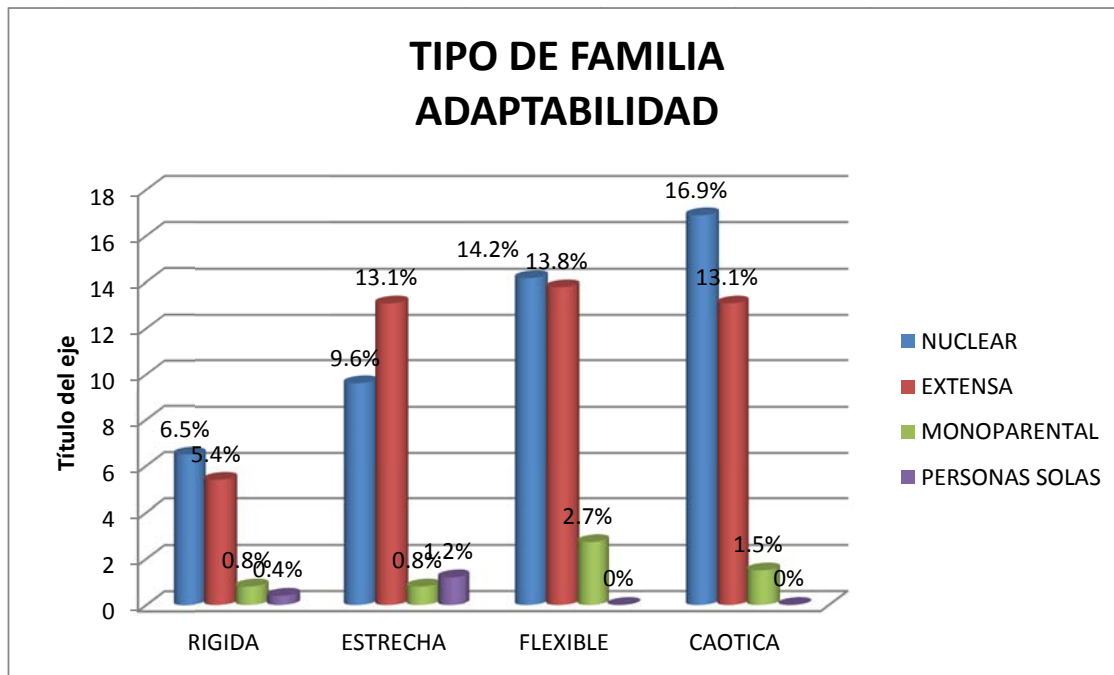
TIPO DE FAMILIA	DISGREGADA		SEMIRELACIONADA		RELACIONADA		AGLUTINADA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
NUCLEAR	15	5.8	44	16.9	46	17.7	18	6.9	123	47.3
EXTENSA	16	6.2	55	21.2	32	12.3	15	5.8	118	45.4
MONOPARENTAL	0	0	5	1.9	5	1.9	5	1.9	15	5.8
PERSONAS SOLAS	4	1.5	0	0	0	0	0	0	4	1.5
Total	35	13.5	104	40	83	31.9	38	14.6	260	100



Cuadro 24 Frecuencia del tipo de familia con respecto a su cohesión

FRECUENCIA DEL TIPO DE FAMILIA CON RESPECTO A SU ADAPTABILIDAD

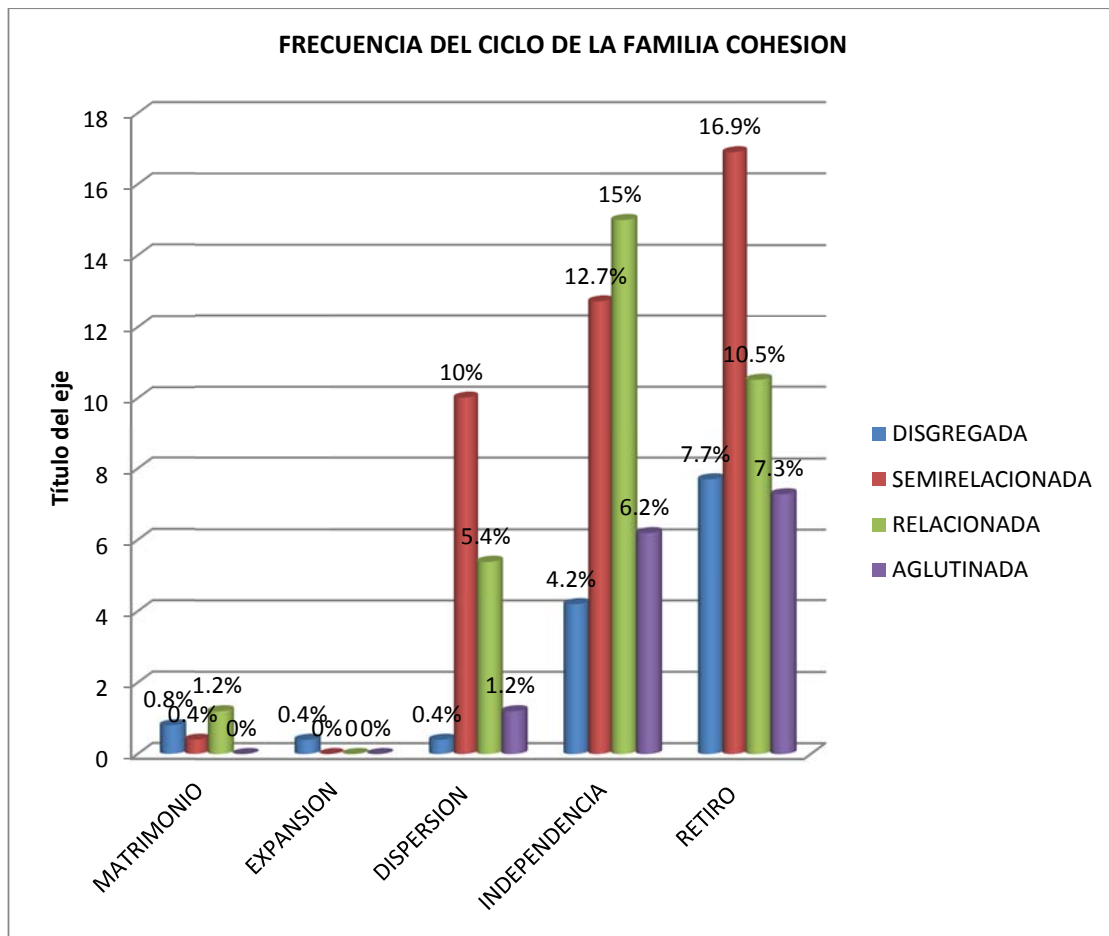
TIPO DE FAMILIA	RIGIDA		ESTRECHA		FLEXIBLE		CAOTICA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
NUCLEAR	17	6.5	25	9.6	37	14.2	44	16.9	123	47.3
EXTENSA	14	5.4	34	13.1	36	13.8	34	13.1	118	45.4
MONOPARENTAL	2	0.8	2	0.8	7	2.7	4	1.5	15	5.8
PERSONAS SOLAS	1	0.4	3	1.2	0	0	0	0	4	1.5
TOTAL	34	13.1	64	24.6	80	30.8	82	31.5	260	100



Cuadro 24 Frecuencia del tipo de familia con respecto a su adaptabilidad

FRECUENCIA DEL CICLO DE LA FAMILIA COHESION

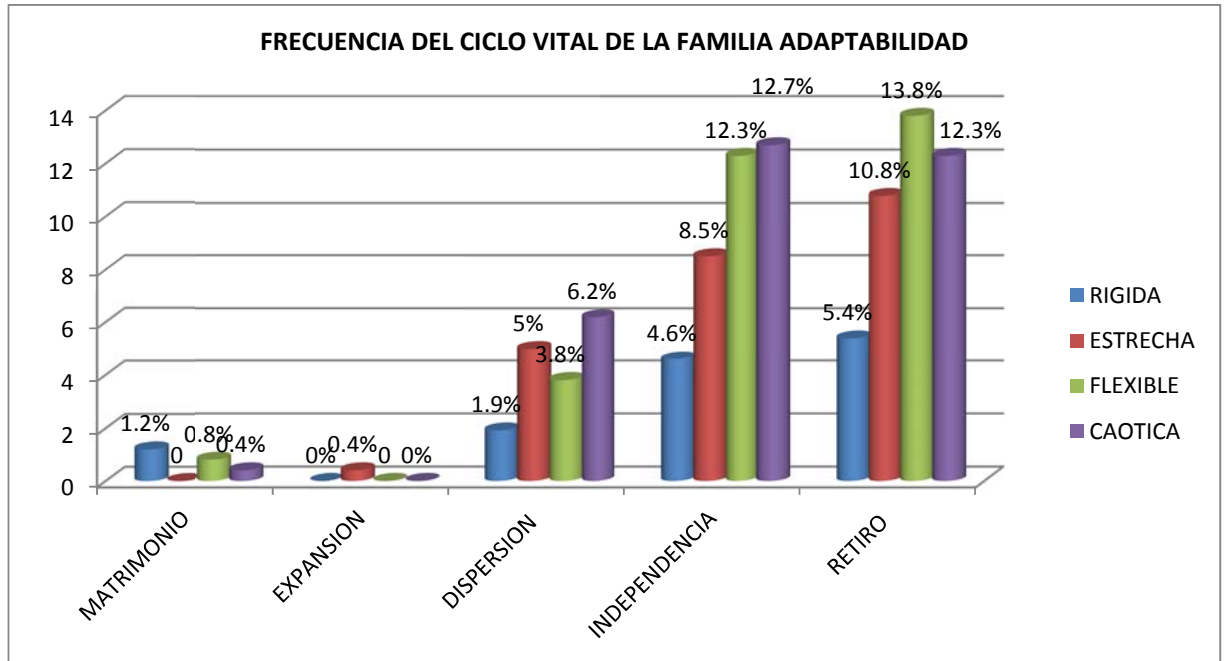
CICLO DE LA FAMILIA	DISGREGADA		SEMIRELACIONADA		RELACIONADA		AGLUTINADA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
MATRIMONIO	2	0.8	1	0.4	3	1.2	0	0	6	2.3
EXPANSION	1	0.4	0	0	0	0	0	0	1	0.4
DISPERSION	1	0.4	26	10	14	5.4	3	1.2	44	16.9
INDEPENDENCIA	11	4.2	33	12.7	39	15	16	6.2	99	38.1
RETIRO	20	7.7	44	16.9	27	10.5	19	7.3	110	42.3
Total	35	13.5	104	40	83	31.9	38	14.6	260	100



Cuadro 26. Frecuencia del ciclo de la familia cohesión

FRECUENCIA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA ADAPTABILIDAD

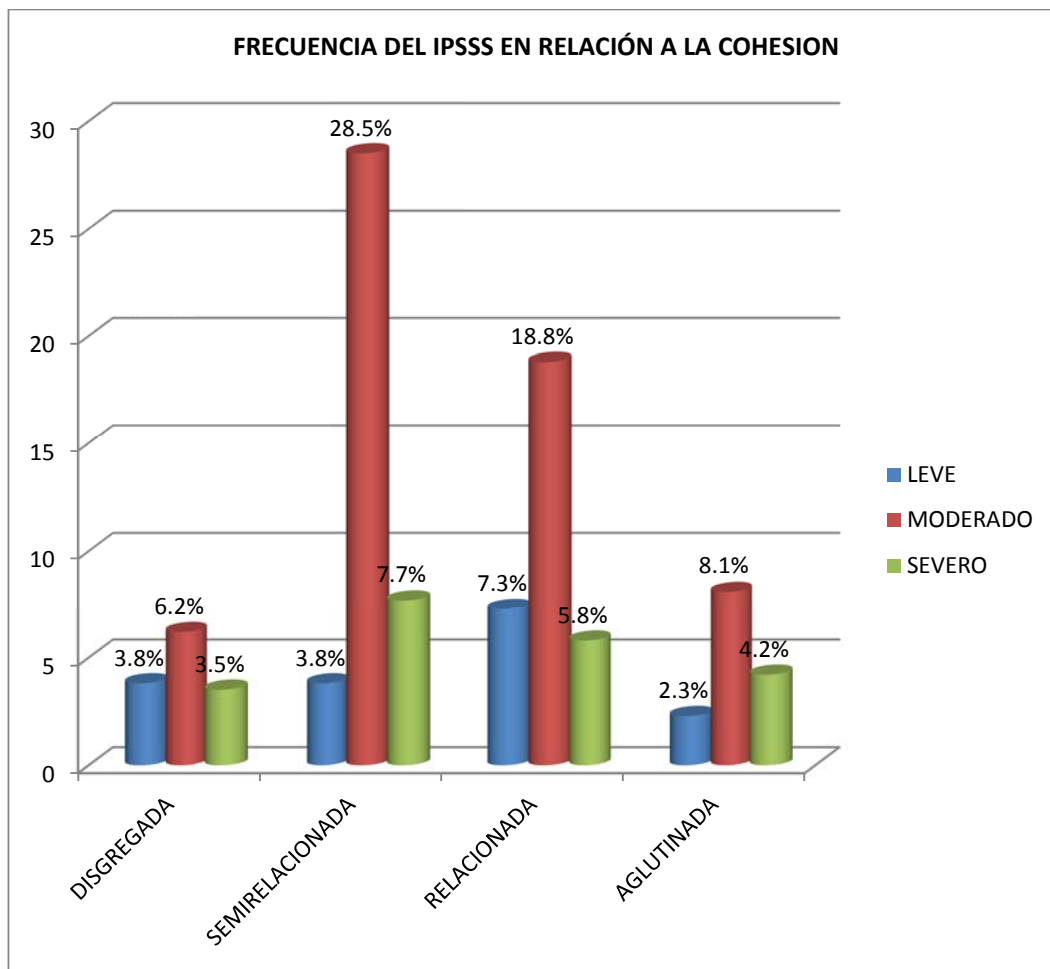
CICLO DE LA FAMILIA	RIGIDA		ESTRECHA		FLEXIBLE		CAOTICA		TOTAL	
	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	(%)
MATRIMONIO	3	1.2	0	0	2	0.8	1	0.4	6	2.3
EXPANSION	0	0	1	0.4	0	0	0	0	1	0.4
DISPERSION	5	1.9	13	5	10	3.8	16	6.2	44	16.9
INDEPENDENCIA	12	4.6	22	8.5	32	12.3	33	12.7	99	38.1
RETIRO	14	5.4	28	10.8	36	13.8	32	12.3	110	42.3
TOTAL	34	13.1	64	24.6	80	30.8	82	31.5	260	100



Cuadro 27 frecuencia del ciclo de la familia adaptabilidad

FRECUENCIA DEL IPSS EN RELACIÓN A LA COHESION

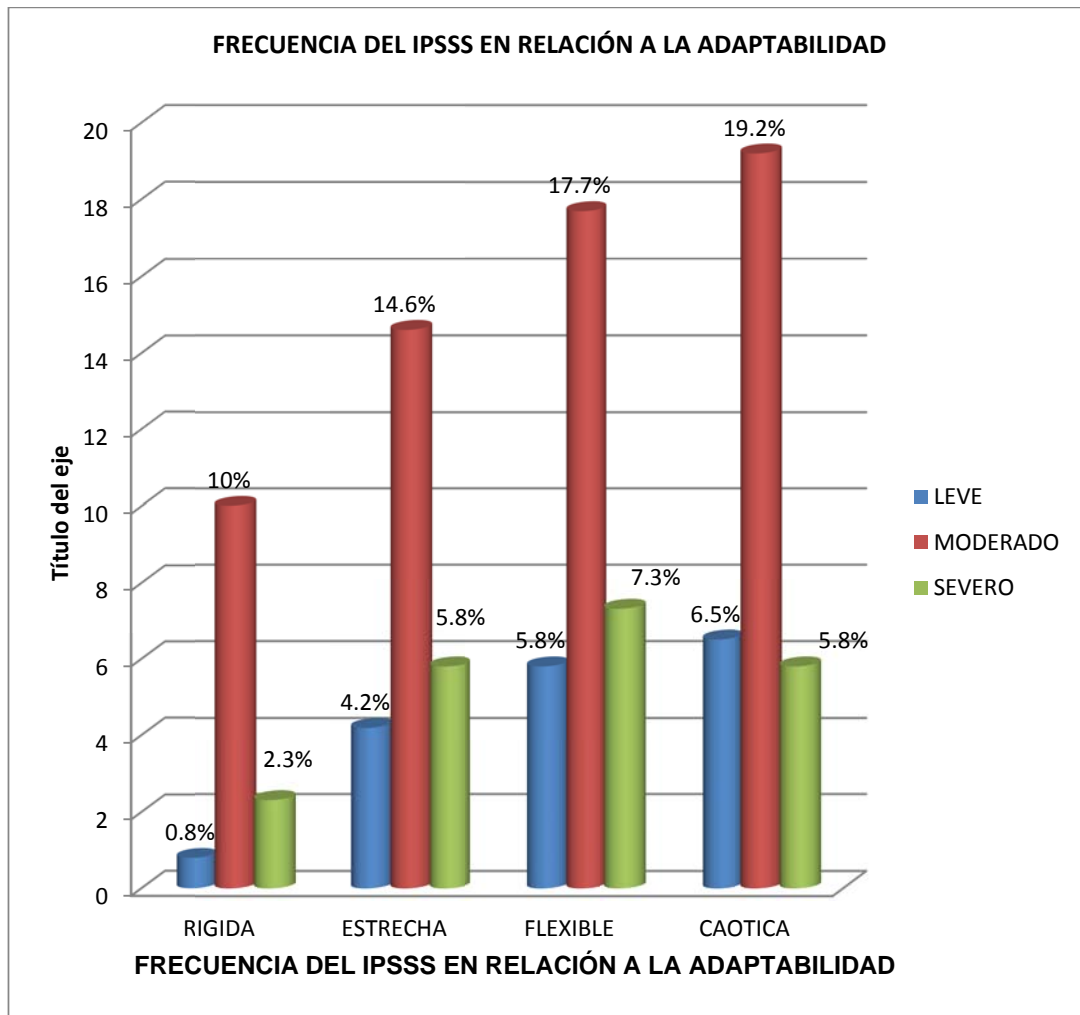
I-IPSS	DISGREGADA		SEMIRELACIONADA		RELACIONADA		AGLUTINADA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
LEVE	10	3.8	10	3.8	19	7.3	6	2.3	45	17.3
MODERADO	16	6.2	74	28.5	49	18.8	21	8.1	160	61.5
SEVERO	9	3.5	20	7.7	15	5.8	11	4.2	55	21.2
Total	35	13.5	104	40	83	31.9	38	1.46	260	100



Cuadro 28 Frecuencia del IPSS en relación a la COHESION

FRECUENCIA DEL IPSS EN RELACIÓN A LA ADAPTABILIDAD

I-PSSS	RIGIDA		ESTRECHA		FLEXIBLE		CAOTICA		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
LEVE	2	0.8	11	4.2	15	5.8	17	6.5	45	17.3
MODERADO	26	10	38	14.6	46	17.7	50	19.2	160	61.5
SEVERO	6	2.3	15	5.8	19	7.3	15	5.8	55	21.2
TOTAL	34	13.1	64	24.6	80	30.8	82	31.5	260	100

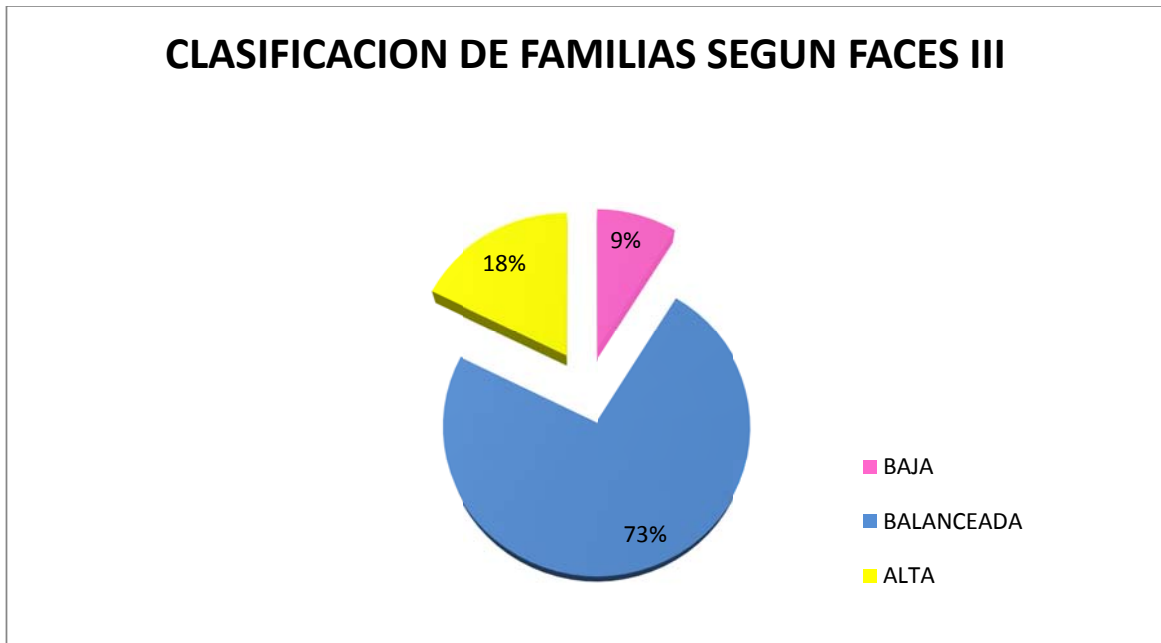


Cuadro 29 Frecuencia del IPSSS en relación a la Adaptabilidad

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN FACES III

COHESION

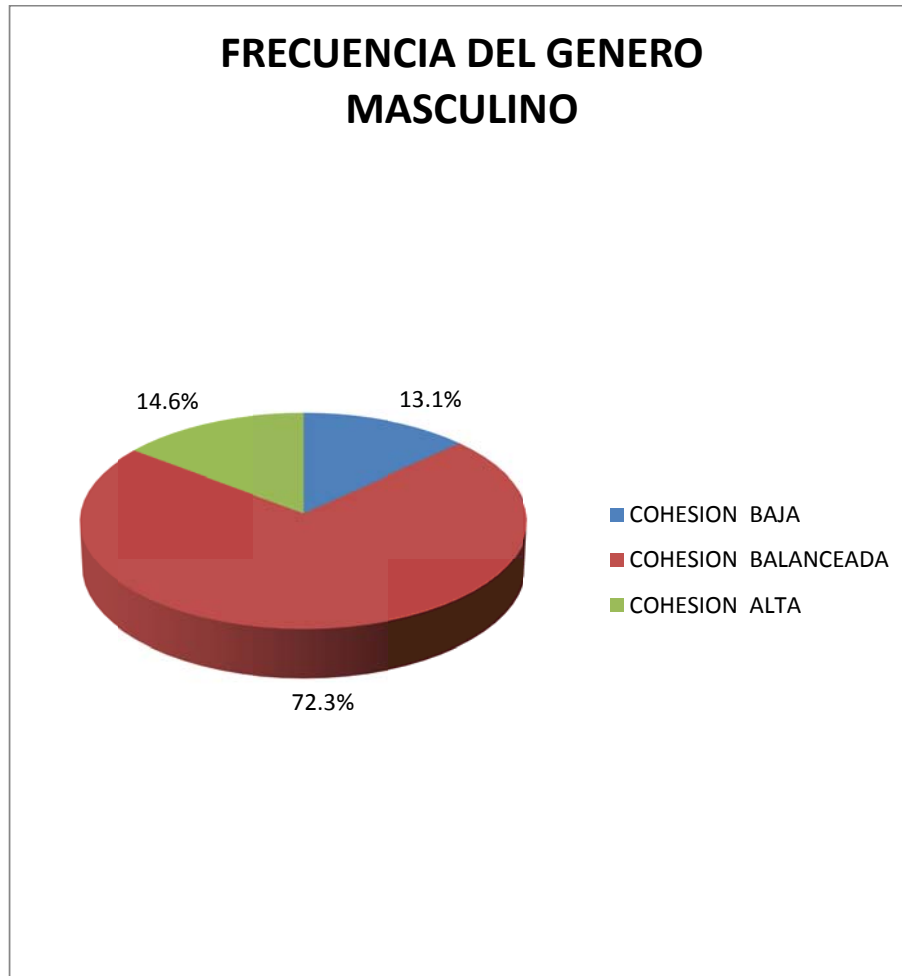
ADAPTABILIDAD	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	(%)
BAJA	3	1.2	25	9.6	6	2.3	34	13.1
BALANCEADA	20	7.7	112	43.1	12	4.6	144	55.4
ALTA	11	4.2	51	19.6	20	7.7	82	31.5
TOTAL	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100



Cuadro 30. Cclasificación de las familias según FACES III

FRECUENCIA DE LA RELACIÓN DE LA COHESION CON LA POBLACION DEL SEXO MASCULINO

SEXO	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
MASCULINO	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100
Total	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100



Cuadro 31. Frecuencia de la relación de la Cohesión con la Población del Sexo Masculino

FRECUENCIA DE LA RELACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD CON LA POBLACION DEL SEXO MASCULINO

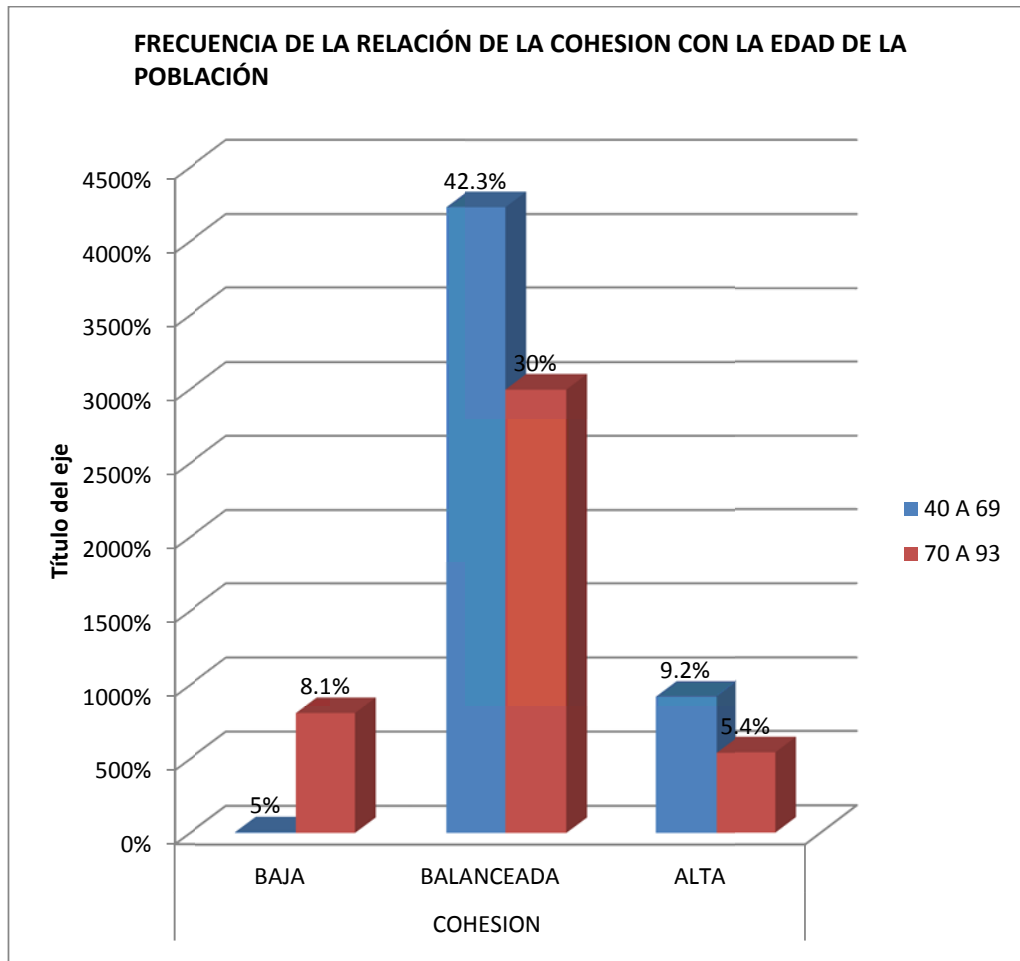
SEXO	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
MASCULINO	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100
Total	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 32. Frecuencia de la relación de la adaptabilidad con la población del sexo masculino

FRECUENCIA DE LA RELACIÓN DE LA COHESION CON LA EDAD DE LA POBLACIÓN

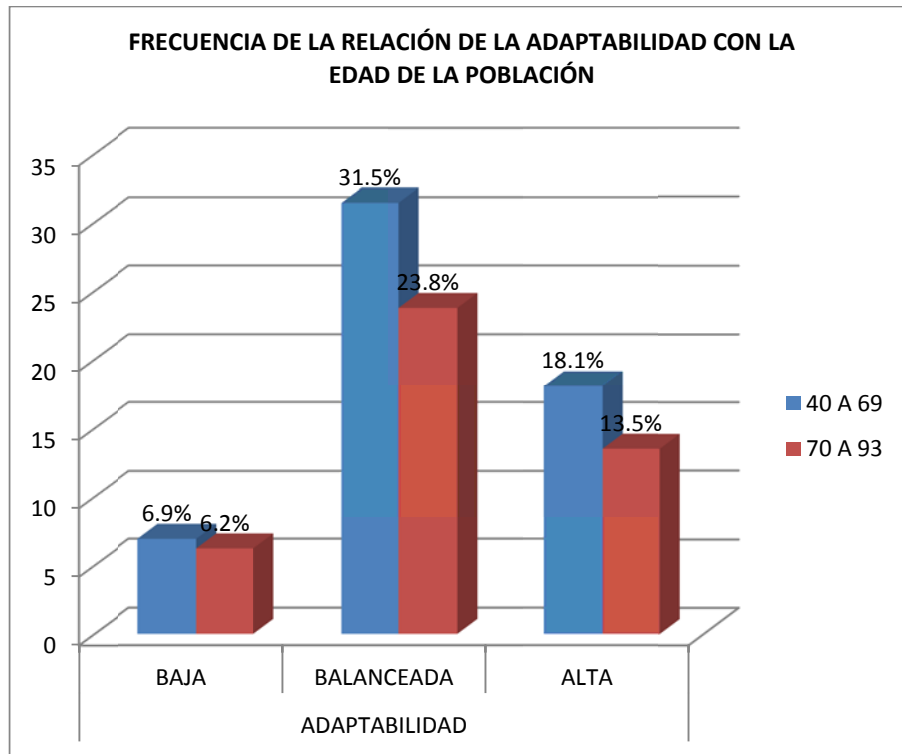
EDAD POR RANGOS (ANOS)	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
40 A 69	13	5	110	42.3	24	9.2	147	56.5
70 A 93	21	8.1	78	30	14	5.4	113	43.5
Total	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100



Cuadro 33 Frecuencia de la relación de la cohesión con la edad de la población

FRECUENCIA DE LA RELACIÓN DE LA ADAPTABILIDAD CON LA EDAD DE LA POBLACIÓN

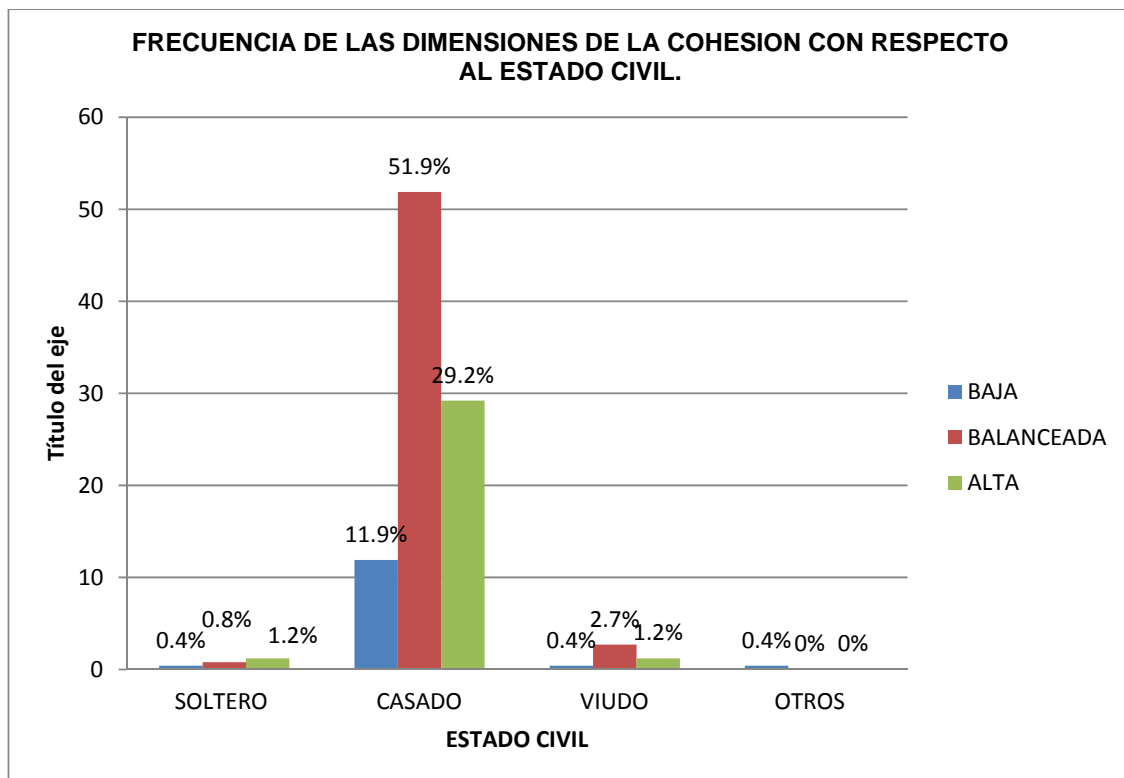
EDAD POR RANGOS (AÑOS)	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
40 A 69	18	6.9	82	31.5	47	18.1	147	56.5
70 A 93	16	6.2	62	23.8	35	13.5	113	43.5
Total	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 34 Frecuencia de la relación de la adaptabilidad con la edad de la población

FRECUENCIA DE LAS DIMENSIONES DE LA COHESION CON RESPECTO AL ESTADO CIVIL.

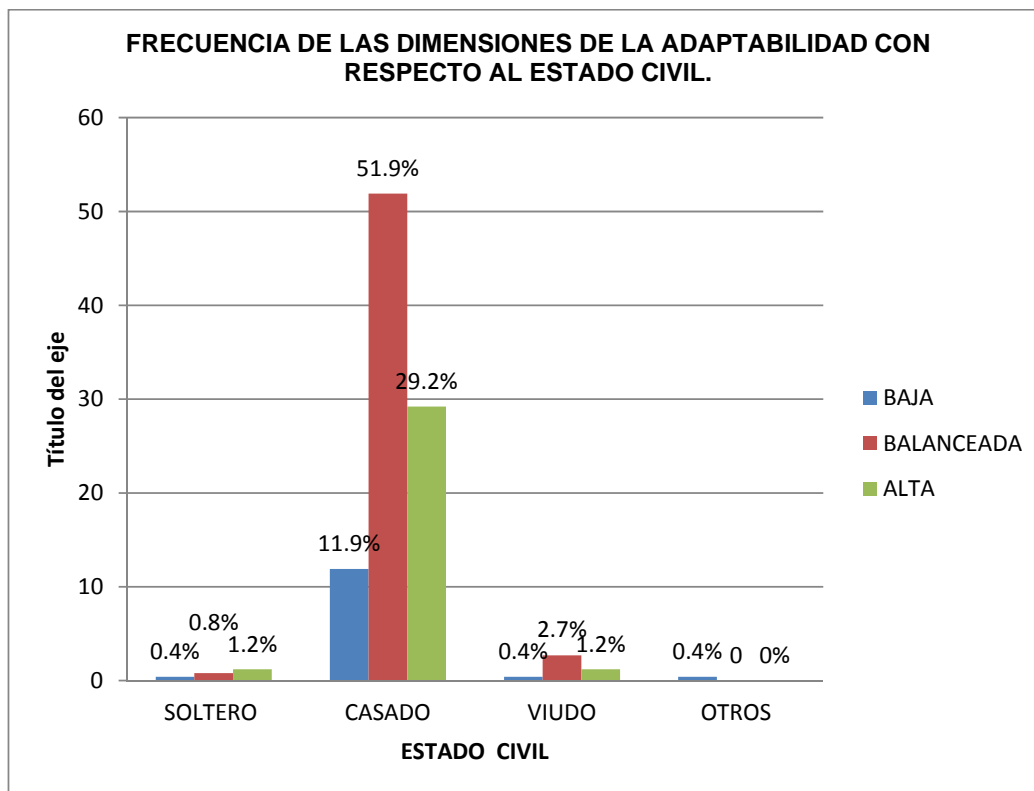
ESTADO CIVIL	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
SOLTERO	1	0.4	2	0.8	3	1.2	6	2.3
CASADO	31	11.9	135	51.9	76	29.2	242	93.1
VIUDOS	1	0.4	7	2.7	3	1.2	11	4.2
OTROS	1	0.4	0	0	0	0	1	0.4
TOTAL	34	13.1	114	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 35. Frecuencia de las dimensiones de la cohesión con respecto al estado civil.

FRECUENCIA DE LAS DIMENSIONES DE LA ADAPTABILIDAD CON RESPECTO AL ESTADO CIVIL.

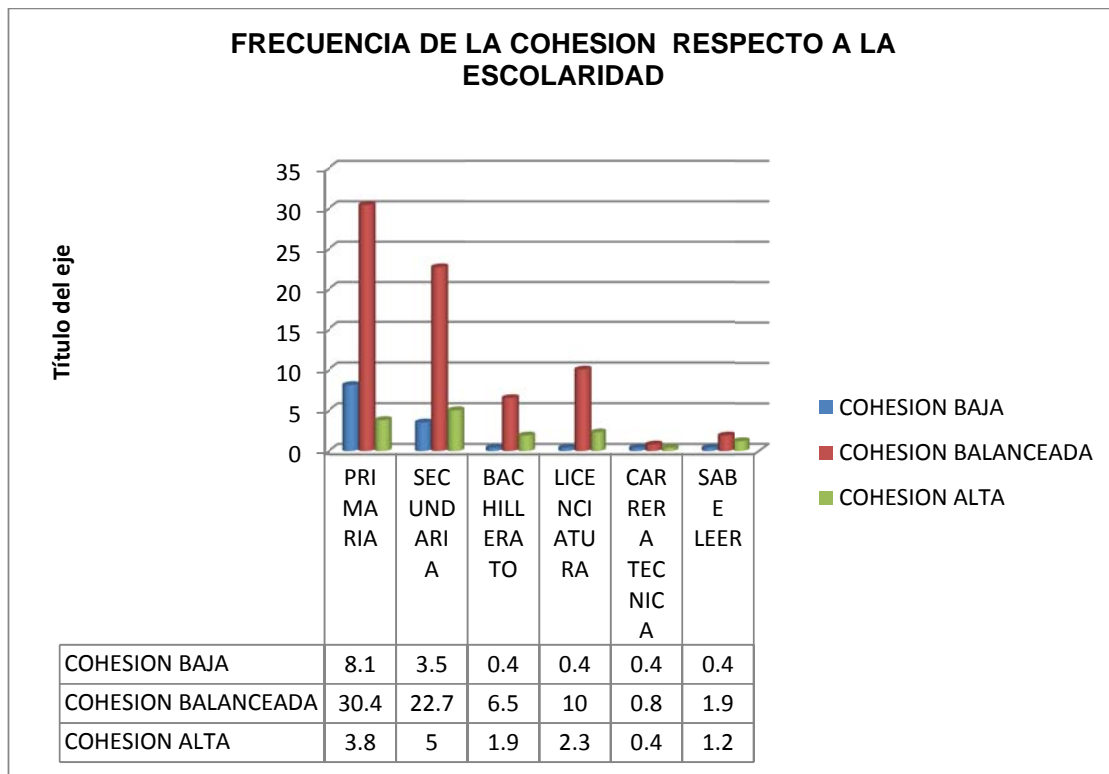
ESTADO CIVIL	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
SOLTEROS	1	0.4	2	0.8	3	1.2	6	2.3
CASADOS	31	11.9	135	51.9	76	29.2	242	93.1
VIUDOS	1	0.4	7	2.7	3	1.2	11	4.2
OTROS	1	0.4	0	0	0	0	1	0.4
TOTAL	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 36. Frecuencia de las dimensiones de la Adaptabilidad con respecto al estado civil.

FRECUENCIA DE LA COHESION RESPECTO A LA ESCOLARIDAD

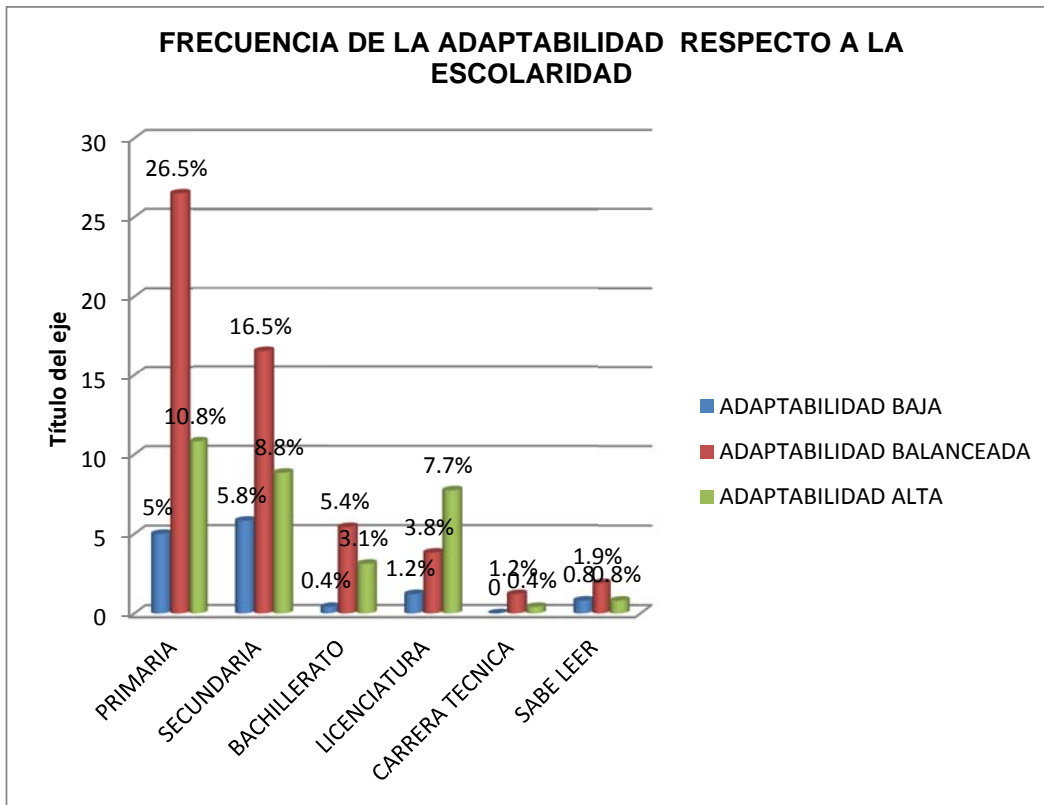
ESCOLARIDAD	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
PRIMARIA	21	8.1	79	30.4	10	3.8	110	42.3
SECUNDARIA	9	3.5	59	22.7	13	5	81	31.2
BACHILLERATO	1	0.4	17	6.5	5	1.9	23	8.8
LICENCIATURA	1	0.4	26	10	6	2.3	33	12.7
CARRETA TECNICA	1	0.4	2	0.8	1	0.4	4	1.5
SABE LEER	1	0.4	5	1.9	3	1.2	9	3.4
Total	34	13.1	188	72.3	82	31.5	260	100



Cuadro 37. Frecuencia de la cohesión respecto a la escolaridad

FRECUENCIA DE LA ADAPTABILIDAD RESPECTO A LA ESCOLARIDAD

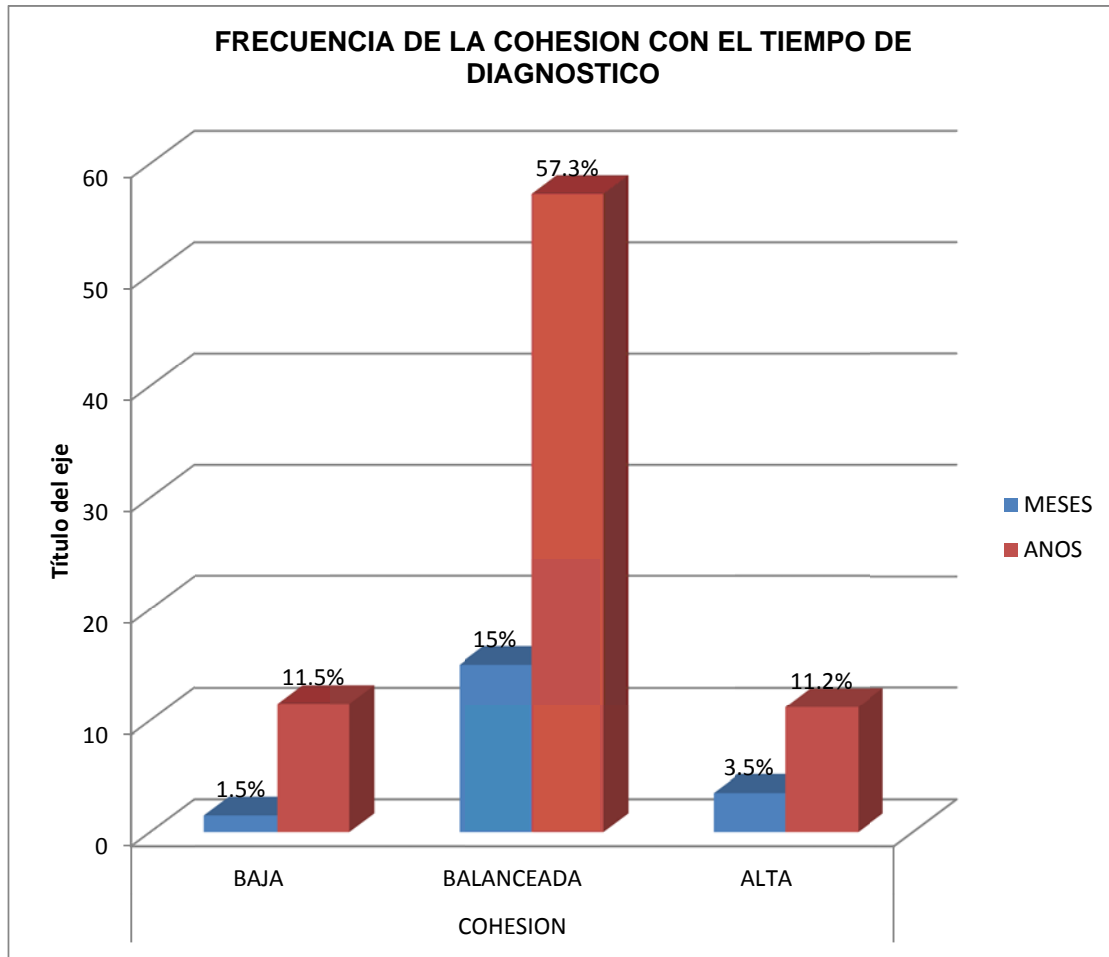
ESCOLARIDAD	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
PRIMARIA	13	5	69	26.5	28	10.8	110	42.3
SECUNDARIA	15	5.8	43	16.5	23	8.8	81	31.2
BACHILLERATO	1	0.4	14	5.4	8	3.1	23	8.8
LICENCIATURA	3	1.2	10	3.8	20	7.7	33	12.7
CARRERA TECNICA	0	0	3	1.2	1	0.4	5	1.5
SABE LEER	2	0.8	5	1.9	2	0.8	9	3.5
Total	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 38. Frecuencia de la cohesión respecto a la escolaridad

FRECUENCIA DE LA COHESION CON EL TIEMPO DE DIAGNOSTICO

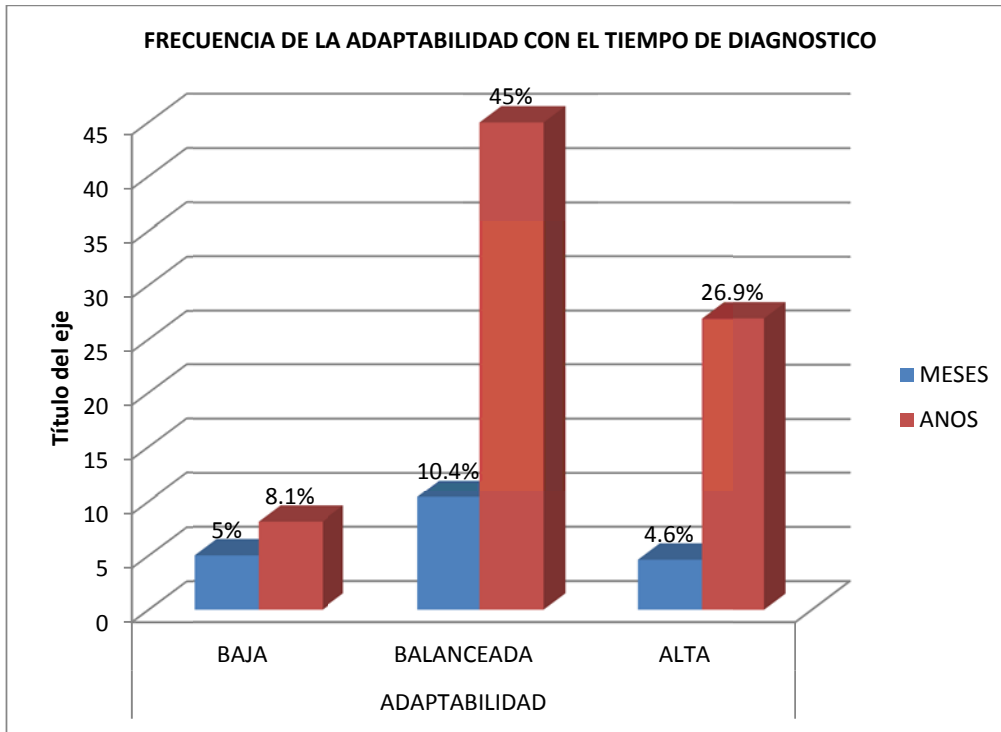
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	(%)
MESES	4	1.5	39	15	9	3.5	52	20
ANOS	30	11.5	149	57.3	29	11.2	208	80
TOTAL	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100



Cuadro 39. Frecuencia de la cohesión respecto a la escolaridad

FRECUENCIA DE LA ADAPTABILIDAD CON EL TIEMPO DE DIAGNOSTICO

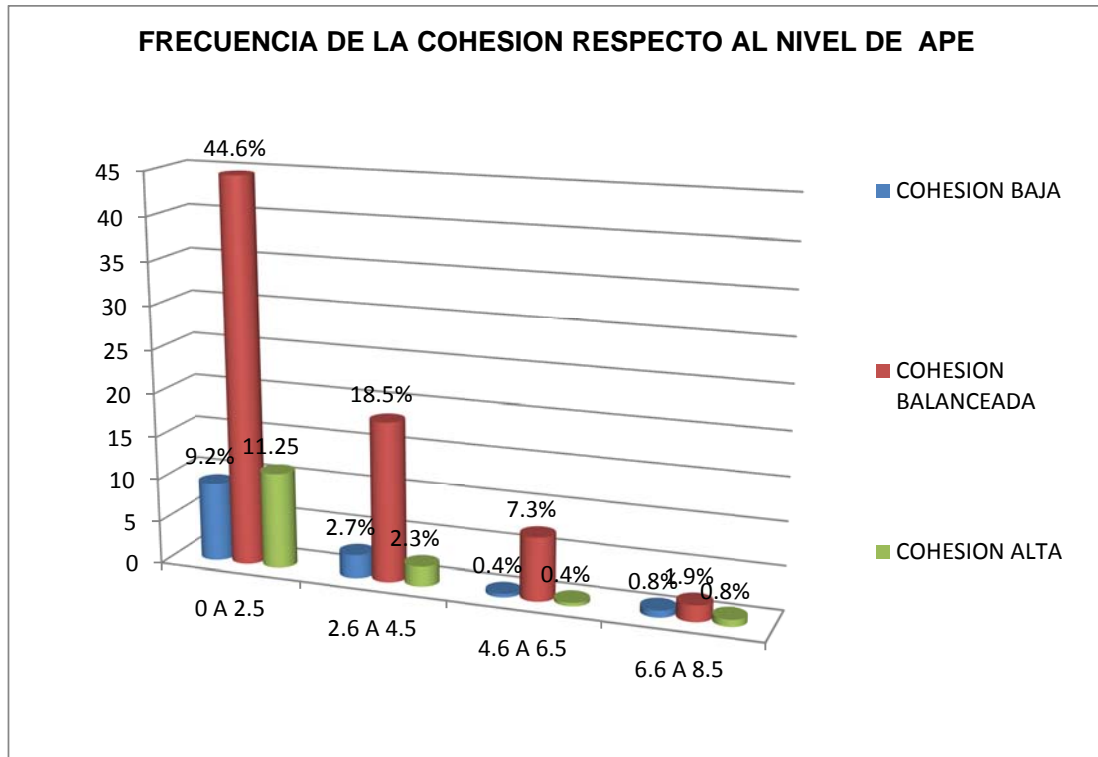
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
MESES	13	5	27	10.4	12	4.6	52	20
ANOS	21	8.1	117	45	70	26.9	208	80
Total	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 40. Frecuencia de la adaptabilidad con el tiempo de diagnostico

FRECUENCIA DE LA COHESION RESPECTO AL NIVEL DE APE

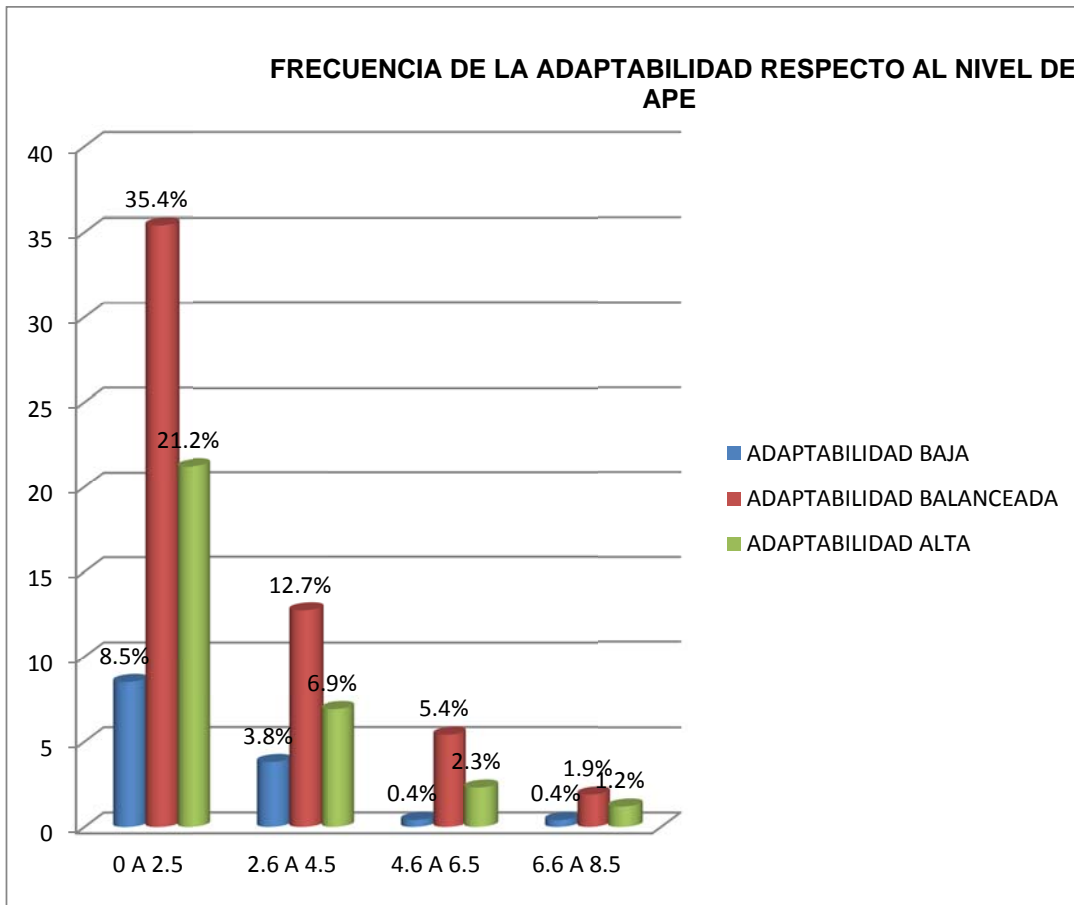
NIVEL DE APE	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
0 A 2.5	24	9.2	166	44.6	29	11.2	169	65
2.6 A 4.5	7	2.7	48	18.5	6	2.3	61	23.5
4.6 A 6.5	1	0.4	19	7.3	1	0.4	21	8.1
6.6 A 8.5	2	0.8	5	1.9	2	0.8	9	3.5
Total	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100



Cuadro 41. FRECUENCIA DE LA COHESION RESPECTO AL NIVEL DE APE

FRECUENCIA DE LA ADAPTABILIDAD RESPECTO AL NIVEL DE APE

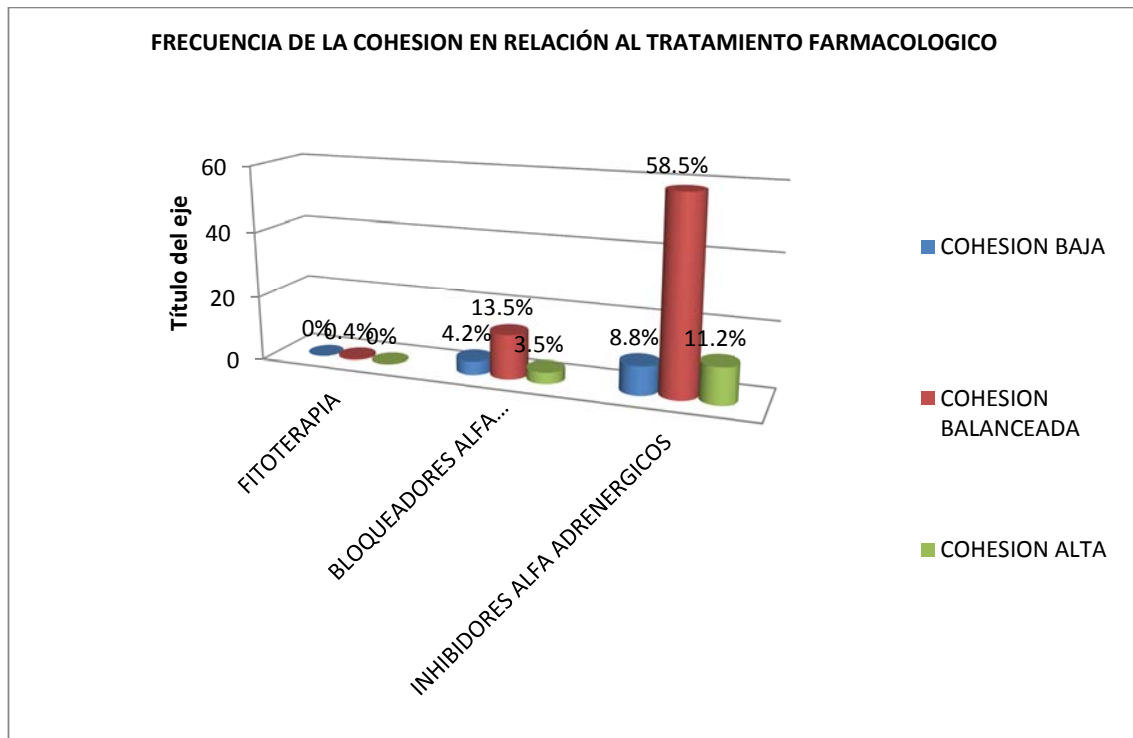
NIVEL DE APE	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
0 A 2.5	22	8.5	92	35.4	55	21.2	169	65
2.6 A 4.5	10	3.8	33	12.7	18	6.9	61	23.5
4.6 A 6.5	1	0.4	14	5.4	6	2.3	21	8.1
6.6 A 8.5	1	0.4	5	1.9	3	1.2	9	3.5
Total	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 42. Frecuencia de la adaptabilidad respecto al nivel de APE

FRECUENCIA DE LA COHESION EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

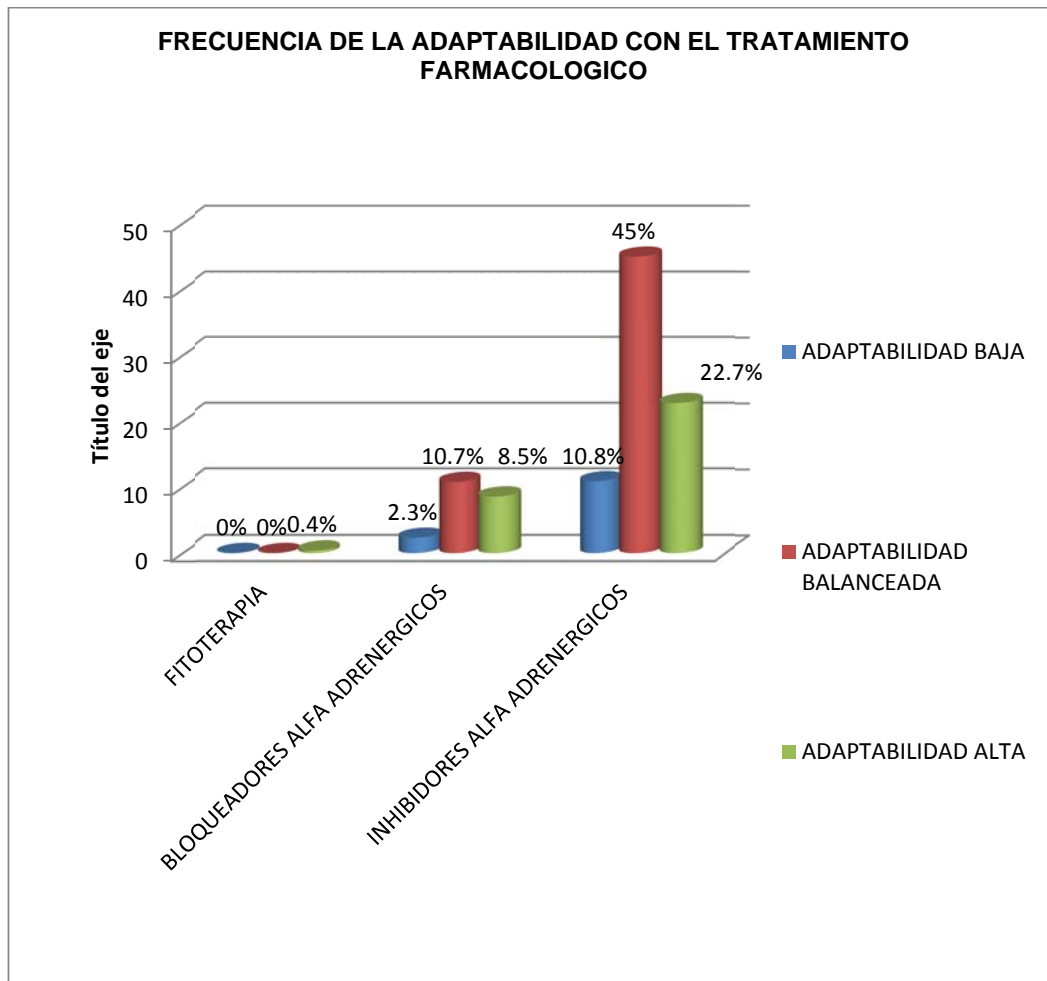
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	FRECUENCIA	(%)	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	(%)
FITOTERAPIA	0	0	1	0.4	0	0	1	0.4
BLOQUEADORES ALFA ADRENERGICOS	11	4.2	35	13.5	9	3.5	55	21.2
INHIBIDORES ALFA REDUCTASA	23	8.8	152	58.5	29	11.2	204	78.5
Total	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100



Cuadro 43. Frecuencia de la cohesión en relación al tratamiento farmacológico

FRECUENCIA DE LA ADAPTABILIDAD CON EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

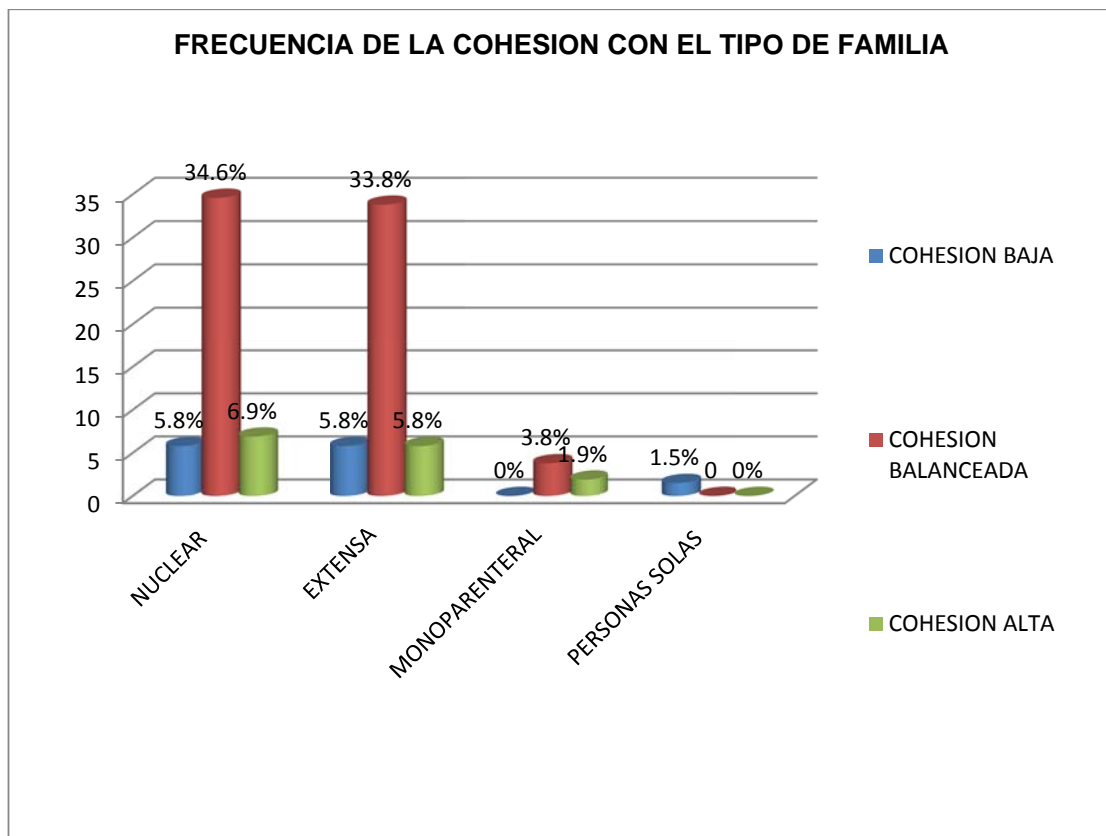
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
FITOTERAPIA	0	0	0	0	1	0.4	1	0.4
BLOQUEADORES ALFA ADRENERGICOS	6	2.3	27	10.7	22	8.5	55	21.2
INHIBIDORES ALFA REDUCTASA	28	10.8	117	45	59	22.7	204	78.5
Total	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 44. Frecuencia de la Adaptabilidad en relación al tratamiento farmacológico

FRECUENCIA DE LA COHESION CON EL TIPO DE FAMILIA

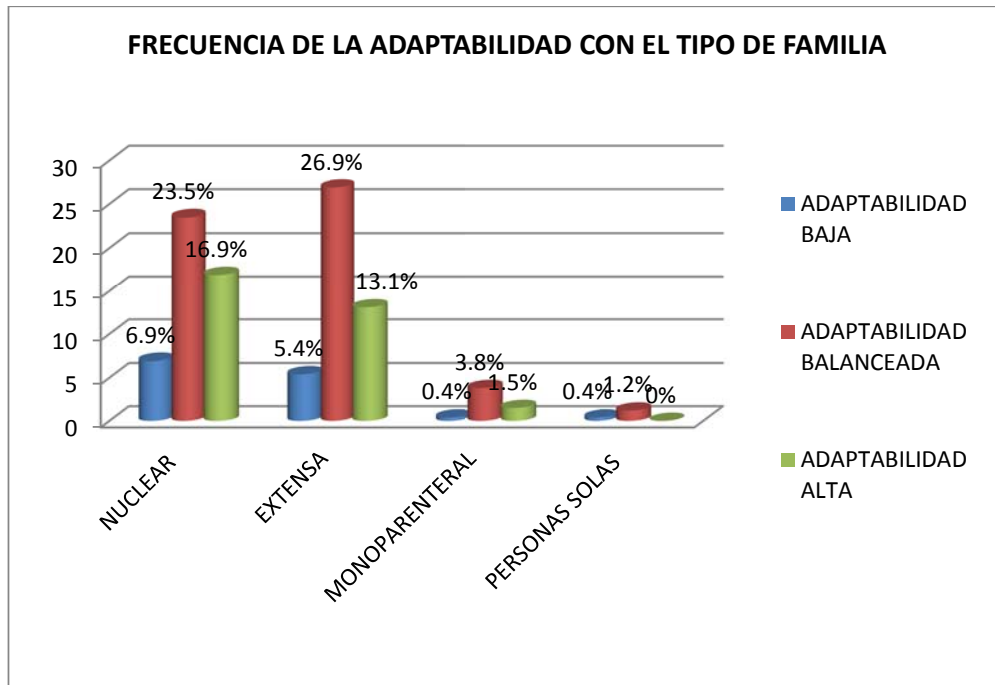
TIPO DE FAMILIA	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
NUCLEAR	15	5.8	90	34.6	18	6.9	123	47.3
EXTENSA	15	5.8	88	33.8	15	5.8	118	45.5
MONOPARENTAL	0	0	10	3.8	5	1.9	15	5.8
PERSONAS SOLAS	4	1.5	0	0	0	0	4	1.5
Total	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100



Cuadro 45. Frecuencia de la cohesión con el tipo de familia

FRECUENCIA DE LA ADAPTABILIDAD CON EL TIPO DE FAMILIA

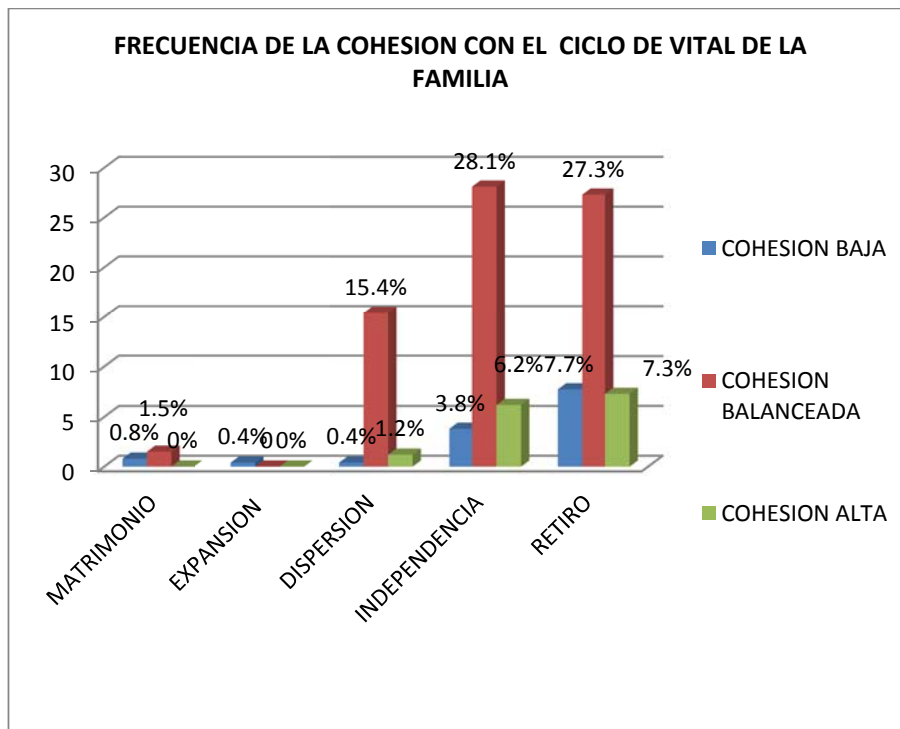
TIPO DE FAMILIA	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
NUCLEAR	18	6.9	61	23.5	44	16.9	123	47.3
EXTENSA	14	5.4	70	26.9	34	13.1	118	45.4
MONOPARENTAL	1	0.4	10	3.8	4	1.5	15	5.8
PERSONAS SOLAS	1	0.4	3	1.2	0	0	4	1.5
TOTAL	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 46. **Frecuencia de la Adaptabilidad con el tipo de familia**

FRECUENCIA DE LA COHESION CON EL CICLO DE VITAL DE LA FAMILIA

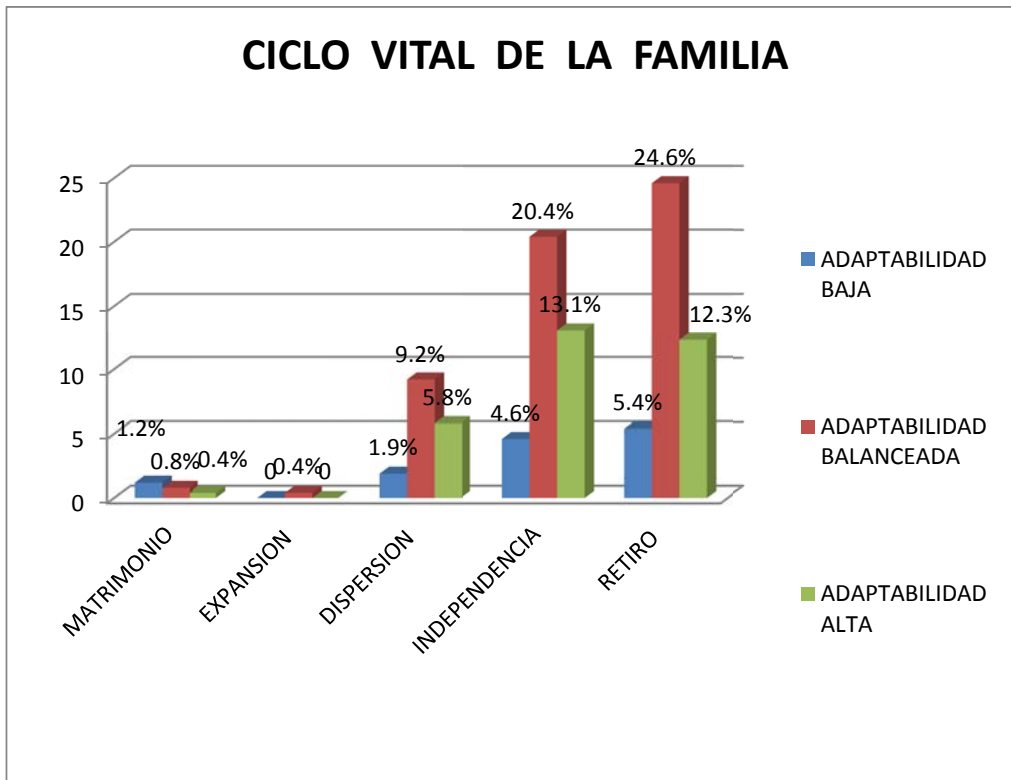
CICLO VITAL DE LA FAMILIA	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
MATRIMONIO	2	0.8	4	1.5	0	0	6	2.3
EXPANSION	1	0.4	0	0	0	0	1	0.4
DISPERSION	1	0.4	40	15.4	3	1.2	44	16.9
INDEPENDENCIA	10	3.8	73	28.1	16	6.2	99	38.1
RETIRO	20	7.7	71	27.3	19	7.3	110	42.3
Total	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100



Cuadro 47. Frecuencia de la cohesión con el ciclo de vital de la familia

FRECUENCIA DE LA ADAPTABILIDAD CON EL CICLO DE VITAL DE LA FAMILIA

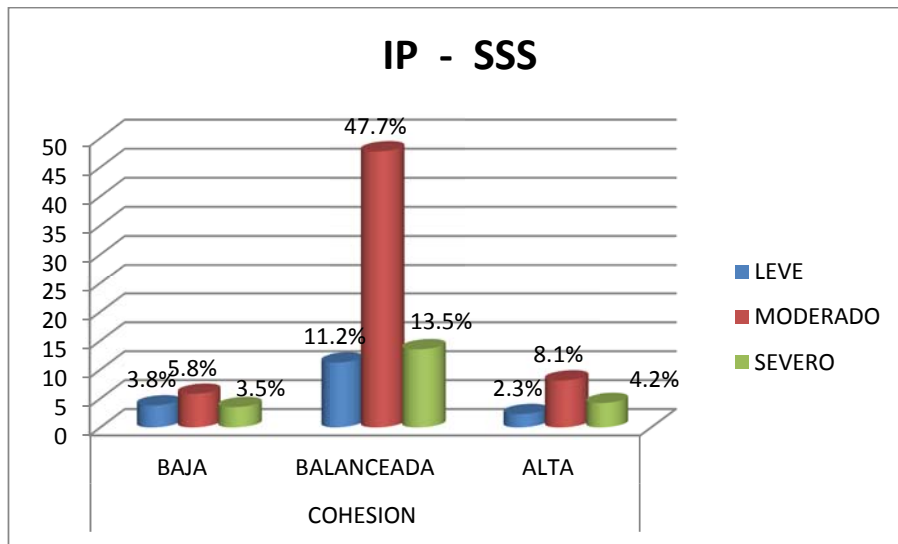
CICLO VITAL DE LA FAMILIA	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
MATRIMONIO	3	1.2	2	0.8	1	0.4	6	2.3
EXPANSION	0	0	1	0.4	0	0	1	0.4
DISPERSION	5	1.9	24	9.2	15	5.8	44	16.9
INDEPENDENCIA	12	4.6	53	20.4	34	13.1	99	38.1
RETIRO	14	5.4	64	24.6	32	12.3	110	42.3
Total	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 48 Frecuencia de la adaptabilidad con el ciclo de vital de la familia

FRECUENCIA DE LA COHESION EN RELACIÓN AL IP SSS

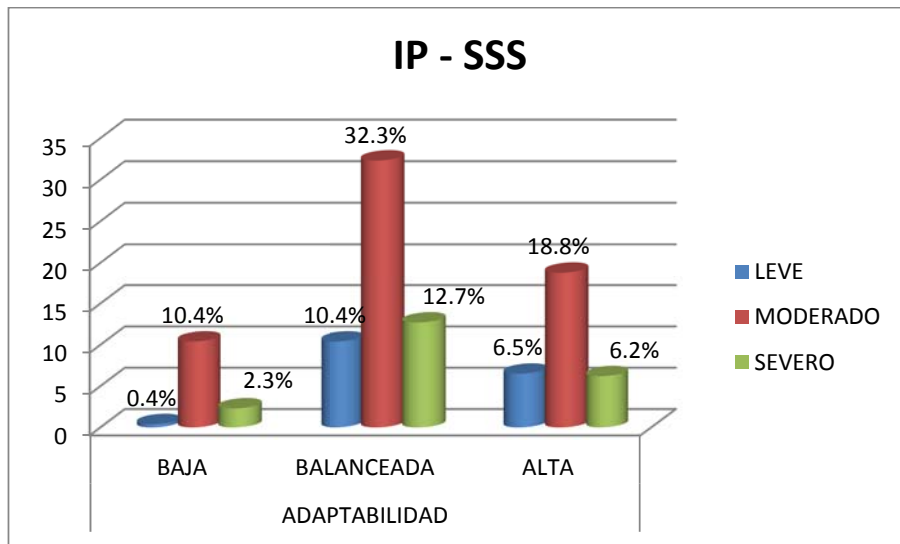
COHESION IP SSS	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
LEVE	10	3.8	29	11.2	6	2.3	45	17.3
MODERADO	15	5.8	124	47.7	21	8.1	160	61.5
SEVERO	9	3.5	35	13.5	11	4.2	55	21.2
Total	34	13.1	188	72.3	38	14.6	260	100



Cuadro 49. Frecuencia de la Cohesión en relación al IP SSS

FRECUENCIA DE LA ADAPTABILIDAD EN RELACIÓN AL IP SSS

IP SSS	BAJA		BALANCEADA		ALTA		TOTAL	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
LEVE	1	0.4	27	10.4	17	6.5	45	17.3
MODERADO	27	10.4	84	32.3	49	18.8	160	61.5
SEVERO	6	2.3	33	12.7	16	6.2	55	21.2
Total	34	13.1	144	55.4	82	31.5	260	100



Cuadro 50. Frecuencia de la adaptabilidad en relación al IP SSS

DISCUSIÓN

La mayoría de la población masculino con Hiperplasia Prostática Benigna se encontró en edad media de los 69 años, lo que significa que la mayoría de la población coincidiendo la mayoría en la fase de retiro del ciclo vital familiar. coincidiendo con la literatura publicada en México que describe que en personas mayores de 60 años se realiza este diagnóstico, esto se debe al envejecimiento propio del organismo asociado a la principal sintomatología de esta enfermedad.

Se encontró que en el estado civil predominó el ser casado (93.1%) en los cuales hubo una mayor cohesión (38.1%) que Adaptabilidad (29.2%) esto se explica al deducir que el paciente debe hacer conciencia de la magnitud de su enfermedad, empezando a reconocer la sintomatología más importante de esta patología, que repercute en la comunicación dentro del sistema familiar incrementando el grado emocional de los subsistemas.

Referente a la escolaridad y Cohesión familiar predominó el nivel primaria (11.5%) seguido del nivel secundaria (11.2%). Esto puede inferir que un bajo nivel de escolaridad limita el desarrollo de la cohesión familiar y altera su estructura de poder, roles y reglas en respuesta al estrés del desarrollo familiar.

En cuanto al Tiempo de Diagnóstico y Cohesión se encontró una mayor frecuencia de 31.2% en la familia semirelacionada. Esto se explica porque se encuentran familias balanceadas con mayores redes de apoyo. En comparación del Tiempo del Diagnóstico y la Adaptabilidad predominó con un 26.9% Adaptabilidad caótica ante la falta de la flexibilidad para modificar su estructura ante una enfermedad.

Del Nivel de APE y Cohesión se obtuvo una Cohesión semirelacionada en un 33.8% dentro de los niveles a APE del 0 a 2.5 debido a una autonomía balanceada y conciencia de la enfermedad. En relación al Nivel de APE y adaptabilidad predominó la Adaptabilidad Caótica (28.8%) en niveles de APE de 0 al 2.5 ng/dl eso es debido al pobre manejo del estrés de los miembros del sistema familiar.

Respecto al tratamiento farmacológico y la Cohesión semirelacionada obtuvo un 35% en la Terapia de Inhibidores de alfa reductasa, esto se puede deber a que el efecto adverso mínimo de estos medicamentos mejora la adherencia terapéutica y las emociones del individuo que los ingiere, mejorando la sintomatología mejorando la comunicación en el sistema subconyugal.

En relación a la tipología familia y cohesión, la Cohesión semirelacionada obtuvo un 21.2% en la familia extensa y 16.9% en la familia nuclear. Esto infiere que este tipo de familias tienen una mayor red de apoyo. A diferencia de la adaptabilidad en donde la Caótica 16.9% fueron familias nucleares y 13.1% fueron familias extensas, esto se explica en que en este tipo de familia no tiene una adecuada habilidad en estructurar roles y reglas.

CONCLUSIONES

Después de aplicar el FACES III a 260 pacientes de la consulta externa de Urología del HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, se observó que existe una diferencia en la Cohesión y Adaptabilidad en el paciente portador de Hiperplasia Prostática Benigna, predominando la Cohesión sobre la adaptabilidad, obteniendo un 43.1% dentro de los Niveles balanceados de este Instrumento

Dentro de cohesión predominó el nivel balanceado en un 72.3% y respecto a la Adaptabilidad un nivel balanceado de 55.4%.

De acuerdo a la Tipología familiar la que predominó es la Nuclear en un 47.3%. Se obtuvo un 42.3% de familias en etapas de Retiro y Muerte. Cumpliéndose así los objetivos de este estudio.

Tomando como válida a la hipótesis nula donde se observó que los pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna cuentan con una adecuada cohesión y adaptabilidad dentro de unas familias balanceadas.

Los resultados obtenidos de este estudio nos permiten conocer la dinámica familiar de los pacientes portadores de la Hiperplasia Prostática Benigna en cuanto a la Cohesión y Adaptabilidad sin embargo en estudios futuros se recomienda realizar un programa terapéutica integral multidisciplinario que permita atender las necesidades individuales familiares y grupales.

Como la Hiperplasia Prostática Benigna es una patología de alta incidencia en la población es necesario educar a hombres jóvenes para que acudan a un adecuado centro médico lo antes posible para tener un diagnóstico y tratamiento oportuno, en este tipo de enfermedades crónicas, además que deben ser informados y orientados respecto a los factores que contribuyen a esta patología, que también tiene un impacto a nivel de la cohesión y adaptabilidad del individuo y su familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Paul DMaroni, sweaty Koul, Randall Meachin and Hari Koul. Mitogen actuated protein kinasa signal transduction path ways in the prostate.
2. Culigz, Hobish A, Cronaver MV Radmayer C, Hiltmair A, Zhang J, Tuzurner M, Barstsch G, Klocker H. Regulation of prostatic growth and function by peptide growth facts prostat 2006, 28 (6) 392-405.
3. M. Emberfor, E. B. Cornel, PF Basis RO Fourca de JMF Gomez, F Castro. Benign prostatic hyperplasia as a progressive disease a guide to the risk factors and options for medical management, 2008, 62, 1076-1086.
4. Tomithy wilt, James N Dow. Benign prostatic hyperplasia Rev1. Diapedesis. January 2008 Vol. 236.
5. Rafaela Rosas, Maria. Hyperplasia Benigna de prostata sintomatología. Diagnóstico y estrategias terapéuticas. Vol. 25 No.8 Sept 2006; 102-108.
6. Mendoza Fernández, E. Fernández Bonell A. Hiperplasia Prostática, Medi. FAM. 2010; (10) 334-344.
7. Holtgnewe HL; Surgical management of benign prostatic hiperplasia in 2001 a pause for thought, The Journal of urology 2001. Jul 166 (1) 177.
8. Urologychannel Healthcommunities. Urology and Prostate. 1998-2006.
9. Zalles Blanco, Matha, Carvajal; Errol. Hipertrofia Prostática. Revista Reseña de Medicina Familiar, 2006; 3 (4): 74-77.
- 10.- The Urologic Clinics of North Americ, Prostate Specific Antigen the Best Prostatic Tumor Marker. Joseph E. Oesterling, MD Ano 1997. Editoral Mcgraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- 11.- Gutman AB, Gutman EB 1938: An "acid" phosphatase occurring in the serum of patients with metastasizing carcinoma of the prostate gland. J, Clin, Invest 17:473.
12. Chonan, S; Jiang ZhW, Tanaka, M. et al; Vol 9. No.1, pp25 -38 May 199. Development of a palpation sensor for detectation of prostatic cander and hypertrophy (optimun structural of design sensor) INT J APP electromagnet.
13. Cookson MS, Smith JA. PSA testing: to screen or not screen consultant. 2000; 4:670-676. Chodak GM, Thisted RA Gerber GS et al. Results of conservative management of clinically localized prostate cancer, N Engl J Med 1994, 1999, 330 (4): 242-248.
14. Sech S; Montoya J, Girman CJ; et al. interexaminer reliabity of trans rectal ultrasound for estimating prostate volume. The Journal Urology 2001, Jul. 166 (1) 125-129.
15. Roehrborn CG, Malice M; Cook TJ, Gimán. CJ Clinical predictors of spontaneous acute urinary retention in men with STUI and clinical HPB, a cpmprehensive analysis of the pooled placeb groups of several large trials. Urology 2006 Aug 58 (2) 40-6
16. Lee M., Shanfi R. Benign prostatic hiperplasia: Diagnosis and treatment guideline. The annals of pharmacotherapy. 2007; 31: 481-6.
17. Baldwin KC, Ginsberg PC, Harkaway RC. Discontinuation of alpha-blockade after initial treatment with finasteride and doxazosin in men with lower urinary tract symptoms and clinical evidence of benign prostatic hyperplasia urology. 2001. Aug 58 (2): 203-9.

18. Tubaro A; Carter S; Hind A; Vcentinic, Mianol A prospective study of the safety and efficacy of suprapubic transvesical prostatectomy in patients with benign prostatic hyperplasia. *The Journal of Urology*. 2001 Jul, 166 (1); 172-6
- 18.- Gómez CFJ, Teran TM; Familias. Conceptos, funciones y clasificaciones. Academia Mexicana de Profesores de Medicina Familiar AC p.1-13
- 19.- Muñoz, Espinoza AJM, Portillo SJ, Rodríguez GMG. La familia en la enfermedad terminal (I) Artículo de Revisión *Medicina de Familia* 2002, 3:190- 199.
- 20.- MUNOZ, Espinoza AJM, Portillo SJ, Rodríguez GMG. La familia en la enfermedad terminal (I) Artículo de Revisión *Medicina de Familia* 2002, 4: 262 -268.
- 21.-ZURRO MA, Cono PJF Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª Edición, Ed. Harcourt Vol. I España 1999, p. 205 – 221.
- 22.- FRAMO J. The integration of maritaltherapy with sessions with family or origin. Hand book of family therapy. Brunner Mazel. New York: 1981; 133-143.
- 23.- DAVID HO, Candice's SR, Douglas HS. Circumplex Model of marital and Family Sistem: VI. Theoretical Update: *Fam process*. 1983; 22:69-83.
- 24.- Schmidt V., Barreyro JP., Maglio A., Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. 2010; 3(2): 30- 35.

ANEXOS

ANEXO 1

Cohesión familiar

a)	Unión emocional	11, 19
b)	Apoyo o Soporte	1, 17
c)	Limites Familiares	7, 5
d)	Tiempo y amigos	9, 3
e)	Interés y Recreación	13, 15

Adaptabilidad Familiar

a)	Liderazgo	6, 18
b)	Control	2, 12
c)	Disciplina	4, 10
d)	Roles y reglas	8, 16, 20, 14

ANEXO 2
Ciclo Vital Familiar según Geyman

FASE DE MATRIMONIO	Es la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo.
FASE DE EXPANSION	Es el momento en el que se incorporan nuevos miembros a la familia
FASE DE DISPERSIÓN	Todos los hijos acuden a la escuela y ninguno trabaja
FASE DE INDEPENDENCIA	Los hijos de la familia están formando nuevas familias
FASE DE RETIRO Y MUERTE	Incapacidad para laborar, desempleo, agotamiento de los recursos económicos, muerte de un integrante

ANEXO 3**Cedula Básica de Información**

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

FECHA DE APLICACIÓN: _____
NUMERO DE FOLIO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS

NUMERO DE FILIACION: _____

DOMICILIO: _____

SEXO: 1 () Masculino

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL:

1 () soltero 2 () casado 3 () viudo 4 () divorciado 5 () otros
especificar: _____

ESCOLARIDAD:

1 () Primaria 2 () Secundaria 3 () Bachillerato 4 () Licenciatura
5 () Carrera Técnica 6 () Solo sabe Leer

Tiempo de diagnostico 1 () Días 2 () Meses 3 () Anos

Antígeno Prostático 1 () 40-50anos 2.5ng/dl, 2 () 51-60 anos 3.5ng/dl
3 () 61-70 anos 4.5ng/dl 4 () +70 anos 6.5ng/dl

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EMPLEADO

1= Fitoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Serenoa repens • Pigeum africanum. • Pigeum equinacea
2= Bloqueadores alfa-1-adrenérgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Finasterida
3= Inhibidores de la 5-alfareductasa	<ul style="list-style-type: none"> • Prazosina. • Terazosina • Doxazosina. • Tamsulosina,

TIPO DE FAMILIA: 1 () Nuclear 2 () Extensa 3 () Extensa Compuesta
4 () Mono parental 5 () Personas Solas 6 () Equivalentes FamiliaresCICLO VITAL DE LA FAMILIA 1 () Matrimonio 2 () Expansión 3 () Dispersión
4 () Independencia 5 () Retiro**ANEXO 4**

Test FACES III

FOLIO _____

FACES III

Oslon DH., Ponther J, Lavee Y.

Versión en Español; Gómez c. Irigoyen C.

1.Nunca 2.Casi Nunca 3.Algunas Veces 4.Casi Siempre 5.Siempre

Describe su Familia

- 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
- 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.
- 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.
- 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- 10. Padre e hijos se ponen desacuerdo en relación a los castigos.
- 11. Nos s Nos sentimos muy unidos.
- 12. En nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- 15. Con facilidad podemos planear actividades en la familia.
- 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- 19. La unión familia es muy importante.
- 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

EVALUACIÓN DEL FACES III

COHESION _____
 ADAPTABILIDAD _____

COHESION		ADAPTABILIDAD	
NO RELACIONADA	10 – 34	RIGIDA	10 – 19
SEMIRELACIONADA	35 – 40	ESTRUCTURADA	20 – 24
RELACIONADA	41 – 45	FLEXIBLE	25 – 28
AGLUTINADA	46 – 50	CAOTICA	29 – 50

COHESIÓN		Bajo \longleftrightarrow Moderado \longleftrightarrow Alto				
		DESLIGADA	SEPARADA	CONECTADA	ENMARAÑADA	
FLEXIBILIDAD	Alto \uparrow	CAÓTICA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	Moderado \uparrow	FLEXIBLE	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	Moderado \uparrow	ESTRUCTURADA	Rango medio	<i>Balanceada</i>	<i>Balanceada</i>	Rango medio
	Bajo \uparrow	RÍGIDA	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

ANEXO 6

ESCALA DE EVALUACIÓN INTERNACIONAL DE SÍNTOMAS DE LA PROSTATA (I-PSS)

	NUNCA	MENOS DE 1 EN 5 VECES	MENOS DE LA MITAD DEL TIEMPO	ALREDEDOR DE LA MITAD DEL TIEMPO	MAS DE LA MITAD DEL TIEMPO	CASI SIEMPRE
1. Durante el mes pasado, Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que la vejiga no se vacía completamente después de terminar de orinar?						
2. Durante el mes pasado, Con qué frecuencia ha tenido que volver a orinar en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?						
3. Durante el mes pasado, Con qué frecuencia se dio cuenta de que había parado y continuado varias veces cuando orinaba?						
4. Durante el mes pasado, Con qué frecuencia ha encontrado difícil el posponer el deseo de orinar?						
5. Durante el mes pasado, Con qué frecuencia ha tenido el chorro urinario débil?						
6. Durante el mes pasado, Con qué frecuencia ha tenido que pujar o hacer un esfuerzo para comenzar a orinar?						
7. Durante el mes pasado, generalmente, Cuantas veces se ha levantado durante la noche para orinar desde el momento en que se acostó hasta que se levanto por la mañana?						

Calificación

0-7=

Leve

8-19=

Moderado

20-35=

Severa

ANEXO 7



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

ASPECTOS ETICOS
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO

EVALUACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA DEL HGZ/ UMF N0.8 DR. GILBERTO FLORES
IZQUIERDO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ . FECHA: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "EVALUACION DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD EN EL PACIENTE PORTADOR DE HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA EN EL HGZ/UMF No.8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO". El objetivo de este estudio es analizar La cohesión y la adaptabilidad familiar en pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna. Esta investigación tiene la autorización de realizarse en esta unidad médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas son de carácter confidencial y será obtenida de forma voluntaria.

El objetivo de este estudio es analizar aspectos relevantes del cáncer gástrico desde su diagnostico, sintomatología, tratamiento, además de la aplicación del instrumento FACES III y resto de intervenciones que se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista al acudir a la consulta externa para tomar datos de identificación, de mi enfermedad e instrumento de funcionalidad familiar. Por lo cual declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios mayor vigilancia y acceso a estudios de gabinete que normalmente no están disponibles para la atención rutinaria de los pacientes, inconvenientes y molestias como es la venopunción, responder a la entrevista dirigida. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de investigador

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

ANEXO 8

Valores de corte de PSA para referencia a centro especializado

	50-59 años	60-69 años	>70 años
Valores de Corte	3nanogramos/ml	4 nanogramos/ml	5 nanogramos/ml

Un valor muy elevado es indicación clara de referencia, sin embargo existe controversia sobre el manejo con valores moderadamente elevados

MANEJO POR PASOS DE LOS SÍNTOMAS DE HPB

PASOS	CARACTERISTICAS CLINICAS	SEGUIMIENTO MINIMO
Paso 1, Observación cercana	Síntomas leves a moderados	Anual: evaluación de los síntomas y examen físico
	Puntaje de síntomas <7	
	Puntaje de síntomas .8 sin mayor impacto personal	
Paso 2, Bloqueador Alfa	Pacientes con uropatía obstructiva severa cuya condición física contraindica la realización d un procedimiento quirúrgico.	Cada 6 meses: evaluación de los síntomas y examen físico.
	Mayores de 50 años con uropatía obstructiva moderada a severa >8 puntos, mientras espera de la cirugía correctiva.	
	En los cuales la cirugía correctiva a su proceso obstructivo moderado conlleva alto riesgo de efectos indeseables.	
Paso 3, Cirugía	Síntomas severos refractarios a tratamiento. Duda razonable de cáncer de próstata.	Cada 3 meses evaluación de los síntomas y examen físico según sea necesario.

CRITERIOS DE REFERENCIA A UN CENTRO ESPECIALIZADO

Criterio	Tiempo
Desarrollo de retención aguda de orina	Emergencia
Falla renal aguda	Emergencia
Hematuria o incontinencia	Urgente
Sospecha de cáncer de próstata basado en criterios clínicos o niveles de PSA	Urgente
Disuria con cultivo negativo	Urgente
Retención urinaria crónica con incontinencia nocturna	Urgente
Infección recurrente del tracto urinario	Rutina
Hematuria microscópica	Rutina
Refractarios al tratamiento	Discrecional
Falla renal crónica o daño renal	Discrecional

Un valor muy elevado de PSA es indicación clara de referencia, sin embargo existe controversia sobre el manejo con valores moderadamente elevados.

ANEXO 9 PRINCIPALES MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN LA HIPERPLASIA PROSTÁTICA OBSTRUCTIVA

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACION	TIEMPO (PERIODO DE USO)	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
FINASTERIDA	Oral-adultos 5mg una vez al día	Gragea o tableta recubierta. Cada gragea o tableta recubierta contiene: Finasterida 5mg	Condicionado a indicación de cirugía	Disminuye la libido y el volumen eyaculatorio Hipotensión ginecomastia, reacciones de hipersensibilidad inmediata	Ninguna de importancia clínica	Hipersensibilidad a la finasterida
TAMSULOSINA	Oral-Adultos 0.4mg cada 24 horas por las noches	Capsula de liberación prolongada 0.4mg	Condicionada a indicación de cirugía	Vértigo, congestión nasal, disfunción eyaculatoria, cefalea, astenia, hipotensión postural, sequedad de boca	Co 110administración de la cimetidina provoca una elevación de los niveles plasmáticos de la tamsulosina, en tanto que con la furos mida se disminuyen.	Hipersensibilidad al fármaco o a cualquier otro componente del producto, hipotensión ortostática, insuficiencia hepática, litiasis vesical, orina residual mayor 50%, hematuria frecuente, insuficiencia renal.
TERAZOSINA	Oral-Adultos 2 a 5 mg cada 24hrs por las noches	Tabletas de 2 y 5mg	Condicionado a indicación de cirugía	Síncope, vértigo, rinitis, cefalea, palpitaciones, somnolencia, astenia, disnea, hipotensión postural, impotencia, disfunción eyaculatoria.	Mareo con la 110administración concomitante con la IECA y los diuréticos	Hipersensibilidad al fármaco o a cualquier otro componente del producto, hipotensión ortostática, insuficiencia hepática, litiasis vesical, orina residual mayor al 50% hematuria frecuente, insuficiencia renal.
PRAZOSINA	Oral-Adulto iniciar 0.5 mg/ cada 12horas, durante 3 a 7 días; mantenimiento: 2 mg cada 12hrs.	Tabletas de 0.5mg		Depresión, nerviosismo; mareos, somnolencia, cefalea, síncope, pérdida de la consciencia; visión borrosa; vértigo; palpitaciones; disnea, constipación, alteraciones gastrointestinales; erupciones; polaquiuria; edema, astenia, debilidad.	Ninguna	Hipersensibilidad, hipertensión ortostática (postural), Insuficiencia renal,

Anexo 10 TRATAMIENTOS QUIRURGICOS

Procedimiento	Descripción
Resección transuretral de la próstata RTUP	Es el "estándar de oro" del tratamiento quirúrgico de la HPB. Consiste en la remoción endoscópica vía uretral del tejido prostático obstructivo por medio de energía eléctrica monopolar o bipolar transmitida a una asa diatérmica. Próstatas de más 80 gramos no son adecuadas para este procedimiento.
Incisión transuretral de la próstata ITUP	Se realizan 1 a 2 cortes en la próstata hasta su capsula de manera endoscópica sin reseca tejido. Es una opción de tratamiento endoscópico limitado a próstatas de menos de 30g en aquellos pacientes en los que se quiera preservarla eyaculación .
Prostatectomía abierta PA	Se realiza a través de cualquiera de dos vías, Retro púbica (sin apertura vesical) o supra púbica (atreves de una incisión vesical). Consiste en la enucleación digital del adenoma prostático con abordaje abdominal. Su aplicación es en próstatas mayores de 80 gramos.
Prostatectomía laparoscopia PL	Es un procedimiento atreves de un abordaje laparoscopico.
Terapia Transuretral con microondas TUMT	Se realiza en una hora, con aparatos de alta energía. El grado de mejoría depende del tamaño de la próstata, grado de obstrucción, tipo de máquina y protocolo de tratamiento usado. Puede combinarse con alfa bloqueadores, ha demostrado una mejoría rápida de los síntomas y mejora a largo plazo. Aun cuando las complicaciones son raras las que se presentan son necrosis del pene y fistula uretral. Pero se encuentra en desuso debido a que no hay evidencia efectiva de la mejoría.
Ablación transuretral con aguja TUNA	Se usa energía de radiofrecuencia para quemar el adenoma prostático y fibras nerviosas intraprostaticas, en seguimiento a 5 años un 24% de los pacientes requirió un tratamiento adicional. Este procedimiento está indicado en pacientes con volumen prostático <60ml, crecimiento predominate del lóbulo lateral, retención urinaria crónica, pacientes de alto riesgo quirúrgico. Requiere intervención (RTUP) en el 15% de los pacientes.
Enucleación prostática con laser de Holmio HoLEP	Consiste en la remoción del adenoma prostático por medio de su enucleación utilizando laser de Holmio para disección subscapular y un modelador de tejido para la extracción de este. Se obtiene mejores resultados en pacientes con próstatas entre los 50 y 60 gramos.
Vaporización prostática con laser de Holio o KTP HoLVP o PVP	Utiliza laser que vaporiza y remueve rápidamente el tejido prostático, por vía endoscópica sin dañar otros tejidos, depende del tamaño de la próstata. Mejora los inmediatamente los síntomas, menor sangrado y menor frecuencia y tiempo de cateterizarían, menor incidencia de eyaculación retrograda.