

11226

140



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN PACIENTES CON
CANCER DE PROSTATA ETAPA D,
DEL H.G.Z. No.24 DEL IMSS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA
F A M I L I A R
P R E S E N T A :
ROCIO MUNGUIA CRUZ

ASESOR:
DRA. YOLANDA E VALENCIA ISLAS



MEXICO D.F.

MARZO 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

Vo. Bo

ASESORA DE TESIS

Dra.: Yolanda E.Valencia Islas
Especialista en Medicina Familiar
Profesora Titular del Curso de
Especialización de Medicina Familiar
U.M.F. No 20 Delegación 1 .N.O. del D.F.
IMSS.

Vo. Bo

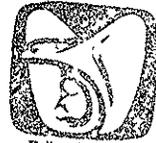


Dra. Yolanda E. Valencia Islas

Profesora Titular del Curso de
Especialización en Medicina Familiar

U.M.F. No 20 Delegación I NO D.F.

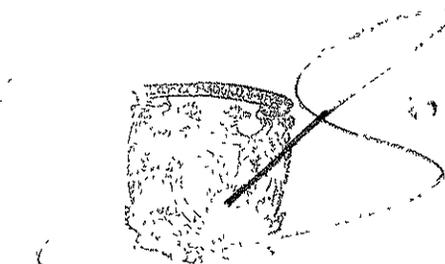
IMSS



IMSS

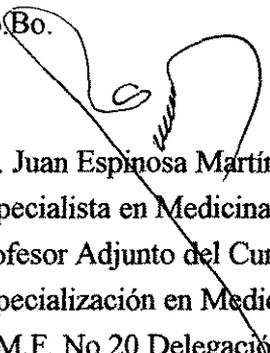
U.M.F. No. 20

DEPARTAMENTO DE EDUCACION E
INVESTIGACION MEDICA



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. S. M.

Vo.Bo.



Dr. Juan Espinosa Martínez
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Adjunto del Curso de
Especialización en Medicina Familiar
U.M.F. No 20 Delegación 1 NO D.F.
I.M.S.S.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres

Por su apoyo recibido durante todo mi periodo de formación

A mis Hermanas

Por su apoyo y comprensión durante todo este tiempo

A mis Amigos

Por su apoyo, enseñanza y por ayudarme a conocer la verdadera amistad en todos los momentos

A mis Docentes Yolanda y Juan

Por su apoyo y enseñanzas recibidas en mi período de formación como especialista

Gracias

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Objetivos	2
Justificación..	3
Antecedentes Científicos....	5
Planteamiento del Problema.....	29
Hipótesis..	29
Material y Métodos.....	30
Presentación de Resultados.....	35
Tablas y Gráficos.....	39
Análisis e Interpretación de Resultados.....	70
Conclusiones.....	75
Comentarios...	77
Resumen.....	79
Bibliografía.....	81
Anexos.	87

**CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES CON CANCER DE PRÓSTATA ETAPA D, DEL
H.G.Z. No 24 DEL IMSS**

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la Calidad de Vida y Funcionalidad Familiar de los pacientes con Cáncer de Próstata del HGZ no 24

OBJETIVOS PARTICULARES

- Evaluar calidad de vida del paciente con cáncer de próstata.
- Conocer cuales son los factores familiares que determinan la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata.
- Identificar el grado de conocimiento del paciente con cáncer de próstata con respecto a su enfermedad
- Comparar la funcionalidad familiar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata.
- Identificar el grado de cohesión y adaptabilidad dentro de la funcionalidad familiar del paciente con cáncer de próstata.
- Describir las áreas o funciones más afectadas de la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata
- Identificar en los pacientes con cáncer de próstata el grupo de mayor incidencia
- Conocer si el paciente con cáncer de próstata recibe ayuda de la familia y de que tipo.
- Discutir si el tiempo de diagnóstico, es un factor que interviene en la calidad de vida de estos pacientes con cáncer de próstata.

JUSTIFICACION

En la consulta externa se ha observado un incremento en la incidencia del cáncer de próstata como motivo de consulta, estudiaremos la funcionalidad familiar, su repercusión de esta en la calidad de vida del paciente con cáncer en los diferentes tratamientos médicos existentes en el HGZ No. 24 del IMSS.

Además de que la importancia de este estudio radica en conocer como la funcionalidad familiar va a ser un determinante en el pronóstico de la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata.

El médico siempre ha estado más preocupado en formular el diagnóstico del trastorno que le aqueja a sus pacientes y por administrarle un tratamiento que en establecer un pronóstico, cuando es obvio que para el paciente y sus familiares, las prioridades están contenidas en la esperanza de recuperar la salud o al menos, en poder aspirar a una razonable calidad de vida futura. El padecimiento grave obliga al médico a enfocarse fundamentalmente al pronóstico, creándole inmenso malestar y dificultades de comunicación con el paciente y la familia.

Esta demostrado que la depresión y el estrés reducen la supervivencia, ya que el estrés influye sobre el sistema inmunológico y altera los ejes hipotálamo/hipofisario y suprarrenal. Los pacientes con cáncer sufren un cambio brusco en su vida. Se enfrentan al temor que les produce la muerte ya que su seguridad también se ve amenazada.

El contexto familiar va a jugar un papel muy importante como un determinante en la calidad de vida del paciente con cáncer ya que sus actitudes y palabras van a repercutir favorable o desfavorablemente en su bienestar.

Puesto que el estar con un paciente con cáncer la familia enfrentará situaciones extremas exigen muchos cuidados y sacrificios, hace que los familiares se puedan convertir en enfermos paralelos.

La trascendencia de este estudio es que a nivel institucional no existen estudios que incluyan o que aborden el aspecto funcional, psicológico y social de una familia con paciente portador de cáncer. No sabemos como se modifica toda estructura familiar en los diferentes tratamientos y como estos a su vez fungirán como determinantes de la calidad de vida del paciente con cáncer.

TESIS CON
FALSA F. ORIGEN

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En el mundo industrializado moderno, el cáncer se presenta como la más temida de todas las enfermedades. Por lo cual podría pensarse que el cáncer tiene dos formas de presentación en nuestro mundo: el de las naciones pobres y el de las naciones ricas.

La razón por la cual el cáncer es tan temido se debe, además de su frecuencia cada vez mayor, a su naturaleza. Esto es porque el cáncer es visto como algo que se origina en una región muy localizada y después se disemina al resto del organismo, al que gradualmente va destruyendo. El problema del cáncer se debe a que es una enfermedad con un gran periodo de latencia.(1,2,3,4)

En las sociedades desarrolladas o industrializadas, aproximadamente el 1% de la población muere anualmente. El cáncer actualmente presenta una tendencia a incrementarse. La mayoría de las diversas formas de cáncer son causadas, en su mayor parte o enteramente, por factores que se encuentran en nuestro medio ambiente, que varían de un lugar a otro y de una generación a la siguiente. Aún sin conocer cuáles son estos factores, podemos deducir, en principio que por lo menos que el cáncer puede ser una enfermedad prevenible. La frecuencia de este padecimiento está fuertemente determinada por el ambiente y en consecuencia es un padecimiento susceptible de prevención.

En los últimos veinticinco años ha recibido un esfuerzo coordinado para recabar estadísticas de diferentes regiones del mundo y de poblaciones diversas que representan una gran variedad de ambientes y estilos de vida.

En nuestro país, catalogado como un país en vías de desarrollo, no podría escapar a las tendencias mundiales de morbilidad por este grave padecimiento. Se dice que para este año 2000, en los países de este tipo, uno de cada dieciséis personas morirá por esta causa, para esta época se estima que las defunciones por cáncer pueden aumentar a más del 50%.(4,5)

Dentro de los padecimientos del hombre, los que más han llamado la atención e interés del mismo enfermo corresponde a los de la vía urogenital, dentro de estos, el más frecuente en cuanto a su presentación en la etapa de la vejez corresponde al problema prostático. Desde muchos años antes de Cristo ya se conocía la patología prostática y a lo largo de la historia de la medicina se han hecho numerosos estudios relacionados con esta patología.(4)

En México el cáncer irá adquiriendo cada vez mayor relevancia como causa de morbilidad. El cáncer de próstata comprende el 3.7% de todos los cánceres nuevos y el 7.3% entre los varones. La frecuencia de este cáncer es particularmente alta en naciones del primer mundo, especialmente en Norteamérica, Europa, Australia y en Nueva Zelanda. En México el cáncer de próstata se encuentra registrado en tercer lugar, el cual se asemeja a lo reportado en países desarrollados.(1,4,5,6,7,16,18)

El cáncer de próstata es el tumor maligno más frecuente en los varones estadounidenses, por lo cual se ha convertido en un problema de salud pública en muchos países del mundo, incluso el nuestro. Se ha observado que las tasas de incidencia, mortalidad por este cáncer ajustadas a la edad, varía de un país a otro.

Su prevalencia es mayor en varones de más de 50 años, y su incidencia aumenta en cada década subsiguiente. En 1999 se diagnosticaron cerca de 184,500 casos nuevos de cáncer de próstata en Estados Unidos. Esto significa un diagnóstico cada tres minutos. Además el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por cáncer en los varones estadounidenses en la actualidad. Aproximadamente 39,000 varones murieron por causa de esta enfermedad en ese mismo año: es decir, uno cada trece minutos. En términos generales el tumor sigue una evolución indolente, de manera que los pacientes pueden vivir años después del diagnóstico. En 1994, el cáncer de próstata superó al de pulmón como el tumor no cutáneo diagnosticado con mayor frecuencia. En los varones americanos es decir unos 200,000 casos nuevos. En los últimos 10 años la incidencia por cáncer de próstata ha aumentado en un 325%, aproximadamente el 8% de todos los hombres en los Estados Unidos tendrán cáncer de próstata en alguna época de su vida, independientemente de la raza o de la edad.(2,3,4,16,17,18)

La etiología es aún desconocida, pero se han establecido factores de riesgo de tipo racial, las diferencias geográficas, dietas altas en grasas y los factores hereditarios como implicaciones. Dentro de estos factores de riesgo mencionaremos:

1. Factores del medio ambiente como el tabaco, la alimentación y exposición profesional a carcinógenos.
2. Factores sexuales. Se ha sugerido que hay aumento en el riesgo de cáncer de próstata cuando el número de parejas sexuales aumenta, así como el incremento en la actividad sexual y de la relación sexual con prostitutas, se menciona la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales como otra posible causa.
3. Factores hormonales. Se ha observado una influencia hormonal en la medida que el crecimiento de la glándula es favorecida por el estímulo

hormonal de la testosterona. Está hipótesis se apoya en el hecho de que el cáncer de próstata es poco frecuente en hombres castrados. Se ha encontrado que otras hormonas como la prolactina y los estrógenos pueden jugar un papel muy importante en el metabolismo prostático. Los pacientes con cirrosis hepática tienen niveles bajos de testosterona en el plasma pero también tienen hiperestrogenismo. Los estrógenos constituyen una forma excelente de tratamiento hormonal del cáncer prostático metastásico. En estudios realizados por Goldin y cols. piensan que la fibra de la dieta pueden influir en el metabolismo de los estrógenos plasmáticos mediante la alteración de la circulación enterohepática. Después del metabolismo preliminar en el hígado, estos metabolitos esteroides se excretan en la bilis y penetran al aparato intestinal donde se pueden reabsorber y regresar al hígado o se excretan por las heces. Los vegetarianos con la ingestión elevada fibra de la dieta pueden excretar más de los esteroides sexuales en las heces, por lo que disminuyen los niveles plasmáticos de estas hormonas. Se demostró que estas fibras captan estrógenos y testosterona in vitro, lo que podría disminuir teóricamente, el riesgo para padecer cáncer de próstata.(1,3,4,8,9)

4. Predisposición genética. En 1960 un estudio demostró que el deceso, en hijos de padres con cáncer de próstata fue tres veces mayor que en aquellos que no tenían este antecedente.

El cuadro clínico se manifestará por la presencia de síntomas urinarios, los cuales son semejantes a los presentes en la hiperplasia prostática. Si tomamos en cuenta que el 85% de los tumores prostáticos inician en la zona periférica, por lo cual los síntomas locales se presentan hasta que existe progresión hasta el cuello vesical o la uretra. La enfermedad cuando está localizado a la glándula suele ser asintomática. Los síntomas

referidos por frecuencia son nicturia, disuria y retención urinaria aguda, se presentan sólo en el 60% de los pacientes con cáncer prostático. La hematuria es un síntoma poco frecuente y se presencia puede sugerir invasión a cuello vesical o trígono. Se deben de buscar otros signos y síntomas en forma intencionada tales como crecimiento ganglionar supraclavicular, edema de miembros inferiores y área genital, signos de compresión radicular, obstrucción rectal (dolor abdominal, constipación y sangrado rectal), hemospermia, fibrinólisis, anemia importante ya que existe una afinidad del cáncer prostático a invadir médula ósea, insuficiencia renal crónica por compresión ureteral bilateral debida a crecimiento ganglionar o bien por extensión tumoral al piso de la vejiga, fracturas en terreno patológico, dolor óseo, etc.(3,4,6,8,9,10)

La exploración física del paciente se debe tener especial cuidado en revisar la glándula prostática, ya que la piedra angular en el diagnóstico del cáncer prostático es una buena exploración rectal. Tradicionalmente el examen digitorectal ha sido el medio diagnóstico y evaluación de la enfermedad de la glándula prostática. La Sociedad Americana para el Cáncer y la Asociación Americana de Urología recomiendan a todos los varones mayores de 50 años de edad y en aquellos de 40 años de edad que corren un riesgo elevado de padecer cáncer de próstata, es decir en quienes tienen antecedentes familiares de esta enfermedad y los varones afroamericanos. La cual deberá ser realizado con el paciente en decúbito lateral, el propósito del tacto rectal es definir el tamaño aproximado en gramos, consistencia, uniformidad, movilidad y límites de la próstata, haciendo énfasis en la exploración de ambas vesículas seminales y en la integridad de la cápsula prostática. Se debe especificar cada una de las características mencionadas.(8,9,10)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) los tumores de próstata se clasifican en epiteliales y no epiteliales de acuerdo con el sitio donde se originan. La determinación de grados tumorales ha sido y sigue siendo un gran esfuerzo por pronosticar el comportamiento de los tumores. La gradación de la estructura histológica del tejido tumoral se utiliza como factor pronóstico para evaluar la probabilidad de progresión de dicho tumor. Se han hecho múltiples sistemas de gradación, pero en un esfuerzo por estandarizar se utilizó el sistema de Gleason, este fue propuesto en 1966 en el cual se reconoce un patrón primario y otro secundario, en cada uno, cinco patrones diferentes. La suma de los dos constituye el grado (la suma de Gleason) (5,9,10,13)

La mortalidad tiene una correlación con el patrón histológico, así como la conducta biológica, la cual hace que se promedien los dos grados encontrados en el tumor calificándolos del 2 al 10 (si solo está presente un grado se multiplica por dos). Este sistema solo considera el grado de diferenciación glandular y la relación entre glándula y estroma prostático. Enseguida se mencionan las características histológicas de la clasificación.

Grado 1. Glándulas simples comprimidas y alineadas en una capa única de células epiteliales rectangulares. Se agrupan en masas rugosas redondeadas y bordes relativamente lisos. Este tumor puede ser muy poco diferenciado por lo que algunos lo llaman pequeñas áreas de adenosis.

Grado 2. Hay una moderada pero definitiva separación de las glándulas tumorales y el estroma mayor variación en el tamaño y forma de las glándulas que en el grado 1. La separación de las glándulas también es vista en los bordes de las áreas del tumor, sugiere capacidad limitada para crecer a través del estroma. Pequeñas áreas de este tumor son llamadas adenosis.

Grado 3. Se clasifica en 3 A, 3 B y 3 C. Los grados A y B tienen una variación más severa en el tamaño y la forma de separación de glándulas mayor que el grado 2. Algunas glándulas tendrán formas anguladas, angostas, elongadas, enroscadas y en forma de esquina. Presenta una separación irregular de las glándulas dentro del estroma y las áreas del tumor alcanzan los bordes. Los grados 3 A y 3 B sólo difieren en el tamaño promedio de las glándulas tumorales. El grado 3 B es moderadamente más maligno que el 3 A. La forma 3 C consiste en masas y cordones de tumores papilares y/o cribiformes, los bordes de las masas tumorales son lisas y redondeadas.

Grado 4. Puede ser microacinar, cribiforme o papilar con invasión de los bordes, parece como en tercera dimensión, crece como esponja de epitelio con pérdida de su estructura tubular. Las formas más comunes son las de células oscuras y las que tienen forma de células hipernefroides, ambas con el mismo grado de malignidad biológica y con frecuencia son encontradas juntas.

Grado 5. Incluye dos patrones. La forma 5 A consiste en cilindros planos, redondos, papilares o cribiformes con formas variables de necrosis central (comedocarcinoma) hay presencia de necrosis indica grado 5. El 5 B es infiltrante, anaplásico, con lumen glandular esparcido o vacuolado.(9,10)

El sistema de determinación de la OMS, ha sido adoptado por la International Union Against Cancer (UICC) Y por el American Joint Committee on Clinical Staging of Tumors. Algunos centros han rotulado como el Gleason 2, 3, 4 y 5 como bien diferenciados, Gleason 6, 7 y 8 como moderadamente diferenciados.(1,2,3,4,9,10)

Una vez hecho el estudio clínico del paciente el cual incluye: Historia clínica, Examen Dígito Rectal, Determinación del APE, y otros exámenes

diagnósticos auxiliares Se realiza una estadificación histopatológica del tumor por medio del Sistema de Whitmore-Jewet, el cual describiremos a continuación:

Etapa A. El hallazgo de cáncer es incidental, se subdivide en 2. A1: Lesión en menos del 5% del material de RTUP y con suma de Gleason menor de 7. A2: Lesión en más del 5% del material estudiado o bien A1 con suma de Gleason mayor de 7.

Etapa B. Cáncer confinado a la glándula, clínicamente detectable. B1. Nódulo palpable no mayor de 1.5 cm, confinado a un lóbulo. B2: Tumor palpable que involucra todo un lóbulo o más; pero confinado a la glándula.

Etapa C: El cáncer está localmente avanzado. C1: Tumor con infiltración microscópica o perforación de la cápsula prostática. C2: Tumor que puede estar fijo, o con invasión a los márgenes de resección ya sea cuello o uretra.

C3: Tumor extracapsular con extensión a vesículas seminales.

Etapa D: Cáncer metastásico. D1. Metástasis a ganglios linfáticos. D2: Metástasis a estructuras óseas u otros órganos.

La determinación de la etapa nos proporcionará el pronóstico y el tratamiento a efectuar (2,9,10)

Otro método de estadificación es el propuesto por el Unione Internationale contre le Cancer (UICC), el cual es recomendada por la American Joint Commission on Cancer, es el siguiente:

Tx: Paciente aún sin elementos para etapificar.

T0: Tumor no palpable.

T1: Tumor intracapsular rodeado de tejido normal.

T2: Tumor confinado a la glándula pero deformado en su contorno.

T3: Tumor con extensión extracapsular o a vesículas seminales

T4: Tumor fijo o extensión a estructuras vecinas.

Nx: Sin elementos para etapificación ganglionar.

- N1: Metástasis a un solo ganglio linfático regional.
N2: Metástasis a varios ganglios linfáticos regionales.
N3: Masa fija a la pared pélvica con espacio libre entre la masa y el tumor primario
N4: Metástasis de ganglios fuera de la pelvis.
Mx: No existen elementos para identificar metástasis distantes.
M0: No existen metástasis distantes.
M1: Metástasis a distancia, especificando el sitio.

Dependiendo de la etapa en la que se encuentra va a depender el tipo de tratamiento a seguir, tomando en cuenta otro tipo de exámenes diagnósticos auxiliares tales como en los que se incluye la determinación del Antígeno Prostático Específico (APE) , el cual es una proteína con especificidad tisular prostática. Esta es sintetizada por el retículo endoplásmico rugoso, se almacena en vesículas y vacuolas liberándose a la luz glandular por exocitosis.(4,8,9,11,12,13)

El APE está distribuido de forma, bimodal por edades. Se ha observado que su concentración es alta en el nacimiento, disminuye a los 6 meses de edad y desaparece de los 12 a los 10 años.(8,9,10,11,12)

En pacientes con cáncer de próstata se ha informado que tiene una sensibilidad de 79-97%, una especificidad del 48-90% y un valor predictivo del 33-47%.

El volumen del cáncer es el determinante principal de los niveles de APE, aumentando 3.5 ng/ml por cada centímetro cúbico de cáncer por radioinmunoanálisis, con mayor correlación del volumen del cáncer que el grado de Gleason. Su determinación puede ayudar al diagnóstico del tumor primario en casos de cáncer oculto que debuta con síntomas inespecíficos.

Conforme avanza el estadio de la enfermedad aumenta en nivel sérico del APE.

El nivel sérico del APE se ve modificado por una serie de exploraciones habituales en la clínica urológica: Tacto Rectal de 1.5 a 2 veces los niveles previos, la Biopsia –Aspiración Prostática el aumento es de hasta 57 veces, la cistoscopia aumenta cuatro veces los niveles de APE, la resección transuretral de próstata, elevaciones de hasta 53 veces los valores previos, hipertermia prostática, ecografía transrectal.

El valor sérico normal para esta proteína fue en un principio 4 ng/ml, ahora se comunica que 10 ng/ml es el límite superior. El APE es el método más útil para el control de la respuesta al tratamiento y precede en meses a años a otros signos de enfermedad recurrente. El nivel de APE es mayor en los tumores más diferenciados (suma de Gleason más alta), con los siguientes valores medios.

- Gleason menor o igual a 6: 38 + 8 ng/ml
- Gleason mayor o igual a 7: 171 + 36 ng/ml.
-

El volumen del cáncer es el determinante principal de los niveles de APE, aumentando 3.5 ng/ml por cada centímetro cúbico de cáncer, con mayor correlación del volumen del cáncer que el grado de Gleason. Su determinación puede ayudar al diagnóstico del tumor primario en casos de cáncer oculto que debuta con síntomas inespecíficos, como en el caso informado por Hernández y cols. (1987) de síndrome febril con aumento de APE.

Conforme avanza el estadio de la enfermedad aumenta el porcentaje de elevaciones y el nivel sérico del APE. Tomando un segundo nivel

patológico en 10 ng/ml, en lugar de 4 ng/dl, se observa que el 93-94% de los pacientes que lo sobrepasan tienen afectación extracapsular, mientras que sólo el 7% de los pacientes con enfermedad intracapsular tienen valores elevados. En enfermedad metastásica activa casi siempre está aumentado.

Según Boccon-Gibon (1988), una elevación mayor de 100 ng/ml indica enfermedad metastásica y mayor de 50 ng/ml extensión extracapsular.

Oesterling y cols. (1988) encuentran una relación directa entre los niveles de APE y la penetración extracapsular por el tumor, afectación de vesículas seminales y de ganglios linfáticos.

Palken y cols. (1990) encuentran niveles de APE sérico mayores de 10 ng/ml en tumores de más de 3cc y los mayores de 50 ng/ml indican estadio C o D.

El APE puede diagnosticar con mayor seguridad la enfermedad en estadio D1, en un momento en que la fosfatasa ácida, PAP y los métodos de imagen son normales.

Teillac y cols. Hallaron los valores medios del APE en los distintos estadios:

- Estadio A: 30.35 ng/ml
- Estadio B: 196.5 ng/ml
- Estadio C: 1,200 ng/ml
-

En la detección de metástasis óseas (estadio D 2) el valor predictivo negativo de un nivel de APE < 20 ng/ml es de 99.7%.

Al ser la próstata la única responsable de la producción de APE, la extirpación de todo el tejido prostático debe hacer que la concentración de APE, sea indetectable a las tres semanas de la intervención, en caso contrario, indica la existencia de tumor residual. Si a los tres meses de la intervención el APE es aún detectable, ya no desciende posteriormente. Si se produce la elevación después de seis meses de la intervención indica enfermedad recurrente.

Lange y cols. (1989) observan que el 93% de los pacientes con APE menor de 0.2 ng/ml con RIA después de la prostatectomía radical no tienen evidencias de enfermedad con seguimiento de 6 a 70 meses, mientras que el 100% de los pacientes con niveles mayores de 0.4 ng/ml a los 3-6 meses, tienen enfermedad recurrente.

El APE es el indicador más sensible de enfermedad residual; a menudo precede a otros signos de enfermedad recurrente por muchos años. Stamey y cols. (1987) recomiendan su determinación tres semanas después de la cirugía radical, cada tres meses durante el primer año, cada cuatro meses durante el segundo año y cada seis meses a continuación.(1,3,4,5,9,11,12,13)

Los diversos tratamientos encaminados a eliminar los andrógenos (orquiectomía, estrógenos, análogos de la LH-RH, antiandrógenos) disminuye drásticamente la concentración sérica de APE, en la mayoría de los pacientes hasta un 97% de los valores previos. Vuelve a elevarse en el 72% de los casos a partir de los seis meses de comenzar el tratamiento. Las elevaciones después de los tres meses indican un riesgo alto de progresión en dos años. Por lo tanto el APE, tiene la mayor utilidad en el control de la

evolución de la enfermedad y de la eficacia del tratamiento, especialmente de la prostatectomía radical.

El APE por sí solo no puede emplearse para distinguir entre la enfermedad intra y extraprostática y, por tanto, decidir si está indicado un tratamiento curativo o paliativo.

Pero existen algunos datos orientadores:

- APE < 10 ng/ml: no es necesaria la gammagrafía ósea de estadiaje.
- APE > 10 ng/ml: afectación extracapsular en 93-94%.
- APE > 30 ng/ml o > 50 ng/ml: mayor probabilidad de metástasis linfáticas.
- APE > 100 ng/ml: metástasis a distancia

Dentro de los otros marcadores tumorales la fosfatasa alcalina se ha utilizado como marcador de tumores óseos primarios (sarcoma osteogénico) o metastásicos a hueso. Aumenta sobre todo en casos de metástasis osteoblásticas, como los producidos por el cáncer de próstata.(8,9,10,11,12)

Otro de los exámenes paraclínicos utilizados son el Ultrasonido transrectal de la próstata en el cual se señala la glándula prostática midiendo su volumen total, las lesiones características cancerosas son: lesiones hipoeoicas y los tumores que dan esa imagen tienden a ser moderadamente diferenciados o indiferenciados. La gammagrafía ósea nos muestra la actividad tumoral metastásica mediante los llamados “puntos calientes”, varios autores han demostrado que la aparición de metástasis óseas es muy baja cuando el nivel de APE sérico es menor de 10 ng/ml y no hay sintomatología ósea, actualmente las indicaciones para realizar un

gammagrama óseo para el diagnóstico y estadificación del cáncer se limitan para aquellos pacientes con APE mayor de 10 ng/ml y quienes refieren dolor óseo. El otro estudio a realizar es la Tomografía Axial Computarizada la cual es un auxiliar en la evaluación de las metástasis a los ganglios linfáticos a nivel de la pelvis y áreas sospechosas encontradas en el gammagrama óseo.(1,2,3,4,10,11,12)

El tratamiento dependerá del estadio en el que se encuentre el cáncer, si este se encuentra localizado, el paciente y el urólogo se enfrentan a las distintas opciones de tratamiento: I. Espera vigilante, II. Cirugía radical, III. Radioterapia y IV Tratamiento hormonal.

El paciente debe conocer y tener una idea razonable de los resultados, ventajas y desventajas de las diversas alternativas. Debe conocer la probabilidad de curación, de riesgo y progresión de la enfermedad y muerte postmetástasis, mortalidad, complicaciones y efectos secundarios de la cirugía radical y radioterapia, riesgo de incontinencia e impotencia por la cirugía radical y la radioterapia, respuesta y recurrencia al tratamiento hormonal y efectos adversos al mismo y el costo económico del tratamiento, tomando en cuenta los factores de riesgo del cáncer y en particular de cada paciente. El bienestar del enfermo se ha determinado por el desempeño y funcionamiento de sus actividades, por escalas de intensidad del dolor, el uso de analgésicos y por supuesto por la calidad de vida.(8,9,12,13,6)

Dentro de los regímenes de tratamiento encontramos: el tratamiento hormonal del cáncer de la próstata, ya que está es la más sensible de todos los cánceres hormono-dependientes a la terapia endocrina. La orquiectomía bilateral es la forma más común de tratamiento del cáncer de próstata avanzado; elimina el origen testicular de la testosterona que representa el

90-95% del total de andrógenos, se menciona que la castración y los estrógenos reducen el dolor y mejoran la calidad de vida en una gran proporción de pacientes, no han mostrado prolongar la vida en el cáncer de la próstata avanzado. Los efectos colaterales de la castración son la impotencia, disminución de la libido y bochornos, son relativamente bien tolerados y por supuesto una ventaja es su bajo costo. La orquiectomía elimina la testosterona testicular, disminuye la dehidrotestosterona sérica, elimina la retroalimentación negativa hipotálamo-hipófisis y aumenta la FSH y LH. Los estrógenos potentes, de los cuales el dietilestilbetrol es un ejemplo, tienen su lugar como alternativa de la orquiectomía. Otro camino para inhibir la producción de andrógenos es la adrenalectomía médica con fármacos como la aminoglutamida y el ketoconazol. Los antiandrógenos esteroideos y no esteroideos contrarrestan in vivo la acción de las hormonas exógenas. Dentro de los más representativos encontramos a la ciproterona, la flutamida. Los agonistas de la hormona liberadora de la hormona luteinizante inducen la reducción de testosterona y de la dehidrotestosterona a niveles de castración.(9,12,14,15,16,17)

No hay un consenso general sobre el manejo adecuado de los pacientes con etapa patológica D1 del carcinoma prostático. Aunque la curación no existe, en algunos hombres se puede lograr una paliación de la lesión local y supervivencia por periodos aparentemente libres de enfermedad. El tratamiento indicado en este estadio D, es a base de la monoterapia (hormonas, radioterapia, hormonoterapia). El empleo de terapia hormonal mejora la supervivencia libre de la progresión de la enfermedad. La linfadenectomía y la prostatectomía radical muestra una supervivencia libre de la enfermedad de aproximadamente 20 a 40% a cinco años en pacientes bien seleccionados en esta etapa D, tratados sólo por cirugía radical. La radioterapia externa no es 100% efectiva para controlar la enfermedad

pélvica y no parece tener beneficio alguno en prevenir los efectos de la progresión local. Hay estudios que sugieren que el tratamiento endocrino hormonal temprano, combinado con radioterapia, puede reducir la progresión de la enfermedad en grandes tumores primarios.(8,9,15,16)

El seguimiento se efectuará cada seis meses durante los primeros dos años mediante exploración rectal y determinación de APE, anualmente se solicitará un gammagrama óseo. Si se demuestra recurrencia local el paciente será sometido a linfadenectomía pélvica y prostatectomía radical si es menor de 70 años. En los pacientes sometidos a prostatectomía radical se efectuará un seguimiento cada 4 meses con APE, cada ocho meses se efectuará tacto rectal y anualmente gammagrama óseo.(8,9,10,11)

Partiendo del hecho de que dependiendo del tipo de tratamiento nos puede determinar la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata, la calidad de vida es un término muy extenso que abarca factores ambientales, mide el bienestar, son múltiples los estudios que se han hecho para una encontrar una escala que la valore efectivamente

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemoriales Sin embargo su aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente.(35,36) La calidad de vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la satisfacción de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal

ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (d). La calidad de vida tiene importancia ya que es la fuerza propulsora principal de todas las acciones.(17,18,19,20,35)

La evaluación de la calidad de vida se realiza mediante un proceso en el que el individuo es su propio control comparativo. A medida que una persona se enfrenta al hecho de presentar una enfermedad crónica, ocurren en ella unos ajustes que preservan la satisfacción que siente ante la vida, puede darse el caso de personas que consideran que su calidad de vida es buena, aun presentando grandes limitaciones de su capacidad física. La evaluación de la calidad de vida de los pacientes en diversos escenarios asistenciales es considerado actualmente como un aspecto nuclear de la actuación médica.(32)

Se sabe, que pacientes afectados por una misma patología y grado equivalente de disfunción clínica presentan diferentes grados en la percepción de su enfermedad, entonces en nuestro escenario médico se valora el valor de la vida y su modificación por tratamientos, deficiencias, percepciones individuales y oportunidades socioeconómicas y culturales. Sin embargo el término calidad de vida abarca diferentes formas de conceptualización que reflejan las diferentes aproximaciones teóricas al concepto.(21,22,23)

Se señalan cinco aspectos diferentes que pueden entenderse como complementarios:

- 1) el concepto psicológico de calidad de vida,
- 2) el concepto basado en la utilidad,
- 3) el concepto sociológico o basado en el impacto sobre la comunidad,
- 4) el concepto de reintegración a la vida normal, y
- 5) el concepto basado en las expectativas.

El concepto psicológico se centra en la experiencia subjetiva y en la percepción que tiene cada persona de su propio estado. Se valora la forma en que el paciente percibe su situación y en la que experimenta sus padecimientos.

La calidad de vida como utilidad deriva de la oposición entre calidad y cantidad de vida. La calidad de vida sería una medida de “vida aceptable de ser vivida”.

El concepto sociológico se centra en el efecto que una enfermedad determinada ejerce sobre una comunidad concreta. En esta forma de entender la calidad de vida se mide no solo la afectación sobre el individuo sino sobre el grupo social cercano al individuo.

La calidad de vida como reintegración a la actividad habitual es un concepto ligado al de la <<restitutio ad integrum>>. El nivel óptimo de calidad de vida se lograría al conseguir el individuo un nivel de funcionamiento igual al que presentaba previamente a la aparición del proceso patológico.

El concepto basado en las expectativas se basa en la concepción de la calidad de vida como la resultante entre tres comparaciones fundamentales: la comparación entre lo mejor del pasado y lo actual, entre la situación del sujeto y la situación de los que le rodean y entre lo que el sujeto deseaba y lo que ha conseguido. Aplicado al campo de la enfermedad sería la diferencia entre las expectativas del paciente sobre los resultados de la intervención médica a que se ha sometido y los resultados reales obtenidos.(19,20,21,22)

Esta va a ser un indicador muy subjetivo ya que lo que puede ser benéfico para un grupo puede ir en detrimento para otro. Establecer una definición de calidad de vida no puede ser posible ya que esta será dada de

acuerdo a la percepción personal de las circunstancias en las cuales se esta involucrado, hay múltiples escalas que tratarán de medirla, pero estas mediciones son subjetivas ya que la única persona que puede determinarla es el mismo paciente, ya que es el quien la percibe y quien lo esta viviendo.

Por ejemplo Enquist la define. como el conjunto de factores necesarios para lograr un medio ambiente que permita un espacio personal, sea estable, y que favorezca la toma de decisiones, no propicie dependencia y reconozca los intereses individuales a través de proveer actividades recreativas, educacionales, vacacionales y espirituales y que permitan al paciente mantener el contacto con la familia y comunidad asegurando la confianza personal. En todos los intentos de definición existe una idea básica: que los estudios de calidad de vida pretenden establecer y evaluar las consecuencias funcionales que el impacto de una enfermedad y su eventual tratamiento tienen sobre un individuo concreto (5,22,24)

Para medir la calidad de vida no hay un estándar de oro, son muchos los instrumentos que se han hechos con el fin de medirla, pero definitivamente siempre será algo subjetivo. Por lo tanto la calidad de vida deberá ser entendida como un constructo multidimensional que debe ser valorado agregando las puntuaciones de cada una de las dimensiones.(17,5,22)

Cuando un paciente recibe el diagnóstico de cáncer ya sea a cualquier nivel, este reacciona con agresión ante la vida y trata de responsabilizar a alguien, es entonces cuando interviene la familia que es la base fundamental en la formación de todo individuo. Se ha definido a la familia como el grupo compuesto por la madre, padre e hijos que viven bajo un mismo techo, el concepto de a familia ha evolucionado a lo largo de la historia, ya que está es una organización social tan antigua como la propia

humanidad, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.(39) Así la OMS señala como familia a: “ a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.(25,26,39,40)

El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos, por lo cual no puede definirse con precisión en escala mundial”. Por otro lado Minuchin nos dice que “la familia es el grupo en el cual el individuo desarrolla sus sentimientos de identidad y de independencia, el primero es influido por el hecho de sentirse miembro de una familia, y el segundo por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas intrafamiliares y por su participación con grupos extrafamiliares”.(39,40)

Estudios realizados por Erik H. Erikson y Víctor Tausk desde el punto de vista psicoanalítico y psicosocial identificaron que la familia en condiciones ordinarias tiene la función importante de la formación de identidad, es donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y e ella recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica, y psicológica, así como para su socialización. En el proceso de desarrollo de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, porque se identifica parcial o totalmente con ellas (25,26,27)

En los referente a las funciones familiares, desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas. Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a esa cultura, sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo. En cambio la función interna

de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo.(39)

Existen otras formas de enfocar las funciones de la familia, como son la seguridad psíquica de sus miembros, la satisfacción sexual de sus cónyuges, la seguridad física de sus miembros, la procreación, la socialización de la prole, la contribución a la economía y la conservación y la transmisión de costumbres.

La socialización es una función en la cual el propósito es transformar un individuo dependiente de la familia en un ser autónomo, con independencia para desarrollarse en la sociedad. Dentro de estos tenemos que la madre es principal agente socializador primario, ya que es con quien el niño esta en contacto durante los primeros seis años de su vida la segunda institución es la escuela El cuidado es la función clave en la vida familiar, ya que dentro de esta encontramos cuatro determinantes en ella: vestido, alimentación, seguridad física y apoyo emocional.

El afecto es la actitud hacia nuestros semejantes, se ha identificado como un objeto de transacción dentro de la familia, en relación con esta necesidad de recibir afecto y proporcionarlo, es un determinante de nuestras relaciones familiares. La reproducción, por medio de esta se provee de nuevos individuos a la sociedad. El status y el nivel socioeconómico, en estas funciones la familia como institución mediadora entre esta y la sociedad, debe tener derechos y obligaciones para obtener un nivel socioeconómico adecuado.(25,26,27,36,39,40)

Los pacientes con cáncer presentan una connotación muy importante, ya que su estado de ánimo puede repercutir negativamente en el curso de la

enfermedad. Los pacientes con cáncer sufren un cambio brusco en el esquema de vida, se enfrentan al temor que les causa la muerte, su seguridad también se ve amenazada. Pero los mayores temores se derivan e los cambios físicos provocados por la enfermedad. No todos los individuos presentan la misma respuesta emocional, además de la propia personalidad del paciente, influye el pronóstico de su enfermedad y el estado que tenía antes del diagnóstico. Así el 25% de los pacientes con cáncer padecen depresiones importantes. Una vez que el médico detecta y diagnóstica la depresión, es necesario tratarla desde una perspectiva global, es decir cuidando la dignidad del enfermo, actuando sobre su entorno familiar.(28,29,30,34)

El correcto manejo del trastorno emocional repercute positivamente en el curso de la evolución del proceso físico, puesto que, mejora la calidad de vida del enfermo, disminuye su estancia hospitalaria y favorece la colaboración de éste con el tratamiento.(38)

El hogar es el desideratum de los lugares donde un paciente terminal puede gozar de una mejor calidad de vida y donde hay más posibilidades de congelar, en la medida de lo posible, el proceso degenerativo de su enfermedad. La familia es la muleta en la que el enfermo se apoya para sobrellevar las cargas psíquicas y físicas que le acarrea su enfermedad. Estas situaciones extremas exigen muchos sacrificios y pueden hacer de los familiares del convaleciente unos potenciales enfermos paralelos o pacientes ocultos. El cuidador principal tiene el riesgo de padecer alguna enfermedad física o psíquica debido a la gran carga de responsabilidades que implica cuidar a un paciente con cáncer. Cuando existe cohesión familiar y una buena relación de pareja éstas pueden atenuar los obstáculos a los que se enfrentarán el grupo familiar.(37)

El conocimiento de estas funciones son de gran utilidad para lograr la integridad familiar y facilitar el diagnóstico adecuado. Encontramos que hay múltiples instrumentos para medir la funcionalidad familiar en este estudio utilizaremos el FACES III, el cual mide la funcionalidad familiar en sus diferentes funciones básicas, y nos un puntaje que es un indicador de que tan funcional es la familia. La escala del FACES III, se conforma de 20 ítems que recogen la percepción presente e ideal acerca de la cohesión y adaptabilidad de la familia. La Cohesión es la característica del vínculo emocional que une a los miembros de la familia entre sí. Cohesión en este caso incluye apoyo interno, límites emocionales y familiares, intereses, valoración del compartir en familia, solidaridad interna, etc.

Adaptabilidad es la habilidad del sistema marital o familiar para cabiar su estructura de poder, sus relaciones de roles y sus reglas de relación en respuesta a eventos situacionales o del desarrollo.

Los ítems de adaptabilidad evalúan liderazgo, control, disciplina, roles y reglas. Cada ítem es contestado de acuerdo a una escala de Likert que interroga en 5 alternativas que van desde el total acuerdo al total desacuerdo con la pregunta Cada respuesta tiene un puntaje. Los ítems de adaptabilidad y cohesión se alternan, de tal manera que sumados los puntajes para cada uno permiten ubicar a la familia encuestada en uno de los 16 tipos de familias que el modelo circuplejo de Olson clasifica, de acuerdo a las dos variables mencionadas. Los tipos de familias se clasifican de acuerdo a su funcionamiento y su grado de funcionalidad.(39,40,41,42)

El modelo circuplejo de Olson, nos habla de un modelo de salud familiar, el cual debe de reflejar dos propiedades fundamentales del sistema,

la adaptabilidad y la cohesión. El primer concepto, lo definieron como la habilidad de un sistema familiar para flexibilizar sus relaciones de poder, sistema de roles y normas, particularmente ante el afrontamiento de tensiones generadas por el desarrollo de los miembros u originadas por situaciones del contexto externo. El segundo concepto alude a las distancias afectivas y de apoyo entre los familiares y los espacios para los intereses individuales. El funcionalmente idealmente óptimo de una familia se alcanza, según Olson, en el punto medio de los extremos disfuncionales de la adaptabilidad y la cohesión. Los extremos disfuncionales de la cohesión lo constituyen, por una parte, el excesivo aglutinamiento de los miembros de la familia o pareja, y por otra la máxima desvinculación de aquellos. En cuanto a la adaptabilidad, está oscila entre los extremos del “caos”, familias impredeciblemente adaptables, hasta las familias cuyas respuestas son excesivamente rígidas frente a los desafíos de los contextos que el sistema familiar debe afrontar.(40,41,42)

Así mismo utilizaremos el UCLA para valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, pero con algunas modificaciones. Ya que la meta tradicional en el tratamiento de los estadios tempranos de cáncer de próstata ha sido maximizar la supervivencia. El Índice de Cáncer de Próstata (ICP) de la UCLA se ha popularizado para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) enfocada a la enfermedad, en hombres tratados para los estadios tempranos de cáncer de próstata. El ICP es un cuestionario autoaplicable que cuantifica la CVRCS específicamente para cáncer en diversos dominios, incluyendo la función sexual y la molestia sexual. El ICP ha mostrado ser confiable, válido y sensible en poblaciones de hombres mayores con o sin cáncer de próstata.(44)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes que presentan cáncer de próstata en etapa D, del HGZ No 24 del IMSS?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

No es necesaria, ya que es un estudio de tipo descriptivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes que presentan cáncer de próstata en etapa D, del HGZ No 24 del IMSS?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

No es necesaria, ya que es un estudio de tipo descriptivo.

MATERIAL Y METODO

El presente trabajo, es una encuesta de tipo descriptivo-retrospectivo, transversal. Se realizó en el HGZ No 24 del IMSS en 50 pacientes de la consulta externa de Urología, en período comprendido de Noviembre a Enero del 2000-2001, con el propósito de evaluar la calidad de vida y la funcionalidad familiar de pacientes con cáncer de próstata. La muestra se obtuvo de la siguiente manera, de la consulta externa se tomaron aleatoriamente a 50 pacientes (10%) diagnosticados de Cáncer de Próstata etapa D de los 2 turnos. El diagnóstico de la etapa y el tiempo de evolución se obtuvo de la revisión de expedientes

Dentro de los criterios de inclusión es que los pacientes fueran derechohabientes adscritos al HGZ No 24 del IMSS, del sexo masculino entre 50 y 90 años, con diagnóstico de cáncer de próstata etapa D, que procedan de cualquier nivel socioeconómico y que aceptaran participar en el estudio

Los criterios de exclusión fueron: pacientes no derechohabientes al HGZ No 24 del IMSS, menores de 50 años, pacientes que no estuvieran en etapa D.

Los criterios de no inclusión fueron: los pacientes dados de baja durante el estudio y los que no aceptaran participar en el.

El sistema para captar la información se llevó a cabo de la siguiente manera, se aplicaron 2 cuestionarios mediante entrevista clínica, en el cual se evalúa la calidad de vida en sus 8 esferas Con el UCLA-ICP (Vid infra anexo 1) y la funcionalidad familiar en sus dos dimensiones mediante el FACES III (vid infra anexo 2).

Funcionalidad familiar: Se refiere a los patrones de comportamiento de la familia de acuerdo con las siguientes dimensiones: la relación de la pareja, la comunicación, la cohesión, la falta de reglas y apoyo, el tiempo libre que comparte la familia, los roles y el trabajo doméstico, la autonomía familiar, la organización, la autoridad y la violencia. La funcionalidad familiar se evaluó mediante el FACES III, el cual mide 3 parámetros como son cohesión, adaptabilidad y funcionalidad, y las clasifica en 3 tipos como: a) Las más funcionales, es decir las que tienen mejor cohesión y mejor adaptabilidad; b) Las de mediana funcionalidad, mejor cohesión y extrema adaptabilidad o la otra combinación extrema cohesión y mejor adaptabilidad y c) Las menos funcionales en las cuales hay extrema cohesión y extrema adaptabilidad. En los siguientes cuadros se representan las diferentes categorías en las cuales se clasifica la funcionalidad.(Vid infra anexo 1)

NIVEL DE COHESION

No relacionada	10 a 34	Extrema
Semi-relacionada	35 a 40	Mejor
Relacionada	41 a 45	Mejor
Aglutinada	46 a 50	Extrema

NIVEL DE ADAPTABILIDAD

Rígida	10 a 19	Extrema
Estructurada	20 a 24	Mejor
Flexible	25 a 28	Mejor
Caótica	29 a 50	Extrema

GRADO DE FUNCIONALIDAD

Más funcionales	Mejor cohesión y mejor adaptabilidad
Medianamente funcionales	Mejor cohesión y extrema adaptabilidad Extrema cohesión y mejor adaptabilidad
Menos funcionales	Extrema cohesión y extrema adaptabilidad

Calidad de vida: Este es un constructo multidimensional subjetivo, el cual se refiere al grado de satisfacción del individuo en cada una de las áreas o dimensiones (sociabilidad, bienestar económico, trabajo, bienestar físico, salud, bienestar sexual, etc) que influyen en su bienestar subjetivo. La calidad de vida se midió con el cuestionario UCLA, el cual tiene algunas modificaciones, este cuestionario es específico para cáncer de próstata, abarca diferentes parámetros como son la función sexual, control de esfínteres, bienestar físico, emocional y social, abarca 30 preguntas cuyo puntaje máximo es de 100 lo cual indica Buena Calidad de Vida, y el mínimo de 53 el cual es un indicador de Mala Calidad de vida, con un

promedio de 75 con lo cual se califica como Regular Calidad de Vida. De acuerdo a la calificación de la UCLA, se divide en 3 de acuerdo a un puntaje que se da en cada esfera afectada, puede ser bueno, regular y malo.(Vid infra anexo 2)

CALIDAD DE VIDA

ESFERA AFECTADA	BUENO	REGULAR	MALO
ACTIVIDAD FÍSICA	9	6	3
SALUD FÍSICA	8	6	4
EMOCIONAL	30	25	21
SOCIAL	10	6	2
PERCEPCIÓN DOLOR	11	9	7
EDO. DE SALUD	2	6	10
CONTROL ESFÍNTER	14	8	3
SEXUAL	15	9	3
TOTAL	100	75	53
RANGO	100 A 85	84 A 70	69 A 54

Cáncer de próstata etapa D.: Tumor maligno, localizado en la próstata de etiología multifactorial, en el cual este estadio se va a caracterizar por la presencia de metástasis a diferentes estructura, en el cual el tratamiento será variable, es decir puede ser paliativo de la lesión local y sobrevivencia por periodos aparentemente libres de la enfermedad (hormonoterapia, radioterapia, orquiectomía uni o bilateral). Este parámetro se tomo de los resultados reportados en el expediente clínico, el cual debe de reportar un Gleason mayor o igual a 7 y reporte histopatológico en etapa D.

PRESENTACION DE RESULTADOS

En la presente investigación se estudiaron 50 pacientes portadores de Cáncer de Próstata etapa D del HGZ no 24, el rubro de edad, se realizó por clase de diez, encontrando que el grupo más afectado fue entre 71 y 80 años de edad, el cual corresponde a un 48% (n=24) de la muestra de pacientes, destaca que el grupo con menor incidencia es de 50 a 60 correspondiendo al 1% (n=1) del total de estos pacientes. (Vid infra cuadro y gráfico 1). Observándose que la media de edad es de 74, mediana 75, moda 70, con una DE 8.065, de lo cual destaca el valor mínimo de nuestra muestra es 53 y un máximo de 89.

En cuanto al estado civil, en el total de la muestra el 88% de los pacientes es casado (n=44) y el 2% divorciado (n=1), y el resto corresponde a los otros estados civiles, divorciado y soltero.(Vid infra cuadro y gráfico 2)

El grado de escolaridad, fue otro rubro estudiado, en el cual se encontró que el 64% curso la primaria a cualquier grado (n=32), observándose que el 2% cuenta con preparatoria (n=2). (Vid infra cuadro y gráfico 2)

En lo laboral es importante señalar que el 76% de los pacientes son pensionados, estos no desarrollan ninguna actividad fuera de casa (n=38) y el 24% de los pacientes aún labora, realizando trabajos en su domicilio o desempeñando algún oficio (n=12) lo que es una persona económicamente activa.(Vid infra cuadro y gráfico 3)

En el aspecto de convivencia familiar el 68% de los pacientes vive con su esposa (n=34), se observó que el 6% vive solo (n=3) esto se explica a que son viudos, divorciado o son personas solteras, el otro 6% vive con la esposa e hijos (n=3) es debido a que viven en la casa de alguno de sus hijos o estos viven en la casa de los padres.(Vid infra cuadro y gráfico 4)

Con relación al conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad, destaca que el 50% de estos conoce su diagnóstico (n=25), el 20% cree conocer el diagnóstico, porque la mayoría de los pacientes van acompañados de algún familiar que no quiere que sepa el diagnóstico del paciente, pero el paciente lo sospecha (n=10).(Vid infra cuadro y gráfico 5)

La distribución del tratamiento encontramos que el 46% (n=23) toma tabletas y el 4% (n=2) es un tratamiento combinado, que puede ser quirúrgico con estrógenos, estrógenos tomados o inyectables. Y se observó que hubo 3 pacientes, correspondiendo al 6%, que no tomaban ninguno. En cuanto al tiempo de diagnóstico, el 50% de los pacientes (n=25) tienen de uno a dos años de diagnosticado y el 3% más de 5 años (n=3).(Vid infra Cuadro y gráfico 7) En cuanto al conocimiento que tienen las familias sobre el diagnóstico de los pacientes, es importante observar que el 60% (n=30) si lo conocen y que el 6% no lo conoce, aunque acompañen al paciente a consulta (Vid infra cuadro y gráfico 8).

Al total de los pacientes se les cuestiono acerca de la existencia de cooperación familiar, en el 98% de los pacientes se encontró que sí (n=49) y el 2% no la hay (n=1).(Vid infra cuadro y gráfico 9). Con respecto a este rubro nos interesa conocer qué tipo de cooperación se le da al paciente, encontrándose que en el 34% (n=17)es de todo tipo, como ejemplo el apoyo moral, económico y cuidados. Destaca que el 2% no recibe de su familia ningún tipo de apoyo (n=1). (Vid infra cuadro y gráfico 10).

En cuanto al nivel de calidad de vida observada en estos pacientes la distribución entre regular y mala, esta se encontró igual en un 44% en ambas (n=22), y en la buena calidad el 12% de los pacientes (n=6).(Vid infra cuadro y gráfico 11). De este apartado se califico en general y posteriormente especificando cada uno de los aspectos y actividades de la vida diaria afectadas. En el nivel de desempeño en la actividad física de la

vida diaria el 40% de los pacientes refiere como regular (n=20), y como bueno el 24% de los pacientes (Vid infra tabla y gráfico 12). En la salud física, el 68% de nuestros pacientes se reporta como mala(n=34), contra el 14%(n=7) que la califica como mala.(Vid infra tabla y gráfico 13). Otro nivel afectado muy importante para estos pacientes es el área sexual donde el 54% lo describe como malo (n=27) y el 18% bueno (n=9) (Vid infra cuadro y gráfico 14). Dentro de estos niveles de afección se encuentra el control de esfínteres del cual se desprenden que el 66% de los pacientes tiene regular control sobre ellos (n=33) y el 2% es malo este (Vid infra cuadro y gráfico 14). Prosiguiendo tenemos que el nivel de percepción de salud de estos pacientes también influye ya que el 46% lo describe como mala (n=23) y para el 44% es regular(n=22), aquí se observa una pequeña diferencia entre estos niveles, que no es significativo, más no así en el 10% que se describe como bueno(n=5)(Vid infra cuadro y gráfico 15). Por otro lado el nivel de percepción del dolor, el 44% (n=22) de los pacientes refieren regular presencia de dolor, con respecto al 24% (n=12) de los pacientes que refieren como malo, es debido a los dolores que se producen en este padecimiento.(Vid infra tabla y gráfico 16). En el desempeño de la esfera social, del total de pacientes el 48%(n=24) refieren como regular su desempeño, por las limitaciones a las que se ve sometido, y el 8% (n=4) lo describen como bueno.(Vid infra tabla y cuadro 17). En cuanto a lo emocional la mayoría de los pacientes cursan con periodos de depresión y califican su nivel emocional como malo en un 76% (n=38) de los casos, y 8% (n=4) como bueno.(Vid infra tabla y gráfico 18)

En la calificación de la funcionalidad familiar encontramos que el 68% de estas familias son regularmente funcionales (n=34) y el resto de las familias que corresponde al 32% restante (n=16), tienen mala funcionalidad. (Vid infra tabla y gráfico 11). En cuanto al nivel de

adaptabilidad que califica el FACES III, encontramos que el 40% de las familias son flexibles (n=20) y el 6% (n=3) son o tienen tendencia a ser rígidas extremas (n=3) (Vid infra tabla y gráfico 19). En el nivel de cohesión el 94% de las familias su nivel que tienen es no relacionada extrema (n=47) y el restante 6% (n=3) son semirrelacionadas.(Vid infra tabla y gráfico 20)

Relacionando variables, encontramos que al calificar Funcionalidad Familiar según estado civil, hay un predominio en la mediana funcionalidad con respecto a las otras dos en un 66% (n=33), y de menor predominio la buena funcionalidad en el 2% (n=1), de lo cual se desprende que en las familias con mediana funcionalidad, en un 56% (n=28) son casados, y en un menor número estas casadas tienen mayor grado de funcionalidad en un 2% (n=1).(Vid infra tabla y gráfico 21).

Relacionando la Funcionalidad Familiar con la Calidad de Vida, se observa que de los 50 pacientes el 2% (n=1) tiene buena FF y CV, mientras que el 34% (n=17) tiene mala FF y CV, finalmente el 64% (n=32) son pacientes con mediana FF y CV. (Vid infra tabla y gráfico 23)

Calidad de vida relacionada con el tipo de tratamiento, se encuentra que el 46% (n=23), tienen regular calidad de vida, de estos, el 24% (n=12) su tratamiento es a base de tabletas, mientras que el 8% (n=4) son pacientes que fueron operados (orquiectomía, prostatectomía total o linfadenectomía), por otro lado se observó una pequeña diferencia con los de Mala CV, que se reporta es el 44% (n=22), vemos que el 22% (n=11) de estos pacientes, su tratamiento es a base de tabletas, y el 4% (n=2) es combinado en sus diferentes modalidades. Y se reporta que el 6% (n=5) de la muestra son pacientes que tienen buena CV, llama la atención que no hay una diferencia significativa en los porcentajes observados ya que el 2% (n=3) no tiene un tratamiento establecido. El otro 2% (n=1) es quirúrgico y el otro 2% (n=1)

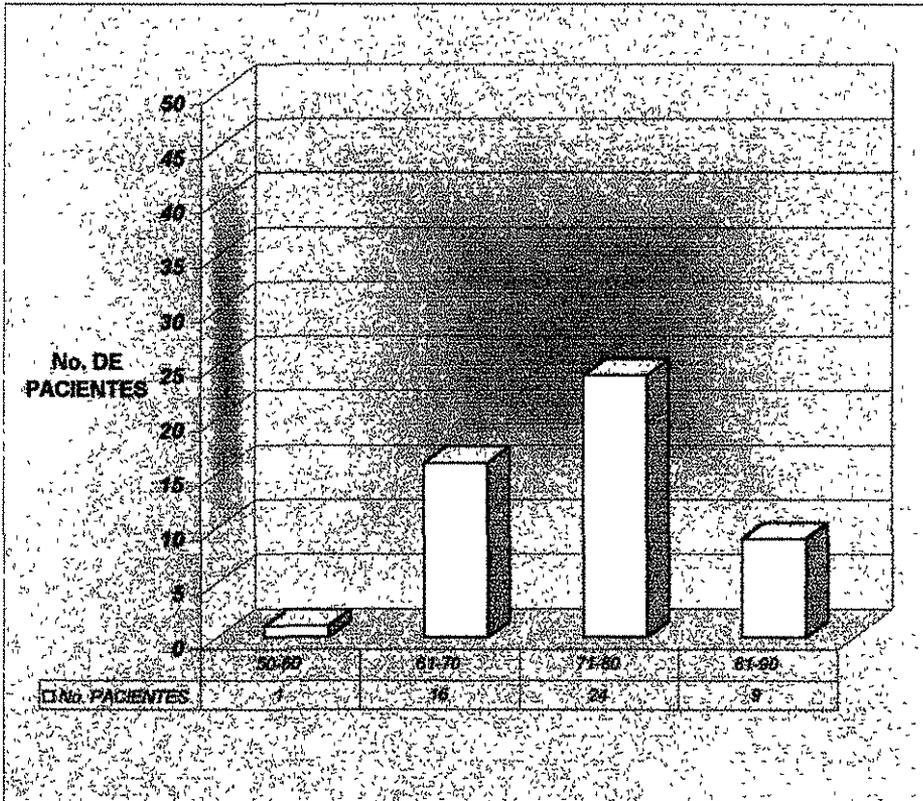
es un paciente que recibe hormonales inyectables.(Vid infra tabla y gráfico 22)

TABLAS Y GRAFICOS

**GRUPOS ETAREOS DE PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA
DEL H.G.Z. No. 24 IMSS**

TABLA Y GRAFICO No1

EDADES	No. PACIENTES	PORCENTAJE
50-60	1	2.0
61-70	16	32.0
71-80	24	48.0
81-90	9	18.0
TOTAL	50	100.0



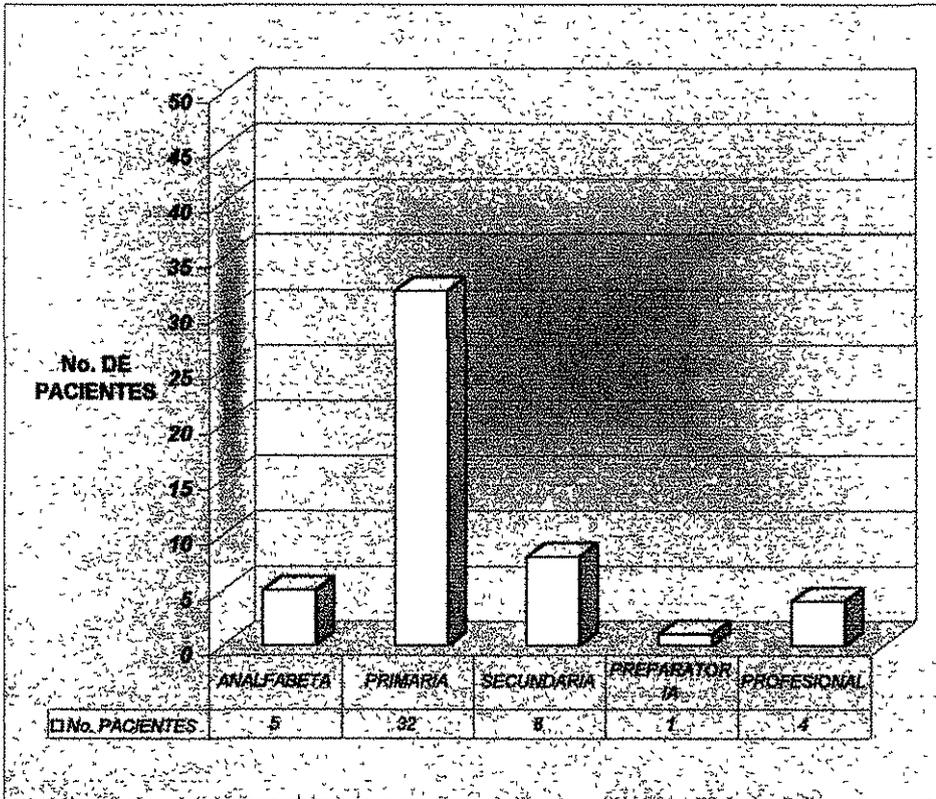
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H G Z 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA
DEL H.G.Z. No. 24**

TABLA Y GRAFICO No2

ESCOLARIDAD	No PACIENTES	PORCENTAJE
ANALFABETA	5	10 0
PRIMARIA	32	64.0
SECUNDARIA	8	16 0
PREPARATORIA	1	2 0
PROFESIONAL	4	8.0
TOTAL	50	100.0

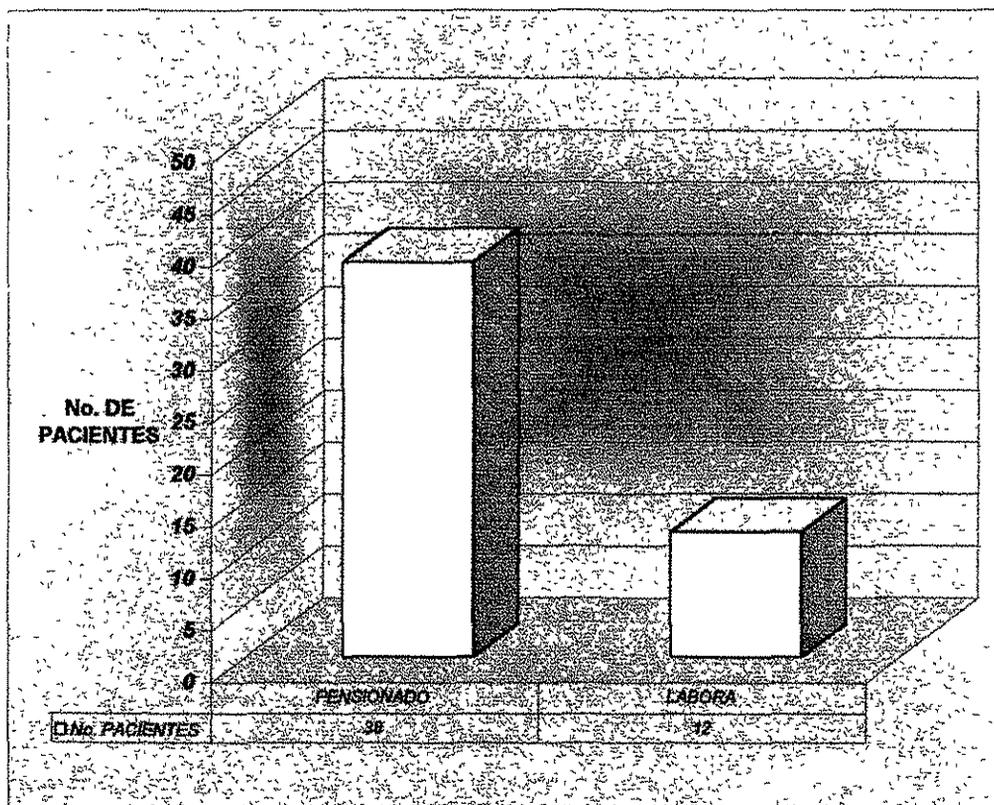


FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H G Z 24

**ACTIVIDAD LABORAL DE LOS
PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H.G.Z. 24**

TABLA Y GRAFICO No3

ACTIVIDAD LABORAL	No PACIENTES	PORCENTAJE
PENSIONADO	38	76.0
LABORA	12	24.0
TOTAL	50	100.0

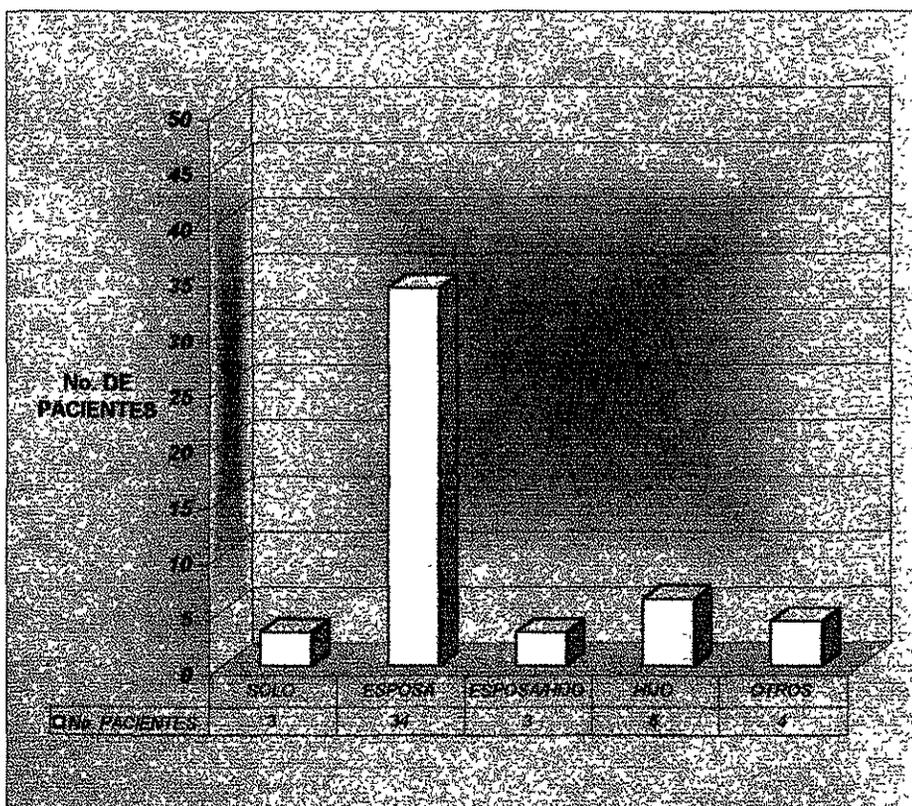


FUENTE ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H G Z 24

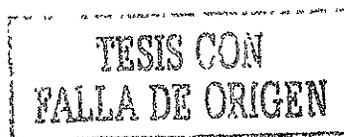
**TIPO DE CONVIVENCIA FAMILIAR DE LOS PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DEL H.G.Z. 24**

TABLA Y GRAFICO No4

CONVIVENCIA FAMILIAR	No. PACIENTES	PORCENTAJE
SOLO	3	6.0
ESPOSA	34	68.0
ESPOSA/HIJO	3	6.0
HIJO	6	12.0
OTROS	4	8.0
TOTAL	50	100.0



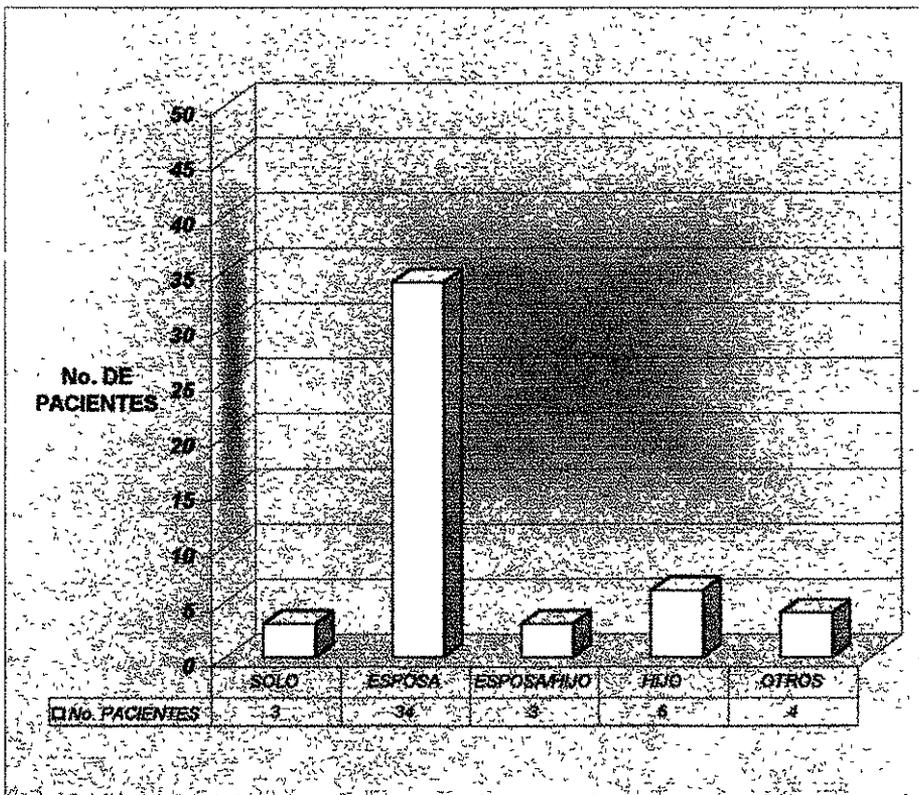
FUENTE ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H G Z 24



**TIPO DE CONVIVENCIA FAMILIAR DE LOS PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DEL H.G.Z. 24**

TABLA Y GRAFICO No4

CONVIVENCIA FAMILIAR	No PACIENTES	PORCENTAJE
SOLO	3	6.0
ESPOSA	34	68.0
ESPOSA/HIJO	3	6.0
HIJO	6	12.0
OTROS	4	8.0
TOTAL	50	100.0



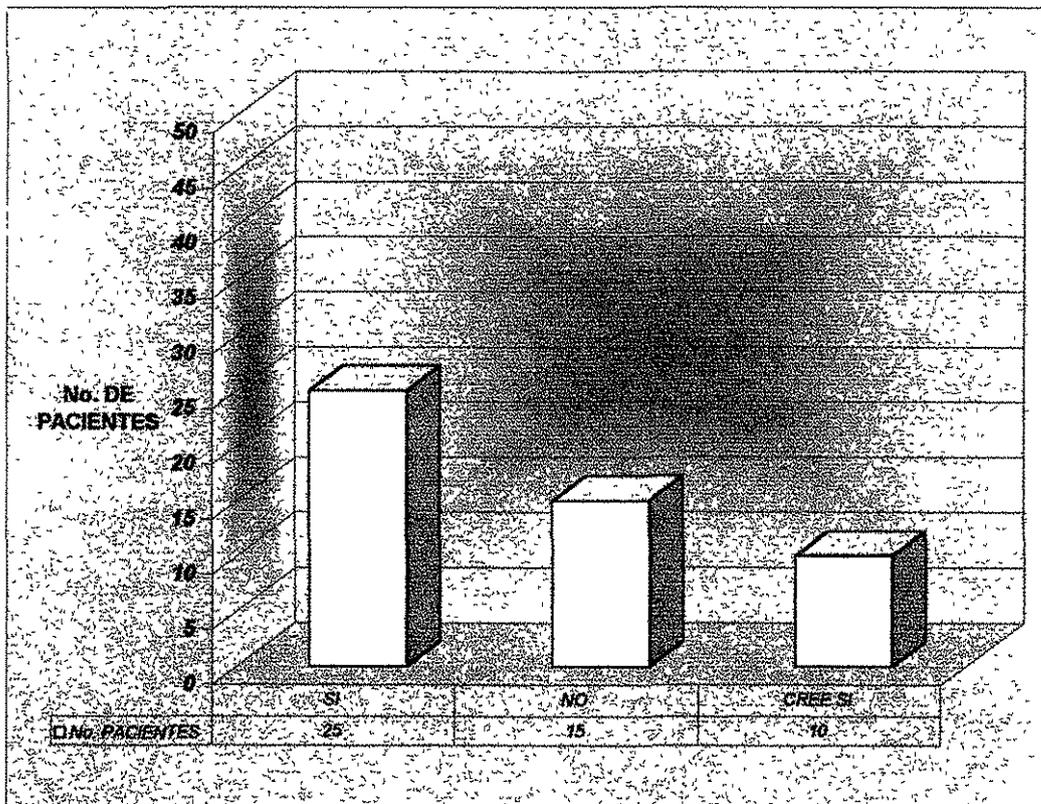
FUENTE ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H.G.Z. 24

**TESTS CON
FALLA DE ORIGEN**

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA ETAPA D.**

TABLA Y GRAFICO No 5

CONOC ENFERMEDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
SI	25	50.0
NO	15	30.0
CREE SI	10	20.0
TOTAL	50	100.0



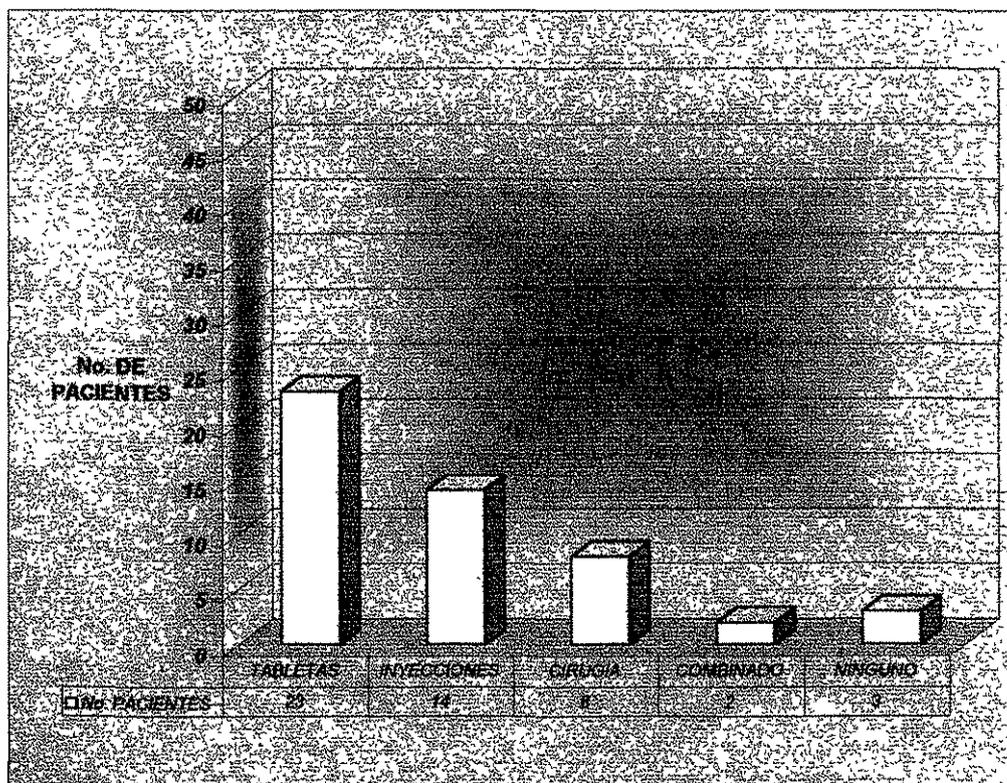
FUENTE ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H G Z 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA ETAPA D.

TABLA Y GRAFICO No 6

TIPO TRATAMIENTO	No PACIENTES	PORCENTAJE
TABLETAS	23	46.0
INYECCIONES	14	28.0
CIRUGIA	8	16.0
COMBINADO	2	4.0
NINGUNO	3	6.0
TOTAL	50	100.0

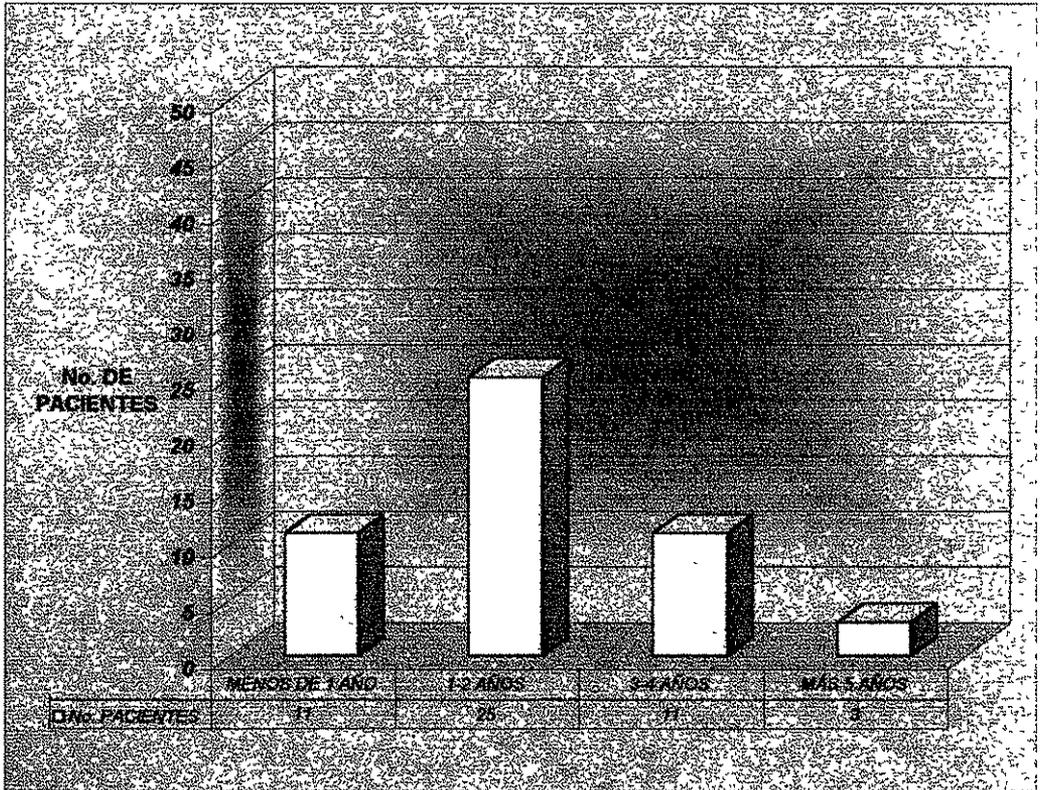


FUENTE ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H G Z 24

TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE CANCER DE PROSTATA

TABLA Y GRAFICO No7

TIEMPO DE DX	No PACIENTES	PORCENTAJE
MENOS DE 1 AÑO	11	22.0
1-2 AÑOS	25	50.0
3-4 AÑOS	11	22.0
MÁS 5 AÑOS	3	6.0
TOTAL	50	100.0



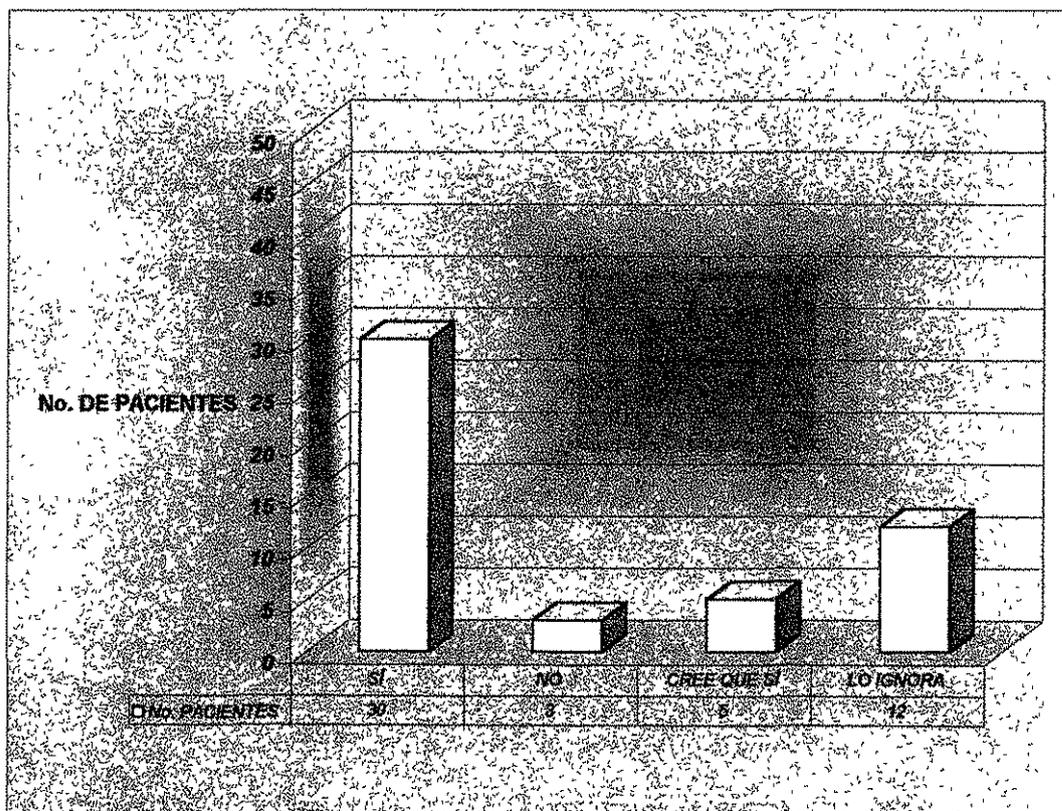
FUENTE ENCUESTA REALIZADA A LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H G Z 24



GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA SOBRE EL DIAGNOSTICO DE CANCER EN LOS PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA

TABLA Y GRAFICO No 8

CONOC DE LA FAMILIA	No PACIENTES	PORCENTAJE
SÍ	30	60.0
NO	3	6.0
CREE QUE SÍ	5	10.0
LO IGNORA	12	24.0
TOTAL	50	100.0

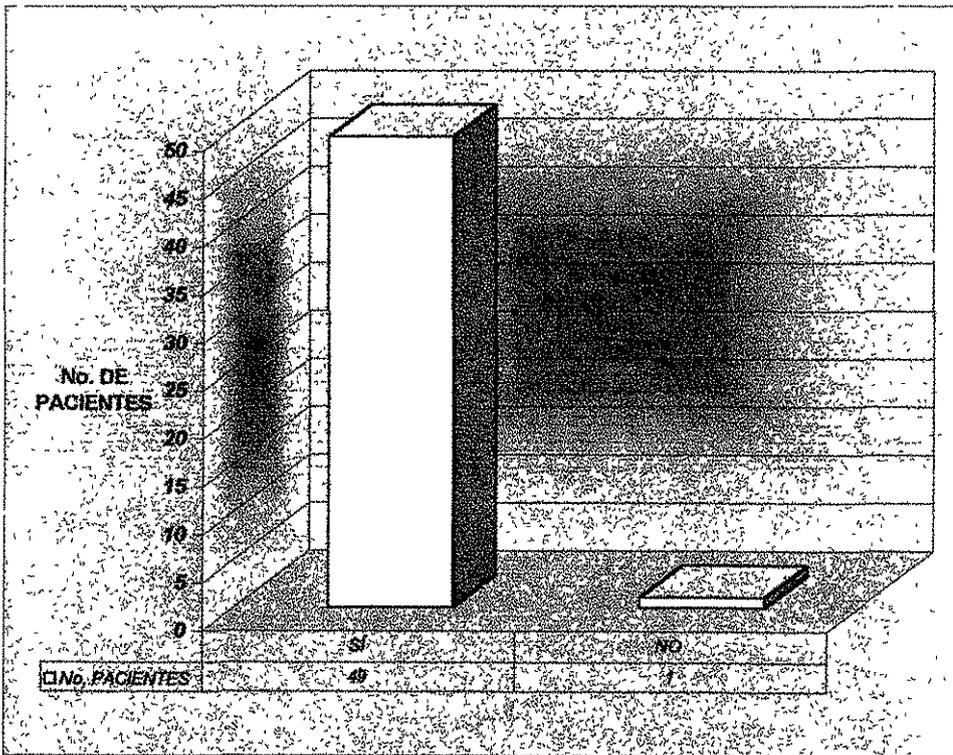


FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

COOPERACION FAMILIAR DE LAS FAMILIAS CON CANCER DE PROSTATA

TABLA Y GRAFICO No 9

COOPERACIÓN FAMILIAR	No PACIENTES	PORCENTAJE
SÍ	49	98.0
NO	1	2.0
TOTAL	50	100.0



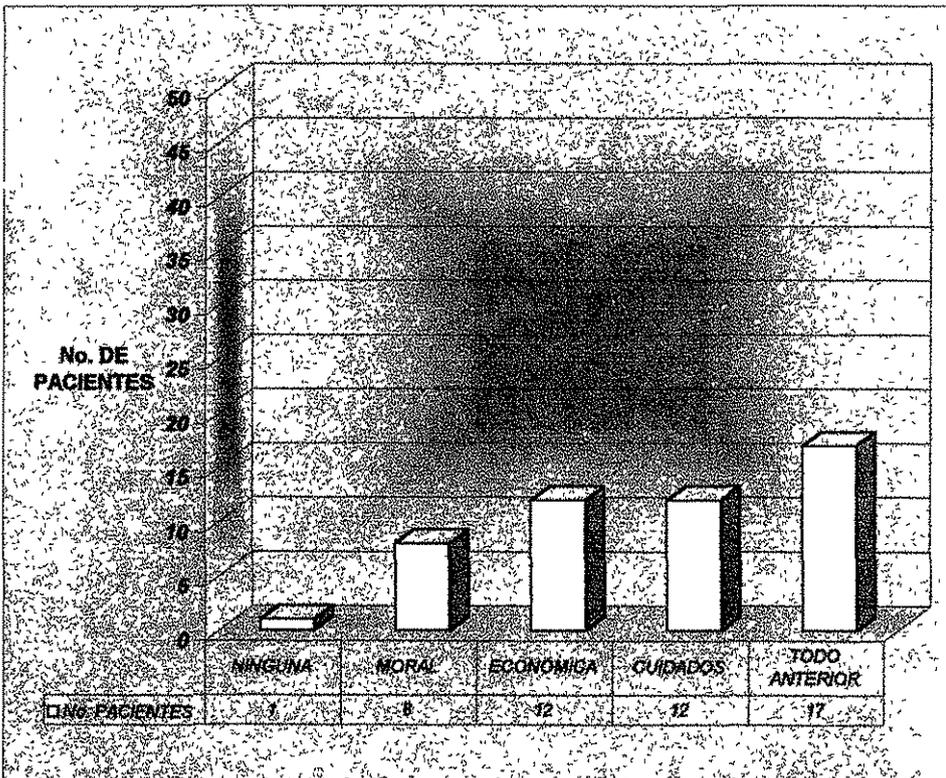
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TIPO DE COOPERACION RECIBIDA POR LA FAMILIA DE PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 10

TIPO DE COOP FAMILIAR	No. PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNA	1	2.0
MORAL	8	16.0
ECONÓMICA	12	24.0
CUIDADOS	12	24.0
TODO ANTERIOR	17	34.0
TOTAL	50	100.0

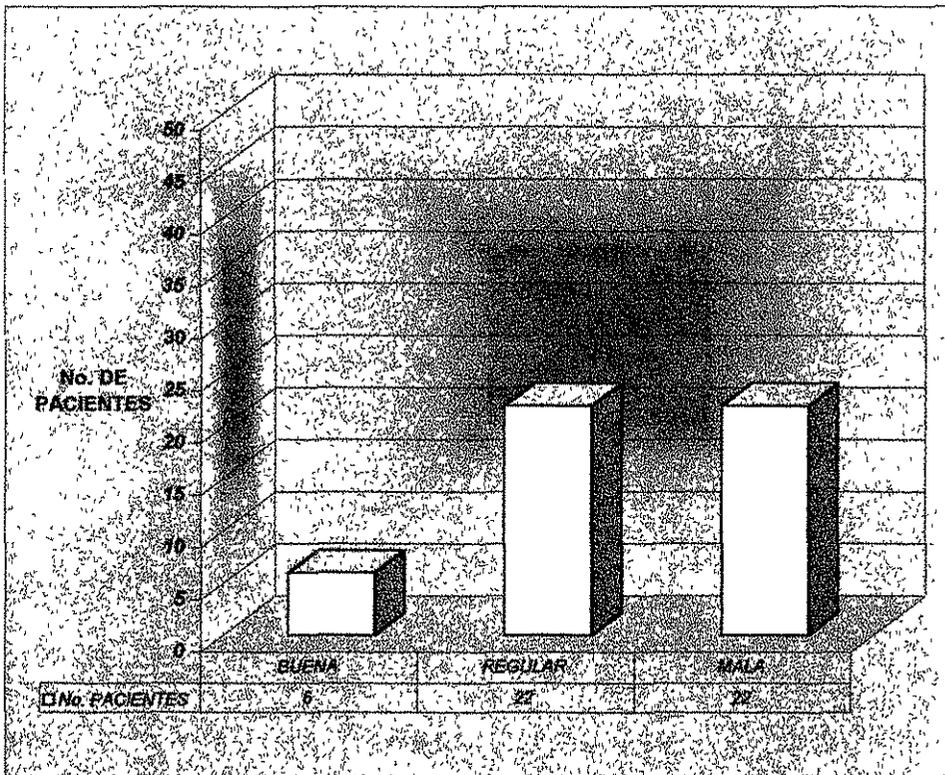


FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA ETAPA D
DEL H G Z No 24

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA
DE LA CONSULTA EXTERNA DE NOVIEMBRE A ENERO
DEL 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 11

CALIDAD DE VIDA	No PACIENTES	PORCENTAJE
BUENA	6	12 0
REGULAR	22	44 0
MALA	22	44 0
TOTAL	50	100 0

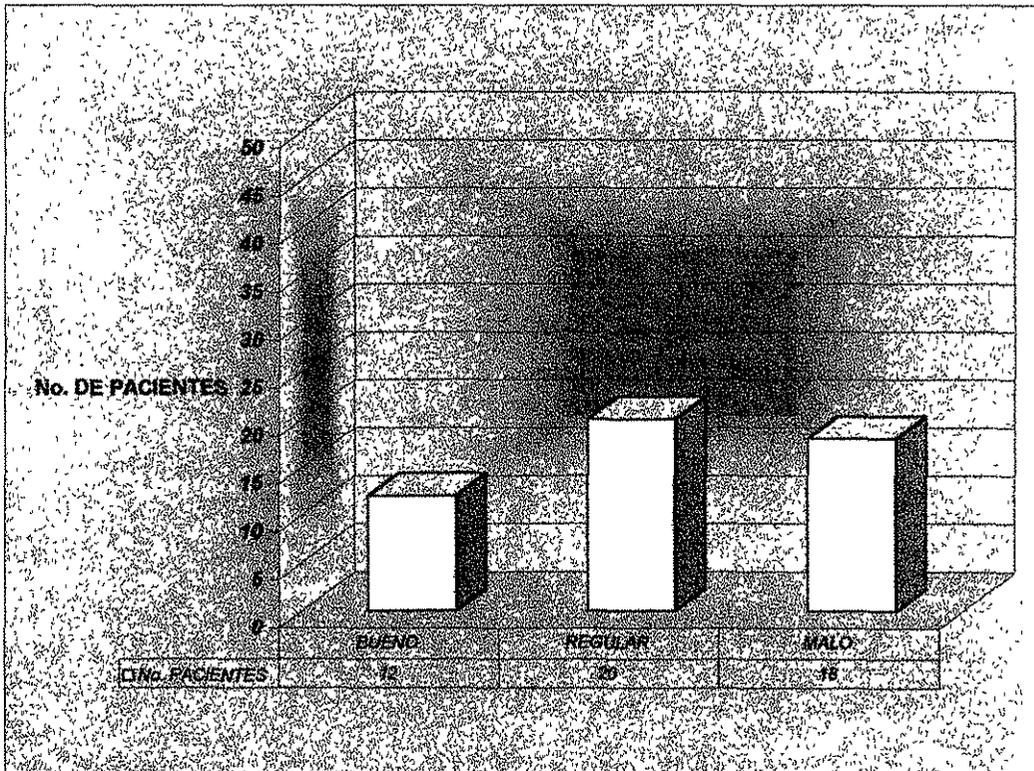


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA ETAPA D
DEL H G Z No 24

**NIVEL DE DESEMPEÑO EN EL AREA FISICA DE PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO NO.12

NIVEL DE ACTIVIDAD FISICA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
BUENO	12	24.0
REGULAR	20	40.0
MALO	18	36.0
TOTAL	50	100.0

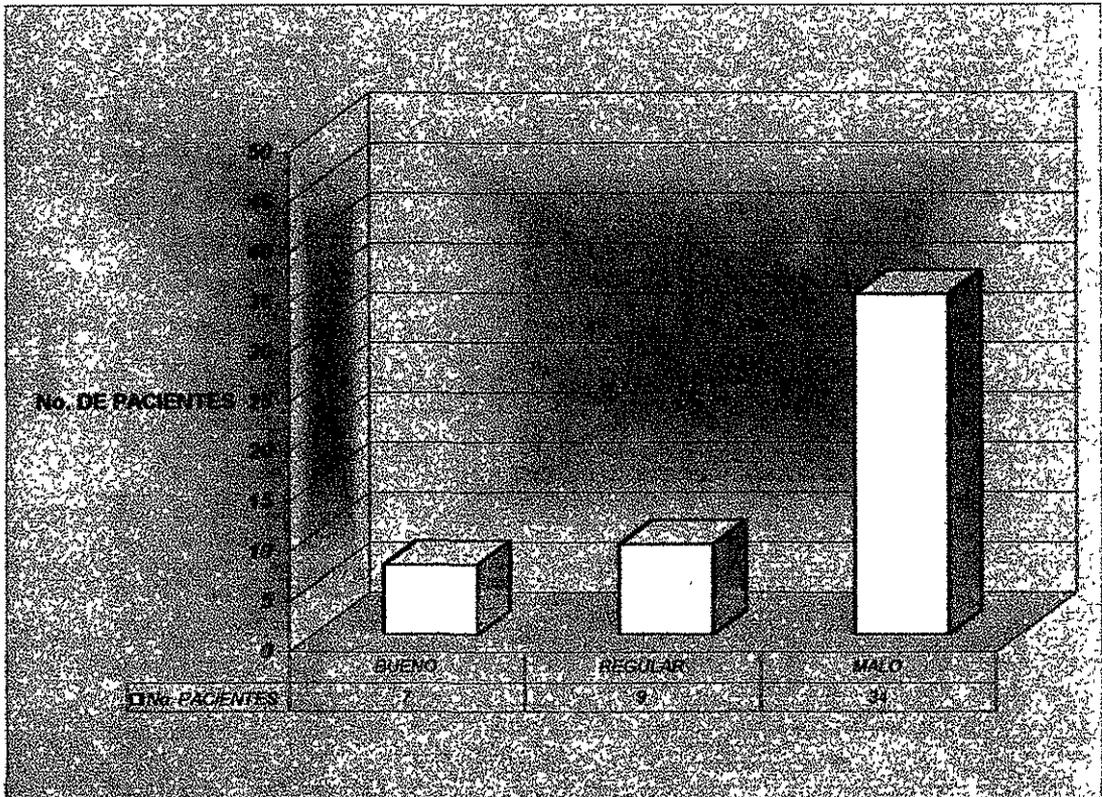


FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

**NIVEL DE DESEMPEÑO EN EL SALUD FISICA DE PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 13

NIVEL DE SALUD FISICA	No PACIENTES	PORCENTAJE
BUENO	7	14.0
REGULAR	9	18.0
MALO	34	68.0
TOTAL	50	100.0



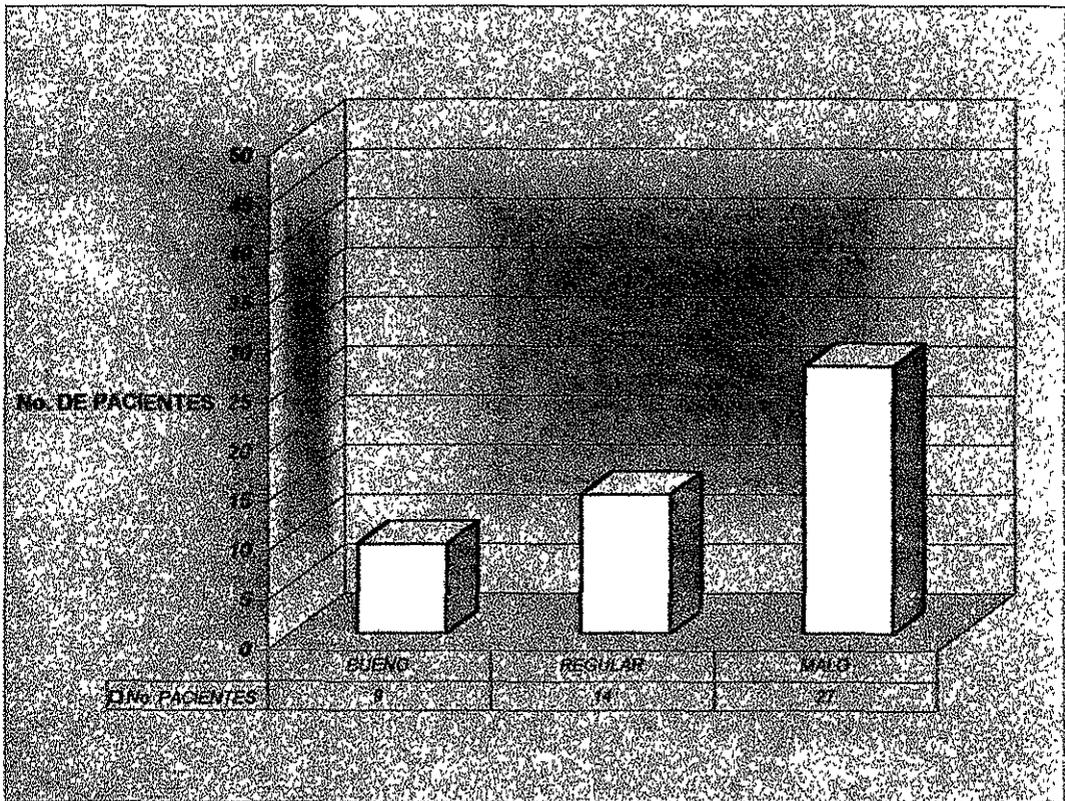
FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**NIVEL DE AFECCION EN AREA SEXUAL DE PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 14

NIVEL AFECCION SEXUAL	No PACIENTES	PORCENTAJE
BUENO	9	18.0
REGULAR	14	28.0
MALO	27	54.0
TOTAL	50	100.0

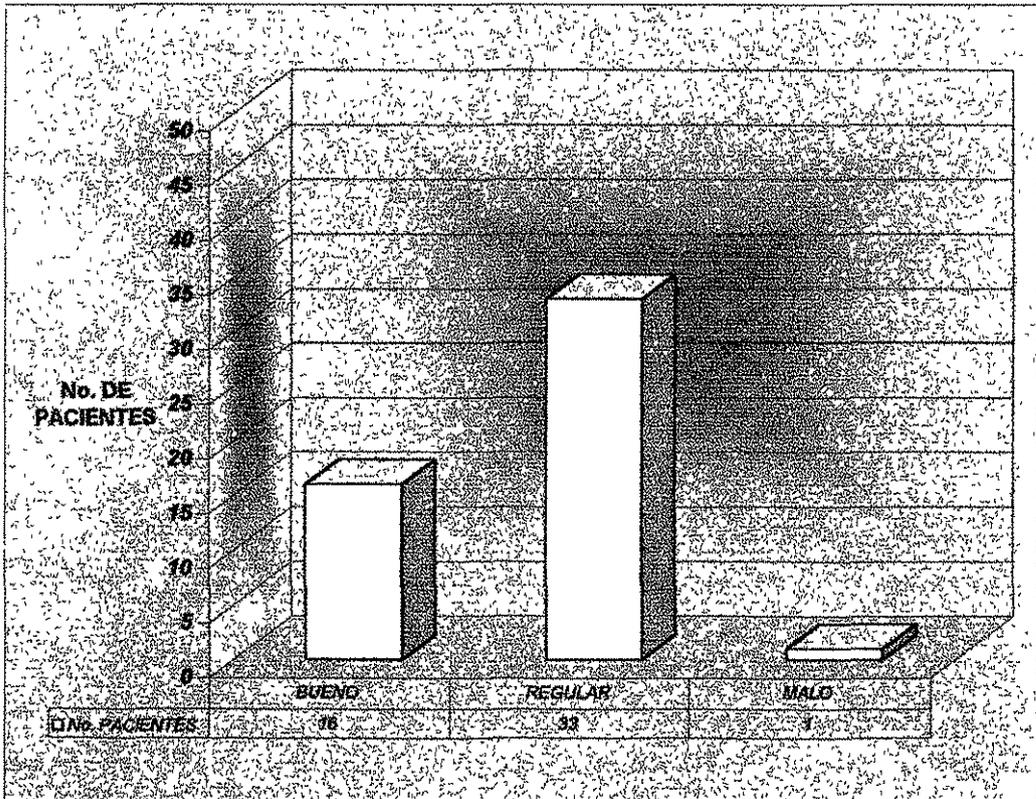


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

**GRADO DE CONTROL DE ESFINTERES DE PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 15

CONTROL DE ESFINTERES	No. PACIENTES	PORCENTAJE
BUENO	16	32.0
REGULAR	33	66.0
MALO	1	2.0
TOTAL	50	100.0

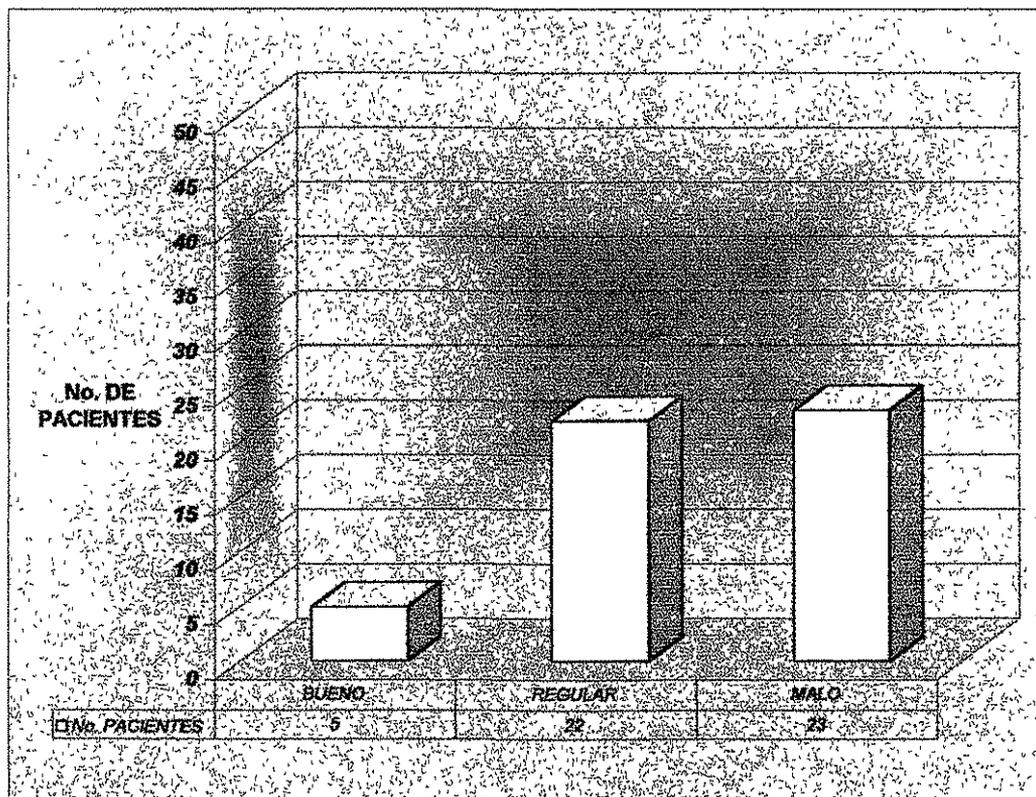


FUENTE. ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

**PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD DE LOS PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 16

PERCEPCION EDO SALUD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
BUENO	5	10.0
REGULAR	22	44.0
MALO	23	46.0
TOTAL	50	100.0



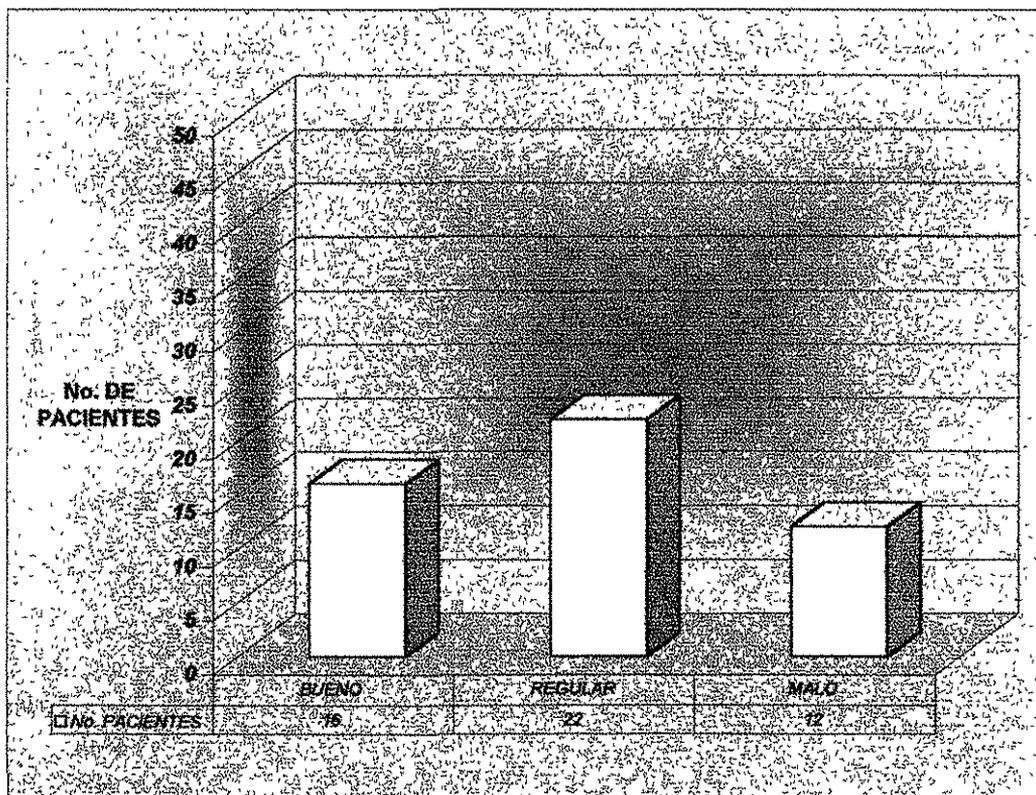
FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**NIVEL DE PERCEPCION DEL DOLOR DE PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No17

NIVEL DE PERCEPCION DE DOLOR	No PACIENTES	PORCENTAJE
BUENO	16	32.0
REGULAR	22	44.0
MALO	12	24.0
TOTAL	50	100.0

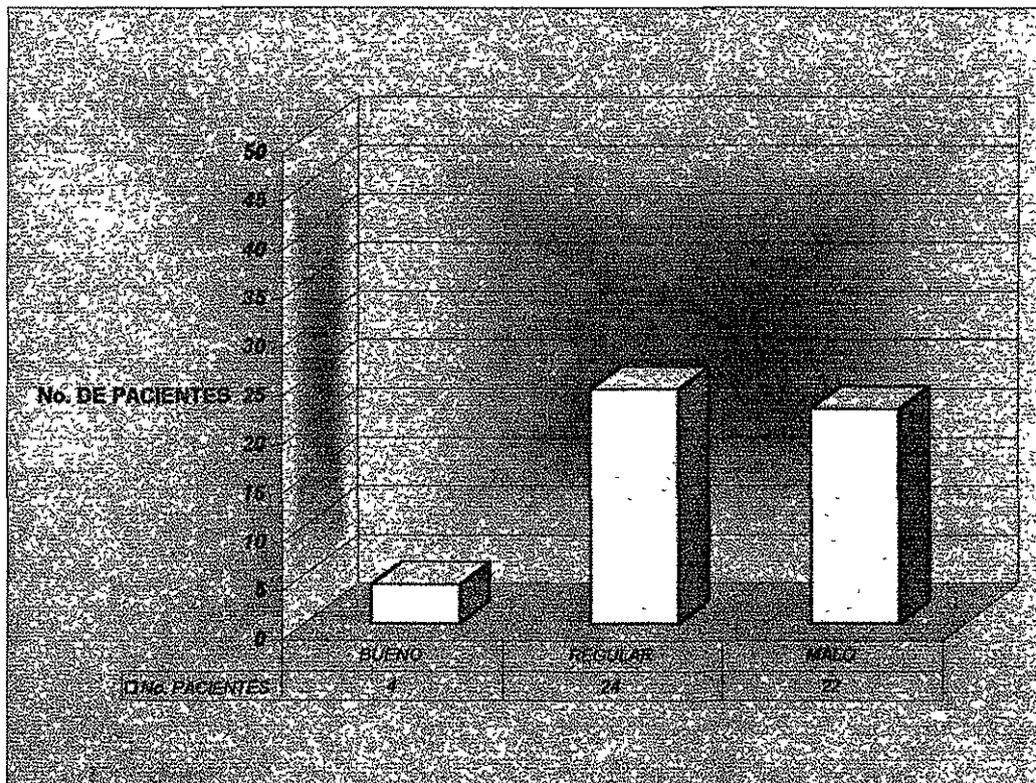


FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

**NIVEL DE DESEMPEÑO EN LA ESFERA SOCIAL DE PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 18

ESFERA SOCIAL	No. PACIENTES	PORCENTAJE
BUENO	4	8.0
REGULAR	24	48.0
MALO	22	44.0
TOTAL	50	100.0



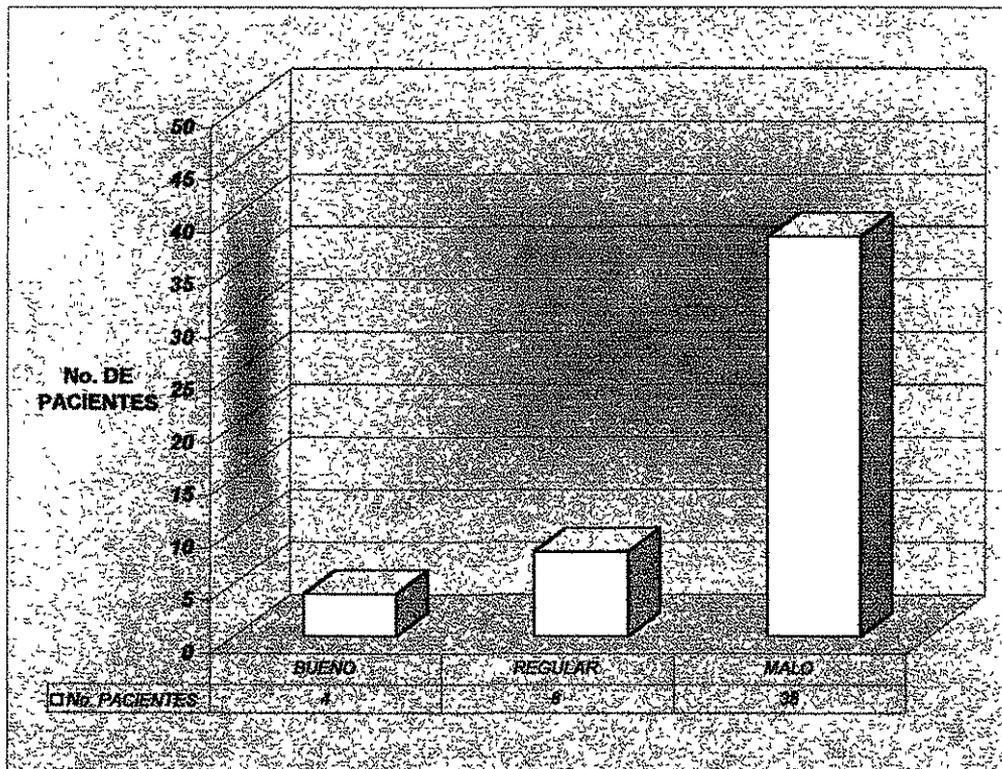
FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**GRADO DE DESEMPEÑO EN EL ESFERA EMOCIONAL DE PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No19

ESFERA EMOCIONAL	No. PACIENTES	PORCENTAJE
BUENO	4	8.0
REGULAR	8	16.0
MALO	38	76.0
TOTAL	50	100.0

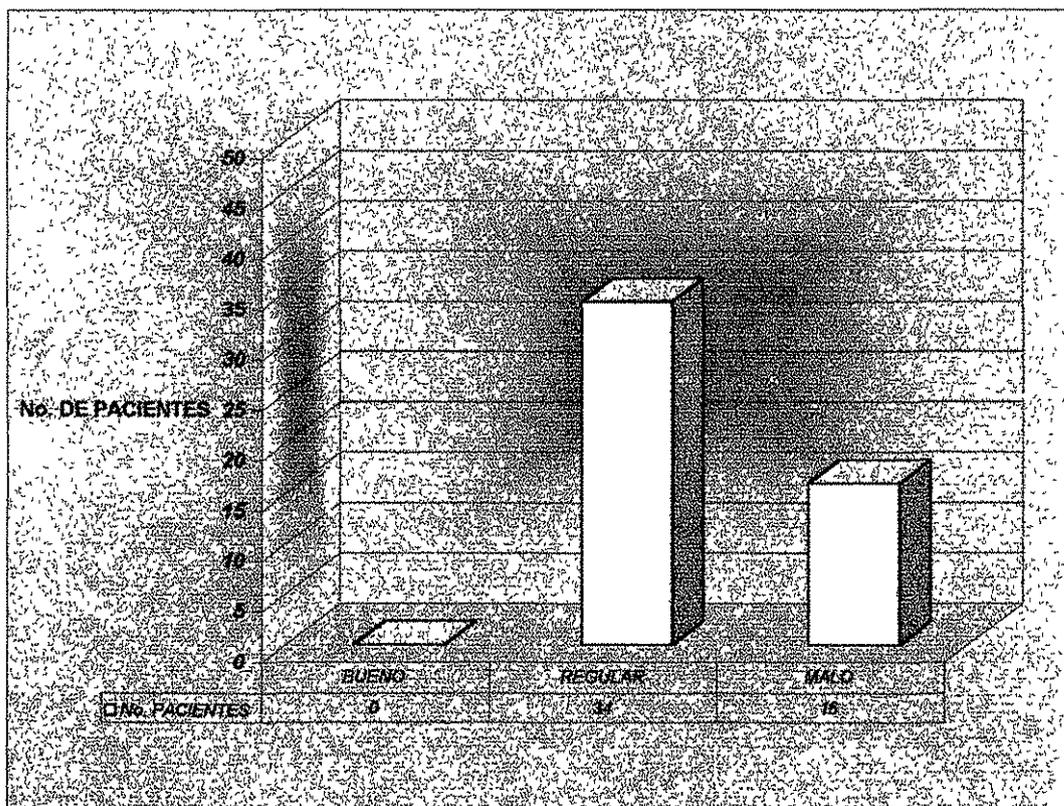


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 20

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	No. PACIENTES	PORCENTAJE
BUENO	0	0.0
REGULAR	34	68.0
MALO	16	32.0
TOTAL	50	100.0

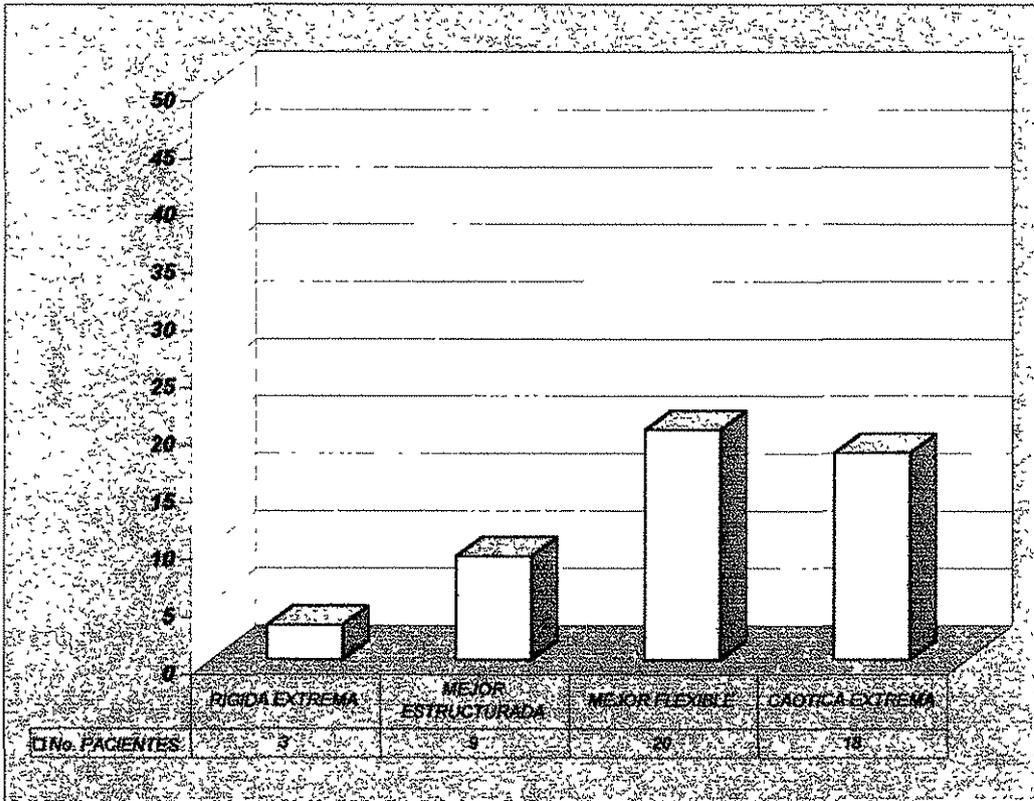


FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

**NIVEL DE ADAPTABILIDAD SEGÚN FACES III EN PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 21

NIVEL DE ADAPTABILIDAD	No PACIENTES	PORCENTAJE
RIGIDA EXTREMA	3	6.0
MEJOR ESTRUCTURADA	9	18.0
MEJOR FLEXIBLE	20	40.0
CAOTICA EXTREMA	18	36.0
TOTAL	50	100.0

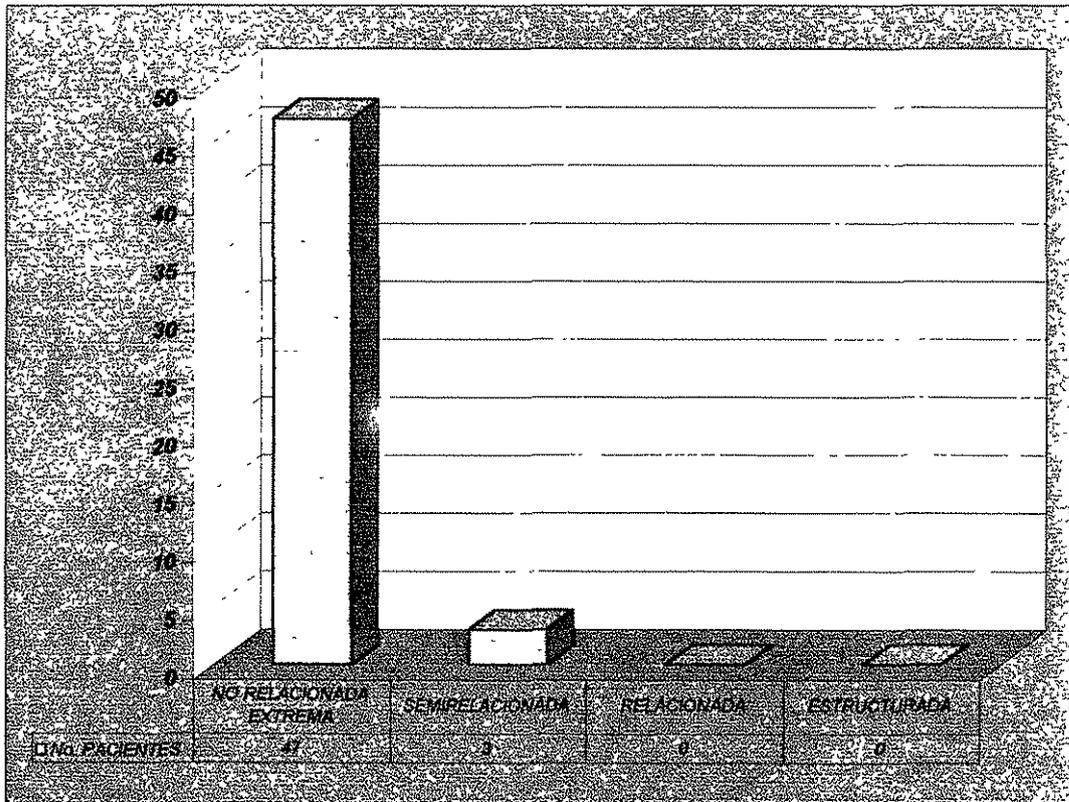


FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

**NIVEL DE COHESION SEGÚN FACES III EN PACIENTES
CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. 24
DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

TABLA Y GRAFICO No 22

NIVEL DE COHESION	No. PACIENTES	PORCENTAJE
NO RELACIONADA EXTREMA	47	94.0
SEMIRELACIONADA	3	6.0
RELACIONADA	0	0.0
ESTRUCTURADA	0	0.0
TOTAL	50	100.0



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL HGZ NO 24

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA
DE PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA
DEL H.G.Z. 24 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001**

**TABLA 23
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A CALIDAD DE VIDA**

CALIDAD DE VIDA	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MEJOR FUNCIONALIDAD
BUENA	1	5	0
REGULAR	0	16	7
MALA	0	11	10
TOTAL	1	32	17 00

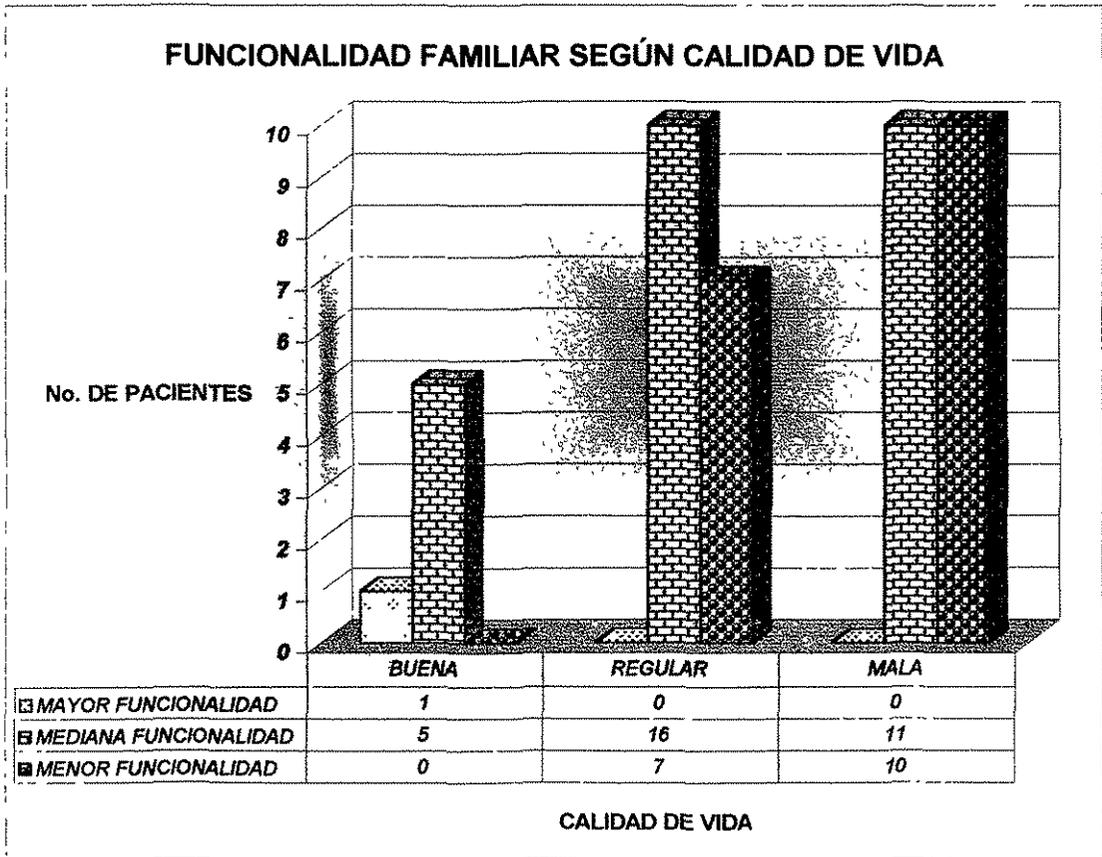
FUNCIONALIDAD FAMILIAR ACORDE A CALIDAD DE VIDA (PORCENTAJES)

CALIDAD DE VIDA	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MEJOR FUNCIONALIDAD
BUENA	2.00	10 00	0
REGULAR	0.00	32 00	14
MALA	0.00	22.00	20
TOTAL	2	64	34

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H.G.Z. 24

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA
DE PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA
DEL H.G.Z. 24 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001**

GRAFICO 23



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DEL H G Z. 24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN ESTADO CIVIL
DE PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA
DEL H.G.Z. 24 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001**

**TABLA No 24
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN RELACION A ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	BUENA FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
CASADO	1	28	15
DIVORCIADO	0	1	0
VIUDO	0	2	0
SOLTERO	0	2	1
TOTAL	1	33	16

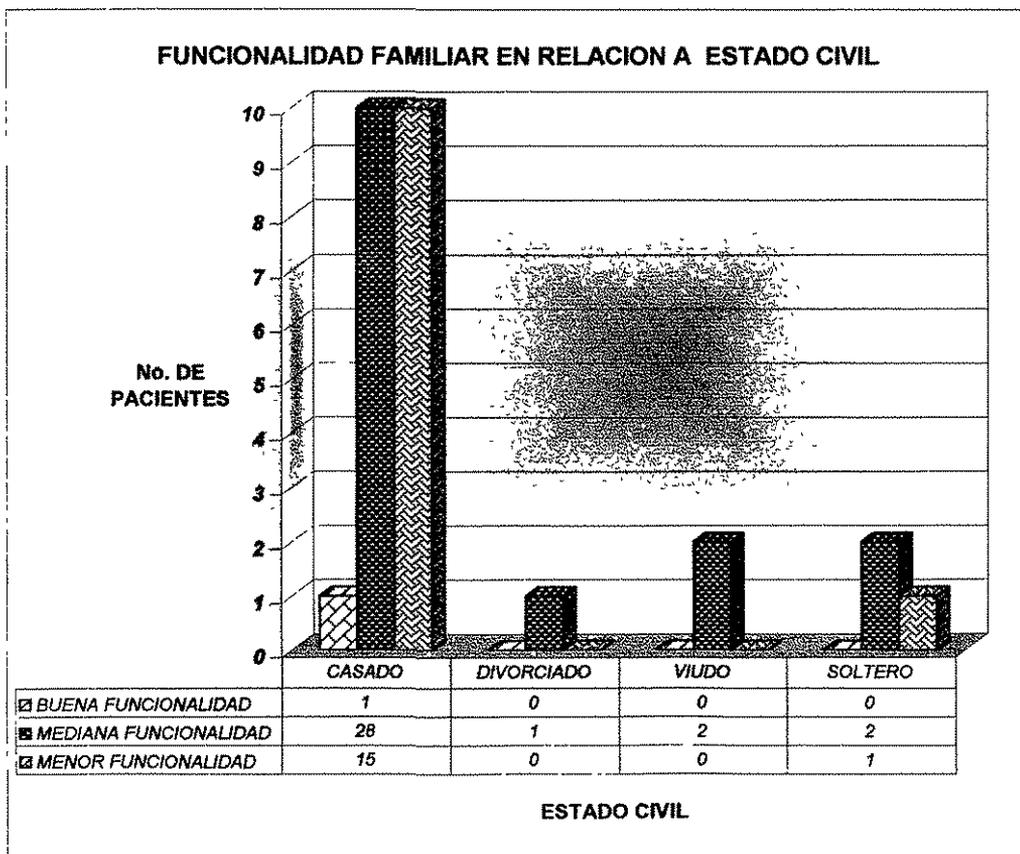
FUNCIONALIDAD FAMILIAR ACORDE A ESTADO CIVIL (PORCENTAJES)

ESTADO CIVIL	MAYOR FUNCIONALIDAD	MEDIANA FUNCIONALIDAD	MENOR FUNCIONALIDAD
CASADO	2.0	56.0	30.0
DIVORCIADO	0.0	2.0	0.0
VIUDO	0.0	4.0	0.0
SOLTERO	0.0	4.0	2.0
TOTAL	2.0	66.0	32.0

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA H G Z 24

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN ESTADO CIVIL
DE PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA
DEL H.G.Z. 24 DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

GRAFICO No 24



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA H G Z 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CALIDAD DE VIDA EN RELACION A TIPO DE TRATAMIENTO
DE PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA
DEL H.G.Z. 24 DE NOVIEMBRE-ENERO 2000-2001**

TABLA No 25
CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO

TIPO DE TRATAMIENTO	BUENA CALIDAD	REGULAR CALIDAD	MALA CALIDAD
INYECCION	1	7	6
TABLETAS	0	12	11
QUIRURGICO	1	4	3
COMBINADO	0	0	2
NINGUNO	3	0	0
TOTAL	5	23	22

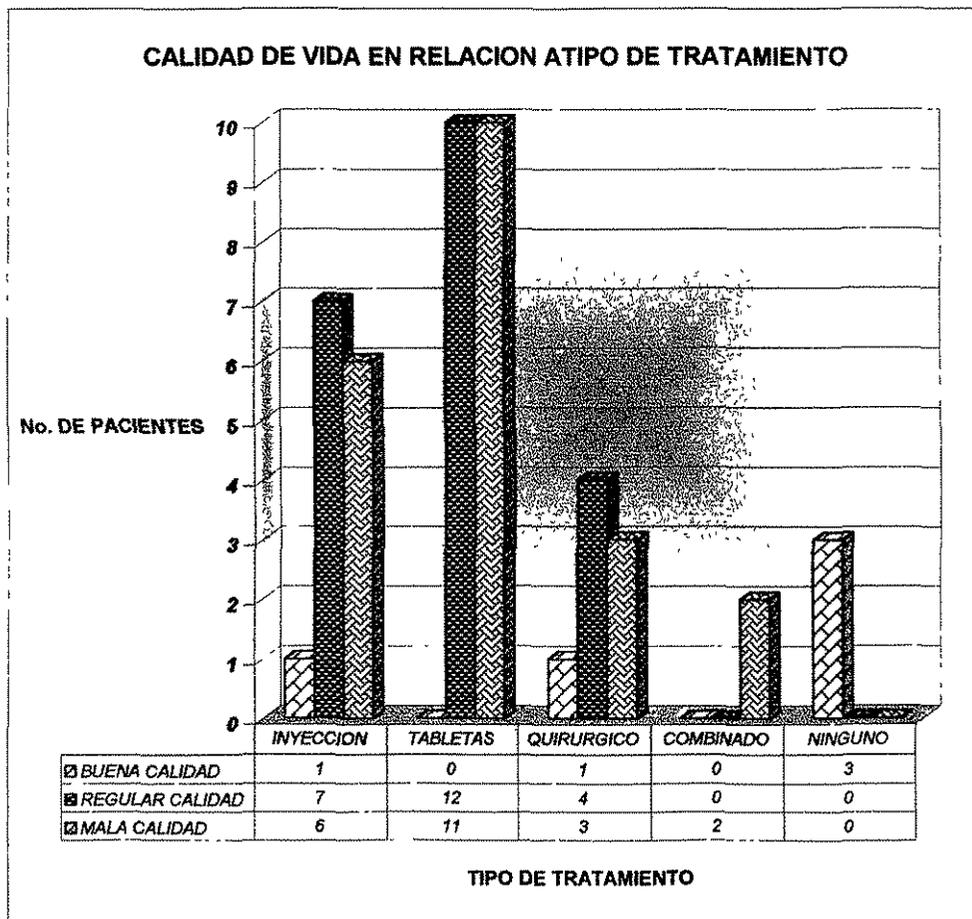
CALIDAD DE VIDA SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO (PORCENTAJES)

TIPO DE TRATAMIENTO	BUENA CALIDAD DE VIDA	REGULAR CALIDAD DE VIDA	MALA CALIDAD DE VIDA
INYECCION	2.0	14.0	12.0
TABLETAS	0.0	24.0	22.0
QUIRURGICO	2.0	8.0	6.0
COMBINADO	0.0	0.0	4.0
NINGUNO	2.0	0.0	0.0
TOTAL	6.0	46.0	44.0

FUENTE ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA H G Z 24

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO
DE PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE LA CONSULTA EXTERNA
DEL H.G.Z. 24 DE NOVIEMBRE A ENERO 2000-2001**

GRAFICO 25



FUENTE. ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA H G Z. 24

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANALISIS DE RESULTADOS

En la presente investigación estudiamos 50 pacientes portadores de Cáncer de próstata, los cuales fueron tomados de la consulta externa de Urología del HGZ No 24, el rango de edades se realizó por clases de diez, encontrándose que el grupo más afectado es el de 71 a 80 años de edad correspondiendo al 48% del total de la muestra, y el de menor incidencia es el de 51 a 60 años con el 1%. Lo cual coincide con lo reportado en la literatura acerca de la prevalencia en varones mayores de 50 años, y su incidencia aumenta en cada década subsiguiente. Nosotros en nuestro estudio observamos que la media de edad reportada es 74, con la mínima de 53 años y la edad máxima de 89 años.(Vid supra cuadro y gráfico 1). Como podemos observar este grupo etáreo más afectado cae dentro de la clasificación de la senectud gradual, que es una etapa crítica en la cual cursan con cuadros clínicos típicos de esta edad. Recordando que el factor psicológico es muy importante en el desarrollo, evolución y pronóstico de este tipo de enfermedades oncológicas.

El estado civil el 88% de los pacientes son casados, es importante señalarlo puesto que en un alto porcentaje las mujeres son cuidadoras primarias, este papel lo vendría cumpliendo las esposas de estos pacientes. Tomando en cuenta que el 68% vive con su esposa, mientras que el 6% vive con la esposa e hijos, esto se debe a que los hijos viven en casa de los padres con lo cual también se convierten en cuidadores primarios(Vid supra cuadro y gráfica 2, 4). Dentro de los datos encontrados la escolaridad fue un rubro estudiado, el 64% de los pacientes solo cursaron la primaria, esto es un dato importante, ya que el 50% de los pacientes conoce su diagnóstico, lo cual significa que el grado de escolaridad no es un factor importante que influya en el deseo de conocer el padecimiento que le aqueja al paciente

terminal. Pero también se observa que la familia conoce el diagnóstico del paciente, al recibir por primera vez este, la familia cursa por un periodo de desestabilización en el cual se dan los mecanismos de defensa, principalmente se observa la negación, entonces toda la familia se aglutina y no deja que el paciente sepa su diagnóstico (Vid supra tabla y gráficos 2,5). Y si hablamos de la cooperación familiar, encontramos que el 98% de ellos sí la tienen, son cuidados que pueden ir desde el apoyo emocional, el asesoramiento, pasando por la ayuda instrumental (comida, limpieza, compras, etc) y el cuidado personal (higiene, comida, administración de medicamentos), administración de recursos, aporte económico, la toma de decisiones y como intermediador con los servicios médicos, sociales. (Vid supra tabla y gráfico 10). Es importante señalar que el 60% de las familias de estos pacientes sí conoce el diagnóstico, mientras que el 6% no lo conoce. (Vid supra tabla y gráfico 8)

En el aspecto laboral el 76% de los pacientes son pensionados, es decir que no realizan ninguna otra actividad, de la cual puedan percibir un sueldo, mientras que el 24% a pesar de su padecimiento realiza diferentes trabajos, con lo cual obtiene ingresos, es importante que los paciente desarrollen alguna actividad, recordando que estos pacientes cursan con grandes periodos de depresión, y con una terapia ocupacional para sentirse útiles. (Vid supra tabla y cuadro 3)

En cuanto al tipo de tratamiento, el 46% toma tabletas, mientras que el 4% es tratamiento combinado. Esto se debe a que de primera instancia se inician los tratamientos a base de hormonales orales y posteriormente sino hay remisión se inician los siguientes tratamientos. (Vid supra tabla y gráfico 6). Con relación al tiempo de diagnóstico, el 50% tiene de 1 a 2 años de diagnóstico, mientras que el 65% son los que tienen más de 5 años

con lo que se observa son un mínimo porcentaje. (Vid supra tabla y gráfico 7).

En lo concerniente a la Calidad de Vida (CV), tenemos que no hubo una diferencia significativa entre regular y mala, ya que en ambas se encontró un 44%, mientras que en la buena CV es del 12%. (Vid supra tabla y gráfico 11). Dentro de la CV se manejan 8 aspectos o actividades de la vida diaria, que se ven afectadas, encontrándose las siguientes cifras: Desempeño en las actividades físicas de la vida diaria el 40% refieren como regular, mientras que el 24% lo califican como buena, a pesar de algunas limitaciones.(Vid supra tabla y gráfico 12); En la Percepción de salud física para el 68% es mala contra el 14% como buena, es decir que los pacientes refieren un detrimento en su salud física.(Vid supra tabla y gráfico 13); el área Sexual, el 54% de los pacientes lo refiere como malo, debido a los tratamientos, ya sea quirúrgico o medicamentoso, dentro de los efectos colaterales cursan con impotencia o disminución de la libido como ejemplos, el 18% lo refirió como bueno, dentro de estos pacientes están los que aun no reciben ningún tratamiento, con lo cual no se ve afectada esta esfera.(Vid supra tabla y gráfico 14). El Control de Esfinteres el 66% tiene regular control de esfinteres, ya que cursan con incontinencia urinaria o fecal, mientras que el 2% malo.(Vid supra tabla y gráfico 15), en cuanto a la Percepción de su Estado de Salud, el 46% dice que es mala, por todas las alteraciones con las cuales cursan, el 44% refiere como regular, se observa que no hay mucha diferencia significativa en este rubro, mientras que el 10% es bueno.(Vid supra tabla y gráfico 16). En cuanto al Nivel de Percepción del dolor el 44% lo refieren como regular y el 24% como malo, debido a que por el estadio, hay presencia de metástasis a diferentes órganos y regiones. (Vid supra tabla y gráfico 17). En el área Social, el 48% de los pacientes refieren como regular su desempeño, lo cual esta aunado a

la salud física y percepción del dolor que son las principales limitantes encontradas por estos pacientes, pero el 8% lo refiere como bueno.(Vid supra tabla y gráfico 18). En el aspecto Emocional, el 76% refieren como malo, por los periodos de depresión por los cuales pasan, mientras que para el 8% es bueno.(Vid supra tabla y gráfico 19).

En cuanto a la Funcionalidad Familiar, que evaluamos con el FACES III encontramos que el 68% de las familias son medianamente funcionales y el 32% tienen mala funcionalidad. De aquí destaca que la funcionalidad, tiene que ver con la capacidad de adaptación y de asumir roles para el buen funcionamiento familiar de estas familias de pacientes con cáncer. Se dice que lo ideal es que haya una satisfacción de roles pero como sabemos una enfermedad crónica degenerativa viene a producir cambios en roles familiares y una desestabilización emocional en todos sus integrantes, además que van desde la aglutinación hasta la segregación.(Vid supra tabla y gráfico 20). En cuanto al Nivel de Adaptabilidad, según el FACES III, encontramos que el 40% de las familias son flexibles, que es un buen indicador en la capacidad de modificar sus roles para tratar de adaptarse al momento o las circunstancias.(Vid supra tabla y gráfico 21). El nivel de cohesión es otra área del FACES III, en la cual se encontró que 94% son familias las cuales son no relacionadas extremas, es decir que tal vez haya problemas en los límites emocionales y familiares, en la solidaridad interna o en el mismo apoyo interno de estas familias.(Vid supra tabla y gráfico 22). Estableciendo relación entre la FF y con la CV, se observó que el 64% de las familias esta es regular, mientras que el 2% tienen buena FF y CV, por lo tanto existe relación entre la FF como determinante de la CV.(Vid infra tabla y gráfico 23). Funcionalidad Familiar según Estado Civil, predomina la mediana funcionalidad familiar en el 56% de las familias son casadas y tienen mediana funcionalidad, en contraparte las que tienen

mayor grado de funcionalidad familiar son mínimas, es el 2%. (Vid supra tabla y gráfico 24).

En cuanto a la Calidad de Vida relacionada al tipo de tratamiento, se encontró que el 46% tiene regular calidad de vida, y de estos el 24% su tratamiento es a base de tabletas, mientras en el 44% tiene Mala Calidad de Vida, de estos el 22% su tratamiento es a base de hormonales orales (tabletas) y el 6% tiene buena calidad de vida, de estos pacientes el 2% no tiene un tratamiento aun, el 2% es quirúrgico y el otro 2% recibe hormonales inyectables. (Vid supra tabla y gráfico 25).

CONCLUSIONES

El presente estudio se llevo a cabo en 50 pacientes portadores de Cáncer de Próstata adscritos a la Consulta Externa del Servicio de Urología del HGZ No 24 del IMSS de la Delegación 1 Noroeste Se concluye lo siguiente:

- El grupo etáreo más afectado fue el de 71 a 80 años.
- El estado civil que predominó fueron los casados.
- De acuerdo a escolaridad el mayor porcentaje cursó la primaria únicamente
- La mayoría de estos pacientes reciben pensión y no desarrollan ninguna actividad laboral
- La mitad de los pacientes conocía su diagnóstico.
- El tiempo promedio, de diagnóstico a la fecha, fue de 1 a 2 años.
- De acuerdo al tratamiento la mayoría recibían antiandrógenos vía oral
- Las familias de estos pacientes, conocían el diagnóstico de su familiar en más de la mitad de los casos.
- Se observó que la cooperación al paciente, la brindaba la familia en casi todos los casos.
- Se observó que el cuidador primario en su mayoría fue la esposas.
- De acuerdo a la calidad de vida, se encontró en igual porcentaje la regular y mala.
- Se encontró que las familias, en su mayoría eran de mediana funcionalidad.
- De acuerdo a su adaptabilidad, predominaron las familias flexibles.
- De acuerdo a su cohesión, la mayoría son familias no relacionadas extremas.

- Al relacionar calidad de vida con funcionalidad familiar, predominó la de regular calidad con mediana funcionalidad.
- Según funcionalidad familiar y estado civil, más de la mitad fueron funcionales y casados.
- Al relacionar calidad de vida y tipo de tratamiento no se observó diferencia representativa.

COMENTARIO.

A través de la realización de este estudio, se pudo observar que efectivamente los grupos de mayor incidencia para la presentación del cáncer de próstata fue entre 7 y 8 década de la vida. Lo cual coincide con lo reportado por la literatura. Como se menciona no hay un factor de riesgo identificado totalmente.

De la funcionalidad adecuada de la familia depende el apego a los diferentes tratamientos, para que se de esta debe de estar presente una adecuada convivencia familiar, que haya vínculo bien establecido.

El grado de escolaridad es uno de los principales factores ya que su nivel de conocimiento se amplía a mayor grado de escolaridad pero en este caso se observó que los pacientes en su mayoría cursaron la primaria.

En cuanto a la actividad laboral la mayoría de los pacientes fueron pensionados esto es importante recalcarlo ya que son pacientes que pueden cursar con algún grado de depresión, que influye en la progresión del cáncer. En cuanto al tipo de convivencia es importante ya que los pacientes en este estudio están con su esposa, la mayor parte de ellas son personas de la tercera edad, que difícilmente pueden vigilar su tratamiento. Y realmente conocen el diagnóstico el 60%. Es importante que los pacientes conozcan su diagnóstico ya que de ello también depende su calidad de vida.

El tipo de tratamiento que más se observa es el basado en hormonales orales, debido a que tienen una mejor efectividad y tiene menores efectos

colaterales, que es lo que principalmente se trata de evitar, se observó que los pacientes tratados quirúrgicamente cursan con problemas tales como incontinencia de esfínteres o trastornos que tratan de evitar los pacientes.

En cuanto al funcionamiento familiar, tenemos que a las familias más funcionales son aquellas que tienen mejor cohesión y una adaptabilidad mejor, lo cual es muy difícil que se presente en pacientes con cualquier tipo de enfermedad crónica degenerativa como por ejemplo el cáncer. Ya que la presencia de algún paciente con cáncer en la familia viene a desestabilizar todo el contexto familiar, afectando a su vez la calidad de vida del paciente

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, realizado en el HGZ No. 24 IMSS delegación 01 noroeste, en paciente con cáncer de próstata etapa D, con el objetivo de valorar la calidad de vida y funcionalidad familiar como un determinante de la calidad de vida en estos pacientes.

Se realizó una encuesta aleatoria a pacientes adscritos a la consulta externa del servicio de urología, con diagnóstico de cáncer de próstata en estadio D, por medio de una encuesta para calidad de vida basada en el UCLA ICP, que consta de 30 ítems que evalúa desde las actividades diarias, control de esfínteres, actividad sexual y la presencia de dolor en estos pacientes, para la funcionalidad familiar se utilizó el FACES III modificado, que consta de 20 ítems para valoración de cohesión y adaptabilidad.

Estos resultados se analizaron mediante el uso de la estadística descriptiva.

El grupo etáreo más afectado se encontró entre los 70 y 80 años, correspondiendo a lo reportado por la literatura. El estado civil que predominó fue el casado con el 88%. Se encontró que el 64% de los pacientes tenían únicamente la primaria cursada. De los pacientes encuestados el 76% reciben pensión, y no se dedican a ninguna otra actividad laboral. Se encontró que el 50% de estos pacientes sabían su diagnóstico. El tiempo promedio de diagnóstico a la fecha fue de 1 a 2 años. El tratamiento consistía en andrógenos en un 46%, el resto se distribuyó entre el quirúrgico y administración de hormonales inyectables.

Las familias de estos pacientes en un 60% conocen el diagnóstico de su familiar. La cooperación familiar existe en el 98% de los casos, siendo en

apariciencia participe la familiar de la enfermedad. El cuidador primario en el 68% son las esposas.

En cuanto a la calidad de vida de estos pacientes, se encontró que el 44% tenían entre mala y regular. Las familias de estos pacientes presentaron en un 68% mediana funcionalidad. De acuerdo a su adaptabilidad las familias en un 40% fueron flexibles. Según su cohesión el 44% fueron no relacionadas extremas.

Al relacionar calidad de vida con funcionalidad, se encontró regular calidad con mediana funcionalidad en un 64%. Al relacionar funcionalidad familiar con estado civil, se observo que predominaron las de mediana funcionalidad y casados en un 56%.

No se observo diferencia representativa entre calidad de vida y tratamiento hormonal oral, ya que de los pacientes con HO, el 44% tuvieron mala calidad de vida y el 46% con regular calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Potosky AL, Miller BA, Albersen PC, et al. Papel del incremento de la detección del cáncer de próstata como explicación del aumento de su incidencia. *JAMA*; 273: 548-552
2. Lu-Yao GL, Greenberg ER. Changes in prostate cancer incidence and treatment in USA. *Lancet* 1994; 343: 251-254.
3. Fleming C, Wasson J, Albersen PC, Barry MJ, et al. A decision analysis of alternative treatment strategies for clinically localized prostate cancer. *JAMA* 1993; 269. 2.650-2.658
4. Catalona WJ, Oesterling JE, Resnick MI. Antígeno prostático específico: Nuevas recomendaciones. *Atención médica* 1999; 12: 53-65
5. Catalona WJ, Oesterling JE, Resnick MI. Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer: result of a multicenter clinical trial of 6,630 men. *J Urol* 1994; 151: 1283-1290.
6. Foncerrada MM, La responsabilidad del médico ante los niños enfermos de padecimientos amenazantes para la vida o para la calidad de ésta y en la etapa terminal de las enfermedades. *Rev Méd IMSS (Méx.)* 1991: 29:33
7. Mulvihill JJ: Clinical ecogenetics: Cancer in families. *N Engl J Med* 1985; 312:1596-1597.

8. Litwin MS, Hays RD, Fink A, et al. Parámetros de calidad de vida en pacientes tratados por cáncer localizado de próstata. JAMA 1995, 273:129-135.
9. Zonana FE, Zarate OA, Ricárdez EAA. Cáncer de la Próstata I. Programa de Actualización Continua en Urología. México 1998. A-5 112 pp.
10. Zonana FE, Zarate OA, Ricárdez EAA. Cáncer de la Próstata II. Programa de Actualización Continua en Urología. México 1998. B-1 76 pp.
11. Díaz RF, Morell OM. Marcadores tumorales en cáncer de próstata. Monografía Laboratorios Abbott de México 1995 Fascículo 2. 38 pp
12. Díaz RF, Morell OM. Marcadores tumorales en cáncer de próstata. Monografías Laboratorios Abbott de México 1995 Fascículo 3. 59 pp
13. Recommendations of the International Scientific Committee. The Evaluation and Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) Suggestive of Benign Prostatic Obstruction. Porceedings. París, July 2-5, 1997.
14. Spinetta JJ. Development of Psychometric Assessment Methods by Life Cycle Stages. Cancer Supp 15: 1984. 2222-2227

15. McLead DG. Tolerability of Nonsteroidal Antiandrogens in the Treatment of Advanced Prostate Cancer. *The Oncologist* 1997; 2:18-27
16. Sarosdy MF, Schellhammer PF, Sharifi R. Comparison of Goserelin and Leuprolide in Combined Androgen Blockade Therapy. *Urology* 1998;52(1):82-88
17. Simposio "HPB y comorbilidad Cardiovascular ¿ Afecta la calidad de vida?" Resúmenes. Sociedad Mexicana de Urología 1991, 18 pp.
18. Benítez BL, Quiñónez SG. El Cáncer, ¿Un problema de salud en México? *Rev Med IMSS*. 1991, 29:195.
19. Leplege A, Hunt S. El problema de la calidad de vida en medicina. *JAMA* 1997; 278:47-50
20. Cattorini P. Calidad de Vida en los Ultimos Instantes. *Medicina y Ética* 1991/4: 405-421.
21. García PM, Reyes MH, Garduño EJ, et al La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. *Rev Med IMSS (Méx)* 1995; 33:293-298.
22. Donovan K, Sanson-Fisher RW, Redman S. Measuring Quality of Life in Cancer Patients. *J Cl Oncol* 1989; 7:7 (959-968)
23. Morton B. Summary of the Informal Discussion of Function States: Quality of Life *Cancer* 1984; Suppl 15

32. Marquez-Montes J, Fernández LI, Tejero C, et al. Psicopatología y calidad de vida en pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable. <File://A:\page2b13.htm>
33. The Structure of the WHOQOL-100. <File://A:\The structure of the WHOQOL-100.htm>
34. Mc Millan SC. Quality of Life Assessment in Palliative Care. <File://A:\Cancer Control Journal Quality of Life Assessment in Palliative Care.htm>
35. Gómez M, Sabeth EN. Calidad de vida, evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. <http://www3.usal.es/inico/investigación/invesinico/calidad.htm#top>
36. Palomar J. Relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en familias con un miembro alcohólico. Salud Mental 1999;22:6(13-21)
37. Enfermos paralelos. Diario Médico. <File://A:\enf300998combis.htm>
38. El 25% de los pacientes oncológicos tiene depresión grave <File://A:\h260398.htm>
39. Herrera AA. La familia como unidad de análisis. Rev Méd IMSS 1983,
40. Amezcua AR, Arce GE, Arteaga AG, et al. Fundamentos de Medicina Familiar. Ed Medicina Familiar Mexicana 1998. 35-88pp.

24. Ware JE. Conceptualizing Disease Impact and Treatment Outcomes. *Cancer* 1984; 53:10 (Suppl)
25. Wolfe J, Holcombe G, Neil K, et al. Symptoms and suffering at the End of the Life in Children with Cancer. *N Engl J Med* 2000; 342:326
- 26 Wellisch OK. Work, Social, Recreation, Family, and Physical Status. *Cancer* 1984; 53:2290
27. Ware JE. Conceptualizing Disease Impact and Treatment Outcomes *Cancer* 1984; 53:2316
28. Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levitt M Measuring the Quality of Life of Cancer Patients: The Functional Living Index-Cancer: Development and validation *J Cl Oncol* 1984; 2:472
29. Conceptualizing quality of life. A:\Quality of life compendium.htm
30. McMillen MC, Feigl P, Metch B, et al. Quality of Life End Points in cancer Clinical Trials: Review and Recommendations. *J of the Nat Cancer Inst* 1989; 81:7
31. Rustoen TRN, Moum T, Wikland PI, et al. Quality of Life in newly diagnosed cancer patients. *J Adv Nurs* 1999; 29(2):490-498

41. Parry ME. Factores Psicosociales Concurrentes en los resultados de la Atención de Jóvenes en un Programa de Rehabilitación en el Medio Libre. <http://members.tripod.cl/libertadasistida/parry01.htm>
42. Osornio CL. Estructura y dinámica familiar de adolescentes de sexo femenino con intento de suicidio. <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/proy/n6/exaula/losornio.html>
43. Minuchin S, Fishman CH. Técnicas de terapia familiar. Ed Paidós 1998.
44. UCLA. Índice de Cáncer de la Próstata. PCI_SPAN.PDF

ANEXOS

ANEXO I

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 20
DELEGACION 1 NOROESTE
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Favor de contestar las siguientes preguntas y poner una "X" en la respuesta más adecuada a su estado de salud actual, la información proporcionada es confidencial

1. Edad _____ 2 Estado Civil _____ 3 Escolaridad _____ 4 Ocupación _____

5 ¿Con quién vive usted

1 Solo 2 Esposa 3 Hijos 4 Otros familiares 5 Otros

6 Sabe qué enfermedad tiene usted

1 Sí 2. Creo que sí 3 No

7 ¿Qué tipo de tratamiento utiliza?

1 Tabletas 2 Inyección 3 Cirugía 4 Combinado 5 Especifique: _____

8 Tiempo de diagnóstico

1 Menos de un año 2 1 a 2 años 3 3 a 4 años 4 Más de 5 años

9 Su familia conoce su enfermedad

1 Sí 2 Creo que sí 3 Lo ignoro 4 No

10 Su familia coopera con usted en su enfermedad y cómo lo hace _____

1 Económicamente 2 Cuidados 3 Apoyo moral 4 Todos los anteriores

Las siguientes frases se refieren a actividades en que usted haría en un día típico, ¿Lo limita su salud para realizar las siguientes actividades? Si es así, ¿En qué medida?

1 Actividades que requieran mucho esfuerzo físico, como correr, levantar cosas pesadas, etc ?

1 Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto

2 Subir uno o varios pisos por la escalera, caminar una o varias cuerdas

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto

3 Bañarse o vestirse

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita en absoluto

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares por causa de su SALUD FÍSICA?

4 Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades

1 Sí 2 No

5 Ha logrado menos rendimiento de lo que le hubiera gustado?

1. Sí 2 No

6 Ha visto limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades

1 Sí 2 No

7 Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades, que requieran un esfuerzo adicional

1 Sí 2 No

Durante las últimas 4 SEMANAS, ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades regulares por causa de cualquier PROBLEMA EMOCIONAL (como sentirse deprimido o muy angustiado)?

8 Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades:
1 Sí 2 No

9 Ha logrado menos de lo que le hubiera gustado.
1 Sí 2 No

10 No ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre
1 Sí 2 No

Estas preguntas se refieren a como se siente usted y como le ha ido durante las ULTIMAS 4 SEMANAS. Para cada pregunta, por favor de una respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido. ¿Qué parte del tiempo en las últimas 4 semanas...

11 Se ha sentido lleno de vida
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

12 Se ha sentido muy nervioso
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

13 Se ha sentido decaído de ánimo que nada podría alentarle
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

14 Se ha sentido desanimado y triste
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

15 Se ha sentido desanimado, triste y cansado
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

16 Ha sido una persona feliz
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

17 Ha tenido mucha energía
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

18 Durante las últimas 4 semanas, ¿Su salud física o sus problemas emocionales, que tanto han dificultado sus actividades sociales (visitar amigos, parientes, etc)?
1 Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

19 Durante las últimas 4 semanas, ¿En qué medida su salud física o sus problemas han dificultado sus actividades sociales normales con la familia o los amigos?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

20. ¿Cuánto dolor del cuerpo ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?
1 Ningún dolor 2 Muy poco dolor 3 Poco 4 Moderado 5 Mucho dolor

21 Durante las últimas 4 semanas, ¿En qué medida el dolor ha dificultado su trabajo normal, fuera de la casa y en ella?
1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca

22. En términos generales, su salud es:
1. Excelente 2 Muy buena 3. Buena 4 Regular 5 Mala

23 Comparando su salud con hace un año, ¿Cómo la califica en general ahora?
1 Mucho mejor ahora 2 Algo mejor ahora 3 Igual que ahora 4 Algo peor ahora 5. Mucho peor

- 24 En cuanto a su función urinaria en las últimas 4 semanas, ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su control urinario?
 1 Ningún control 2 Goteo frecuente 3 Goteo ocasional 4 Control total
- 25 Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido urgencia rectal (ha tenido ganas de hacer del baño pero no hizo)?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca
- 26 Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuántas veces ha defecado (evacuado) en más de una ocasión líquida o floja?
 1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca
- 27 Ha presentado dolor abdominal en las últimas 4 semanas
 1 Siempre 2. Casi siempre 3 Algunas veces 4 Casi nunca 5 Nunca
- 28 Su nivel de deseo sexual en las últimas 4 semanas ha sido
 1. Muy pobre 2 Pobre 3 Regular 4 Bueno 5 Muy Bueno
- 29 Su frecuencia para tener erección
 1 Muy pobre 2 Pobre 3 Regular 4 Bueno 5 Muy Bueno
- 30 ¿Cómo calificaría su función sexual?
 1 Muy pobre 2 Pobre 3 Regular 4. Bueno 5 Muy Bueno

Gracias por su colaboración

PARÁMETROS PARA CALIFICAR FACES III

NIVEL DE COHESION

No relacionada	10 a 34	Extrema
Semi-relacionada	35 a 40	Mejor
Relacionada	41 a 45	Mejor
Aglutinada	46 a 50	Extrema

NIVEL DE ADAPTABILIDAD

Rígida	10 a 19	Extrema
Estructurada	20 a 24	Mejor
Flexible	25 a 28	Mejor
Caótica	29 a 50	Extrema

GRADO DE FUNCIONALIDAD

Más funcionales	Mejor cohesión y mejor adaptabilidad
Medianamente funcionales	Mejor cohesión y extrema adaptabilidad Extrema cohesión y mejor adaptabilidad
Menos funcionales	Extrema cohesión y extrema adaptabilidad

ANEXO 2
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
DELEGACION 01 NOROESTE
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

INSTRUCCIONES Favor de marcar con una "X" la respuesta que considera más adecuada a su opinión, para describir a Su Familia

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

PARÁMETROS PARA CALIFICAR CALIDAD DE VIDA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PROSTATA

ESFERA AFECTADA	BUENO	REGULAR	MALO
ACTIVIDAD FÍSICA	9	6	3
SALUD FÍSICA	8	6	4
EMOCIONAL	30	25	21
SOCIAL	10	6	2
PERCEPCIÓN DOLOR	11	9	7
EDO. DE SALUD	2	6	10
CONTROL ESFÍNTER	14	8	3
SEXUAL	15	9	3
TOTAL	100	75	53
RANGO	100 A 85	84 A 70	69 A 54