



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**“IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENE LOS PACIENTES CON
CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS
DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN”**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA:

VALENCIA MARTÍNEZ MARGARITA

DIRECTOR DE TESIS: DR. SATURNO MACIEL MAGAÑA

MÉXICO D. F.,

2008



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.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme formar parte de esta institución y haber adquirido una formación profesional.

A la Escuela Nacional de Trabajo Social, por hacer realidad una de mis metas.

A los profesores por transmitirme sus conocimientos y enseñanzas, asimismo al personal de la biblioteca, por oírme, y darme consejos muchas gracias.

A mi asesor de tesis: Dr. Saturno Maciel Magaña, por creer en mí y tenerme paciencia en el transcurso de mi trabajo, agradecerle su tiempo y enseñarme aceptar mis errores con amplio criterio profesional.

Gracias.

AGRADECIMIENTO

Al Hospital General de México y a al equipo de trabajo de la Unidad de Urología, que me permitió realizar sin ninguna dificultad mi trabajo y otorgarme su tiempo.

A la Lic. T. S. María Argelia Vicencio Patiño, por enseñarme y haberme dejado desempeñar en esta área, le agradezco mucho sus regaños y consejos estos me servirán a futuro en cualquier trabajo.

A la Supervisora de Trabajo Social María del Carmen Rocío Ortega Mejía, por su apoyo y otorgarme su tiempo en mi trabajo gracias.

A los Médicos Urólogos Dr. Garduño, Aguilar, y Carral que me brindaron apoyo a las dudas que surgió durante mi trabajo.

Muchas gracias a todos.

AGRADECIMIENTO

A mis padres Juan y Ofelia

No encuentro palabras para agradecerles su trabajo y esfuerzo su dedicación, por buscarnos un espacio y a pesar de sus problemas nunca han dejado de pensar en mis hermanos y en mí, gracias por el amor de padres, su comprensión y apoyo que he recibido en el transcurso de mi formación como ser humano.

Gracias Papá y Mamá

Mis hermanos

Gracias a tí Luis, Jesús, Juana y Vianey, por apoyarme en esos momentos difíciles que hemos pasado juntos en la vida, a esos dos angelitos hermosos, que son mis sobrinos Byron y Jeyví.

Agradecida con Dios y con la vida, por haberme permitido volver a nacer y poner en camino a aquellas personas y a mis amig@s que me han brindado su amistad, sus consejos, su compañía incondicional.

En especial a Roboam que me apoyó en mi trabajo y a su Mamá por sus consejos. Hoy con mucho respeto y amor les agradezco, por dejarme volar y realizar mis sueños.

ÍNDICE	Página
INTRODUCCIÓN	8

CAPÍTULO I HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

1.1. Antecedentes Históricos Del Hospital General De México O. D.	10
1.2. Área de Urología	19
1.3. Antecedentes Históricos de Trabajo Social en el Hospital General	23

CAPÍTULO II ANTECEDENTES GENERALES DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN MÉXICO

2.1 Cáncer de Próstata	26
2.1.1. Concepto y Aspectos Epidemiológicos	29
2.1.2. Diagnóstico	31
2.1.3. Estadio clínico	33
2.1.4. Estadio A	35
2.1.4.1. Estadio B	35
2.1.4.2. Estadio C	35
2.1.4.3. Estadio D	35
2.2. Tumores	36
2.2.1. Benignos y Malignos	37
2.3. Cirugía por Resección Transuretral de Próstata (RTU/P)	38
2.4. Cirugía de Prostatectomía Radical (Abierta)	39

CAPÍTULO III FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

3.1. Múltiples Factores	40
3.1.1. Factores de Riesgo	40
3.1.2. Factores Genéticos	42
3.1.3. Factores Ambientales	42
3.1.4. Factores Endocrinos	43

3.1.5. Otros Factores Asociados al Incremento del Riesgo	43
3.2 . Tratamiento	43
3.2.1. Local y Regional	44
3.2.2. Radioterapia Metabólica	44
3.2.3. Tratamiento Hormonal (TH) del Cáncer de Próstata	45
3.2.4. Quimioterapia (QT) del Cáncer de Próstata	45
3.2.5. Tratamiento recomendado por Estadios y Situaciones	46
3.2.6. Farmacoterapia	47
3.3. Generalidades	47
3.3.1. Sociedad y Cultura	47
3.3.2. Educación, Hábitos, y Costumbres	49
3.4. Aspectos Psicológicos	52
3.4.1. Factores Psicológicos	52
3.4.2. Impacto en la Familia y lugar ante la Enfermedad	55

CAPÍTULO IV INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

4.1. Antecedentes Históricos de Trabajo Social	60
4.2 . Definición de Trabajo Social en el Área de Salud	63
4.3. Objetivos de Trabajo Social	65
4.3.1. General	65
4.3.2. Específicos	66
4.4. Misión y Visión de Trabajo Social en el Hospital General de México	67
4.5. Funciones y Actividades	67
4.6. Nivel de Intervención Social	68
4.7. Intervención de Trabajo Social en el Equipo de Salud durante el Tratamiento del Cáncer Prostático	70

**CAPÍTULO V IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES
CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE
LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

5. 1. Identificación del problema	72
5. 2. Objetivos	72
5. 2. 1. Generales	72
5. 2. 2. Específicos	72
5. 3. Hipótesis	73
5. 4. Metodología	73
5. 5. Resultados	74
Análisis de los datos	111
Conclusión	114
Propuestas	117
Anexos	121
Glosario	136
Bibliografía	141
Hemerografía	144
Página Web	144

INTRODUCCIÓN

Integramos en nuestra investigación un trabajo donde la primera necesidad del ser humano es la salud, considerando que en esta área no tan sólo existan antecedentes, formación, finalidad y perspectiva de un espacio. Sino lo más importante es el quehacer profesional del Lic. en Trabajo Social como ha ido adquiriendo un lugar, de igual forma un gran peso; para lograr una mejor disposición entre la institución y el paciente.

A continuación se describirá el trabajo que presentará la estructura siguiente:

En el primer capítulo, se aborda antecedentes que llevan a la construcción del Hospital General de México y de la unidad de urología; asimismo, la descripción y funcionalidad de Trabajo Social dentro de este nosocomio.

El segundo capítulo refiere antecedentes generales en relación al cáncer de próstata, asimismo conceptos y aspectos epidemiológicos de la enfermedad; también acerca de método quirúrgico.

En este tercer capítulo, se describen los diferentes factores y tratamientos del carcinoma; los aspectos que intervienen en el individuo como son: la sociedad, la cultura, educación, hábitos y costumbres, además del aspecto psicológico. Considerando la importancia de la familia ante la enfermedad, donde todo proceso lleve la recuperación del paciente.

En el cuarto capítulo se profundiza en el antecedente histórico y concepto de la intervención del Lic. En Trabajo Social en el área de salud; por lo tanto un punto importante para el trabajo es el perfil profesional del Trabajador Social en este sector; describiendo las etapas del programa que se efectúa en la institución. Concerniente al nivel de intervención de Trabajo Social con el equipo de salud.

En el quinto capítulo manejaremos el desarrollo del proyecto de investigación; identificación del problema, objetivos, hipótesis, metodología y metas; asimismo las actividades desarrolladas para lograr dichos aspectos, y los resultados obtenidos en el instrumento aplicado. Las conclusiones y sugerencias como propuestas servirán para brindar una mejor atención a los usuarios en el área de consulta externa y urología.

CAPÍTULO I

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

1. 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.

La fundación del Hospital General de México es un hecho histórico y trascendental por su servicio de 101 años. Nace en condiciones sociales, culturales y sanitarias de nuestro país que fundamentalmente, eran muy semejantes a los de otras ciudades del mundo. El paciente es primero ante todo, para ser canalizado a la especialidad que requiera su enfermedad de éste. En esta institución a través de los años han creado vestigio y manifestado amplios reconocimientos en Médicos, Enfermería, Trabajo Social que han brindado su vida a la investigación e enseñanza.

“Durante la dominación española, la Colonia contó con diversas instituciones dedicadas a la salud manejadas por el clero, que proporcionaba el servicio con un sentido de caridad, donde la mayor recompensa era ganar el cielo, o bien, simplemente captar adeptos y recursos. Desde esas épocas, el sistema de salud mexicano tenía cierto grado de especialización, como lo demuestran los hospitales de indias, niños, enfermos mentales, criollos, peninsulares y el de la mujer, posiblemente, el más antiguo en la historia del país. Con la evolución de la sociedad, a finales del siglo XIX, comenzó a contemplarse la construcción de hospitales dedicados exclusivamente a la atención de los enfermos ya que era muy común en México que un hospital originalmente hubiese sido una iglesia, después un convento, un cuartel, o una cárcel, como lo fueron las instalaciones del Hospital Juárez.

El General Porfirio Díaz, encarga al Consejo de Salubridad el estudio para crear un gran hospital, el proyecto lo encabeza el doctor Eduardo Liceaga, quien viaja al extranjero y regresa con la idea de construir un hospital general donde se pudiera atender a toda la población por igual: mujeres, niños y adultos. En los años de

1894 y 1895 se inicia el proyecto, y para 1896 se empieza a construir el hospital con la anuencia y el apoyo del Gobierno de la República. En 1905 se concluye la construcción del hospital del sistema moderno de salud mexicano, en beneficio de la población más desprotegida y de las futuras generaciones”.¹ El hospital residía en ese entonces fuera del centro de la ciudad de México, donde no existía la contaminación producida por la falta de drenaje, aire y suelo que era una de las causas de múltiples enfermedades, principalmente infecciosas. En 1905, **El Hospital General de México**, es el primer nosocomio del sistema moderno de salud mexicano, que fue inaugurado el 5 de febrero del mismo año, por El Presidente Porfirio Díaz en presencia del Dr. Eduardo Liceaga, director médico del proyecto.

En 1907, inicia su historia en la formación de profesionales en la Salud en México al establecerse la primera Escuela de Enfermería del país, inaugurada formalmente el 9 de febrero; y estando a cargo de el Instituto Médico Nacional y Patológico asumiendo a sus compromisos los programas de investigación y sus investigadores. El 7 de febrero de 1908 se conforma la primera Sociedad Médica, la construcción del edificio de la Escuela Nacional de Medicina. En 1910 el inicio de la Revolución sumerge al país, en la confusión y el desorden político y social, originando la desorganización, el estancamiento e incluso la desaparición de algunas instituciones públicas del país sin que sean la excepción de los establecimientos hospitalarios; durante los siguientes cuatros años el Hospital General de México cambiará siete veces de director provocando que su administración y funcionamiento sean caóticos.

En 1917 inicia la primera etapa de reconstrucción del país, tras la promulgación de la nueva Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la presencia del Hospital General de México y de su equipo de médicos se torna fundamental ante la constante y creciente aparición de epidemias y la predominante insalubridad del país.

¹ Del Villar, Luis y Acevedo Eugenia, "El Centenario del Hospital General de México" Rev. Médicos de México. Año 3 No.25, Julio 2004. P. p. 10.

“El Dr. Francisco Castillo Nájera quien fuera director del Hospital Juárez, embajador de México y Presidente del Consejo de la Naciones Unidas, en 1918 comentaba:

La inauguración del Hospital General marcó una era en el progreso de nuestras instituciones nosocomiales. Entre el viejo Hospital de San Andrés y el General que lo substituyó, medió un siglo de distancia. El general fue nuestro primer hospital construido, y no adaptado; con su aparición conocimos las excelencias de las instituciones modernas y comenzó a perderse el miedo al “hospital”, palabra que causaba horror porque tenía asociados las ideas de pobreza, abandono y lo breguez”.² Cita textual

En 1920, la Beneficencia Pública obtiene un producto total de las ventas de la Lotería Nacional para organizar los servicios y centros asistenciales en la Ciudad de México.

En 1924, el Hospital pasa por una etapa difícil, cuando se da de baja intempestivamente a un grupo numeroso de médicos, se disminuyen los salarios y se nombra Director al Doctor Carlos Zavala quien no pertenece al cuerpo de profesionales del nosocomio, lo que provoca disgustos entre el personal, con el propósito de resolver la situación, se designa como Director al Doctor Genaro Escalona, reconocida figura profesional y académica del hospital e inicia una de las etapas más florecientes al romper con los modelos establecidos, para elevar el nivel hospitalario e impulsar decididamente la investigación científica durante su gestión. Los pabellones destinados a cada una de las principales ramas de la medicina son dirigidos por médicos, Ignacio Chávez (Cardiología), Aquilino Villanueva (Enfermedades de las Vías Urinarias), y Abraham Ayala González (Enfermedades del Aparato Digestivo), quienes se convertirán después en las grandes figuras de la medicina nacional. “El Dr. Escalona consiguió la relación directa con la Junta de la Beneficencia Pública cuyos vocales delegados para el

² Méndez Oteo, Francisco y Nuestro Autores “Historiografía de La Medicina Mexicana Del Siglo XX”, Ed. Méndez Editores, 2ª edición 2003. P. p. 245.

HGM fueron Aquiles Elorduy y Bertran E. Holloway. De ese modo se permitió un flujo importante de fondos de la Lotería Nacional, eliminando así el mecanismo de resolución del director del Hospital con la autoridad superior que generalmente era el Presidente de la República Mexicana”.³ En este mismo año la Beneficencia Pública es decretada, bajo la autoridad de una junta para que maneje sus propios bienes y recibe sus productos de la Lotería Nacional.

En 1925 se funda una comisión dirigida por el Doctor Escalona, autorizando el proyecto del doctor Ignacio Chávez para convertir el pabellón 21 en un Servicio de cardiología, adquiriendo equipos modernos tales como manómetros, oscilómetros, un esfigmomanómetro de Potain y un cardiógrafo de Boulitte. El 16 de julio de 1927 fue inaugurado el Pabellón de Cardiología a cargo del Dr. Ignacio Chávez. En 1929, el Dr. Escalona efectúa un nuevo reglamento general el cual es aceptado por la Beneficencia Pública en 1930.

En 1931 el Dr. Maximiliano Ruiz Castañeda lleva a cabo estudios sobre la tifoidea junto con Germán Mosser y logran demostrar la presencia de riketsias en pacientes con tifus exantemático y en material derivado de casos de tifo murino, demostrando la unidad causal de ambos problemas, descubrimiento que le vale un lugar en la historia de la ciencia moderna mexicana. Para 1932 el Dr. Quiñones realiza reportes sobre resultado de tratamientos médicos. En 1934 se crea una nueva unidad de hospitalización para enfermos pensionistas: el Sanatorio Doctor Gastón Melo, llamado así en honor del distinguido médico mexicano que vivió de 1887 a 1934; hasta ese momento los enfermos con posibilidades económicas se habían atendido en el pabellón 26. El 27 de mayo de 1935, fue fundada la Sociedad Mexicana de Cardiología. En 1936 el Dr. Ignacio Chávez asume la dirección del hospital y establece la carrera hospitalaria en la que la titularidad se obtendrá mediante exámenes de oposición sobre Medicina y cirugías generales, planteando para el médico los 65 años como edad límite para ejercer tras los cuales pasaría a ser consultor técnico.

³ Méndez Oteo, Francisco y Nuestro Autores "Historiografía de La Medicina Mexicana Del Siglo XX", Ed. Méndez Cervantes, 2ª edición 2003. P. p. 253.

En 1937 y 1938 se autoriza la primera unidad nueva en establecerse un laboratorio del tifo, designando como laboratorio de investigaciones médicas cuyo objetivo era desarrollar un escenario de referencia experimental en el que puedan basarse las futuras acciones clínicas, también se funda el Laboratorio de Investigaciones Anatomopatológicas, así el 11 de mayo de 1937 se publica el Reglamento de provisión y médicos del Hospital General. En 1938 se inicia la construcción de una nueva unidad para enfermos infecciosos. En 1939, inicia su período de gestión del Dr. Aquilino Villanueva quien, junto con el Dr. Gustavo Baz, al frente de la Secretaría de Asistencia, mantiene la efervescencia científica como una de las características más importantes de la institución.

En 1942 en el pabellón 16, bajo la jefatura del Dr. Mariano Vázquez se inicia la enseñanza rural que, se convirtió en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, así como los servicios de bioestadísticas, la oficina de Kardex. Para 1946 el Dr. Abraham Ayala González impulsa la enseñanza médica con la creación de una oficina de instrucción en investigaciones médicas; además, perfecciona los programas de estudio y logran la permanencia de médicos de base durante los domingos y de esta manera introduce el concepto de una institución que trabaja las 24 horas los 365 días del año.

En 1948 y 1950 un grupo de médicos especialistas del Hospital General de México son transferidos a los nuevos Institutos de Salud en reconocimiento a su amplia trayectoria de excelencia médica. Los avances médicos en el triunfo contra las enfermedades a pesar del escaso presupuesto, hacen que el Doctor Francisco Fonseca García, durante su gestión como Director, enfrente con éxito los rumores acerca del posible reemplazo de la institución por otros complejos hospitalarios. En 1955 el Doctor Mariano Salazar Mayén, jefe del pabellón de las Alergias, distinguido no sólo por su conocimiento y veracidad sino también por su ideología izquierdista, favorece que el joven médico argentino Ernesto Guevara "Che", futuro líder de la Revolución Cubana, asista durante su estancia en México al Hospital buscando experiencia y proporcionando servicios, y quizá pretendiendo tratar el

asma que lo aqueja. En 1961 por primera vez el Hospital General de México recibe recursos para la remodelación de sus pabellones. El 4 de mayo del mismo año, bajo la dirección del Doctor Clemente Robles, se inauguran nuevas e importantes obras: un Pabellón de Recuperación y Terapia Intensiva, y de Cirugía Plástica y Reconstructiva así como la Residencia de Médicos. El 6 de junio de 1964, el Presidente de la República, Adolfo López Mateos, inaugura la Unidad de Investigación en Protección de Energía Nuclear, donde se estudian los medios eficaces para reducir la exposición a las radiaciones, limitar la propagación de la contaminación, proporcionar los procedimientos de manipulación y blindaje y acrecentar el conocimiento de los efectos de la radiación sobre los seres humanos; con el tiempo, la falta de recursos y el desinterés provocan que decaiga. Se inaugura también un nuevo laboratorio de Análisis Clínicos, el Departamento de Oftalmología, los nuevos servicios de Radioterapia y el servicio de Audiología y Foniatría. A principios de 1965, un numeroso grupo de médicos de diferente jerarquía administrativa y profesional participan en un movimiento médico para exigir mejores salarios y prestaciones más acordes con la realidad; hay represión, confusión e impugnaciones; aparecen listas negras y los médicos incluidos en ellas no pueden trabajar en organismos gubernamentales; el conflicto finalmente se soluciona cuando los inconformes obtienen mejores condiciones de trabajo.

En 1970 el Doctor Héctor Abelardo Rodríguez Martínez plantea la creación de un Museo de Anatomía Patológica, el cual actualmente cuenta con 700 piezas, algunas únicas en el mundo y otras peculiares como, por ejemplo, el hígado del General Lázaro Cárdenas, cedido por la familia después de la autopsia practicada por el Doctor Jorge Albores Saavedra, titular de la Unidad de Anatomía Patológica. El 13 de marzo de 1971, se efectúa un emotivo homenaje, en vida al Doctor Guillermo Montañó, distinguido profesor por su labor de 40 años en los servicios de Oncología del HGM. En esa ocasión, él señala varios hechos que reflejan la realidad social y su pensamiento: No más médicos-taxis, no más enfermeras con salarios de hambre, no más empleados administrativos con retribuciones muy por debajo del salario mínimo; debemos luchar por terminar todo esto y así podemos

mejorar la asistencia médico-social que se le proporciona al pueblo. En 1974 y 1984 desde la dirección, el Doctor Francisco Higuera Ballesteros, se distinguirá como un buen conciliador y negociador político; prueba de ello será con el sindicato alejando la posibilidad de problemas laborales. Durante su gestión, se desarrollaron ampliamente todas las especialidades médicas; se funda la Clínica del Dolor; en Oftalmología, el Doctor Juan Healtley fabrica un oftalmoscopio estereoscópico para el hospital mucho antes de recibir del extranjero modelos comerciales; en Gastroenterología y finalmente Urología que se divide en tres áreas básicas, Oncología Urología, Cirugía Reconstructiva y Litiasis.

En 1985 bajo la dirección del Doctor Rodolfo Díaz Perches, el HGM enfrenta una de las pruebas más duras de existencia: el terremoto que se registra en la Ciudad de México daña varios edificios y derrumba dos: la Unidad de Ginecoobstetricia y la Residencia de los Médicos; además, incontables pérdidas humanas de pacientes; médicos residentes, enfermeras y personal. En Noviembre de 1986 se inaugura la sala de cómputo con equipo donado por la compañía Burroughs, S.A. y con un costo de \$800 millones de pesos; al mismo tiempo; se empieza a adquirir equipo de ultrasonido, tomografía axial computarizada, medicina nuclear y radiografía digital con los que se conforma un Departamento de Imagenología muy completo. En 1989 ya totalmente rehabilitado el HGM, asume la dirección el Doctor José Luis Ramírez Arias quien se encarga de la implementación de diferentes políticas gubernamentales como el Programa Nacional de Solidaridad, de 1991.⁴

En “Octubre de 1994, originado por las inquietudes del cuerpo médico y por especialistas de oncología, se propone crear comités de acuerdo a la diversas especialidades, para así tener los elementos necesarios que permitan conjuntar la información en un mismo campo y así poder coordinar la investigación que antes se encontraba dispersa”.⁵ El 11 de mayo 1995 se crea el fortalecimiento de la estructura interna del Hospital General de México, como Organismo

⁴ Díaz de Kuri M. y Viesca Treviño C., “Historia de Hospital General de México”, Patronato del HGM., México 1993, P. p. 112-335.

⁵ Rancel G., C. Rosalía Dra. Soto Cruz, Isabel, “IV Reunión Investigación de Cáncer En México” (Memoria y Comentarios), Ed. UNAM FES ZARAGOZA, Méx. 1997, P. p. 3.

Descentralizado del Gobierno Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, durante la gestión del Doctor Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud y presidente de la Junta de Gobierno de la Institución, en ese mismo mes y año “La Subdirección de Investigación y Enseñanza, fue responsable de la supervisión, vigilancia y registro de proyectos y protocolos de investigación, incluido lo relacionado a la investigación de cáncer”.⁶ En Octubre un nuevo sismo inutiliza la planta física de los servicios de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Cirugía Plástica y Reconstructiva.

En enero de 1999, la Junta de Gobierno del Hospital designa al Doctor Francisco Higuera Ramírez, como Director General, para el período 1999-2003. Se concretan las actividades de reordenamiento y remodelación de Laboratorios Centrales y Periféricos, el Programa Externo de la Calidad entre los Laboratorios Centrales y Periféricos otorgándoles 17 de los 25 Diplomas de Excelente Calidad, seleccionados de entre 502 laboratorios. El Hospital General de México es seleccionado para participar en el Programa de atención a Pacientes VIH. Entre 1999 y 2003 se elaboran diagnósticos de tratamiento médico basados en las diez principales causas de ingresos hospitalarios en los servicios médicos.

En 2003 se crea el Laboratorio de Electrofisiología Clínica y experimental de la Facultad de Medicina de la UNAM en el edificio de Medicina Experimental, en el cual se desarrollan programas de enseñanza e investigación, en trabajo estrecho con el servicio de Cardiología. Se establecen 17 clínicas multidisciplinarias en las que el Hospital General de México implementa nuevos modelos de atención.

El programa de Referencia y contrarreferencia se implementa con otros hospitales federales como el Hospital Gea González, Hospital Juárez, Hospital Juárez del Centro, Hospital Homeopático y Hospital de la Mujer con el fin de aprovechar la capacidad de la infraestructura hospitalaria y la experiencia en la atención de

⁶ Ibidem, P. p. 3.

algunas especialidades del segundo y tercer nivel. En enero de 2004, el Doctor Francisco Higuera Ramírez es ratificado en su puesto el período 2004-2009.

1. 2. ÁREA DE UROLOGÍA.

La especialidad de urología es la “Rama de la medicina encargada del estudio de la anatomía, fisiología, patología y tratamiento de las enfermedades del aparato urinario masculino y femenino y del aparato genital masculino”,⁷ es decir, del aparato urogenital. El área de urología (U-105 A), fue fundada en 1930 por el Doctor Aquilino Villanueva, hace más de 75 años donde nace la Urología Mexicana y la Revista Mexicana de Urología. La unidad se divide en tres salas Oncología (Sala “A”), Cirugía Reconstructiva y Litiasis (Sala “B”), y Urología (Sala “C”).

Los orígenes de la Urología se remontan hasta la antigüedad. Procedimientos urológicos se han encontrado en varias culturas. En Egipto fue descubierto un lito en una momia, presumiblemente un cálculo vesical. En México, Martín de la Cruz, en el siglo XVI, escribe un manuscrito de recetas medicinales; entre ellas, varias para los males de la orina, en un libro conocido como “Códice Badiano”. En el siglo XVI Cristóbal Méndez describe diversos remedios para la litiasis urinaria y narra la Cistolitotomía. En Inglaterra Sir Percival Pott describe el primer cáncer ocupacional, el de escroto de los deshollinadores.

En el siglo XIX se desarrollan las primeras técnicas de Endoscopía en Urología. A finales del siglo XIX y principios del siglo XX se establece la Urología como Especialidad, en principio ligada a la Dermatología y Venereología, para lograr en poco tiempo su propio perfil de campo de acción. Así surgen grandes centros en París, Londres y Estados Unidos, en donde profesores como Albarrán, Young, etc., le dan impulso definitivo como especialidad médica. En el siglo XX, la urología proporciona a la Medicina la homonodependencia tumoral en la década de los 40, los trasplantes de riñón en 1958 y, en los ochenta la Cirugía no Invasiva, con el advenimiento de la Litotripsia Extracorpórea por ondas de choque.

⁷ Grupo Océano, “Diccionario de Medicina Océano Mosby”, Ed.Océano Milanesa 4ª Edición. P. p.1270.

El Hospital General de México desde su fundación, 5 de febrero de 1905, incorpora la especialidad de Urología. De 1905 a 1923 dicha especialidad llevó el nombre de Vías Urinarias bajas y se encontraba ubicado en el pabellón 4. En 1929 se llevan a cabo obras de remodelación y ampliación del pabellón que culminan un año después. En 1930 el Dr. Aquilino Villanueva crea el primer Servicio de Urología en el pabellón 5 de este hospital, inaugurándose el 30 de octubre. Pronto otros hospitales, como el Juárez y el Militar, originarían este servicio.

El nuevo edificio contaba con dos plantas en forma de **U** distribuidas de la siguiente manera: En la planta baja se encontraba la Dirección, el departamento de Rayos X, el departamento de Endoscopía, Anatomía Patológica, Pruebas Funcionales e Investigación y una sala para 20 pacientes, hombres al estilo europeo. A la izquierda de esa planta se ubicaba el Museo de Litiasis, el Departamento de Hematología y una sala general para pacientes del sexo femenino. En la planta alta estaba el anfiteatro de operaciones para cirugía abierta, con una amplia galería para alumnos de pregrado y postgrado tal como se acostumbraba en Francia.

En 1969 se retira el Dr. Aquilino Villanueva, quedando como Jefe de Servicio el Dr. Javier Longoria, quien emprende la remodelación del pabellón 5 de urología fusionándolo al pabellón 4 que era de venereología formando la actual unidad. Para 1970 el Dr. Raúl López Engelkin toma posesión de la Jefatura, continuando con la reconstrucción física y modernización de la unidad, e inicia el Taller de Enseñanza de la Cirugía Endoscópica para la Hiperplasia de la Próstata.

Más tarde el servicio de Urología se organiza en unidades gracias al Dr. Jaime Woollrich; una de ellas para la atención de los pacientes oncológicos, otra para litiasis y una más para cirugía reconstructiva del aparato urinario. En 1977 la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS, ISSSTE y la UNAM de común acuerdo revisan el Programa de Urología. Este nuevo programa amplía el periodo de impartición del Curso de Cirugía General a un año, y a tres años el de Urología;

sienta las bases técnicas de desarrollo cognoscitivo y de destrezas en la especialidad. El programa es aceptado nacionalmente y se adhiere a él un grupo cada vez más numeroso de hospitales.

De 1984 – 1988, el Dr. David Jiménez queda como Jefe de Servicio. Bajo su gestión incrementa el instrumental óptico de Cirugía Endoscópica, como el Ureteroscopio rígido. También inicia los Cursos de Enseñanza de la urología para el médico general. En 1988 el Dr. Sergio Martín del Campo favorece la creación del Departamento de Cirugía Ambulatoria. En ese mismo año el Dr. Carlos García Irigoyen toma posesión de la Jefatura del Servicio hasta el año 1995; durante este periodo cabe mencionar los siguientes logros: en 1990 llega al Servicio una Máquina Siemens Lithostar Plus de Litotripsia extracorpórea, en 1993 el Departamento de Urodinámica inicia su funcionamiento con un aparato donado por la Lotería Nacional, y comienza así, en nuestro nosocomio, la nueva era del tratamiento de litiasis, también inicia la creación de las salas de Endourología y Laserterapia y el área de Laparoscopia.

En 1994 se adquiere una Máquina de Láser para tratar problemas prostáticos y otros. Además, se da un impulso importante a la Endourología y Laparoscopia con el fin de estar a la par de los grandes Centros Hospitalarios de Primer Nivel. El Dr. Leopoldo Garduño queda asignado como Jefe Interior del Servicio de Urología en 1995 - 1997. El Dr. Francisco A. Gutiérrez Godínez toma posesión de la Jefatura del Servicio en 1997. En el mes de octubre reinicia el Curso Teórico-Práctico de Resección Transuretral del Próstata, bajo el nombre de Dr. Raúl López Engelkin. Durante su gestión, el Dr. Gutiérrez ha reforzado la enseñanza de la Endourología y Laparoscopia.⁸

Actualmente el Servicio de Urología cuenta con 50 camas para hospitalización por las tres salas, y se encuentran cuatro salas quirúrgicas, en la primera sala se realizan intervenciones ambulatorias estas se efectúan tres veces por semana los

⁸ Dr. Garduño, Leopoldo, "Hospital General de México. O. D. Plan de Trabajo Servicio de Urología 2005-2010", P. p. 5-7.

días lunes, miércoles y viernes, la segunda sala es la de endoscopía cuyo procedimientos son: RTU/P, TRU/V, UTI y Ureteroscopías, en la tercera sala de operaciones se realizan las litiasis, es decir, la Litotripsia(LEOCH), en la cuarta sala se realizan estudios de videocitoscopia que son: colocación y retiro de catéter doble J, pielografías, cistoscopías a los hombres y en las mujeres con un diagnóstico de Cáncer Cervicouterino(CaCu), estas son utilizadas a través de un lente para visualizar la uretra y la cavidad vesical. En Octubre de 2005 comenzó la remodelación de la unidad para ampliarla más y ofrecer un mejor servicio; este se terminó en el mes de febrero de 2006. Actualmente se está construyendo un auditorio en el interior de la unidad, asimismo se encuentra previsto el comedor para los pacientes.

1. 3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL GENERAL.

En el Hospital General de México, al igual que en otras Instituciones de Asistencia Médico-Social, las personas encargadas a realizar actividades de orden social eran empíricas, ya que no contaban con capacitación profesional al respecto.

A partir de 1917, siendo Presidente de la República Mexicana el General Venustiano Carranza, se crean los Asilos Constitucionalistas para niños desamparados, esto y las condiciones de desorganización, miseria y otras situaciones de tipo social, empezaron a dar auge actividades de tipo asistencial, destacando la visita domiciliaria.

De 1917 a 1933 se fueron generando una serie de necesidades que el Gobierno de ese entonces cubrió con Programas Educativos, Asistenciales y de Infraestructura, brindando apoyo principalmente a la población desprotegida.

Es en 1928, cuando se crea el Departamento de Higiene Infantil Eduardo Liceaga y se inician las primeras clases de trabajo social para enfermeras visitadoras, reforzando técnicamente el trabajo domiciliario.

Para 1930 se promovió el Trabajo Social ya que uno de los objetivos del Gobierno era evitar situaciones de violencia y confrontaciones entre éste y los sectores marginados, existiendo una política de control de la población y para lo cual requerían de investigaciones sociales, tarea que tenían que realizar personas capacitadas, dando inicio a la organización de Escuelas de Trabajo Social.

En 1933 se promovió la incorporación de la carrera de Trabajo Social a la S. E. P., y en 1936 se registra la profesión en la Dirección General de Profesiones por decreto del General Lázaro Cárdenas, año en que egresa el primer grupo de Trabajadoras Sociales.

De 1936 a 1955 se presenta una de las etapas más importantes en el auge de la profesión, ya que diversas instituciones incorporan a Trabajadoras Sociales por ser la Asistencia deber del Estado y factor de equilibrio entre la población y los recursos.

Para los directivos del Hospital General de México, no eran ajenas las demandas de tipo social y su influencia dentro del proceso salud enfermedad eran cada vez más evidente, además no era posible desconocer su importancia, de manera que en una acción pionera en nuestro país, en el año de 1948 se incorporan 2 Trabajadoras Sociales tituladas a fin de atender diversos servicios y reforzar al personal empírico que desde 1940 laboraba en el Hospital.

En 1951 el grupo de Trabajo Social ascendía a 32 personas, su principal función era realizar el estudio socioeconómico e investigar las características sociales de los procesos patológicos.

En 1954 queda instituido como Oficina de Trabajo Social a cargo de la T.S. Martha Muller A., cubriendo los turnos matutino, vespertino y nocturno.

Para 1998 se le da nivel jerárquico de Departamento, y actualmente se cuenta con una plantilla de 115 Trabajadores Sociales distribuidas en los turnos matutino, vespertino, nocturno, fin de semana y días festivos, atribuyéndoles funciones Asistenciales, Administrativas, Educativas, de Enseñanza e Investigación.

Físicamente se encuentran distribuidas en todos los servicios médicos del Hospital; encontrándose un 64.6% en el turno matutino; 8.3% en el vespertino; 10.4% en el nocturno y 16.7% en sábados, domingos y días festivos.

En el servicio asignado, los Trabajadores Sociales cuentan con una oficina o cubículo para el desempeño de sus actividades, que varían en tamaño según el número de trabajadores sociales que se encuentren.

Las unidades que cuentan con equipo de cómputo para la clasificación socioeconómica son: Consulta Externa, Gineco Obstetricia, Urgencias Médicas, Pediatría, Oncología, Otorrinolaringología, Urología, Ortopedia, Cirugía General 304, Gastroenterología, Neumología, Neurología y Terapia Médica Intensiva, en el resto de los servicios se realiza de forma manual; sin embargo se está trabajando sobre el proyecto de la sistematización en todas las áreas.⁹

⁹ Programa De Trabajo, "Departamento de Trabajo Social 2006 - 2009", Abril 2006. P. p. 5 – 6, 25.

CAPITULO II

ANTECEDENTES GENERALES DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN MÉXICO

2. 1. CÁNCER DE PRÓSTATA.

Actualmente hay preguntas en las que no tiene respuesta el ser humano ¿Qué es el cáncer? ¿Por qué a nosotros? ¿Cómo prevenirlo? Estas son las interrogantes que las personas se forman a menudo. Cuando alguien padece la enfermedad, existen efectos a las que están expuestas en su entorno social. “El cáncer parece ser una enfermedad tan antigua como lo es la vida en nuestro planeta. Son testimonio de ello los tumores encontrados en los huesos de fósiles de dinosaurios o en las momias humanas descubiertas en Egipto y Perú”.¹

Desde los inicios de los grupos prehispánicos en especial los médicos brujos detectaron estos padecimientos y que expresaron a través de sus conocimientos de que eran tumores por los registros escritos acerca de las plantas medicinales conocidas por los indígenas quienes recetaban a sus pacientes. Tal vez no le dieron importancia necesaria a este, sin embargo, reconocen otros problemas de salud. “Los indígenas mexicanos estén presentes muchas reputadas de tener efectos contra los tumores o expresamente contra el cáncer; por la cual caben dos posibles explicaciones: que sólo una mínima parte de la población sufría, mantuvieron el que se podía obtener de estos medicamentos, o bien que el interés de los indagadores del siglo XVI e inicio del XVII”.² Los médicos de este siglo comenzaron a preguntarse y a buscar respuestas sobre los padecimientos que aquejaban a la población de la Nueva España, por los antecedentes las primeras enfermedades y la prioridad de estas eran: la sífilis, las enfermedades infecciosas, el mal de bubas, los catarros, la gota, el mal de orina, los cálculos renales, etc. Los primeros médicos en escribir sobre el cáncer conocida como la bilis negra fueron Alonso López de Hinojoso, cirujano del Hospital Real de Indios quien participó al lado de los galenos Francisco Hernández y Juan de la Fuente donde ambos

¹ Cortinas, Cristina, “Cáncer, Herencia y Ambiente”, Ed. Fondo de Cultura Económica S. A. de C. V. 1ª Edición, 1991, P. p. 3.

² Pérez Tamayo, Ruy, “El Cáncer en México”, Ed. El Colegio Nacional, México 2003. P. p. 13.

realizaron las primeras autopsias para filiar, la causa de la epidemia que azotaba a la Nueva España. Una de los primeros orígenes fue cuando se presentó en los pechos de la mujer una bolita desde entonces comienza a realizarse investigaciones acerca de los tumores que surgen en el cuerpo humano.

Los médicos novo hispanos habían llegado a diferenciar algunos tipos de tumores, inmediatamente coincidían en que estas, enfermedades eran serias y difíciles de ser tratadas, ya que estos diferentes tumores tienden a desarrollarse en forma desigual y el cuadro de los síntomas suele ser incomparable, cuyo tratamiento era a través de métodos quirúrgicos, los galenos reconocían que estos tumores en ocasiones llevaban al paciente a la muerte.

“El problema del cáncer, dicho así genéricamente, ha sido tema de inquietud creciente para la medicina del último siglo, pero en manera alguna ha sido privativo de ella. No pienso necesario insistir en que el cáncer es más antiguo de la humanidad misma y que las novedosas visiones que al respecto nos ofrecen los resultados de sofisticadas investigaciones al nivel de la dinámica biológico-molecular nos llevan a pensar en un proceso de desarrollo de la vida que en el ahora envejeciente modelo de las enfermedades degenerativas”.³ Se ha realizado una gran lucha contra el cáncer desde hace más de medio siglo en México, las instituciones tienen a su cargo el promover campañas contra este padecimiento. Durante tres décadas existen diferentes investigaciones acerca de los tumores cancerígenos ya que actualmente es una de las primeras causas de muerte, dejado atrás las enfermedades hepáticas, tifoidea, etc., el cáncer de próstata es la segunda causa de muerte en los hombres. Donde ha adquirido una importancia desde que se descubrió en el varón hasta la actualidad, como es que afecta en la vida personal, y en su ambiente social.

La **SSA** toma medidas muy severas para llevar a cabo campañas contra el cáncer, uno de los primeros programas que realiza fue “en 1940 se inician los esfuerzos

³ Pérez Tamayo, Ruy, “El Cáncer en México”, Ed. El Colegio Nacional, Cáp. I, México 2003, P. p. 15.

contra el cáncer: con la Campaña de Lucha Contra el Cáncer, formado por la SSA (Otorgamiento de becas para la formación de los recursos humanos indispensables).”⁴ En 1950 se inaugura la primera Escuela de Citología del Instituto de Cancerología, los tumores detectados aún no se codificaban en los primeros de la lista. En las décadas de los cincuenta y sesenta se registraron 9412 autopsias (1953 - 1970), en el que los tumores malignos empieza a formar parte de la mortalidad, el cáncer de próstata se encuentra en el lugar vigésimo como causa de mortalidad de ese sector en el Distrito Federal. “En los años 80’s se estableció un registro de los casos de cáncer atendidos en cuatro hospitales de la zona metropolitana, a los que fueron integradas otras unidades hospitalarias de la misma área, que alcanzaron en 1989 un total de 56. Este esfuerzo replanteado en 1993 y para cubrir las 32 entidades del país se instala el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), que tuvo como inicio una base de 725 patólogos y 450 unidades médicas participantes, la cual fue ampliamente fortalecida a partir de 1997 por la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Actualmente Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. El trabajo que se realiza en el RHNM está sujeto a la coordinación de tres organismos, la Dirección General de Epidemiología, el Instituto Nacional de Cancerología y la Asociación Mexicana de Patólogos A. C.”.⁵

En el Hospital General de México los médicos Woollrich y Rojas publican que en “México, el tumor benigno de próstata es el más frecuente de los padecimientos genitourinarios que vemos y tratamos. Es la impresión general de los urólogos mexicanos y se pueden mencionar dos apoyos estadísticos recientes: La Encuesta Nacional de la Sociedad Mexicana de Urología en 1963 y la revisión de 972 casos de tumores de próstata quirúrgicamente hecha”.⁶ En la década de los 90’s, los tumores malignos han sido la segunda causa de muerte en nuestro país, después de las enfermedades cardiovasculares y de acuerdo a los Registros Histopatológicos de Neoplasias desde 1993 – 1996, con 11 139 casos de próstata.

⁴ <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>

⁵ Pérez Tamayo, Ruy, “El Cáncer en México”, Ed. El Colegio Nacional, Cáp. 8, México 2003, P. p. 243.

⁶ Woollrich Domínguez, Jaime “Urología e Introducción a la Sexología”, Ed. Francisco Méndez Cervantes, México 20, D.F., 1984, P. p. 385.

2. 1. 1. CONCEPTO Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

CONCEPTO.

La próstata es una de las glándulas sexuales masculinas. La cual es pequeña (tiene el tamaño de una nuez), y sirve para la producción del líquido seminal, que forma parte del semen o esperma. Está ubicada encima del recto y debajo de la vejiga de la orina. La próstata rodea a la uretra (el tubo que lleva a la orina desde la vejiga al pene), como una especie de flotador, en el punto donde la uretra se conecta a la vejiga. Por ello, cuando la próstata crece, hay dificultades al orinar o en las relaciones sexuales. “La hiperplasia prostática benigna y el carcinoma prostático tienen una frecuencia similar por producirse en los mismos grupos de edad, siendo el carcinoma la neoplasia más frecuentemente en el hombre así como la hiperplasia es el crecimiento benigno que más frecuentemente afecta a un órgano urogenital”.⁷

El cáncer de próstata se trata de un tumor maligno que se desarrolla en la glándula prostática. Consiste en un crecimiento descontrolado de la célula prostática. Esto hace, entre otras cosas, que la próstata, por su situación, presione sobre la vejiga y la uretra impidiendo la salida normal de la orina.

La mayoría de los tumores cancerosos prostáticos crecen lentamente, aunque algunos lo hacen de forma rápida. La próstata secreta un líquido, blanquecino y viscoso, que se mezcla con el esperma en el momento de la eyaculación. Existen vasos linfáticos que rodean la próstata y que desemboca en los ganglios linfáticos pélvicos. Cuando aparece un cáncer en la próstata, existe la posibilidad de que las células cancerosas se diseminen a través de los vasos linfáticos y que afecten a los ganglios y de ahí a cualquier zona del cuerpo. Este tipo de tumor es en extremo frecuente, razón por la cual ocupa el segundo lugar en frecuencia de los tumores del varón.

⁷ Dr. González Ávila, Gabriel, Dra. Bello Villalobos, Herlinda, Dr. Jiménez Pardo, Ernesto, “Trastornos Médicos Frecuentes en Oncología”, Ed. MacGraw-Hill Interamericana, 1ª Edición 2001. P. p. 309.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

“En los países en vías de desarrollo han reducido la mortalidad causada por estos padecimientos, entre otros aspectos gracias a la efectividad de las medidas aplicadas para su prevención y control”.⁸ Actualmente se desconoce la causa del cáncer prostático, pero los estudios epidemiológicos han dado ciertas sospechas acerca de los posibles factores etiológicos. Las principales teorías que han obtenido popularidad son: infección viral de transmisión venérea, patrones dietéticos, variaciones genéticas en el balance de las hormonas sexuales, contactos ocupacionales (hule y cadmio) y actividad o conducta sexual. Ninguna de estas teorías es lo suficientemente sólida como para ofrecer bases encaminadas a diseñar un programa preventivo. “En México, está presente desde hace varios años una transición epidemiológica. En esta metamorfosis una mezcla entre enfermedades transmisibles como principales causas de muerte; a partir de 1990, los tumores malignos ocupan el segundo lugar. En 1922, la tasa de la mortalidad para cáncer en México fue de 14.2×10^5 y para 1994 de 51.6×10^5 ; durante este periodo se observó un incremento de cerca de 300%. En 1994 fallecieron 46 423 personas de cáncer en México”.⁹

“La frecuencia de estos cánceres latentes aumenta con la edad y se ha encontrado en varios estudios de investigación en autopsias que se encuentran en 50% de todos los varones mayores de 70 años. Esto puede explicar parcialmente las diferencias en la frecuencia que pueden relacionarse con diagnósticos más precisos en ciertas poblaciones”.¹⁰ Los urólogos indican que se debe a los factores ambientales, estos tal vez suelen ser los generadores del cáncer de próstata, y el ámbito alimenticio que tiene el ser humano ya que los productos que ingieren en su totalidad contienen un alto nivel hormonal, es decir, estos se localizan en los alimentos, carnes (rojas y de puerco), etc.,.

⁸ Pérez Tamayo, Ruy, “El Cáncer en México”, Ed. El Colegio Nacional, Cáp. 8 México 2003. P. p. 235.

⁹ Rancel G., Rosalía, Dra. Soto Cruz, Isabel, “IV Reunión Investigación De Cáncer En México” (Memoria y Comentarios), Ed. UNAM FES ZATRAGIOZA, Méx. 1997, P. p. 7.

¹⁰ H. Doorenhos, “Tratamiento no quirúrgico de las enfermedades malignas”, Ed. El Manual Moderno 1982. P. p. 286-287.

2. 1. 2. DIAGNÓSTICO.

El cáncer de próstata es lento, progresivo y a veces asintomático, cuya molestia puede ser la obstrucción de vías urinarias, disminución eréctil, ansiedad urinaria dolor al orinar, goteo terminal, cuando se localiza en una etapa avanzada las dificultades, son la retención urinaria una posible obstrucción uretral con una viable anuria, azotemia y uremia. El médico convendrá ordenar realizar estudios correspondientes de acuerdo con los antecedentes del paciente, cuadro clínico, exploración rectal, estudios de laboratorios, ultrasonido de biopsia, e imagen, cada uno de estos corresponde a:

CLÍNICO.

Los antecedentes y las alteraciones en la micción, la palpación en la exploración física, el tacto rectal y la exploración de genitales pueden ayudar a identificar la probable causa de la obstrucción urinaria.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

En el paciente con un padecimiento oncológico con obstrucción de las vías urinarias es necesario valorar de manera rápida la función renal y el estado general del individuo, el grado de obstrucción se explora de manera indirecta mediante las siguientes pruebas:

- ✚ Medición de creatinina y urea plasmáticas.
- ✚ Se recomienda también realizar la cuantificación de los electrolitos plasmáticos (entre ellos calcio, fósforo y magnesio, ácido úrico).
- ✚ Biometría hemática completa.
- ✚ Examen general de orina (la presencia de leucocituria y bacterias orientan a infección). En ausencia de infección, un pH mayor de 6 sugiere una anomalía en la acidificación de la orina, lo cual puede ser un signo temprano de obstrucción.
- ✚ Es necesario llevar a cabo urocultivo, toda vez que las infecciones urinarias se relacionan con la obstrucción.

Los estudios especiales de laboratorio proporcionan información útil de la función renal, así como de la neoplasia que puede estar favoreciendo la obstrucción urinaria. Tales estudios comprenden los siguientes:

- ✚ La depuración de creatinina y la fracción de excreción de sodio orientan en cuanto a la duración de la obstrucción.
- ✚ El antígeno prostático específico (APE) permite evaluar la próstata.

Otros marcadores tumorales son de utilidad para vigilar otras neoplasias, y ellos incluyen los que siguen a continuación:

- ✚ Antígeno carcinoembrionario (ACE).
- ✚ Ca-125.

PRUEBAS DE GABINETE.

Cuando la obstrucción urinaria se diagnostica por medio de cistoscopia, se puede realizar la urografía anterógrada percutánea. Además, para descartar que la alteración funcional vesical sea secundaria a causas neuromusculares o mecánicas, resulta útil llevar a cabo estudios urodinámicos y ureterocistografía.¹¹

TACTO RECTAL.

Forma parte del chequeo físico anual recomendado para los hombres mayores de 40 años de edad, actualmente se utiliza con aguja de chiva, la exploración rectal donde el paciente alcanza a tener un fluido de escasos días.

ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA (PSA).

“Es una proteína producida en la próstata que tiende a elevarse cuando el cáncer está presente. Los niveles de **PSA** pueden ayudar al médico en el seguimiento de un paciente con problemas de próstata”.¹²

¹¹ Dr. Zapote Martínez, Francisco, “Trastornos Médicos”, Ed. Free, México 1994, P. p.160 – 161.

¹² <http://www.tuotromedico.com/temas/#>

ULTRASONIDO DE BIOPSIA DE PRÓSTATA.

La única manera de determinar si una masa sospechosa es cáncer de próstata, se efectúa este estudio a través microscópicamente con la muestra tomada del tejido. Esta puede ser extraída por una aguja colocada directamente en la próstata a través del recto o del perineo (el espacio entre el escroto y el ano). Este procedimiento se llama punción – aspiración de aguja fina (**PAAF**), o biopsia por aguja. Esta se realiza a través de una guía de ultrasonido con agujas especiales ya mencionadas, la aguja de chiva se utiliza para anestésiar, la segunda pistola es mágnam, automática con la que se extraen 6 a 12 cortes del lóbulo derecho e izquierdo, lo cual se manda examinar a patología para saber si no es **STU**, el resultado del estudio al departamento de Ultrasonido debe contener el nombre, edad, número de expediente, Dx por el cual se envió, estudio que se realizó, fecha, previa explicación de la secuela.

ULTRASONIDO DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL.

Esta se efectúa por vía trans-abdominal mostrando las siguientes características, como se presenta la vejiga y forma, situación y grosor de la pared normal, el volumen vesical, volumen de residuo orinal, el crecimiento simétrico de la próstata, la ecogenicidad glandular y heterogénea, zona glandular periférica, y dimensión, volumen y peso aproximado de la próstata.

2. 1. 3. ESTADIO CLÍNICO.

Gran parte de los hombres con cáncer no tienen síntomas clínicos sugestivos de su enfermedad, los pacientes por lo regular muestran un cuadro clínico con estadios avanzados de crecimiento tumoral. A nivel temprano a la palpación es habitualmente un nódulo duro y pequeño descubierto en las exploraciones rectales. El diagnóstico se lleva a cabo en los estudios histológicos de biopsias transrectales o transperitoneales.

Las pruebas bioquímicas son de gran valor en el diagnóstico del cáncer prostático, estas forman parte de la determinación de la fosfatasa ácida en el suero. Se han descrito muchos métodos para detectar la fracción prostática de esta enzima. En los últimos años se ha desarrollado un método muy susceptible por radioinmunoanálisis para la fosfatasa ácida prostática.

Con el fin de clasificar el estadio sólo se usa la linfadenectomía pélvica junto con la radioterapia curativa o la cirugía radical. Actualmente se utilizan varios sistemas de clasificación por estadios. La clasificación histológica del carcinoma prostático es difícil y no se han puesto de acuerdo los investigadores acerca de las mejores subdivisiones de estos tumores. En consecuencia, es difícil comparar los resultados, los tumores menos diferenciados habitualmente siguen una evaluación agresiva.

El pronóstico de cualquier paciente con carcinoma prostático se determina con la edad, el estadio clínico y la clasificación histológica. Un sistema bastante complicado para la clasificación y determinación de grado ha sido adaptado por la GIUCAV. La evolución diagnóstica es difícil por los carcinomas latentes y la diseminación tumoral a los tejidos regionales y el esqueleto, la mayor parte de las veces es subestimada la categorización del estadio en estos tumores.

Es fundamental en el diagnóstico del cáncer prostático establecer la lesión, lo que nos permitirá un adecuado tratamiento del problema. En 1965 Whitmore estableció cuatro estadios de acuerdo con los datos del tacto rectal, las fosfatasas ácidas y el estudio radiológico o centelleo gráfico del esqueleto. Esta clasificación no comprende datos histológicos o quirúrgicos, lo que hace posible que una lesión considerada en estadio B (clínicamente limitada a la próstata o/y extensión extracapsular del tumor). Dentro de ésta se localizan cuatro tipos de estadios o **STU**, cada etapa se desarrolla en forma desigual, cuyos efectos cambian de acuerdo a la etapa en que el paciente manifiesta su enfermedad.

2. 1. 4. ESTADIO A.

El tacto rectal es normal; los focos neoplásicos se encuentran en el tejido extirpado por una hiperplasia benigna, o en la autopsia de individuos muertos por cualquier otra causa.

2. 1. 4. 1. ESTADIO B.

Tumor detectable por tacto rectal como nódulo de consistencia pétrea, no mayor de 1.5 cm. de diámetro confinado en la próstata, las fosfatasas ácidas son normales y no hay metástasis ósea. El estadio B se divide también en **B1** y **B2**; la lesión es detectable por tacto y se distinguen por la diferenciación celular; bien diferenciada en **B1** y poco diferenciado **B2**, en éste el tumor puede extenderse a todo un lóbulo. La frecuencia de metástasis linfáticas respectivamente son de 8 a 21 % de 14 a 45 %.

2. 1. 4. 2. ESTADIO C.

En el estadio **C** se limita la extensión extracapsular sólo hasta las vesículas seminales, con una frecuencia de invasión linfática de 40 a 80 %. El tacto rectal revela que la neoplasia se ha extendido por fuera de la cápsula prostática; pueden estar elevadas las fosfatasas y no se detectan metástasis óseas.

2. 1. 4. 3. ESTADIO D.

Los mismos datos a la exploración rectal que el estadio **C**, pero con metástasis a distancia, como huesos, ganglios linfáticos o pulmones; las fosfatasas están elevadas. El estadio **D** se divide en **D1** y **D2**, en el primero sólo habrá diseminación linfática regional, con o sin metástasis óseas; en **D2** habrá diseminación visceral y metástasis óseas.

Todo lo anterior permite hacer énfasis en la importancia del tacto rectal en el diagnóstico temprano del cáncer prostático, ya que es el único recurso que permite sospechar la presencia de la neoplasia en estadios tempranos (**B**), cuando el tumor es asintomático. En estadios avanzados (**C** o **D**) el problema se detecta

por los síntomas obstructivos o irritativos y se confirma al tacto, por la lesión de consistencia pétreo que ocupa una gran extensión de la próstata. No obstante esto, el 80% de los pacientes se encuentran en estadios avanzados cuando se hace el primer estudio.¹³

2. 2. TUMORES.

“Los tumores cancerosos constituyen agrupaciones de células que adquieren un comportamiento anormal.”¹⁴ Actualmente se cree que el proceso de aparición de un cáncer se origina con la mutación de algún oncogen que conlleva un aumento de la capacidad proliferativa de una célula. A este evento inicial siguen otras mutaciones en oncogenes que progresivamente aumentan la proliferación celular, y también la mutación de algunos genes supresores que originan el cáncer. “Los más frecuentes son los llamadas carcinomas, que constituyen cerca del 90% de los cánceres, y que se generan en los epitelios o capas celulares que recubren la superficie de nuestro cuerpo”.¹⁵

Esto induce una respuesta defensiva, reguladora, de la célula que es la inducción de genes inhibidores del crecimiento, que tiende a bloquear el efecto de la estimulación oncogénica. Si se producen mutaciones que anulan la función de estos genes supresores el proceso carcinogénico progresa, aumentando descontroladamente la proliferación celular y adquiriéndose también mutaciones que llevan a la adquisición de invasividad y angiogénesis y, finalmente, a la capacidad de formar metástasis. En la actualidad se considera que es la acumulación sucesiva de mutaciones en oncogenes y genes supresores la que conduce a la aparición de cánceres.

Este tumor en sus inicios es absolutamente silencioso (es decir, no provoca síntomas), por lo cual requiere una búsqueda dirigida para diagnosticarlo en una etapa precoz y eventualmente curativa. Por este motivo se les sugiere a todos los varones mayores a 50 años, que se efectúan un chequeo urológico anual. Esta

¹³ López Engelking, Raúl, “Urología Clínica y Nosología”, Ed. Francisco Méndez Oteo, México D.F. 1984 1ª Edición Cap. XXI. P. p. 518 -519.

¹⁴ Cortinas, Cristina, “Cáncer, Herencia y Ambiente”, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1ª Edición 1991, P. p. 18.

¹⁵ Ibidem. P. p. 15.

evaluación es muy sencilla y consiste sólo en la palpación rectal, y la medición del Antígeno Prostático Específico (PSA), el cual mediante una muestra de sangre nos informará sobre el estado interno de la próstata antes de que otros exámenes muestren alteraciones. Por esta razón se ha comparado al Antígeno con el “Papanicolaou” de la mujer.

“De acuerdo a la palpación rectal y al antígeno prostático en algunas oportunidades hay que practicar ecotomografías de la próstata con o son biopsias para documentar o descartar la presencia de un cáncer. Una vez confirmado se evalúan sus eventuales diseminaciones, las cuales con mayor frecuencia se dirigen hacia los ganglios y los huesos”¹⁶. En la eventualidad de no existir ramificaciones el tratamiento puede ser curativo mediante la cirugía o a través de la radiación. En la unidad de urología se realizan el procedimiento quirúrgico radical y la transuretral, de acuerdo al resultado de estudios de laboratorio, post operatorios se confirma el procedimiento quirúrgico que el galeno diga, para el paciente según las posibilidades económicas de este, el dolor de la cirugía es mínimo, la estancia hospitalaria será más breve, y el regreso laboral más rápido. En caso de encontrarse este cáncer en una etapa más avanzada, cuyos tratamientos no serán curativos, un buen tratamiento puede prologar la vida del paciente.

2. 2. 1. BENIGNOS Y MALIGNOS.

Estas se dividen en 2 agentes o/y como neoplasias benigna o maligna incluyendo, otros tipos de tumores malignos conocidos del carcinoma: sarcoma, hipernefoma, etc. “En las cifras así reunidas para enfermedades malignas, es casi seguro suponer que alrededor del 95% representan casos de carcinoma y cerca de 5% casos de sarcoma. El Hipernefoma causa menos de 1% del total de muertes por cáncer”.¹⁷ Ambos tumores presentan una alteración en el tracto urinario por obstrucción vesical, obstaculizando la apertura del mismo, así como el crecimiento prostático, estos no conocen edad, raza y clase social.

¹⁶ <http://www.tuotromedico.com/temas/#o>

¹⁷ Mustard S., Harry, Stebbins L., Ernest, “Introducción a la Salud Pública”, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 4ª reimpresión 1982, P. p. 269.

Los estudios han considerado que este se caracteriza por sus tejidos epiteliales, es decir, que las primeras lesiones son de carácter benigno, un **STU** examinado por patología cuya deducción puede ser benigna. Sin embargo, algunos “investigadores consideran que la formación de un tumor benigno corresponde ya a una cancerización”.¹⁸ Este tumor es muy raro que cause síntomas ya que se especifica, además, como “La hiperplasia prostática benigna (HPB) llamada también hipertrofia prostática se caracteriza por aumento en la cantidad de células y de sus componentes fibromusculares, esto significa que hay un verdadero aumento del tejido glandular y del intersticial, por lo que es incorrecto llamar a este proceso hipertrofia. La hiperplasia prostática es el crecimiento de un órgano más común en el hombre y se presenta en las etapas presenil y senil”.¹⁹

2. 3. CIRUGÍA POR RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA (RTU/P).

La cirugía ha sido y sigue siendo el método más efectivo en el tratamiento de los tumores malignos. Actualmente se utiliza solo como procedimiento benéfico en el manejo de cancerígenos sólidos o bien en combinación con radio y quimioterapia pre o postoperatoria”.

La cirugía Endoscópica conocida como “La Resección Transuretral de Próstata **(RTU/P)** es una de las operaciones más conocidas de la cirugía urológica”.²⁰ Coexiste inevitable el diagnóstico de los estadios iniciales del carcinoma de próstata. “El tratamiento quirúrgico, según el estado del paciente (riesgo quirúrgico), la sintomatología subjetiva (imperiosidad nicturia, etc.) y la valoración objetiva (flujo residuo, patología asociada), debemos decidir qué tipo de intervención es el indicado. Aunque sea como cirugía paliativa, en los estadios finales de la enfermedad, como terapéutica desobstructiva vesical y uretral”.²¹ El instrumento que se emplea para la realización de la extirpación del carcinoma a través de vía Endoscópica, es decir, se introduce por el conducto del pene para

¹⁸ Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos, “Profilaxis Del Cáncer” Ed. Organización Mundial De Salud, Ginebra 1964, P. p. 13.

¹⁹ Dr. González Ávila, Gabriel, Dr. Jiménez Pardo, Ernesto y Dra. Bello Villalobos Herlinda, “Trastornos Médicos Frecuentes en Oncología”, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1ª edición 2001, P. p. 510.

²⁰ Patrick C. Walsh, Campbell, “Urología”, Ed. Médica Panamericana, México, Buenos Aires 6ª edición, 2002, P. p. 251.

²¹ Jiménez Cruz, J.F. y Riojas Sanz, L. A. “Tratado de Urología”, Tomo II, Ed. J.R. Prous, Editores 1993, P. p. 1961.

cruzar por la uretra, esta es observada en una pantalla conectada al endoscopio por el cual efectúan los cortes de acuerdo al tamaño y peso del carcinoma.

2. 4. CIRUGÍA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL (ABIERTA).

La cirugía para el cáncer de próstata varía de extirpar solo el crecimiento canceroso, a la extirpación de toda la próstata y de los ganglios linfáticos circundantes.

PROSTATECTOMÍA RADICAL. Consiste en la extirpación de la próstata y parte del tejido que la rodea. La cirugía se puede realizar mediante una incisión en el espacio situado entre el escroto y el ano (Prostatectomía perineal) o mediante una incisión en el abdomen inferior (Prostatectomía retropúbica). La prostatectomía radical se lleva a cabo sólo si el cáncer no se ha diseminado fuera de la próstata.

En algunos casos de cáncer de próstata avanzado, puede estar indicada la extirpación de los testículos- estas dos glándulas son el productor principal de la hormona masculina testosterona en el cuerpo, la cual estimula el crecimiento del cáncer de la próstata.

Los efectos colaterales principales de la extirpación de próstata son la impotencia (incapacidad para tener o mantener una erección), y la incontinencia urinaria (incapacidad para controlar la función urinaria). Generalmente son temporales, pero en algunos casos pueden ser permanentes.²²

²² <http://www.tuotromedico.com/temas/#0>

CAPITULO III

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

3.1. MÚLTIPLES FACTORES

El cáncer puede ser originado por múltiples factores que se desarrolla en el entorno del ser humano, así como también los genes y/o el ambiente que suele rodear a la persona en su vida cotidiana y/o laboral.

La investigadora Cristina Cortina menciona en su libro “Cáncer, Herencia y Ambiente”, que los “autores comentan que algunas personas mueren de cáncer y otras no merced a tres tipos de circunstancias”.

- ✚ La primera corresponde a la “naturaleza” o constitución genética de los individuos.
- ✚ La segunda se refiere a las condiciones “ambientales” en los que se desenvuelve la vida de los mismos.
- ✚ La tercera a lo que ellos llaman “suerte”.¹

3. 1. 1. FACTORES DE RIESGO.

A continuación se refieren cuales son los factores de riesgo dentro del cáncer de próstata, actualmente es un problema de salud pública, estos serán descritos con sus respectivas características:

A) ANTECEDENTE FAMILIAR. Se obtienen a través de la entrevista que se le realiza al paciente y ha alcanzado una tendencia familiar(Padre, hermano, tío), en el desarrollo de cáncer de próstata, aquellos con antecedentes conocidos como primer grado del endocarcinoma, obtenidos con la historia clínica estos se presentaron en la primera descendencia que manifestaron el cáncer y/o después de tres generaciones.

¹ Cortina, Cristina, “Cáncer, Herencia y Ambiente”, Ed. Fondo de Cultura Económica 1ª edición 1992, P. p. 11.

B) RAZA. El cáncer de próstata muestra que la tasa de incidencia varía en 120 veces entre los chinos y los afro- norteamericanos que viven en San Francisco; también son más altas entre la población negra con educación y estado socioeconómica similar. El Dr. Steiner, autor del libro “Cáncer, Raza y Geografía” afirma que el cáncer prostático es raro entre mexicanos y filipinos”.² En el año 2001 se presentaron 5912 casos de tumores malignos equivalente al 25.5%. Los estudios de migraciones por parte de el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (**RHNM**), muestra que los varones tiende a adoptar el riesgo del país huésped. La prevalencia del cáncer de próstata es básicamente similar en diferentes poblaciones raciales, posiblemente algunos grupos sean más susceptibles a los sucesos que promueven la enfermedad, o bien se exponen a diferentes agentes promotores.

C) EDAD. La prevalencia de cáncer en la próstata se presenta después de los 50 años ya que este se incrementó con la edad, el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (**RHNM**), reportó en el 2001 que se registraron 1278 casos en hombres de 45-64 años.

D) SEXO. En la actualidad este es un problema de salud, ya que se presentó como uno de los primeros lugares de muerte en el sexo masculino. En el 2001 (**RHNM**), se presentaron 4,030 defunciones, es decir, que en promedio murieron 11 hombres diariamente con una media de 1 cada dos horas.

E) OCUPACIÓN. La actividad que realiza el hombre a través de la industria, ganadería, minería entre otros, corre el riesgo a que se desarrolle el cáncer de próstata. Los pacientes que vienen, de provincia en su mayoría desarrollan actividades en las granjas, y son los que manifiestan este carcinoma.

F) ESTILO DE VIDA. Actualmente el problema de la obesidad (Sobre peso), incrementa a que se desarrolle el cáncer de próstata u otras enfermedades. Existen otros factores de riesgo como son: el tabaquismo por el consumo de

² Woolrich Domínguez, Jaime, “Urología e Introducción a la Sexología”, Ed. Francisco Méndez Cervantes, Méx. 20 D. F., 1984, P. p. 384.

cigarrillos y/o el masticado del tabaco, el alcohol ya que su elemento de acción tiene los radicales oxidrilo (**OH-**), es un multifactor equilibrando lo hormonal y/o efecto intracelular.

G) DIETA. La alimentación es importante, ya que puede ser un factor para la aparición de la neoplasia. El contenido de grasas insaturadas en las carnes rojas, huevos, leche y sus derivados suelen estar asociado al consumo de estos, cuyos riesgos se presenta en grupos étnicos, edad.

H) HORMONAL. Algunos estudios han demostrado que el paciente con cáncer de próstata muestra un nivel más elevado de testosterona en un 90% de esta se difunde a la próstata, es convertida en dihidrotestosterona (**DHT**), debido a la acción de la enzima 5-alfa-reductasa, responsable del crecimiento normal y función del tejido prostático.

3. 1. 2. FACTORES GENÉTICOS.

Dentro de este agente se han obtenido información del mismo paciente que generaciones, anteriores en su familia no ha habido casos de cáncer de próstata en el varón, solo se han presentado en las mujeres de la familia; por lo tanto los urólogos recomiendan al hombre de treinta y cinco años en adelante; consulten al médico general o con ellos mismos; una vez por año, pero lo correcto sería cada dos meses; o por lo menos platicar referente al tema ya que el cáncer de próstata no tiene síntomas, ni molestias, han asociado este padecimiento con otras complicaciones que más adelante se mencionarán.

3. 1. 3. FACTORES AMBIENTALES.

Hay una serie de hallazgos que deben ser interpretados en ese sentido:

- ✚ Mayor incidencia entre descendientes de poblaciones de bajo riesgo que emigran a zonas de elevada incidencia.
- ✚ Aumento de mortalidad en áreas urbanas.

✚ Influencia de factores químicos (potencialmente carcinógenos); gases de la combustión de combustible fósiles, contaminación atmosférica, exposición a cadmio, fertilizantes, residuos de industria del caucho y dieta rica en grasas.

3. 1. 4. FACTORES ENDOCRINOS.

En general, se les asocia una influencia permisiva en el desarrollo de la neoplasia, causada por otros factores carcinogénicos. Es inequívoca la dependencia androgénica de una elevada proporción de tumores prostáticos. Es por otra parte, un tumor que no aparece en eunucos. Se puede reproducir en ratas macho noble mediante la administración crónica y secuencial de estrógenos y andrógenos.

3. 1. 5. OTROS FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DEL RIESGO.

Los urólogos han considerado que hay, otros factores para incrementar los riesgos del cáncer de próstata como son:

- ✚ Alta frecuencia del coito.
- ✚ Edad temprana de comienzo de la actividad sexual.
- ✚ Promiscuidad sexual.
- ✚ Prostatitis y calculosis de la glándula.

Hay resultados contradictorios a la hora de correlacionar la hipertrofia prostática benigna (**HPB**) y el cáncer de próstata, aunque la opinión generalizada es que se trata de dos afecciones frecuentes en los varones de edad avanzada, estableciéndose asociaciones de coincidencia y no de causalidad.³

3. 2. TRATAMIENTO.

Actualmente algunos urólogos oncólogos han estipulado que de acuerdo al estadio o/y etapa en que esté el carcinoma prostático, corresponderá el tratamiento que adoptará el paciente para su recuperación. “Una vez iniciado el cáncer, lo importante es descubrir lo más temprano posible para someter a tratamiento mediante extirpación quirúrgica o la aplicación de radiaciones. En la

³ González Barón, M., García de Paredes, M. L., Feliu, J., Zamora, P., "Oncología Clínica Patología Especial", Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1ª edición 1992, P. p. 310.

actualidad se están usando también sustancias químicas.”⁴ El tratamiento que indica corresponde a la edad del paciente, como también a la técnica quirúrgica que se le realizó.

3. 2. 1. LOCAL Y REGIONAL.

La mayoría de los pacientes son hombres ancianos con la enfermedad o diseminada quienes requieren de terapéutica sistémica. En un porcentaje pequeño el tumor podrá tratarse en forma radical ya sea por cirugía o radioterapia. Estos pacientes con tumores bien diferenciados tienen una esperanza de vida normal y no requieren forma alguna de tratamiento. En los casos histológicamente indiferenciados se debe pensar en el tratamiento local. La supervivencia similar se observa después del tratamiento conservador, aunque son más los pacientes que en este caso mueren con tumor.

Sólo parece tener sentido la cirugía radical en los pacientes menores de 60 años o en aquellos con tumores muy anaplásicos. Recientemente se han informado estudios concernientes a la prostatectomía radical **APRA** los tumores extendidos regionalmente. Esta cirugía radical requiere de cirujanos muy competentes y experimentados. En manos inexpertas las complicaciones de la cirugía son muchas más que los beneficios obtenidos. No deben subestimarse las complicaciones graves como la impotencia total y un considerable porcentaje de incontinencia urinaria.⁵

3. 2. 2. RADIOTERAPIA METABÓLICA.

El ⁸⁹Sr es un emisor beta pura (no genera problemas de protección) que administrado por vía parenteral presenta un particular tropismo por las áreas de elevada actividad osteoblástica. Es útil para las metástasis de escaso tamaño. Una dosis de 1, 48 **MBq/Kg** de peso permite una apreciable paliación del dolor hasta en el 80% de casos seleccionados (metástasis difusas, de pequeño tamaño, que despierta una gran reacción osteoblástica). La radioterapia puede ser útil para

⁴ Dr. Sánchez Rosado, Manuel, "Elementos de Salud Pública", Ed. Francisco Méndez Cervantes 2ª edición 1991, P. p. 114.
⁵ H, Doorenhos, "Tratamiento No Quirúrgico de Las Enfermedades Malignas", Ed. El Manual Moderno, 1982, P. p. 289- 292.

ayudar a resolver la obstrucción urinaria causada por neoplasias de la glándula mamaria y el linfoma.

3. 2. 3. TRATAMIENTO HORMONAL (TH) DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.

En numerosas situaciones las células del carcinoma prostático obedecen a los mismo estímulos, es decir, pueden ser estimuladas en su desarrollo por los andrógenos e inhibidas por cualquier manipulación de sentido opuesto. El problema fundamental que aún tenemos es que el ensayo de receptores falla a la hora de predecir la respuesta a la hormonoterapia. Probablemente los niveles séricos de testosterona y el grado de diferenciación tumoral se correlacionan mejor con resultados favorables a una manipulación endocrina que los resultados de un ensayo de receptores.

3. 2 4. QUIMIOTERAPIA (QT) DEL CÁNCER DE PRÓSTATA.

Pocos fármacos han mostrado utilidad en el cáncer de próstata, aunque se ha de asumir que una cantidad no despreciable de enfermos serán insensibles al tratamiento hormonal (**TH**), desde el comienzo de la enfermedad y otra fracción de los mismos desarrollará resistencia a dicho tratamiento. De ahí se deriva la necesidad de proseguir en la identificación de fármacos o pautas de poliquimioterapia que produzcan un beneficio objetivo.

Se han probado numerosos citostáticos (adriamicina, ciclofosfamida, cisplatino, fluorouracilo, hidroxilurea, **DTIC**. prednimustina, **MTX**, amsacrina) que en forma de monoquimioterapia han producido una tasa de respuestas favorables (completas + parciales) inferiores al 20%. La asociación de estos medicamentos en forma de esquemas de varios fármacos, incluyendo o no a la estramustina, sigue siendo frustrante. Los ciclos sin estramustina que mayor actividad han deparado son:

✚ **CAP** (platino, adriamicina, ciclofosfamida 100, 50 y 500 mg/m²).

✚ **MAF** (mitomicina C, adriamicina, fluorouracilo 50, 10 750 mg/m²)

3. 2. 5. TRATAMIENTO RECOMENDADO POR ESTADIOS Y SITUACIONES.

ESTADIO A1

Hallazgo casual en la adenectomía. No necesita más terapéutica.

ESTADIO A2

Son equivalentes la prostatectomía radical y la linfadenectomía a la irradiación externa radical (con o sin implante de ^{125}I). La irradiación en estos casos exige 50 **Gy** de dosis basal con 15 **Gy** de sobreimpresión en pelvis.

ESTADIOS B1 Y B2.

Son equivalentes la cirugía y la irradiación radical. Se puede asumir los mismos criterios de indicación quirúrgica. En los pacientes irradiados, la sobreimpresión debe alcanzar 20 **Gy** o se puede realizar con ^{125}I .

ESTADIO C.

Salvo excepciones, se prefiere el tratamiento radioterápico. La sobreimpresión debe alcanzar los 25 **Gy**. La irradiación intersticial es muy recomendable. No hay acuerdo sobre **TH** adyuvante. En cualquier caso debería elegirse aquel de menor riesgo de toxicidad cardiovascular (**BAT**).

ESTADIO D1.

Irradiación similar a la etapa **C** y **TH** de inicio (preferible el **BAT** [flutamida y a – **LHRH**;]).

ESTADIO D2.

Manipulación endocrina de primera fila, **BAT**. En caso de fallo, estramustina, cuando hay progresión, **QT**.⁶

⁶ González Barón, M., García de Paredes, M. L., Feliu, J., Zamora, P., "Oncología Clínica Patología Especial", Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1ª edición 1992, P. p. 318, 320-321.

3. 2. 6. FARMACOTERAPIA.

Es necesario tratar la infección urinaria relacionada mediante la realización de un tratamiento adecuado con antimicrobianos y por medio del ajuste de las dosis de éstos a la función renal detectada. Cuando se presentan otras entidades patológicas relacionadas, es indispensable establecer el tratamiento para cada una de ellas.⁷

3. 3. GENERALIDADES.

Para conocer los aspectos generales que conforman al grupo de pacientes con Cáncer de Próstata que se analizará en este trabajo, es necesario resaltar las características socio – demográficas de los pacientes, esto nos permitirá entender la intervención del equipo de salud, específicamente de Trabajo Social en su acción social.

3. 3. 1. SOCIEDAD Y CULTURA.

La sociedad está formada por un grupo de individuos, familias, e instituciones que se rigen bajo un sistema de leyes, normas y valores por las que se guían las relaciones humanas, es decir, que “la estructura social de la sociedad, su sistema de rol, estatus, organización política, sus formaciones económicas y las orientaciones de su carácter social, representan para cada individuo un cuadro de motivaciones destinadas a su realización de personalidad, motivaciones limitadas, asimismo, por el poder específico de decisión que sobre su realidad le haya dado su sociedad”.⁸ Dentro de la sociedad intervienen objetivamente y se realizan técnicas, así como también las prácticas aproximadas para el desarrollo de etapas en el proceso de socialización.

En la sociedad se envuelven en algún factor, por el cual el individuo se manifiesta a través, de la conducta social y personalidad. “La base de conducta social humana es: las influencias culturales originadas por la existencia de sociedades; las influencias sociales debidas a grupos primarios dentro de la sociedad y las

⁷ Dr. Zapote Martínez, Francisco, “Trastornos Médicos”, Cáp. 19 Obstrucción de las Vías Urinarias, Ed. Free, México, 1994, P. p. 164.

⁸ Esteva Fabregat, Claudio, “Cultura, Sociedad y Personalidad”, Ed. Anthropos, 2ª edición 1993, P. p. 18.

influencias ambientales mediadas por las propiedades físicas del ambiente social”.⁹ La personalidad del individuo en la sociedad se conforma por un patrón de conducta y de acuerdo a su estado psíquico o interno. “La estructura de la personalidad del sujeto está constituida: 1) por su organización biológica vista como una asociación simbiótica con su medio, 2) por las formas de cultura que emplea para relacionarse con otros objetos, 3) por las metas de finalidad y ética de orientación que informan su comportamiento, 4) por el estatus que tiene en su sociedad y por el grado de satisfacción de las metas de finalidad. Las funciones de esta personalidad serían: a) dar respuestas adecuadas en cada situación, b) reducirlas a modos normales, c) ejecutarlas según normas ya establecidas”.¹⁰

La sociedad y el grupo social hacen que el individuo cree conciencia acerca de como moldear su conducta y personalidad, ya que forman parte de la vida cotidiana de la persona, actualmente interactúa con la familia, escuela, en grupo ocupacional, laboral, e institucional. La sociedad es un sistema de relaciones sociales y culturales, con el contenido de ambas, el individuo lo que aprende es representado por su equipo biológico-genético, y es fundamental en su educación, para desenvolverse en la sociedad. La socialización en el individuo se desarrolla en etapas y que se matiza en las impresiones que reciben desde su niñez, adolescencia y la etapa adulta; con identidades y/o patrones distintos para su preparación que surgen de diferentes grupos sociales y principalmente del seno familiar, así que cada individuo entrará a ocupar, un sitio en la sociedad de acuerdo a su conducta y personalidad que tenga con cada miembro de este.

La cultura es el más penetrante de los contextos sociales, ya que comprende la importancia de la sociedad humana, hay que hacer referencia de la estructuración de “la Antropología Cultural tiende a desarrollar la idea de que las adaptaciones humanas son diferentes, como lo son también las culturas y los comportamientos sociales”.¹¹ El estudio de la cultura, constituye la base para la comprensión de los

⁹ Mann, León, “Elementos de Psicología Social”, Ed. Limusa, México, 1980, P. p. 15.

¹⁰ Esteva Fabregat, Claudio, “Cultura, Sociedad y Personalidad”, Ed. Anthropos, 2ª edición 1993, P. p. 69-70.

¹¹ Ibidem, P. p. 40.

factores subyacentes, el desarrollo de los diferentes grupos en los que el ser humano convive, esto nos revela el común denominador de la conducta y personalidad humana, es decir, que tiende a seguir una dirección diferente relacionado con el tipo de situación y evolución cultural que se presente en su exterior e interior de estos grupos.

La cultura tiende a limitar ciertas características básicas de la personalidad dentro de los miembros de una sociedad y define una gran medida de su estado de ánimo asimismo a manera de estar agresivo y/o tranquilo, dominante y/o sumisa, cooperativo y/u hostil, a través de patrones que observa el individuo en su entorno cultural.

La cultura es el recurso más amplio y holístico de estudiar conceptualmente, el que comprende a las personas, así como el principal objetivo del personal sanitario es trabajar y comprender las ideas acerca de el cuidado referente a la salud y los hábitos de vida en distintas culturas, esto servirán de base hacia prestar cuidados específicos a la cultura. Las personas no puede apartarse de su cultura, ya que sus expresiones o su estilo de vida refleja sus valores, creencias y las prácticas de ésta, se refiere a las formas de actuar culturalmente conociendo y utilizando esto con el fin de prevenir y conservar su bienestar social, en la salud reside en la estructura social y que varían de una cultura a otra. Por lo tanto no existe una cultura en prevención de la salud, con los jóvenes.

3. 3. 2. EDUCACIÓN, HÁBITOS, Y COSTUMBRES.

La educación a través de generaciones es importante para el ser humano, ya que por naturaleza es un preceptor intuitivo y un sentido inevitable como su función biológica. La educación se divide en dos: indirecta y directa, 1) la indirecta es cuando, el niño la percibe por el medio que rodea su entorno social, relacionándola después, y ostentando lo que aprendió, 2) la directa se da en las instituciones educativas donde el niño desarrollará su conocimiento y aprendizaje.

Sin embargo, actualmente existe un problema en la educación entre la escuela y alumno, no se produce el diálogo y la comunicación que se requieren para el progreso social; los medios no proporcionan la tarea educativa, en la mayoría de los casos la obstruyen; la sociedad se debate en una serie de desaciertos y en búsqueda de una nueva escala de valores éticos y morales en medio de una crisis alienante caracterizada por la irreverencia, el individualismo y la falta de cooperación. La familia, imbuida en esta maraña de desencuentros ya no influye tanto como formadora del individuo, muchas veces cae en la intrascendencia, la incomunicación y el aislamiento. El alumno da lo que recibe en la casa, la escuela y la sociedad. Considerando que la situación actual es de una profunda crisis educacional, en donde la escuela representa los ideales de la modernidad y los alumnos son postmodernos.

Dentro de la educación se encuentra otro factor importante como son: el estado físico y mental del individuo junto con la sociedad, estos cambios deben ajustarse al grupo social: la casta, clase social, familia, profesión, etc., considerando que deben quedar presente todo aquello que se integre al hombre. La educación para la salud es sustancial considerando que preexiste diversa modalidad de instruir al individuo, dada la trascendencia que marcha en el país a través de los medios de comunicación que es la radio y televisión buscando sensibilizar a la población, acerca de la salud y el malestar que se manifiestan; la salud es el mayor tesoro, por lo que debemos cuidarla y acrecentarla. En la salud se gana o se pierde en los lugares que se desarrolla nuestra vida cotidiana: en la casa, la escuela o el trabajo, en las calles por la cual se transita, y en donde se compra; esta requiere otros reconocimientos sobre que hacer y dejar de hacer para conservar y mejorar nuestra salud. Los hechos que surgen durante el proceso de la vida reflejan hasta que punto el hombre logra su mejor estado de salud, conforme a ciertos sistemas de valores; que puede ser a través de la salud individual, la salud de los niños, la salud materna, salud de los jóvenes, salud de los adultos.

Estas actividades de educación para la salud deben sustentarse, a la realidad concreta de la comunidad, grupo, familia e individuo, esta debe ser “a través de un adecuado comportamiento de la población en el proceso de salud – enfermedad es posible evitar un número considerable de padecimientos, retrasar su desarrollo, lograr la restauración de la salud y prevenir invalideces, incluso, en muchos casos, obtener una más rápida rehabilitación”.¹² La higiene forma parte primordial de la salud para que el individuo, y la población cree conciencia y adopte conductas y hábitos admisibles dentro de su propio grupo social.

El objetivo principal es que la población participe en las campañas de salud, que se realizan en los centros comunitarios, en las zonas rurales y urbanas, estas actividades donde participe el individuo y la comunidad, este “proceso salud – enfermedad aborda distintos enfoques, junto con la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), adopta un criterio prospectivo y dinámico pero inalcanzable en nuestra sociedad: la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez”.¹³ Algo substancial es que hace falta un programa a escala nacional, que informe más acerca de que es el cáncer de próstata y la detección a tiempo, la falta de información y campañas gratuitas por parte de la Secretaría de Salud (**SS**), para efectuarse este estudio, en algunas instituciones así como El Instituto Nacional de Cancerología (**INCAN**), El Hospital General de México (**HGM**), Instituto Mexicano del Seguro Social Siglo XXI (**IMSS**), entre otros; llevan a cabo esta exploración cuando es solicitado por el paciente; sin embargo es una realidad a futuro de que la “inversión que se requiere para una atención médica adecuada es muy elevada por los altos costos de los locales, equipos y de la preparación del personal”.¹⁴ La educación para la salud es fundamental en el comportamiento individual y colectivo para una mejor condición de vida, llevando una prevención y control de esta misma, lo primordial es que el hombre deberá informarse acerca de el padecimiento ya que cree que primero es la exploración rectal, cuando aún no se

¹² Dr. Sánchez Rosado, Manuel, “Elementos de Salud Pública”, Ed. Francisco Méndez Cervantes 2ª edición 1991, P. p. 140.

¹³ Félix Burgos, Gabriel, Sevilla Romero, Lilia, “Ecología y Salud I y II”, Ed. McGraw-Hill, 2002, P. p. 27.

¹⁴ Dr. Sánchez Rosado, Manuel, “Elementos de Salud Pública”, Ed. Francisco Méndez Cervantes 2ª edición 1991, P. p. 149.

ha enterado acerca de lo que es el cáncer de próstata y que estudios son los que se realizarán y que médico debe solicitar los estudios.

3. 4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Los aspectos psicológicos que influyen en los pacientes con Cáncer de Próstata repercuten directamente con la recuperación y rehabilitación del enfermo, el cual forma parte importante del tratamiento médico, social y psicológico para mejorar el impacto de la intervención médica.

3. 4. 1. FACTORES PSICOLÓGICOS.

El cáncer de próstata marca al paciente que presenta este tumor ya que deberá afrontar la realidad de su enfermedad; en ese momento pierde el control de su vida y la incertidumbre lo rodea; inmediatamente surgen cambios internos y externos, así como en “los niveles de conocimiento relacionado con cáncer, su funcionamiento psicosocial, el papel de la toma de decisiones en el tratamiento y las necesidades de información”.¹⁵

La persona con diagnóstico de cáncer, en muchos casos, se encuentra a la defensiva, ya que se ve inmerso a un proceso de consecuencias manifestando negativas que le afectarán, en un corto o largo plazo, en su ámbito personal, familiar o profesional. Dicho proceso se presenta de repente y es imprevisible, en la medida que los procedimientos de riesgo conocidos sólo indican una probabilidad relativa de padecer la enfermedad tomando un curso a mayor o menor rapidez y, del mismo modo, es inexplicable por que una vez detectado el padecimiento, comienzan a considerarse casos, aunque se pueda aliviar o retardar en su progresión del carcinoma. En el área de la psicología de la salud, y en particular desde la psicología oncológica, cuyo objetivo es conservar o recobrar la calidad de vida, que pudiera estar afectada por la enfermedad o su tratamiento.

¹⁵ D. Flynn, “La utilidad del programa de educación multimedia para pacientes con cáncer de próstata: una evaluación formativa”, Revista Mundo Médico, Vol. XXXII Núm. 367, Noviembre 2004, P. p. 8.

El proceso de intervención y modalidad terapéutica a la cual puede ser sometido quirúrgicamente el paciente, este tratamiento es aplicado de modo sistemático en el cáncer, además deberá dirigirse correctamente al carcinoma prostático que es curable cuando está localizado y, en algunos casos generalizados, existen tratamientos a los que el paciente responde con satisfacción.

El cáncer prostático presenta, un cuadro clínico donde se identifican tres factores o fases psicológicos que se crean en el hombre al diagnosticarle el tumor cancerígeno. Cuyo tratamiento e intervención psicológica oncológica debe aplicarse de acuerdo con el siguiente esquema:

I. FASE INICIAL

- 1) Alivio de los síntomas. Entre estos se encuentran habitualmente la depresión, la ansiedad e, incluso, la crisis vital. Las técnicas conductuales como la distracción, la relajación, la asignación gradual de tareas y la prolongación de actividades.
- 2) Recuperar la actividad cotidiana. Enseñar al paciente los principios fundamentales para optimizar su calidad de vida. El objetivo es que el paciente y su pareja traten de emplear su tiempo de una forma activa y reforzante para ambos. Esto se incluye dentro de la programación diaria la realización de actividades cotidianas que forman parte día a día del paciente y puede servir para recuperar el sentido de control sobre su vida.
- 3) Enseñar el modelo cognitivo. Los objetivos 1 y 2 mencionados presenta dentro del marco teórico cognitiva, la cual se enfatiza la conexión entre los pensamientos automáticos, los estados de ánimo y conducta utilizando ejemplos de la vida diaria del paciente.
- 4) Alentar la expresión de los sentimientos. Se estimula al paciente para que exprese sus sentimientos negativos, como la ira y la desesperación. Las personas con cáncer pueden sentirse socialmente obligado a parecer alegre y optimista, lo que incrementa el malestar y tensión que ya está viviendo a causa de la enfermedad.

II. FASE INTERMEDIA

- 1) Enseñar a los pacientes a usar la monitorización de pensamientos y los principios básicos de la prueba de realidad para hacer frente a los problemas emocionales.
- 2) Continuar con el proceso de solución de problemas. El paciente y su pareja han de adoptar un papel activo en la resolución de problemas a medida que la terapia progresa.
- 3) Continuar el proceso de lucha contra el cáncer. Aunque mejorar la calidad de vida del paciente sigue siendo una meta fundamental, algunos pacientes desean explorar formas a través de mejorar su pronóstico de vida.

III. FASE FINAL

- 1) La prevención de la recaída. Se discuten las estrategias de afrontamiento que podrán ser usadas en el futuro si el cáncer vuelve a presentarse o si otra fuente de estrés amenaza la estabilidad emocional de la persona.
- 2) Planificar el futuro. A medida que la terapia progresa se pueden abordar metas a más largo plazo con los pacientes que tengan un buen pronóstico.
- 3) Identificar los supuestos subyacentes. En determinados pacientes pueden ser adecuados explorar las creencias que subyacen a sus alteraciones emocionales y enseñarles a cambiar alguna de las reglas que habitualmente se aplican a sí mismos y al mundo. ¹⁶

Los factores o fases mencionadas pueden ayudar u obstaculizar la estabilidad, la adaptación y recuperación del paciente con su tratamiento. Dentro de este se debe manejar terapia en grupo, por lo tanto el principal objetivo dentro de terapias de grupo puede ser una alternativa para facilitar la comunicación, apoyo emocional y así afrontar la enfermedad.

¹⁶ Amigo Vázquez, Isaac, Fernández Rodríguez, Concepción, Pérez Álvarez, Marino, "Tratamientos Psicológicos Específicos", Manual De Psicología de la Salud, Ed. Pirámide (Grupo Anaya S. A.), Madrid 2003 P. p. 206 – 207.

En dicho proceso existen dos modalidades diferenciadas de terapias de grupo:

- 1) Debe estar conducida por un profesional de la salud con un objetivo definido.
- 2) Deberán ser dirigida a personas afectadas y a quienes orientará y proporcionará apoyo emocional.

En ambos casos estos efectos son positivos de la terapia de grupo que radica en la obtención de apoyo social.¹⁷

3. 4. 2. IMPACTO EN LA FAMILIA Y LUGAR ANTE LA ENFERMEDAD.

Actualmente existen vínculos familiares aunque esta se halle sobre una crisis o frente a problemas de salud, a continuación conoceremos el concepto de la familia desde el punto de vista de Pichón Riviere quien define a la familia como “una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados, el cual constituye el modelo natural de interacción grupal, es un grupo que convive en una cultura”.¹⁸

El lazo que se tiene con la familia a veces se muestra la relación que se origina en la unión de un hombre y una mujer que incluye a los hijos haya o no nacido, de esa unión, está basada en una red de derechos y obligaciones que son por naturaleza múltiple: Económico, religioso, social, afectiva y sexual. Sin embargo, cuando el miembro principal de la familia es el padre quien es el sustento económico de ésta, y a él se le diagnostica cáncer prostático, primordialmente comienzan a surgir cambios dentro o fuera de esta, así como también con los miembros de la familia, o cuando el papá es mayor de 60 años, y que ya no labore no le queda más que recurrir a su(s) hijo(s).

El convivir con un paciente con una enfermedad crónica degenerativa, grave o terminal, distorsiona la actividad habitual de una familia. Este se enfrentará a un impacto que se produce como primera fase con un grado de desorganización que

¹⁷ Amigo Vázquez, Isaac, Fernández Rodríguez, Concepción, Pérez Álvarez, Marino, "Tratamientos Psicológicos Específicos", Manual De Psicología de la Salud, Ed. Pirámide (Grupo Anaya S. A.), Madrid 2003 P. p. 207.

¹⁸ Aresca, Laura, Birgin, Dora, y otros autores, "Psicooncología, Diferentes Miradas", Ed. Higar S. A., Buenos Aires 2004, P. p. 30.

fragmenta la estructura de funcionamiento establecida. La variabilidad cuantitativa va a depender de:

- a) Tipo de enfermedad (grado de durabilidad, incapacidad resultante, naturaleza de los procedimientos terapéuticos).
- b) Consenso social y familiar de esa enfermedad.
- c) El miembro que enferma.
- d) Dinámica del grupo familiar.

Estos cuatro efectos producen cambios en los miembros de la familia, el equilibrio existente comienza a resquebrajarse, al mismo tiempo esta familia es el sostén del miembro enfermo, es como quien cuenta el equipo profesional para su recuperación. Contención y acontecimientos posteriores al primer momento de la enfermedad.

- ✚ La enfermedad de un miembro desencadena viejos conflictos que se mantenían ocultos mostrando una homeostasis.
- ✚ La amenaza de pérdida despierta ansiedad y la pérdida real da origen a la pesadumbre y dolor.
- ✚ La comunicación entre los miembros de la familia nos indicará las pautas interaccionales de conductas subyacentes.
- ✚ La enfermedad muchas veces se sostiene como cómplice de un conflicto que no se puede asumir.
- ✚ El miembro enfermo puede cumplir diferentes roles:
 - a) Medio de unión de la familia.
 - b) Medio de ruptura.

Sin embargo; esto nos ayudará a detectar qué podemos esperar de esta familia ante el paciente enfermo, cual es el lugar del grupo frente a la enfermedad, si es una familia capaz de funcionar como red asistencial, o si la red debe ser generada a través de otra vía.

Dentro del grupo familiar encontraremos las grietas que se produzcan en los diferentes escalones de la pirámide de esta, es decir, como trascenderá en cada miembro, esto permitirá al Licenciado en Trabajo Social ir disponiendo de otras estrategias terapéuticas para la reorganización familiar. En el transcurso indicaremos ciertas características de la familia **simbiótica, esquizoide, sostenedora y receptora:**

FAMILIA SIMBIÓTICA

Se desestructuran con facilidad ante un nuevo emergente, es decir, son familias con fallas en la constitución de la individuación o separación, la identidad grupal, miembros que no pueden reconocerse como independientes ante la enfermedad de un integrante, se enferma **“la familia”**.

FAMILIA ESQUIZOIDE

En esta aparecen defensas frente a la fusión y pérdida de identidad, son grupos con alto grado de individuación, separación afectiva entre los mismos miembros, en estos casos el miembro que enferma percibe el abandono que antes no reconocía, es decir, que se negaba a reconocer la falta de comunicación y comprensión que había dentro de la familia.

FAMILIA SOSTENEDORA Y RECEPTORA

Así como otras delegan en la Institución la atención del paciente, en algunas familias la interacción con los profesionales puede significar un alivio, el sentirse cuidados y protegidos, aceptando las indicaciones terapéuticas. En el momento que se realiza la consulta será para el equipo tratante un indicador el prototipo de familia con el que tendremos que interactuar, y el nivel de colaboración con el que contaremos.

El impacto que la enfermedad produjo será el lugar que se le otorgue al equipo profesional, es decir, se le dará un lugar de privilegio e idealización, pero en algunos casos, cuando el enfermo progresa o tenga un desenlace no esperado, se

originarán hechos de agresión al vínculo y se da un proceso de desidealización. Esto ocurre cuando no se consigue establecer parámetros claros con la familia y el paciente acerca del proceso de la enfermedad, o no suelen escuchar aquello que el equipo tratante va transmitiendo con un discurso propio que lo sustente y sea coincidente con la idea interna construida. Se selecciona el discurso por parte del profesional lo que se acomoda a sus necesidades, el poner en palabras el equipo, diagnóstico o tratamientos que no fueron dados o enfrentar inconscientemente a miembros del equipo.

Lo básico para el sostén de la recuperación es que cada miembro de la familia ocupe un lugar determinado relacionado con la parte que el otro le asignó y este lo asumió en el momento inicial de la vida que queda inscrito en el sujeto y son vislumbrados ante la enfermedad.

- ✚ Los cambios corporales producen o deben ir siendo aceptados por el paciente y la familia, los que estarán íntimamente ligados a la aceptación o no de la enfermedad. Cuando esto no ocurre, algunas veces se intenta que la responsabilidad recaiga sobre el equipo tratante.

- ✚ El deterioro físico, para la familia, es la frustración de anhelos fracaso de deseos, ligado a momentos fundamentales que se actualizan fantasías de muerte, desamparo, aniquilación.

- ✚ El proceso de duelo por la imagen corporal perdida, emergen sentimientos de culpa y bronca que interfieren en esta elaboración de la nueva imagen del sujeto.

- ✚ Aceptar esa nueva imagen significa haber transitado un período de crisis.

Se le sugiere al grupo familiar un proceso de duelo y para cada uno de los miembros una mirada diferente pero de conjunto de la nueva situación del paciente. Deberán estar sujetos a los cambios que se realiza con el equipo profesional ya que es frecuente, es la búsqueda y expectativa de una cura mágica; aquí el sentimiento de abandono es vivida dentro del equipo quien siente no haber llegado al paciente y su familia, y que el vínculo no fue solidificado.

El trabajo terapéutico con la familia es educarles **a acompañar** al paciente en este trance, **no abandonar al paciente** sino tampoco **abandonar su individualidad** y su mundo, no sentir que acompañar y contener significa ser parte del otro. ¹⁹

¹⁹ Aresca, Laura, Birgin, Dora, y otros autores, "Psicooncología, Diferente Miradas", Ed. Higar S. A., Buenos Aires 2004, P. p. 34 – 37.

CAPITULO IV

INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE LA SALUD

4. 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE TRABAJO SOCIAL

Es trascendente referirse a los sucesos importantes acerca del trabajador social en el área de salud, espacio que ha ido evolucionando su intervención y el establecimiento y desarrollo del trabajo médico social en el área de la salud, en el que ha surgido “el reconocimiento por parte de los médicos del significado de los aspectos sociales y emocionales de la salud y de la enfermedad. La atención médica ha combinado el tratamiento de los factores sociales que afectan la eficiencia de la atención médica y contribuyen a aumentar el grado y la duración de la incapacidad”.¹

Los antecedentes trascendentales que obtiene el Licenciado en Trabajo Social en el área de la salud, a través de la experiencia y laborar dentro de la sociedad, iniciando en Londres en 1880, con la primera institución de la que por nombre llevó “**Society for After Care of Poor Persons Discharged from Insane Asylum**”, donde lo principal era atender al paciente de bajo recurso, estos eran dados de alta de las clínicas de enfermos mentales. A continuación brevemente se indicarán fechas importantes acerca de Trabajo Social, para 1893 se organizó, el trabajo de las denominadas “Damas Limosneras” de Londres, de acuerdo con un plan se pedía que la caridad pública se coordinara con la ayuda que requerían los enfermos que asistían a los dispensarios, y que por razones económicas tenían que abandonar su tratamiento en 1892 fue publicado por el secretario de la “Sociedad De Caridad”, Fue en el **Royal Free Hospital** de Londres, en 1895, donde empezó a trabajar de acuerdo con esta nueva filosofía.

¹ Hernández de Victorioso, Lidia C., “Trabajo Médico Social”, Ed. Humanitas Buenos Aires Argentina 1976, P. p. 5.

En 1903, el Dr. Cabot ejercía como médico de dispensario, quien se interesó en aportar principales métodos y tratamientos para el diagnóstico del enfermo en el hospital, cuya solución se requería para elaborar programas de acuerdo al padecimiento de éste, tratando de asegurar un diagnóstico científicamente establecido. Sin embargo, el desarrollo tuvo tropiezos e inconvenientes que consistieron que debería conseguirse una mejor información acerca del paciente, lo que llevó a promover la visita domiciliaría y a describir la infraestructura de la vivienda, así también conocer la integración de la familia, su alimentación e higiene, como sus costumbres, etc., estos aspectos no eran viable obtenerlos en el dispensario; es por eso que al Dr. Cabot, le era imposible realizar, estas visitas domiciliarias no conseguía concluir sus diagnósticos que siguieran siendo superficiales e incompletos.

En 1905, en la ciudad de Boston en el **Massachusetts General Hospital** laboraba el **Doctor Richard C. Cabot**, quien solicitó la cooperación de una trabajadora social para establecer el Departamento de Servicio Social en la Institución, creando una de las primeras plazas de trabajo social en la clínica.²

La primera inspectora fue **Miss Garnet Pelton**, aunque era enfermera de profesión se destaca como pionera en la lucha contra la tuberculosis, en donde también participaba el Dr. Cabot, su función principal consistía en canalizar al paciente y ampliar su conocimiento, con la finalidad de establecer un diagnóstico más completo y factible pero primordialmente atender su necesidad económica, mental y moral, a través de esta inspectora o recurriendo a organizaciones de beneficencia de caridad dentro de la comunidad, actualmente conocidas como organizaciones no gubernamentales. Miss Garnet Pelton laboró durante ocho meses con la colaboración de 13 voluntarias, entre ellas se encontraba **Ida M. Cannon** quien la sustituyó y elevó al servicio a la categoría de Departamento; para 1918 creó la primera **Asociación de Trabajadoras Sociales Hospitalarios** y quien publicó el libro **Sobre las Fronteras Sociales de la Medicina**.

² Castellanos, María C., "Manual de Trabajo Social", Ed. La Prensa Médica Mexicana, S. A., México 1985, P. P. 84.

El Dr. Cabot, comprendió que la función esencial de la inspectora social era centrarse en la acción educativa e investigación para la salud, además, señala que la “Trabajadora Social sea públicamente reconocida como miembro primordial de la institución ya que forma parte fundamental, del equipo de salud y uno de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento”. Pero para ello, la Trabajadora Social debe tener ciertos conocimientos médicos, con los cuales ella, sabrá actuar e incorporarse como elemento del equipo de salud, no invadirá ninguna otra función que no sea su área específica.

Otra gran pionera de Trabajo Social Hospitalario fue **Mary Ellen Richmond**; quien indicó la importancia de la prevención y educación en el tratamiento de la ceguera, el alcoholismo, la demencia y la debilidad mental. En 1922, surge Caso Social Individual, donde ella señaló que el Trabajador Social Hospitalario es el intérprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población.³ Richmond y Cabot, luchan por un trabajo social profesional e institucional, al igual que científico basado en la investigación social, para el beneficio mismo de la sociedad.

Trabajo social médico fue reconocido en los Estados Unidos en 1930, por su intervención en “programas de salud y bienestar en los sectores de la población. Así los trabajadores médicos sociales adquieren importancia, como prioridad a las acciones preventivas, la responsabilidad en los pacientes para procurar la atención médica”.⁴

En América Latina, el **Dr., Alejandro Del Río**, creó en Chile en 1925, **La Escuela de Servicio Social**, siendo la primera en esta parte del Continente Americano. Esta profesión surgió como una carrera paramédica criterio que se mantuvo en América Latina hasta 1960.

³ Kisnerman, Natalio, "Salud Pública y Trabajo Social", Ed. Humanitas Buenos aires, 1981, P. p. 115 – 120.

⁴ Hernández de Victorioso, Lidia C., "Trabajo Médico Social", Ed. Humanitas Buenos Aires 1976, P. p. 5.

En México, aun no eran creadas las escuelas de Trabajo Social, las Instituciones de Asistencia Médica en nuestro país, solo contaban con la ayuda de personas conocidas como las damas voluntarias, otras se encargaban de realizar actividades de orden social, ya que no contaban con una capacitación profesional en el área de salud. A excepción de que se vieron obligadas ciertas instituciones de beneficencia a realizar actividades de tipo asistencial, es decir, a hacer visita domiciliaria, para asistir al enfermo en sus necesidades ya que carecían de recursos económicos. El gobierno de esa época se percató que debía cubrir estas insuficiencias, con programas educativos, asistenciales y principalmente la infraestructura interior de los nosocomios, y así apoyar a la población desprotegida.

En 1930 en México, se crea la primera Organización de Escuelas de Trabajo Social, esta profesión es incorporada en 1933 a la Secretaría de Educación Pública, en 1943 se contrata al primer grupo de trabajadoras sociales, cuya función desempeñarían proporcionando orientación y canalización a la población hospitalizada, además de una entrevista socioeconómica e investigaciones de carácter social para procesos patológicos, además, fijaban una cuota de recuperación, promovían cierto tipo de ayuda en material médico a esos enfermos de bajos recursos. De este modo la formación profesional del Trabajador Médico Social se distinguió como un experto social, sin embargo, lo importante es considerar que el trabajador médico deberá tener conocimiento y enfocar su objetivo al factor social, que afectan al paciente, encontrar una solución viable al problema.

4. 2. DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.

Se enfatiza en el estudio de los problemas que afectan la salud del paciente, su familia y del medio donde se desenvuelve el individuo para conocer el contexto social del hombre y evaluar la problemática social así como su influencia en el proceso salud–enfermedad para determinar las líneas de acción a seguir para proporcionar una atención integral que se apegue a la realidad social.

TRABAJO SOCIAL EN LA SALUD

Éste ha sido uno de los campos de mayor y más antigua implantación del trabajo social. En América latina es el área que ocupa el mayor número de trabajadoras sociales. La incorporación de los trabajadores sociales a este campo de actuación se ha venido haciendo desde hace varias décadas, desde el momento en que la salud se consideró no solo como un problema físico-biológico, sino como resultante de una relación dialéctica del individuo con su medio ambiente. Aceptado que la atención de los problemas de salud va más allá de la actuación de médicos y enfermeras, se pensó incorporar otro tipo de profesional capaz de atender lo que podría denominarse como **“la dimensión social de los problemas de la salud”**. Esta incorporación se hizo, pero ofreciendo a las trabajadoras sociales un papel secundario y accesorio de meros auxiliares. Se les llamó visitadoras sociales y se les asignaron las funciones de **“brazos extendidos”** y **“ojos prolongados”** de los médicos hasta los domicilios de los pacientes.

Las Trabajadoras Sociales y asistentes sociales se consideraban **“ayudantes”** capaces de controlar el buen cumplimiento del tratamiento prescrito, de dar **“normas de higiene”**, de saber algunas destrezas de **“medicina menor”** (dar inyecciones, hacer lavajes de estómago, etc.), de saber enseñar a preparar biberones, a cuidar y fajar bebés, etc. De **“visitar”**, en una palabra, a los pacientes en su domicilio.

Actualmente, el trabajo social en el área de salud se basa en la premisa de las relaciones entre salud y los factores sociales. A partir de esta idea de la dimensión social de la salud, se han ido derivando las funciones de los Trabajadores Sociales en este campo de actuación. Se señalan las más importantes y significativas:

- ✚ Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan a la salud de los usuarios del mismo y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.

- ✚ Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o expacientes (diabéticos, alcohólicos, cardiópatas, etc.), grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.
- ✚ Participar en equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria donde se desarrolla una función básicamente preventiva con participación de la comunidad.
- ✚ Participar en equipos de trabajo del área sociosanitaria promoviendo la formación de consejos locales de salud y programas de medicina y salud comunitaria.
- ✚ Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social.
- ✚ Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana.
- ✚ Atender al problema de la “angustia de hospitalización” que produce el internamiento a determinadas personas.

Cualquiera que sean las actividades o tareas específicas dentro de este campo, el trabajo social en salud pretende proporcionar a los individuos un cierto grado de autonomía en los problemas de salud. Que se parte del supuesto de que no hay recuperación de la salud, si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello.⁵

4. 3. OBJETIVOS DE TRABAJO SOCIAL

4. 3. 1. GENERAL.

Aplicar las funciones de Trabajo Social, definiendo estrategias concretas para cada una de ellas dirigidas a mejorar la calidad de la asistencia integral y humana.

Implementar acciones relevantes de Trabajo Social que aporten valor agregado al paciente y al hospital.

⁵ Ander – Egg, Ezequiel, “Diccionario del Trabajador Social”, Ed. Lumen, Buenos Aires 1996, Pág. 318 – 319-

4. 3. 2. ESPECÍFICOS.

- ✚ Determinar e instrumentar lineamientos de trabajo para cumplir con las políticas Institucionales.
- ✚ Establecer principios y prácticas rectoras que contribuyan al logro de la Misión Departamental.
- ✚ Evaluar y actualizar los instrumentos técnicos administrativos del Departamento.
- ✚ Identificar áreas de oportunidad para favorecer la atención socio médica.
- ✚ Evaluar cuantitativa y cualitativamente los programas, informar oportunamente y proponer soluciones para efficientar el servicio.
- ✚ Participar en sesiones periódicas para la toma de decisiones con el Jefe inmediato superior y Jefes de otras áreas.
- ✚ Dar seguimiento a las disposiciones legales, así como a reglamentos, manuales y programas tanto Institucionales como los inherentes al Departamento.
- ✚ Comunicar con oportunidad al Jefe inmediato superior, los problemas, necesidades y logros del Departamento.
- ✚ Favorecer las relaciones humanas entre el personal y con otras áreas.
- ✚ Evaluar y proponer al personal a su cargo, estímulos con apego a las Condiciones Generales de Trabajo Vigentes.
- ✚ Participar y coordinar con la Dirección de Recursos Humanos, la evaluación del personal propuesto para ocupar plazas de trabajo social vacantes, por nuevo ingreso o escalafón.
- ✚ Atender y conciliar las demandas del personal a su cargo.
- ✚ Asesorar al personal a su cargo ante la existencia de problemas de pacientes y/o en su área de trabajo asignada.⁶ Anexos.

⁶ Programa de Trabajo, "Departamento De Trabajo Social 2006 - 2009", Abril 2006, P. p. 4.

4. 4. MISIÓN Y VISIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

MISIÓN

Es un grupo profesional de Trabajo Social que interviene en la atención al usuario y su entorno social, para proponer alternativas de acción en el proceso de salud y enfermedad con integración al equipo interdisciplinario y coadyuvar en la satisfacción de la población que acude al Hospital General de México.

VISIÓN

Ser un grupo de excelencia a la vanguardia institucional en la asistencia, educación para la salud e investigación, que trascienda en la enseñanza y desarrollo profesional del trabajador social a nivel nacional e internacional.⁷

4. 5. FUNCIONES Y ACTIVIDADES.

Las funciones que debe ejecutar el trabajador social en el área de salud (descritas por Margarita Terán en la Revista de Trabajo Social), son las siguientes:

-  Investigación.
-  Actividades administrativas.
-  Educación.
-  Asistencia.
-  Enseñanza.
-  Promoción social, comunitaria y regional.
-  Orientación médico legal.
-  Sistematización (teorización del trabajo social).⁸

Indica que las primeras cuatro funciones son básicas en trabajo social en el área de salud; por lo tanto estas se elaboran a través de la investigación social, en el área administrativa, programas educativos de salud, así como la promoción social,

⁷ Ibidem, P. p. 5.

⁸ Terán Trillo, Margarita, "Perfil Profesional del Trabajador Social en el Área de Salud", Revista de Trabajo social, N° 37, México 1989, P. p. 41.

comunitaria, regional y orientación médico legal, es decir, cuando la persona es hospitalizada por accidente, robo a mano armada, además de igual forma esta acondiciona el programa de intervención a nivel operativo.

4. 6. NIVEL DE INTERVENCIÓN SOCIAL.

Esta expresión se ha introducido en el campo de las prácticas sociales, para designar el conjunto de actividades realizadas de manera más o menos sistemática y organizada, para actuar sobre un aspecto de la realidad social con el propósito de producir un impacto determinado.

Toda forma de intervención social necesita de métodos y técnicas de acción y tiene una intencionalidad que viene dada por el marco ideológico, político o filosófico de quien realice esas acciones. Desde un punto de vista técnico operativo, se configura de acuerdo con un modelo cuadridimensional que comparte el sujeto de intervención, el objeto de la intervención, es aquello sobre lo que interviene y la categoría o forma de intervención.

Desde mediado de los años ochenta, esta expresión, que antes se utilizaba así exclusivamente en psicología, hoy en día en España tiene una aceptación tan generalizada que ha reemplazado, en buena parte, el término “**acción social**”.⁹

En el Hospital General de México la intervención de Trabajo Social en el área de hospitalización de Urología se define como una interferencia intencionada para cambiar una situación social que, desde algún tipo de criterio (necesidad, peligro, riesgo de conflicto o de daño inminente, incompatibilidad con valores y normas básicas, etc.), se juzga insoportable por lo que precisa cambio o corrección determinada. Se trata de una acción externa, intencional y autorizada para modificar el funcionamiento de un sistema social. Lo anterior se realiza en dos niveles: el macro y el micro.

⁹ Ander – Egg, Ezequiel, “Diccionario del Trabajador Social”, Ed. Lumen, Buenos Aires 1996, Pág. 161.

El nivel **MACRO** representa un esfuerzo institucional, supra personal. El agente de cambio es la institución pública (u organizaciones privadas), no el profesional, que es solo un engranaje de un complejo mecanismo de transformación social; además de la ideología y modelos de ayuda profesional, la legislación y las políticas sociales del gobierno, o las tradicionales intelectuales (socialismo, liberalismo, etc.), que enmarca los esfuerzos de transición social.

El nivel **MICRO** es la acción social personalizada en la que el agente de cambio es un profesional (o un equipo de varios profesionales). Es el concepto habitual de intervención social como cambio profesional (más técnico y menos político), en el sentido de estar enmarcado en una ideología y un modelo de presentación de servicios profesionales: Trabajo Social, Psicología, etc.

Los valores éticos más importantes con los que cuentan los trabajadores sociales del Hospital General de México O. D. son:

-  Libertad.
-  Intencionalidad.
-  Responsabilidad.
-  Conciencia moral.¹⁰

¹⁰ Alipio Sánchez, Vidal, "Trabajo Social 7: Ética de la intervención social", Ed. Paidós Ibérica, S. A., Buenos Aires 1999, P. p. 75 – 76, 82 – 83.

4. 7. INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO DE SALUD DURANTE EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER PROSTÁTICO.

Trabajo Social representa un gran apoyo hacia el paciente con diagnóstico de Cáncer Prostático, ya que su quehacer profesional se limita a atender las necesidades dentro y fuera de la institución médica para buscar alternativas viables que coadyuven al usuario a llevar a cabo el tratamiento adecuado, de esta forma se delinear las funciones y actividades que se implementan en el interior del servicio de Urología.

FUNCIONES	ACTIVIDADES
INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplican la observación. ❖ Entrevistas formales e informales. ❖ Aplicación de cédulas de entrevista. ❖ Realización de visitas domiciliarias.
PLANEACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinación del plan de acción o intervención social, según los casos.
EJECUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Procedimiento de las actividades programadas.
ORIENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realización de pláticas grupales e individuales a los pacientes a fin de disipar las dudas acerca del padecimiento y su tratamiento. ❖ Orientación acerca de la importancia de las donaciones sanguíneas.
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrega de informes mensuales.
ADMINISTRATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Elaboración de órdenes de pago de estudios clínicos, días de hospitalización y medicamentos, reclasificaciones de nivel, autorización de ingresos y egresos del paciente,
COORDINACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Búsqueda de redes de apoyo intra y extra institucional para canalización de los pacientes y familiares.

Es importante la formación profesional del Licenciado en Trabajo Social, en el que su intervención durante las acciones del equipo de salud es de vital importancia, ya que realiza una investigación social, económica, cultural, familiar y laboral del paciente para conocer el factor que afecta al paciente, durante la intervención médico – quirúrgica, el tratamiento y rehabilitación del enfermo. Dicha investigación proporciona elementos esenciales a fin de conocer su realidad y proponer líneas de acción acordes al caso.

Se percató en el nosocomio que solo se encuentra programas preventivos en relación al CaCu y Ca de mama, por lo tanto no cuenta con un programa y tríptico informativo educativo, para la prevención y detección de cáncer de prostático y así como también el Lic. en Trabajo Social se ve restringido en tiempo, para la realización de talleres, pláticas, con relación a los síntomas de las enfermedades que se tratan en la unidad urológica y en cualquier especialidad del hospital, además, también del padecimiento de cáncer de próstata algo importante es que de la misma manera se participe en la asistencia, de orientación médica y social al paciente y su familia; referente al método quirúrgico y tratamiento a seguir, por que en el usuario se presenta incertidumbres respecto a la enfermedad. Por lo tanto en ocasiones el paciente o el familiar busca respuesta con Trabajadora Social de la especialidad, acerca de cómo se realiza este procedimiento tanto dentro como fuera del quirófano, y ¿cuál es la evolución que deberá tener su paciente? después de cirugía.

CAPITULO V

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

De acuerdo con la población que se atiende en el Hospital General de México O.D. es necesario conocer como es que cada uno de los pacientes sufraga los gastos que se requieren para llevar a cabo el tratamiento; por lo que, es necesario investigar la situación socioeconómica de los afectados.

5. 1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Conocer el impacto socioeconómico que tienen los pacientes, con Cáncer de Próstata referente a costos quirúrgicos de las dos técnicas de intervención que son Prostatectomía Radical (Abierta) y Resección Transuretral de Próstata (RTU/P).

5. 2. OBJETIVOS.

5. 2. 1. GENERALES.

- ✚ Conocer el impacto socioeconómico que tiene el paciente, con cáncer de próstata referente a las técnicas de intervención quirúrgicas utilizadas en el Hospital General de México O. D.
- ✚ Conocer la actividad o el método empleado para el sustento de la cirugía en que fue intervenido.

5. 2. 2. ESPECÍFICOS.

- ✚ Conocer hasta donde tiene conocimiento el paciente de la enfermedad.
- ✚ Conocer la relación del paciente y de su familia al enterarse de la enfermedad.
- ✚ Identificar cual de las dos opciones terapéuticas más comunes se utilizan en los pacientes.

- ✚ Identificar como afecta al paciente en relación a su entorno económico y social.
- ✚ Conocer si hay un programa de prevención, por parte del Hospital General de México O. D.
- ✚ Informar a la población respecto al padecimiento.

5. 3. HIPÓTESIS.

Los pacientes con cáncer prostático que son intervenidos, pagan altos costos, que conlleva a padecer un desequilibrio socioeconómico, social y familiar.

5. 4. METODOLOGÍA.

Delimitación de área.

En el área de urología (Unidad 105 A) del Hospital General de México.

Investigación Temática.

La realización de la investigación comenzará por los antecedentes históricos del Hospital General de México e inicio del cáncer de próstata en nuestro país; de igual forma, ahondaremos acerca de las intervenciones quirúrgicas existentes para los pacientes con carcinoma prostático. A su vez, los factores que intervienen en el tratamiento médico, psicológico, familiar, económico y social en el cual tiene influencia el Licenciado en Trabajo Social del área hospitalaria.

Codificación.

El análisis de los datos de la información se obtendrán por el instrumento y/o cuestionario estructurado que se aplicará a pacientes que se realizaron dichos procedimientos quirúrgicos antes mencionados; se conocerá de forma directa el impacto socioeconómico que se origina en la vida personal, familiar, laboral, social y económica del paciente.

En el proceso de la investigación se recurrió al servicio de la biblioteca del hospital, y al “**Instituto Nacional de Cancerología**”, la **Facultad de Medicina de la UNAM** y la **Escuela Nacional de Trabajo Social (UNAM)**.

Además, las actividades que se desarrollaron para conocer el impacto socioeconómico del paciente fueron las siguientes:

- ✚ Recopilación de datos por medio de expedientes adscritos al servicio de urología, para la elaboración del instrumento de medición definitivo.
- ✚ Elaboración del instrumento de captura dirigido al paciente, que acude a la consulta externa y unidad hospitalaria de urología.
- ✚ Estructuración del cuestionario que se dividió en siete secciones, para obtener información del impacto económico y social de los pacientes.
- ✚ Entrevista un máximo de setenta, para la elaboración del análisis respectivo.
- ✚ Recopilación de datos del hospital y área de urología, en el periodo de mayo de 2006 a abril de 2007.
- ✚ Análisis de datos obtenidos durante la revisión y las entrevistas a pacientes, del servicio a través del programa estadístico **SPSS** para Windows, donde los datos se representarán gráficamente, obteniendo el número de casos y porcentajes, en el cual se realizará el análisis descriptivo correspondiente a estas.

5. 5. RESULTADOS.

Acorde a los objetivos y metas mencionados indicamos que fueron cubiertos totalmente, ya que detectamos factores de índole económico que afectaron en los aspectos de la intervención quirúrgica y el tratamiento del paciente. El procedimiento utilizado fue la investigación descriptiva, la entrevista informal y formal que se realizaba en la ficha socioeconómica, el instrumento empleado fue la entrevista estructurada o cuestionario directo al paciente.

El total de las entrevistas fue de setenta pacientes, el tiempo de ejecución de cada entrevista, tuvo una duración promedio de 30 a 45 minutos por usuario.

La información que se presenta a continuación es el resultado del cuestionario aplicado a una muestra de 70 pacientes de urología. Los datos adquiridos durante el periodo de febrero a abril de 2007 en la consulta externa de Urología y en el área de hospitalización en la sala de Urología.

Dentro del cuestionario aplicado se dividió en siete secciones en el que se hará una breve referencia de cada sección.

En el primer segmento adquiriremos los datos generales del paciente, comenzando por la edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación y detección del padecimiento antes de conocer el diagnóstico.

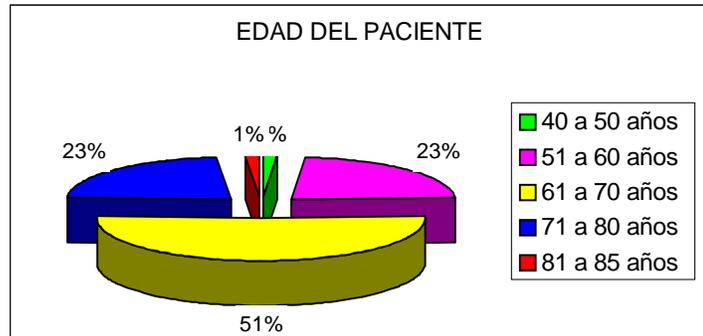
En la segunda sección obtendremos por igual los datos generales del familiar quien contribuye a la economía familiar empezando con el parentesco, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación, ingreso y egreso. En esta tercera sección refieren a los cambios positivos o negativos de los familiares, y el tipo de familia que integra el paciente.

El cuarto rubro es importante ya que observaremos los aspectos económicos del paciente. En la quinta sección se muestra la infraestructura y ubicación de la vivienda. En el sexto segmento son los cambios respecto al cuadro alimenticio del paciente. En el séptimo rubro se obtendrá aspectos clínicos y antecedentes del padecimiento.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

EDAD DEL PACIENTE

Edad	Frecuencia	Porcentaje
40 a 50 años	1	1%
51 a 60 años	16	23%
61 a 70 años	36	51%
71 a 80 años	16	23%
81 a 85 años	1	1%
TOTAL	70	100%

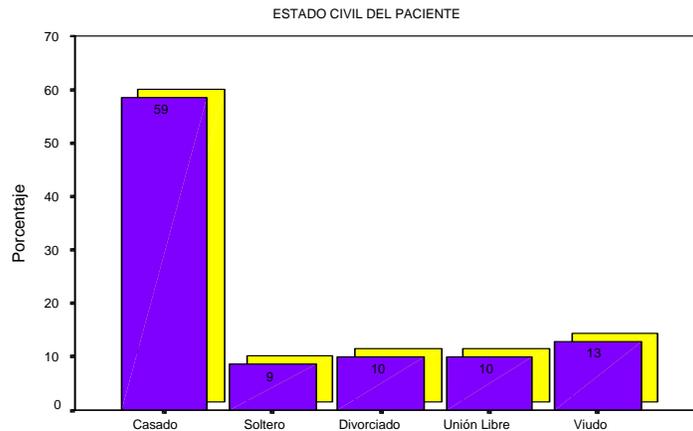


CUADRO 1. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

En el presente gráfico se muestra que los pacientes (cáncer prostático) que asisten al servicio de urología el 51% son adultos mayores con una edad de 61 a 70 años; el 23% de la muestra oscila entre 51 a 60 años, de igual manera el 23% de 71 a 80 años.

ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

Edo. Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	41	59%
Soltero	6	9%
Divorciado	7	10%
Unión Libre	7	10%
Viudo	9	13%
TOTAL	70	100%



CUADRO 2. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

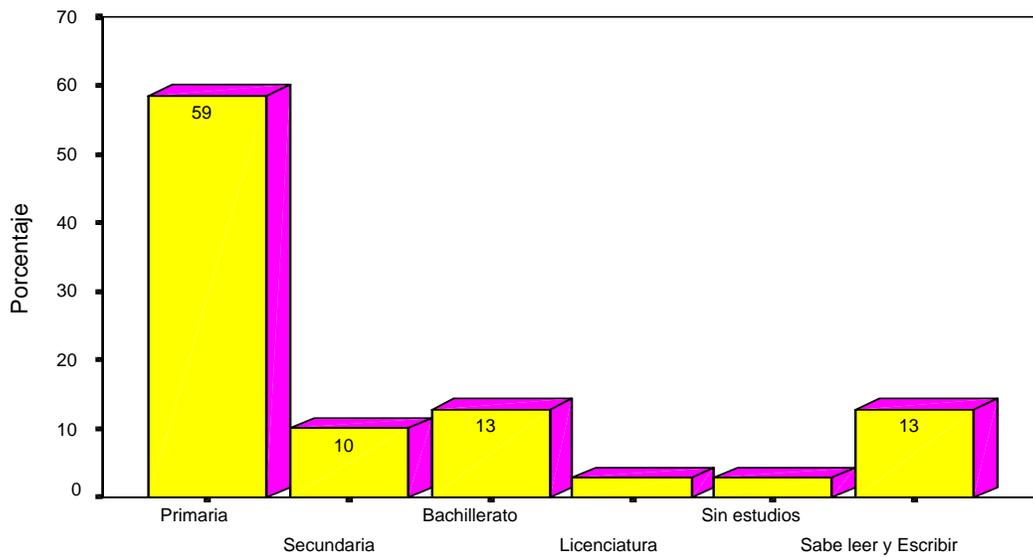
En la gráfica se encontró que el 59% de los pacientes están casados, y el 13% son viudos siendo estos dos indicadores los de mayor frecuencia, el 10% de los pacientes viven en Unión libre así como lo divorciados tienen un porcentaje similar del 10%.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	41	59%
Secundaria	7	10%
Bachillerato	9	13%
Licenciatura	2	3%
Sin estudios	2	3%
Sabe leer y Escribir	9	13%
TOTAL	70	100%

ESCOLARIDAD

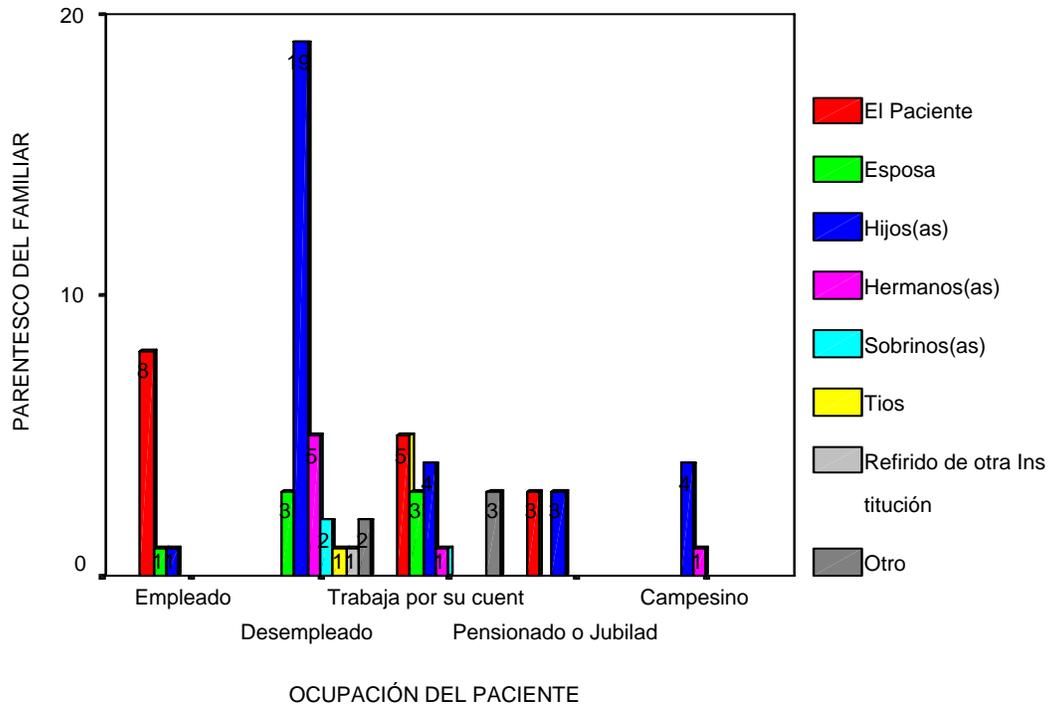


CUADRO 3. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

El mayor porcentaje (59%) de los pacientes estudiados (cáncer de próstata), corresponde a nivel de primaria. Sumando un 82% los que cursaron desde este nivel hasta el Bachillerato.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

OCUPACIÓN DEL PACIENTE / PARENTESCO DEL FAMILIAR



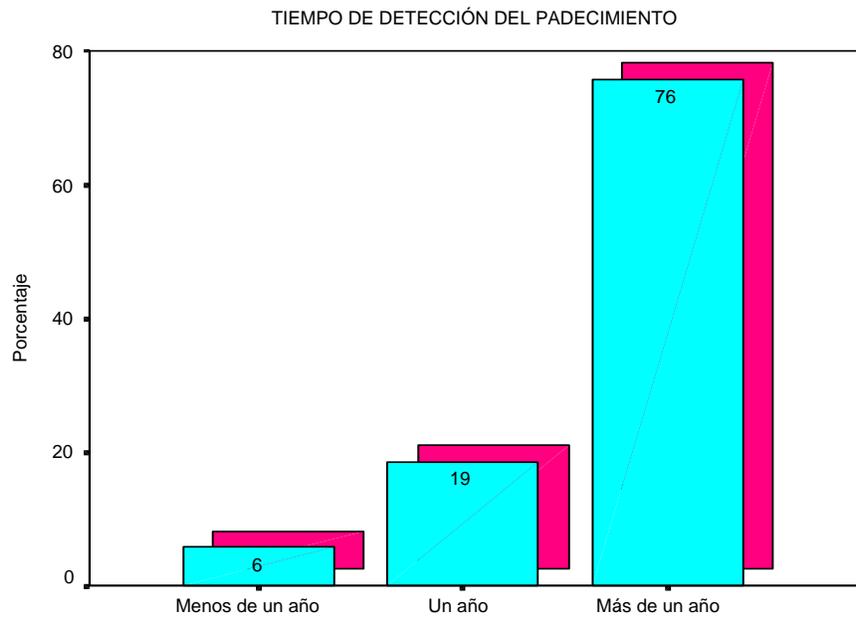
CUADRO 4. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Se observa en la gráfica la mayor frecuencia (33) con relación a la ocupación del paciente lo muestran los desempleados, por lo tanto dentro de esta misma se encontró que son los hijos quienes cubren las necesidades del paciente, en 2^{da} posición están los que trabajan por cuenta propia (16), sin embargo, reciben apoyo económico por parte del tío (1), asimismo quienes se desempeñan como empleados (10) es el mismos paciente, localizando a los pensionados o jubilados (9%).

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

TIEMPO DE DETECCIÓN DEL PADECIMIENTO

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	4	6%
Un año	13	19%
Más de un año	53	76%
TOTAL	70	100%



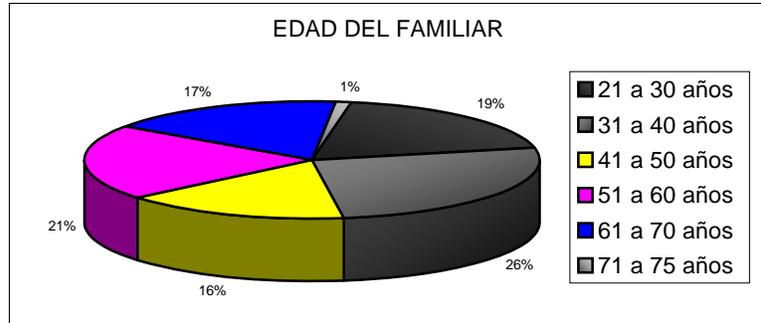
CUADRO 5. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En los entrevistados se destaca que el mayor porcentaje (76%) su detección del padecimiento corresponde a más de un año; el 19% lo detectó en el transcurso de un año, el 6% es menor a este.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

EDAD DEL FAMILIAR

Edad del Familiar	Frecuencia	Porcentaje
21 a 30 años	13	19%
31 a 40 años	18	26%
41 a 50 años	11	16%
51 a 60 años	15	21%
61 a 70 años	12	17%
71 a 75 años	1	1%
TOTAL	70	100%

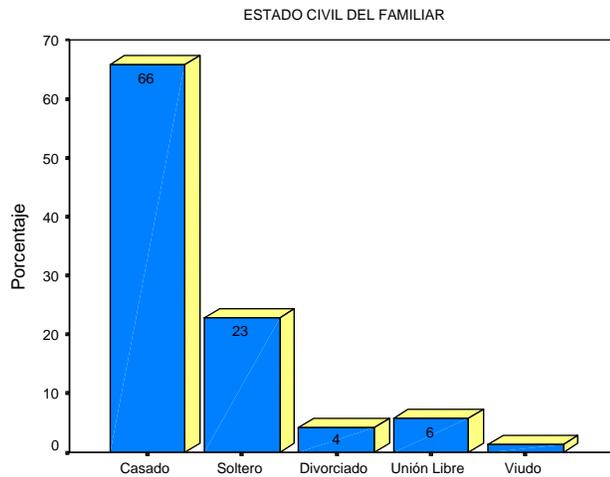


CUADRO 6. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

En el gráfico se presentó las edades más representativas entre los familiares encontrando un rango de 31 a 40 años con un total del 26%, comprendiendo el 21% dentro del rango de 51 a 60 años, del 19% el rango de 21 a 30 años, la muestra del 17% oscila entre 61 a 70 años.

ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR

Edo. Civil del familiar	frecuencia	Porcentaje
Casado	46	66%
Soltero	16	23%
Divorciado	3	4%
Unión Libre	4	6%
Viudo	1	1%
TOTAL	70	100%



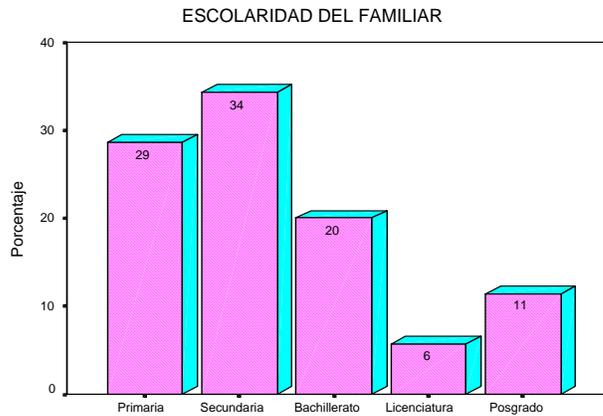
CUADRO 7. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

Se destaca que en los familiares del paciente, el mayor porcentaje corresponde al rubro de casados con el 66%, ocupando la segunda posición los solteros con 23%.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

ESCOLARIDAD DEL FAMILIAR

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	20	29%
Secundaria	24	34%
Bachillerato	14	20%
Licenciatura	4	6%
Postgrado	8	11%
TOTAL	70	100%

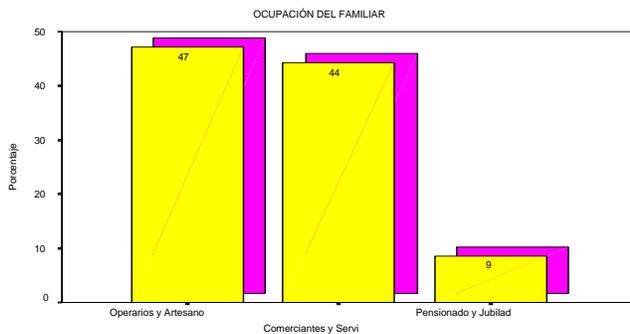


CUADRO 8. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En nuestro grupo estadístico se destaca que la escolaridad que abarca desde primaria a bachillerato conjunta 83%. Quedando el porcentaje restante a los niveles superiores educativos.

OCUPACIÓN DEL FAMILIAR

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Operarios y Artesanos	33	47%
Comerciantes y Servicios de Seguridad	31	44%
Pensionado y Jubilado	6	9%
TOTAL	70	100%

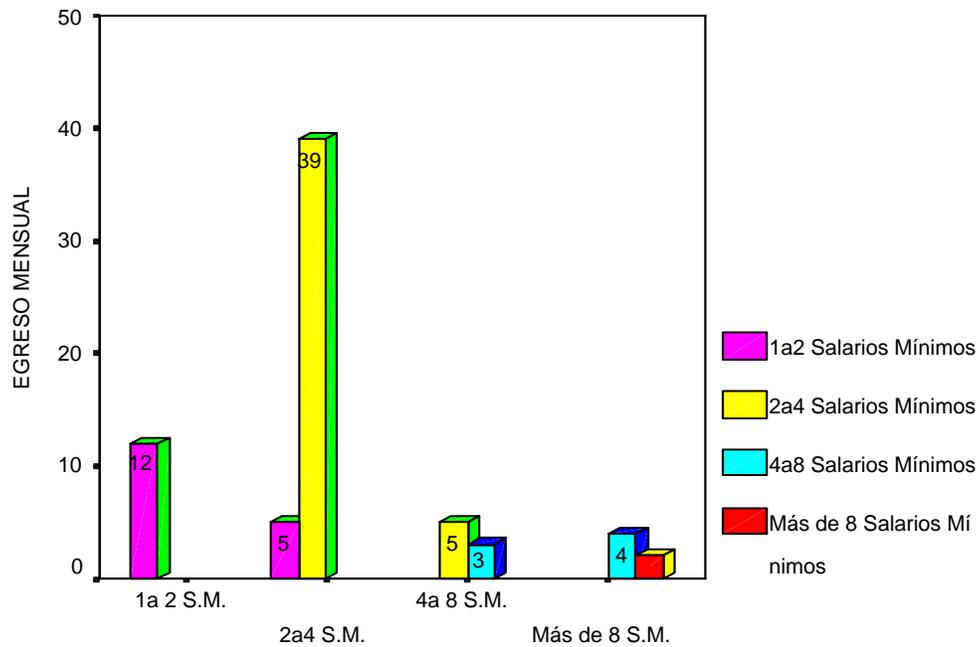


CUADRO 9. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En la presente gráfica se observa la ocupación del familiar, el mayor porcentaje corresponde (47%) a quienes laboran en actividades operarias y artesanales, en segunda posición encontramos (44%) a los que trabajan como comerciantes y en servicios de seguridad.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

INGRESO / EGRESO MENSUAL



INGRESO MENSUAL

NOTA: SALARIOS MÍNIMOS (S. M.).

CUADRO 10. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

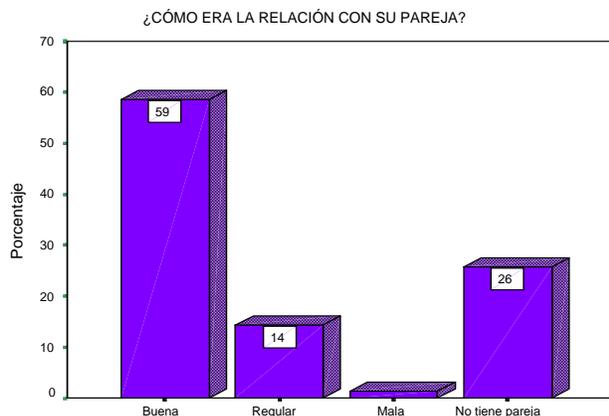
Nota. No omito mencionar que el salario mínimo vigente es de \$ 46.80 diario, mensual de \$ 1404.00

En lo que respecta a el ingreso y egreso mensual de la familia, tanto del paciente como del familiar se observa con mayor frecuencia de 44 (63%) 2 a 4 salarios mínimos, asimismo encontramos una frecuencia de 17 (24%) dentro 1 a 2 salarios mínimos, es decir, que lo que se obtienen en ingreso se gastan todo en los egresos, ya que se cubre gastos médicos y los básicos, hasta se ven en la necesidad solicitar apoyo entre los mismos familiares; por otro lado una frecuencia de 7 (10%) equivalente 4 a 8 salarios mínimos, con un indicador menor localizamos a los de más de 8 salarios mínimos.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿CÓMO ERA LA RELACIÓN CON SU PAREJA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Buena	41	59%
Regular	10	14%
Mala	1	1%
No tiene pareja	18	26%
TOTAL	70	100%

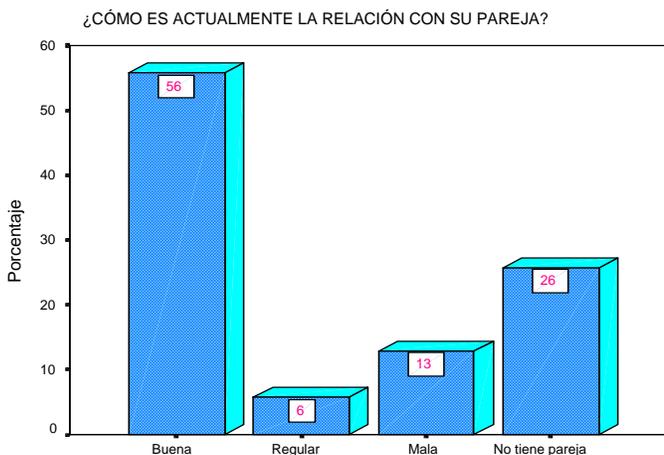


CUADRO 11. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

Se destaca en la información que la relación de pareja se manifiesta Buena con el 59%, asociado que el 2ª rubro corresponde con 26% en quienes No tienen pareja.

¿CÓMO ES ACTUALMENTE LA RELACIÓN CON SU PAREJA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Buena	39	56%
Regular	4	6%
Mala	9	13%
No tiene pareja	18	26%
TOTAL	70	100%



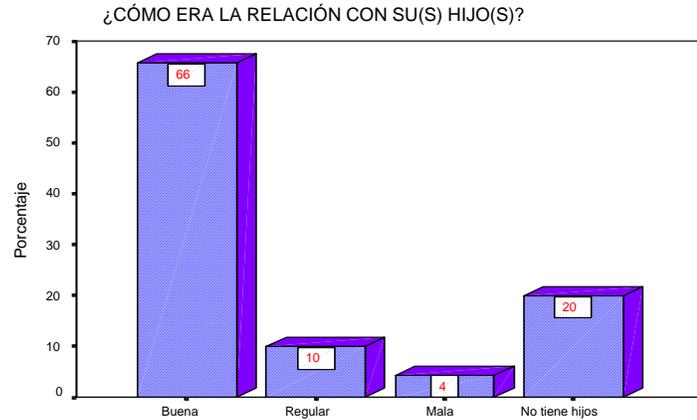
CUADRO 12. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

Con los datos obtenidos se muestran comparativamente en esta gráfica con la anterior, se destaca oscilación en los rubros de Regular (bajó a 6%, siendo la previa 14%), y Mala (subió de 1 a 13%), la relación actual adquirió un cambio al que enfrenta el paciente y su esposa.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿CÓMO ERA LA RELACIÓN CON SU(S) HIJO(S)?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Buena	46	66%
Regular	7	10%
Mala	3	4%
No tiene hijos	14	20%
TOTAL	70	100%

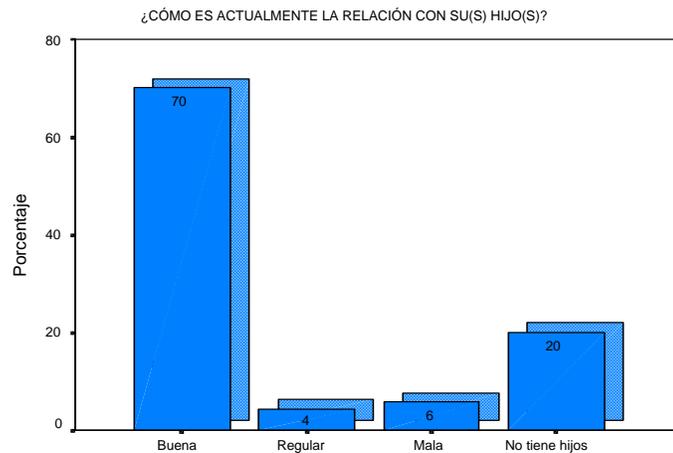


CUADRO 13. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Previo al conocimiento del diagnóstico de cáncer de próstata, la relación con los hijos más ostensible corresponde a Buena con 66%, otro dato importante es mostrar que un 20% No tienen hijos, el porcentaje restante se indica como Regular en un 10%, y Mala.

¿CÓMO ES ACTUALMENTE LA RELACIÓN CON SU(S) HIJOS(S)?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Buena	49	70%
Regular	3	4%
Mala	4	6%
No tiene hijos	14	20%
TOTAL	70	100%



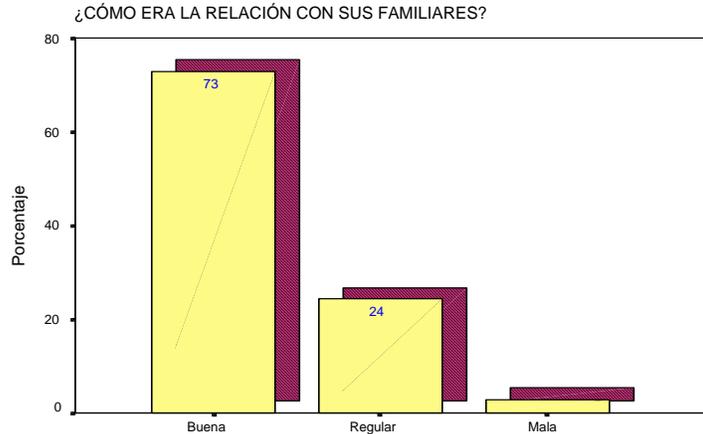
CUADRO 14. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

La relación actual mostró las siguientes oscilaciones, aumentó en 4% la llamada Buena, también aumentó en 2% la indicada como Mala, pero además disminuyó en 6% la denominada Regular.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿CÓMO ERA LA RELACIÓN CON SUS FAMILIARES?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Buena	51	73%
Regular	17	24%
Mala	2	3%
TOTAL	70	100%

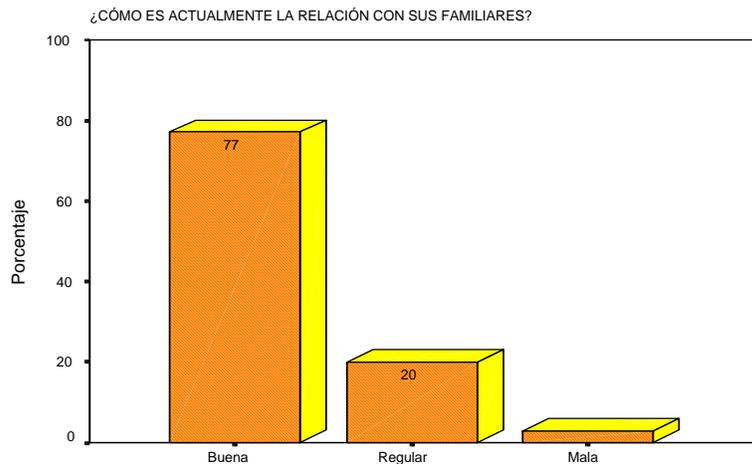


CUADRO 15. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

La entrevista nos indica que la relación familiar era Buena con el 73%, el 24% se considera Regular, el 3% como la Mala. Este dato muestra que la relación era buena antes de tener conocimiento el familiar el diagnóstico de cáncer de próstata.

¿CÓMO ES ACTUALMENTE LA RELACIÓN CON SUS FAMILIARES?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Buena	54	77%
Regular	14	20%
Mala	2	3%
TOTAL	70	100%



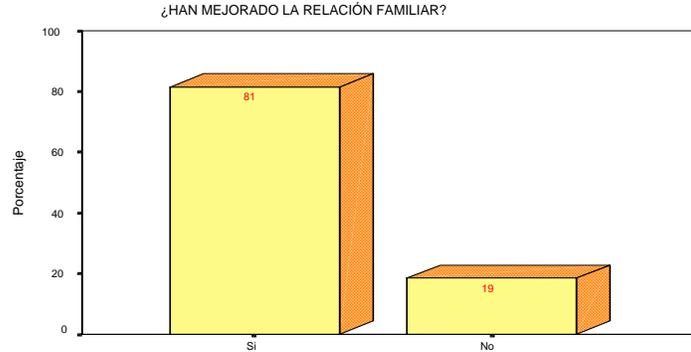
CUADRO 16. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Analizando con la gráfica 17, respecto a esta en donde se observa que el 4% la relación familiar actualmente aumentó en la buena, de igual manera el 4% tuvo un descenso en regular. Considerando esta cuestión no hubo un cambio significativo, en las relaciones familiares.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿HAN MEJORADO LA RELACIÓN FAMILIAR?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	57	81%
No	13	19%
TOTAL	70	100%

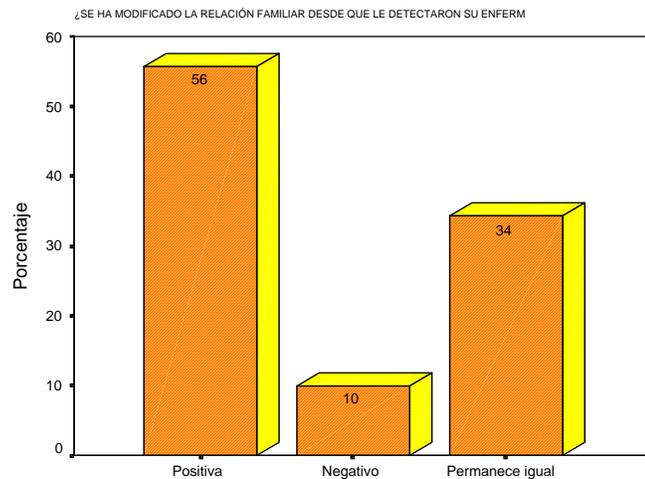


CUADRO 17. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En la gráfica identificamos a las familias que manifestaron (81%) que sí hubo cambios en la relación, después de haber conocido el diagnóstico del paciente, a diferencia del 19% con dicha situación no ocurrió ningún cambio.

¿SE HA MODIFICADO LA RELACIÓN FAMILIAR DESDE QUE LE DETECTARON SU ENFERMEDAD?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	39	56%
Negativo	7	10%
Permanece Igual	24	34%
TOTAL	100	100%



CUADRO 18. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

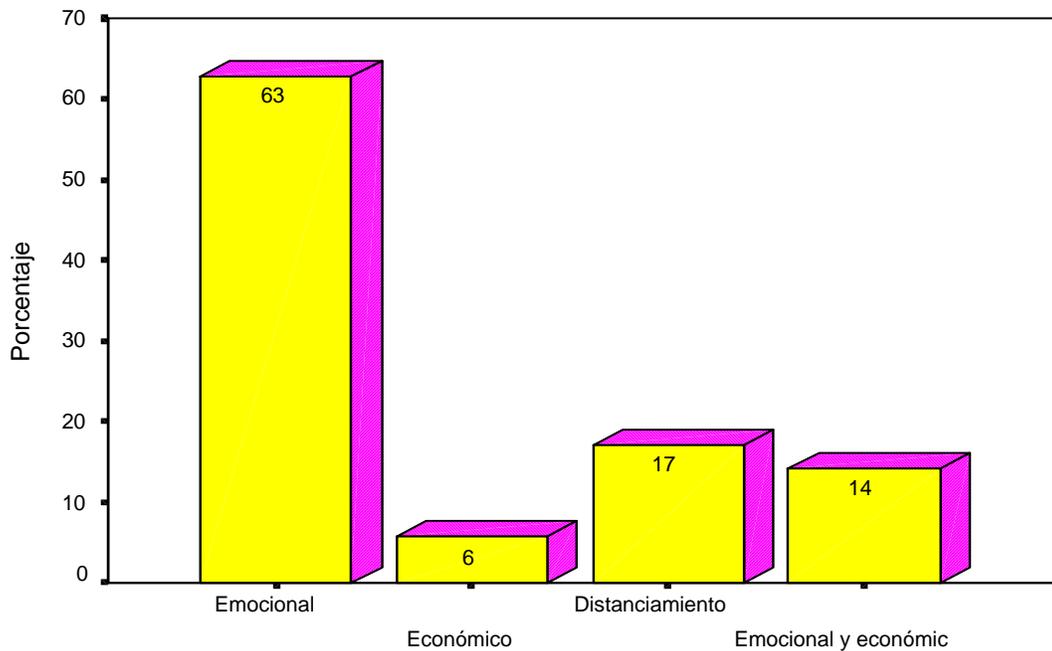
De las familias que presentaron cambios familiares encontramos que el 56% se mantuvo positiva, el 34% permaneció igual, el 10% presentó una actitud negativa ante la circunstancia que está atravesando el paciente por su enfermedad (cáncer de próstata).

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿DE QUÉ MANERA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Emocional	44	63%
Económico	4	6%
Distanciamiento	12	17%
Emocional y económico	10	14%
TOTAL	70	100%

¿DE QUÉ MANERA?



CUADRO 19. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

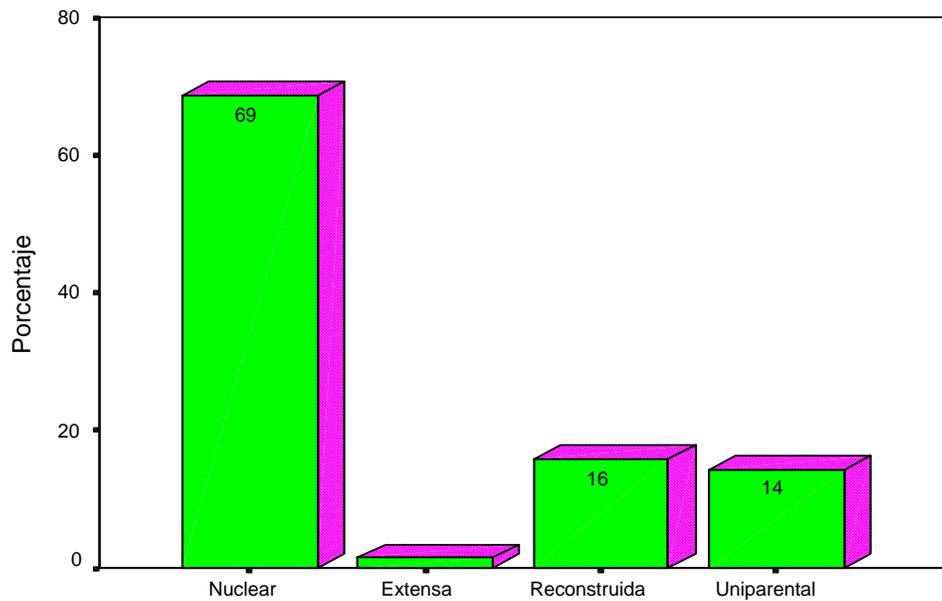
Se observó que el porcentaje mayor corresponde al cambio emocional (63%), en segunda posición encontramos el distanciamiento por parte del familiar (17%), entre tanto en el aspecto emocional y económico se ubicó con el 14%.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

SU TIPO DE FAMILIA ES:

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	48	69%
Extensa	1	1%
Reconstruida	11	16%
Uniparental	10	14%
TOTAL	70	100%

SU TIPO DE FAMILIA ES:



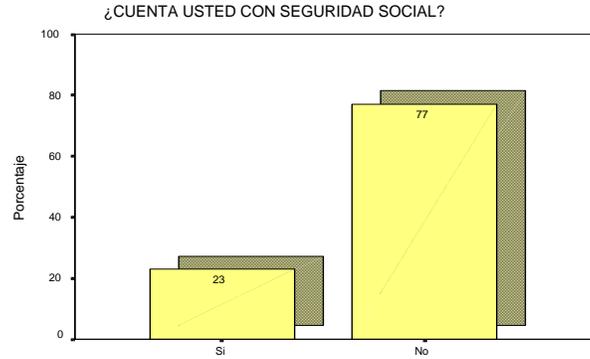
CUADRO 20. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En el universo estudiado se destaca en 1^{er} lugar a la familia nuclear con el 69% y con porcentajes cercanos a las familias denominadas como reconstruida y uniparental.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿CUENTA USTED CON SEGURIDAD SOCIAL?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	16	23%
No	54	77%
TOTAL	70	100%

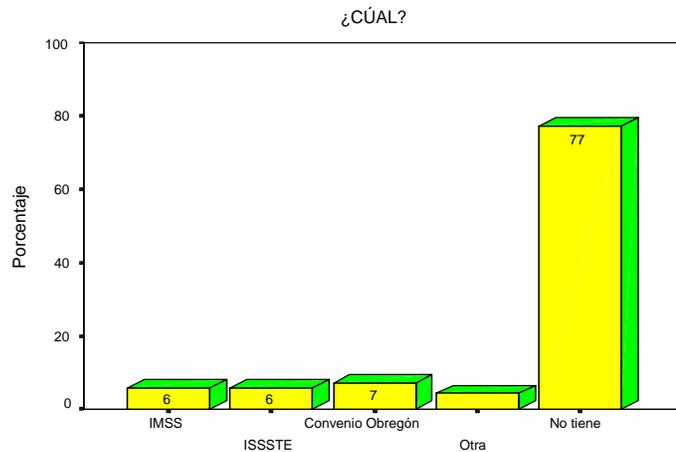


CUADRO 21. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En la gráfica encontramos un dato importante, del 77% corresponde a los usuarios que no tiene el tipo de servicio o seguridad social, el 23% si cuenta con el servicio médico correspondiente.

¿CUÁL?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	4	6%
ISSSTE	4	6%
Convenio Obregón	5	7%
Otra	3	4%
Ninguno	54	77%
TOTAL	70	100%



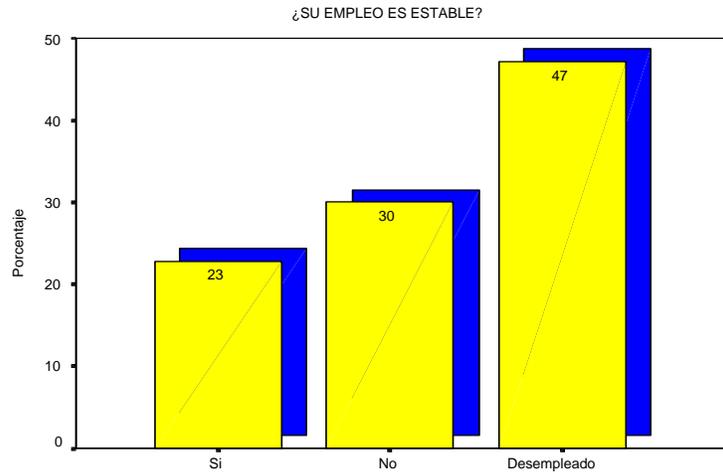
CUADRO 22. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En la gráfica previa los paciente manifestaron (77%) no tener ningún tipo de servicio o seguridad social, el 7% de los usuarios tienen el servicio del Convenio Obregón, el 6% corresponde al que está afiliado al IMSS, el 6% de ellos tiene el ISSSTE. Cabe señalar que los pacientes (cáncer de próstata) que no tiene o cuenta con el tipo de servicio o seguridad acuden al Hospital General.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿SU EMPLEO ES ESTABLE?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	16	2%
No	21	30%
Desempleado	33	47%
TOTAL	70	100%

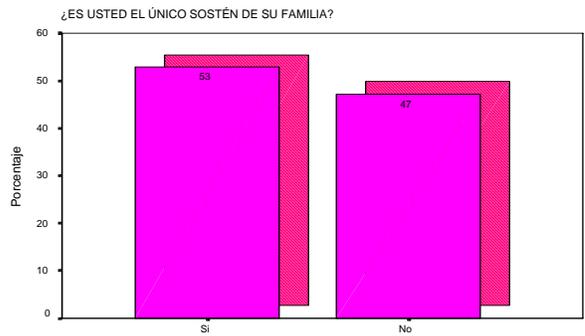


CUADRO 23. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

De las entrevistas se consideró este dato es importante, porque se obtuvo información de los pacientes afirmando un 23% tener trabajo estable a diferencia del 30% son aquellos que cuenta con un trabajo eventual, quienes además manifestaron los pacientes que se encuentran desempleados.

¿ES USTED EL ÚNICO SOSTÉN DE SU FAMILIA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	37	53%
No	33	47%
TOTAL	70	100%



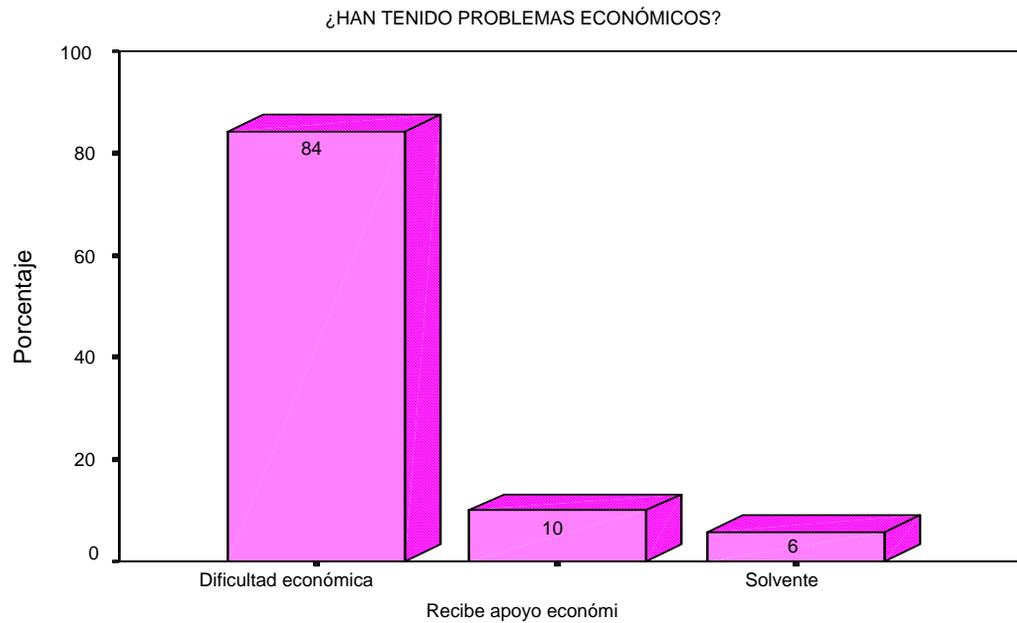
CUADRO 24. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Analizando las gráficas 25 y 26, en donde el porcentaje mayor se destaca a los pacientes (son empleados, pensionados o jubilados y comerciantes) que sí son el único sustento de la familia (53%), mientras el 47% aseguró no ser el principal sostén familiar.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿HAN TENIDO PROBLEMAS ECONÓMICOS?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Dificultad económica	59	84%
Recibe apoyo económico	7	10%
Solvente	4	6%
TOTAL	70	100%



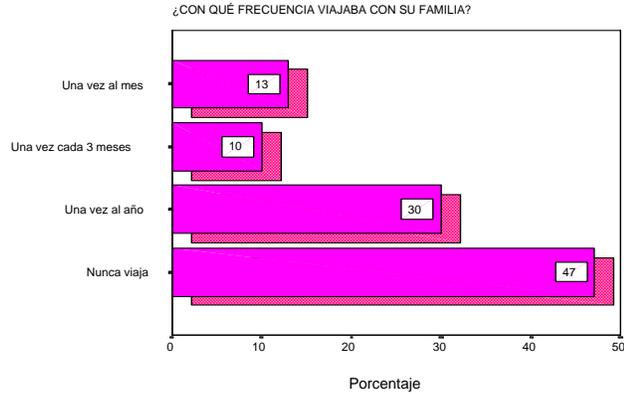
CUADRO 25. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Referente a este rubro se observa con mayor porcentaje (84%) de las familias tienen dificultad económica, sin embargo, se percibe apoyo económico (10%) por parte de los familiares, y que sólo en el 6% de los pacientes su economía ha sido solvente.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿CON QUE FRECUENCIA VIAJABA CON SU FAMILIA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al mes	9	13%
Una vez cada 3 meses	7	10%
Una vez al año	21	30%
Nunca	33	47%
TOTAL	70	100%

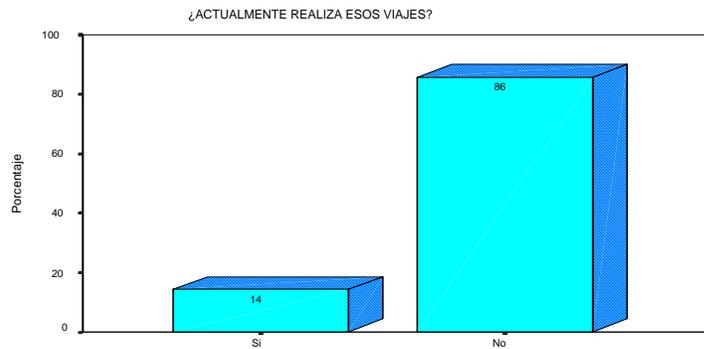


CUADRO 26. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

Con este indicador obtenemos información en relación a las posibilidades económicas de los pacientes para poder realizar estos viajes, se observa que el 47% nunca ha viajado con la familia, y que el 30% de ellos lo hacía una vez al año, entre tanto el 13% viajaba una vez al mes.

¿ACTUALMENTE REALIZA ESOS VIAJES?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	14%
No	60	86%
TOTAL	70	100%



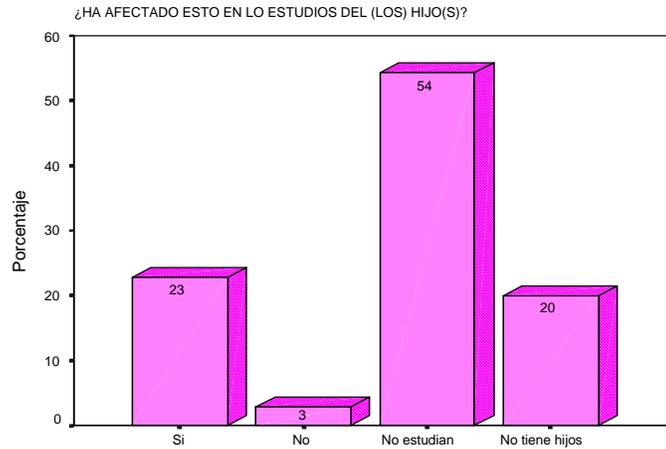
CUADRO 27. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

Se analiza este rubro, en el que se destaca el mayor porcentaje corresponde a los pacientes que ya no realizan estos viajes (86%), ocupando en segunda posición el que mencionó que sí viajan con el 14%.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿HA AFECTADO ESTO EN LOS ESTUDIOS DEL (LOS) HIJO(S)?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	16	23%
No	2	3%
No estudian	38	54%
No tiene hijos	14	20%
TOTAL	70	100%

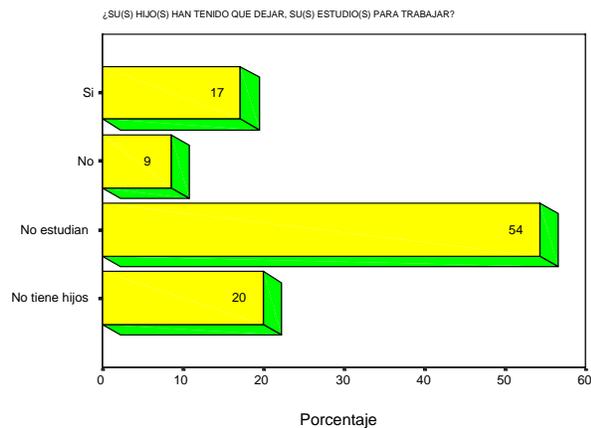


CUADRO 28. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

En nuestro grupo estadístico se destaca un dato importante del 54% del(los) hijo(s) del paciente no estudian (estos son casados); referente a la muestra el 23% resultó afectado, entre tanto se observa con el 3% de ellos no fue afectado.

¿SU(S) HIJO(S) HAN TENIDO QUE DEJAR, SU(S) ESTUDIO(S) PARA TRABAJAR?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	17%
No	6	9%
No estudian	38	54%
No tiene hijos	14	20%
TOTAL	70	100%



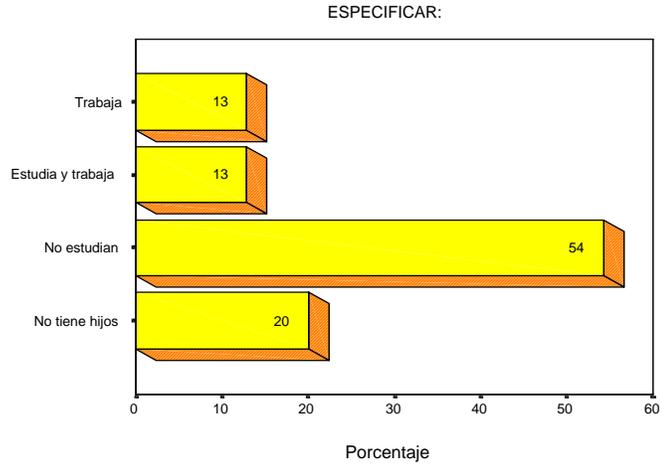
CUADRO 29. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

En el análisis comparativo de las gráficas 28 y 29, llama la atención que del(los) hijo(s) de los pacientes han dejado los estudios descendiendo al 17%, manifestado un aumento con el 9% quienes no fueron afectados en los estudios.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

ESPECIFICAR:

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	9	13%
Estudia y trabaja	9	13%
No estudian	38	54%
No tiene hijos	14	20%
TOTAL	70	100%

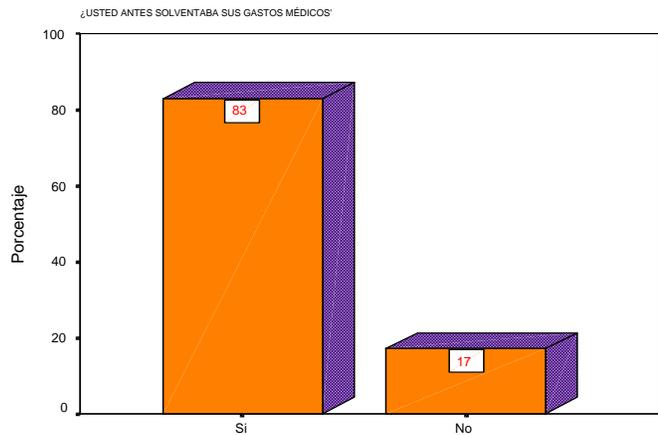


CUADRO 30. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En este rubro se especifica, que se ubicó con igual porcentaje (13%) tanto a quienes trabajan como a los que estudian y trabajan.

¿USTED ANTES SOLVENTABA SUS GASTOS MÉDICOS?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	58	83%
No	12	17%
TOTAL	70	100%



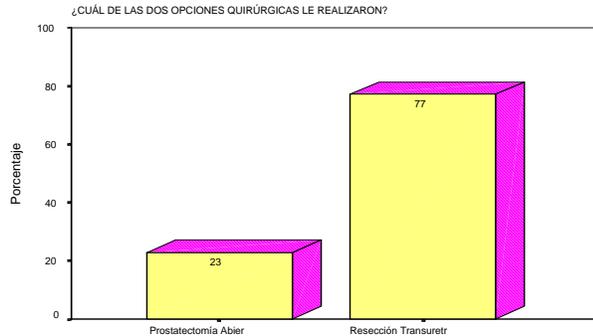
CUADRO 31. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Los datos nos indican que previo al diagnóstico, el 83% de los pacientes cubría sus gastos médicos, siendo el 17% restante los que no lo hacían.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿CUÁL DE LAS DOS OPCIONES QUIRÚRGICAS LE REALIZARON?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Prostatectomía Abierta	16	23%
Resección Transuretral de Próstata	54	77%
TOTAL	70	100%

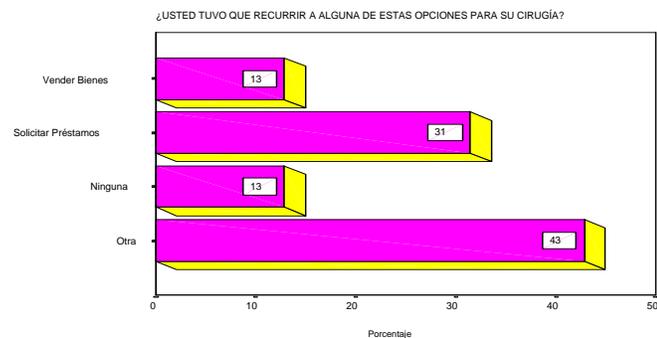


CUADRO 32. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

La mayoría de los pacientes (77%) han sido intervenidos quirúrgicamente por resección transuretral de próstata (RTU/P), y el 23% fueron operados por prostatectomía abierta (Radical).

¿USTED TUVO QUE RECURRIR A ALGUNAS DE ESTAS OPCIONES PARA SU CIRUGÍA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Vender Bienes	9	13%
Solicitar Préstamos	22	31%
Ninguna	9	13%
Otros	30	43%
TOTAL	70	100%



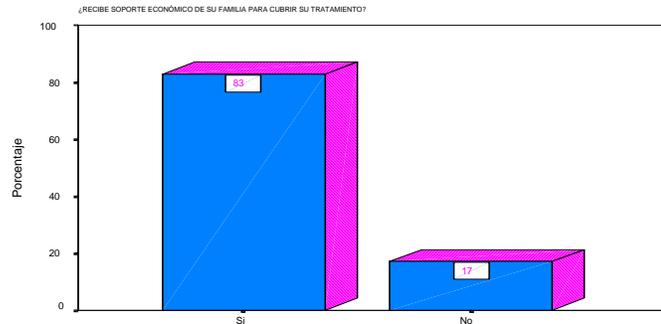
CUADRO 33. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En esta pregunta se manifiesta que la 1ª opción correspondió con 43% el rubro de "otros" (cooperación familiar), colocándose inmediatamente con 31% la opción "solicitar préstamos", ubicándose con porcentaje similar (13% cada uno) las indicadas como "vender bienes" y "ninguna".

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿RECIBE SOPORTE ECONÓMICO DE SU FAMILIA PARA CUBRIR SU TRATAMIENTO?

Critérios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	58	83
No	12	17
TOTAL	70	100%

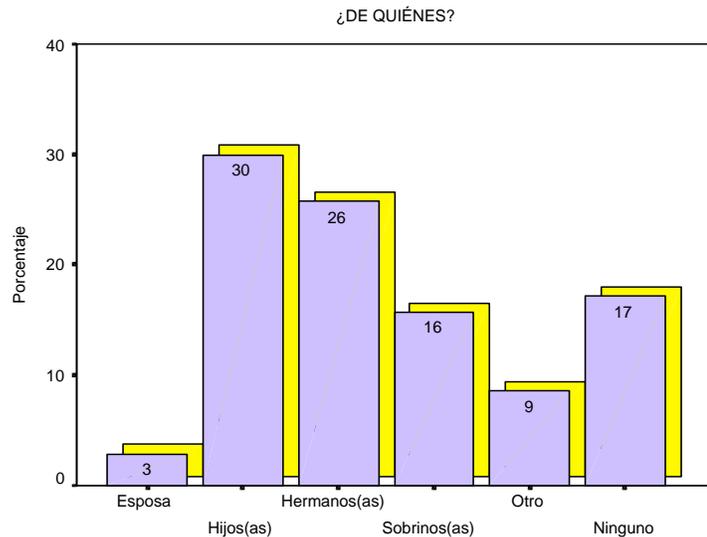


CUADRO 34. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

El mayor porcentaje (83%) de los pacientes ha percibido apoyo familiar para continuar su tratamiento, en segunda posición el 17% no reciben ayuda para dicho procedimiento.

¿DE QUIÉNES?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Esposa	2	3%
Hijos(as)	21	30%
Hermanos(as)	18	26%
Sobrinos(as)	11	16%
Otro	6	9%
Ninguno	12	17%
TOTAL	70	100%



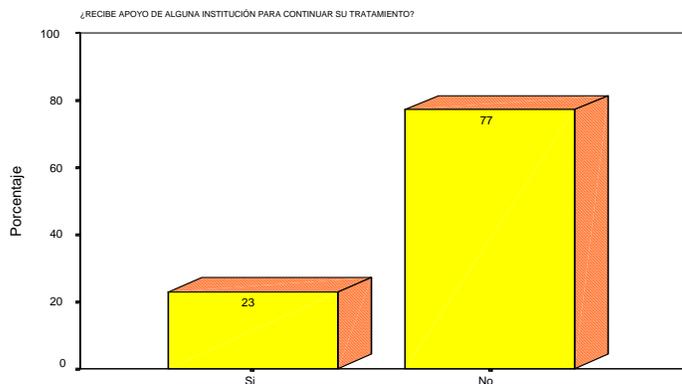
CUADRO 35. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

El análisis comparativo de las gráficas 34 y 35, se observa el apoyo económico por parte de los familiares; encontramos que del(los) hijo(s) del paciente apoyaron a este con el 30%, donde el 26% corresponde a los hermanos, un 16% de la muestra a los sobrinos entre los mas importantes, asimismo un porcentaje significativo (17%) es el referente a los pacientes que no reciben ayuda económica de algún integrante de la familia.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿RECIBE APOYO DE ALGUNA INSTITUCIÓN PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	24%
No	53	76%
TOTAL	70	100%



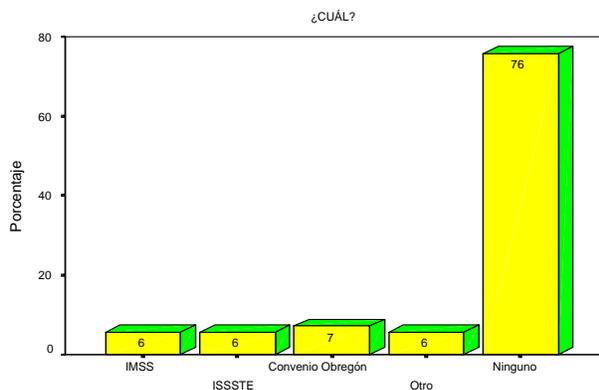
CUADRO 36. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

En la entrevista se manifestó que los pacientes con un 77% no gozan del apoyo institucional, asimismo el 23% de ellos reciben apoyo de alguna institución.

Nota. Los pacientes que cuenta con el apoyo son los que tiene seguridad social.

¿CUÁL?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	4	6%
ISSSTE	4	6%
Convenio Obregón	5	7%
Otro	4	6%
Ninguno	53	76%
TOTAL	70	100%



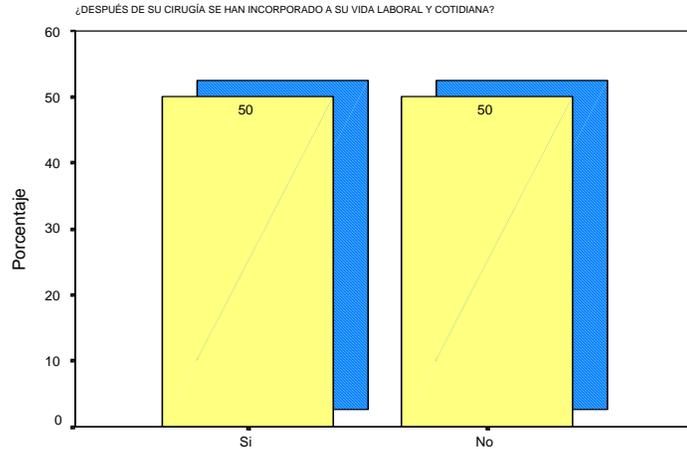
CUADRO 37. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

En este rubro reciben apoyo institucional se colocó en 1^{er} posición con el 7% al "Convenio Obregón", mostrando un porcentaje similar (6% cada uno), las indicadas como "IMSS" e "ISSSTE", y "Otros" (Seguro Popular y SSA).

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿DESPUÉS DE SU CIRUGÍA SE HA INCORPORADO A SU VIDA LABORAL Y COTIDIANA?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	50%
No	35	50%
TOTAL	70	100%

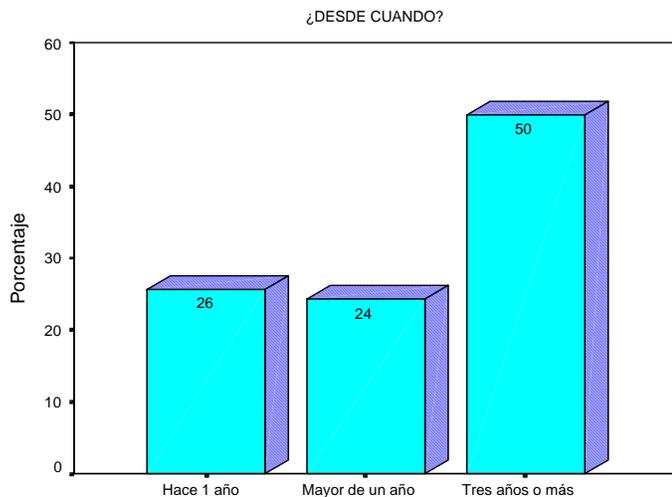


CUADRO 38. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En esta pregunta se ubicó con igual porcentaje (50%) tanto al paciente que no se incorporó a la actividad laboral y cotidiana y los que sí se incorporaron a ella posteriormente del procedimiento quirúrgico.

¿DESDE CUANDO?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Hace 1 año	18	26%
Mayor de 1 año	17	24%
Más de 3 años	35	50%
TOTAL	70	100%



CUADRO 39. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

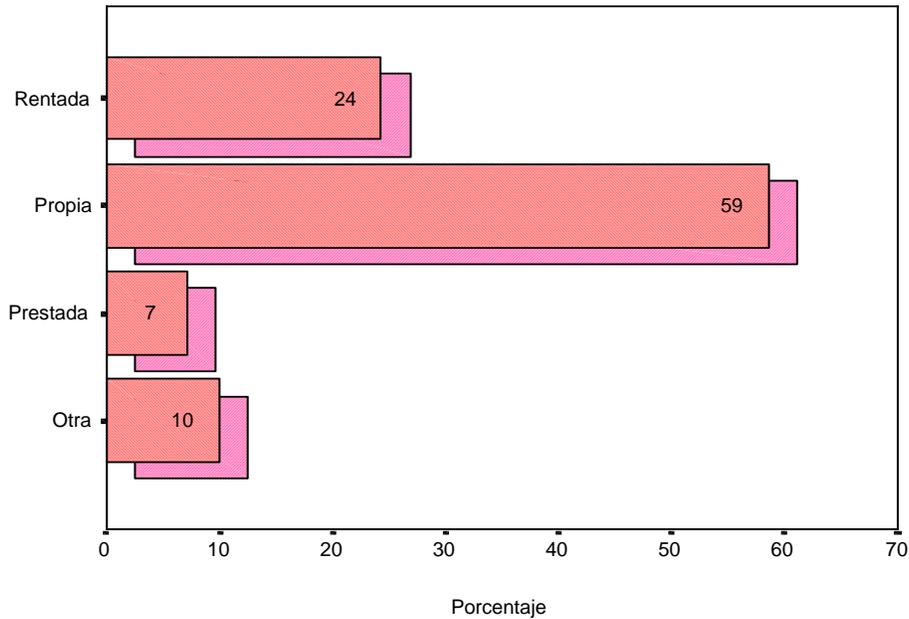
En este rubro observamos un mayor porcentaje (50%) a los pacientes en incorporarse sólo a su vida cotidiana después de más de 3 años, asimismo se destacó el 26% que indicó haberse incorporado en 1 año a la actividad laboral y cotidiana; ubicándose el 24% a un tiempo mayor de 1 año.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿CUÁL ES EL TIPO DE TENENCIA DE SU VIVIENDA?

Tipo de vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Rentada	17	24%
Propia	41	59%
Prestada	5	7%
Otra	7	10%
TOTAL	70	100%

¿CUÁL ES TIPO DE TENENCIA DE SU VIVIENDA?



CUADRO 40. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

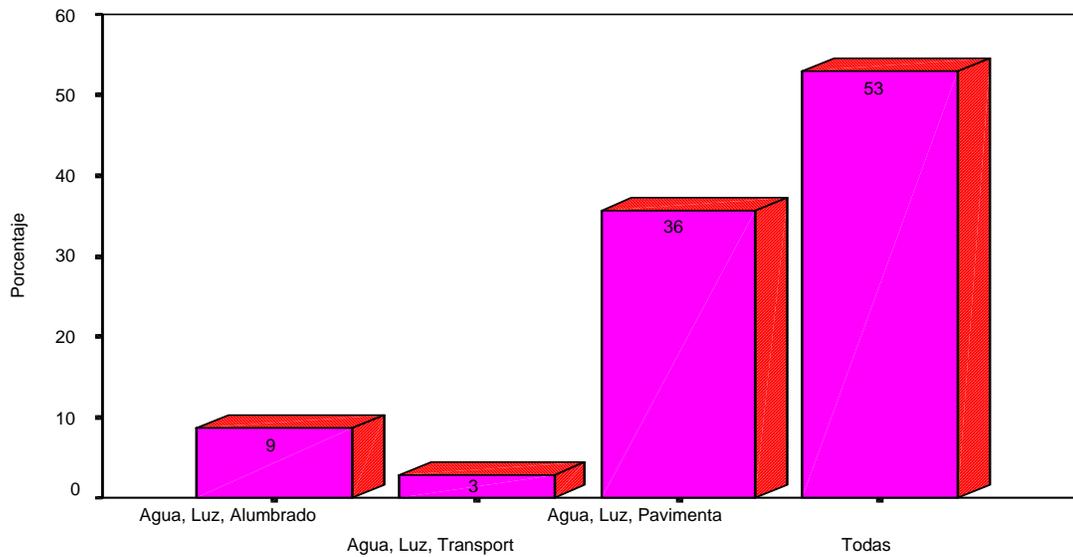
Con estos datos podemos observar que los pacientes que asisten al hospital cuentan con una vivienda digna, siendo el 59% de los encuestados quienes habitan una propia, por lo cual representa mayor tranquilidad y comodidad para el paciente; encontramos que el 24% de ellos viven en viviendas rentadas; mientras que el 10% de los pacientes refirieron que su domicilio tiene otro (intestada) tipo de tenencia.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿CON QUÉ SERVICIOS CUENTA SU VIVIENDA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Agua, Luz, Alumbrado Público, Drenaje	6	9%
Agua, Luz, Transporte Público, Drenaje	2	3%
Agua, Luz, Pavimentación, Drenaje	25	36%
Todas	37	53%
Total	70	100%

¿CON QUÉ SERVICIOS CUENTA SU VIVIENDA?



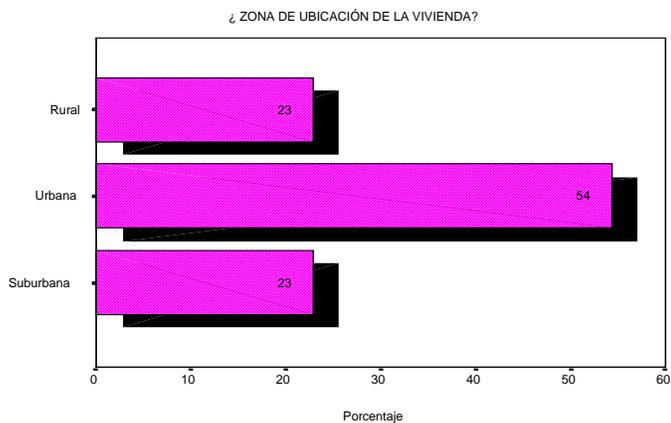
CUADRO 41. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Analizando los datos obtenidos de la infraestructura de la vivienda de los pacientes que acuden al hospital; ubicando el mayor porcentaje (53%) tienen todos los servicios, como se observa sólo faltan algunas de esta infraestructura siendo la sumatoria del 48%.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿ZONA DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA?

Zona de ubicación	Frecuencia	Porcentaje
Rural	16	23%
Urbana	38	54%
Suburbana	16	23%
TOTAL	70	100%

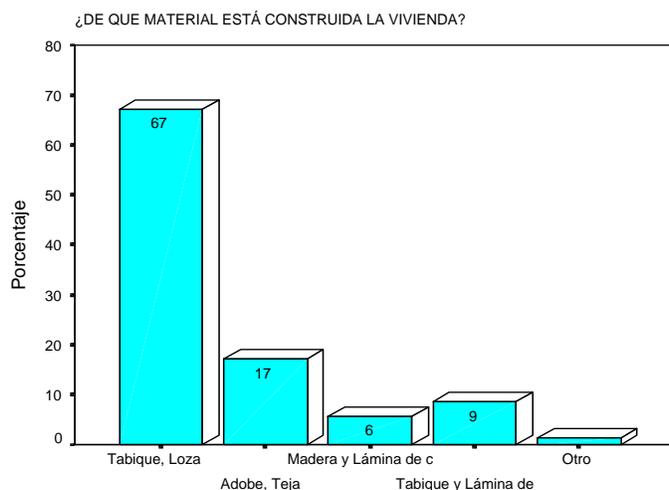


CUADRO 42. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Esta gráfica nos indica que el mayor porcentaje (54%) de los pacientes entrevistados viven en una localidad urbana, solo el 23% habitan en zona suburbana, de igual manera encontramos también (23%) viven en una zona rural.

¿DE QUÉ MATERIAL ESTÁ CONSTRUIDA LA VIVIENDA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Tabique, Loza	47	67
Adobe, Teja	12	17
Madera y Lámina de Cartón	4	6
Tabique y Lámina de Asbesto	6	9
Otro	1	1
TOTAL	70	100%



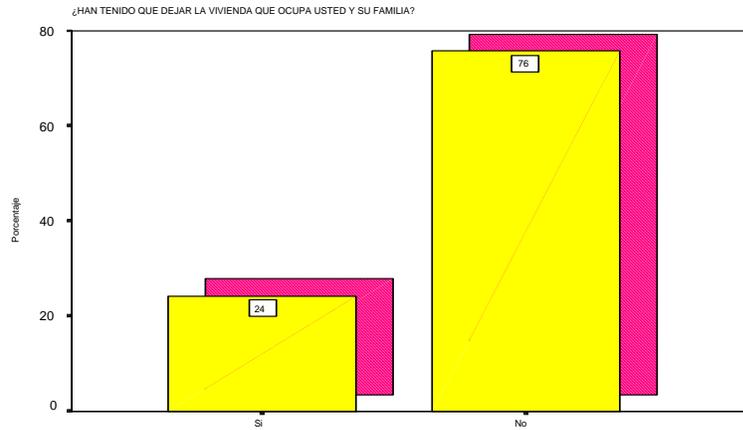
CUADRO 43. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Se destaca el mayor porcentaje (67%) de las viviendas están construidas con tabique y loza, entre tanto se ubicó (17%) las casas de adobe y teja; asimismo se observa (9%) la construcción de tabique y lámina de asbesto.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿HAN TENIDO QUE DEJAR LA VIVIENDA QUE OCUPA USTED Y SU FAMILIA?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	24
No	53	76%
TOTAL	70	100%

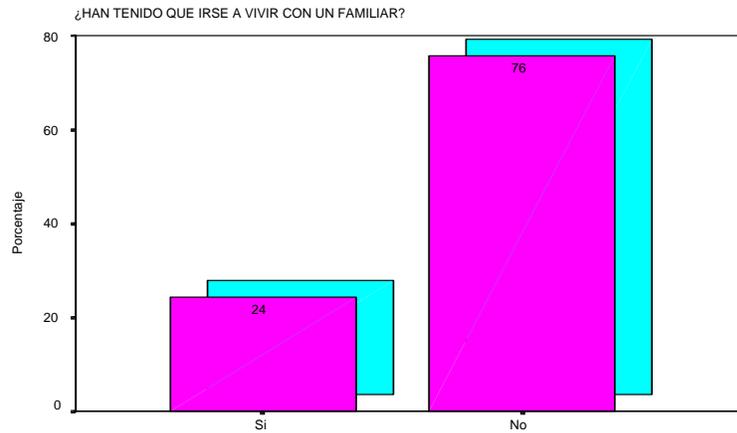


CUADRO 44. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

El mayor porcentaje corresponde a pacientes que no han tenido que abandonar la vivienda con el 76%, manifestando el 24% si tuvo que irse de dicho domicilio.

¿HAN TENIDO QUE IRSE A VIVIR CON UN FAMILIAR?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	24
No	53	76%
TOTAL	70	100%



CUADRO 45. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

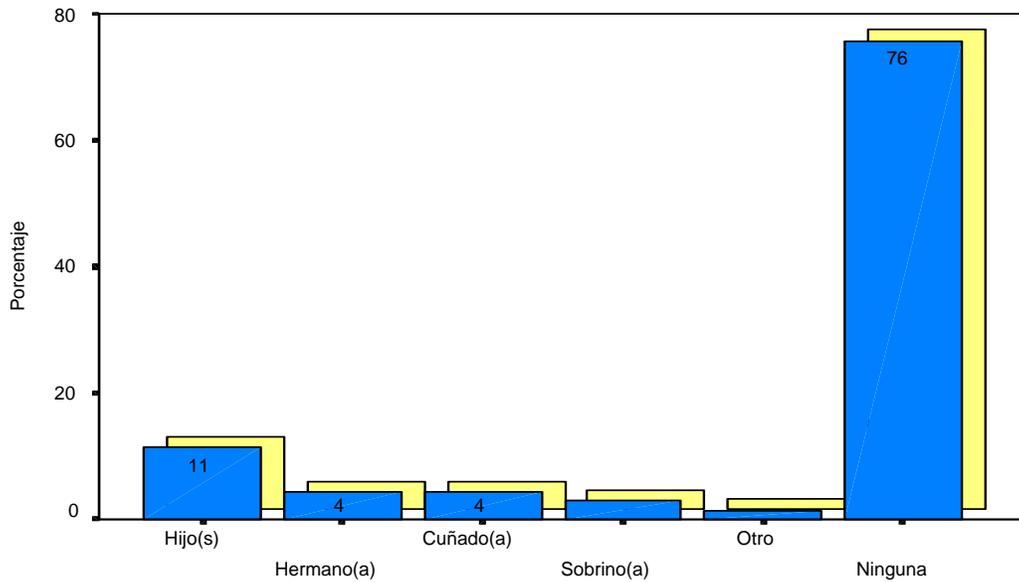
Analizando las gráficas 44 y 45 se conjunta porcentualmente con relación a la pregunta; ubicando a los pacientes que han ido a vivir con algún familiar con el 24%.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

ESPECIFICAR:

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Hijo(s)	8	11%
Hermano(a)	3	4%
Cuñado(a)	3	4%
Sobrino(a)	2	3%
Otro	1	1%
Ninguna	53	76%
TOTAL	70	100%

ESPECIFICAR



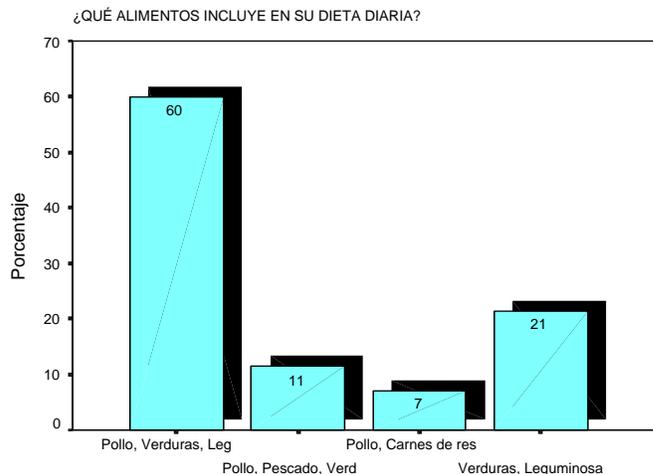
CUADRO 46. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En esta pregunta se manifestó en 1ª posición correspondiendo el 11% al rubro del(los) hijo(s); ubicándose porcentaje similar (4% cada uno) al hermano(a) y el cuñado(a), colocándose al sobrino(a) con el 3%, mostró el 1% otros.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿QUÉ ALIMENTOS INCLUYE EN SU DIETA DIARIA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Pollo, Verduras, Leguminosas, Frutas	42	60%
Pollo, Pescado, Verduras, Leguminosas	8	11%
Pollo, Carnes de res, Verduras, Leguminosas	5	7%
Verduras, Leguminosas	15	21%
TOTAL	70	100%

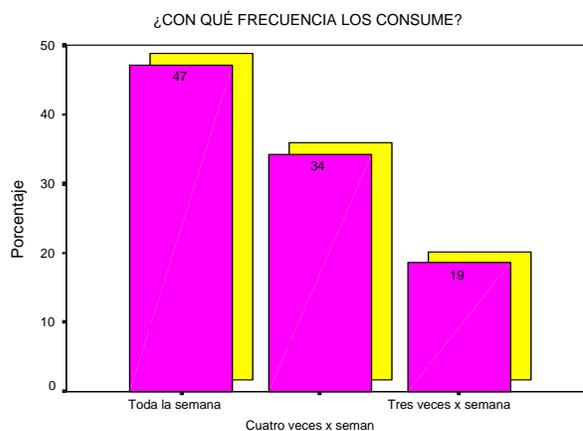


CUADRO 47. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Encontramos en nuestro grupo estadístico el mayor porcentaje corresponde a una dieta normal y variable con el 78%; en segunda posición se mostró el 21% consumen verduras y leguminosas.

¿CON QUÉ FRECUENCIA LOS CONSUME?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Toda la semana	33	47%
Cuatro veces x semana	24	34%
Tres veces x semana	13	19%
TOTAL	70	100%



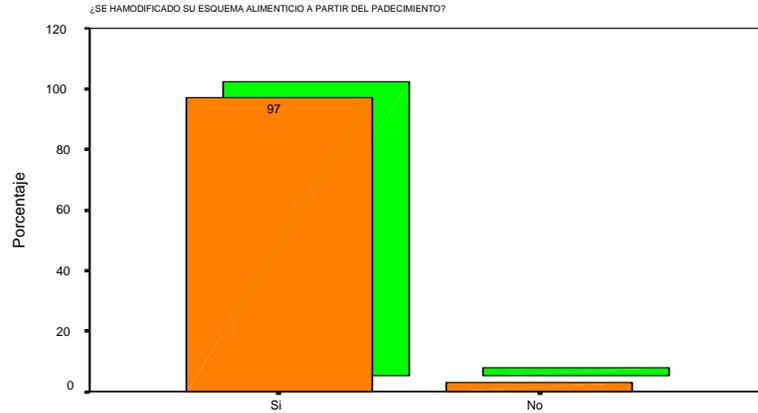
CUADRO 48. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

De acuerdo a nuestra entrevista se manifestó un mayor porcentaje (81%) en relación a toda la semana; indicando una frecuencia de cuatro veces por semana con el 19%.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿SE HA MODIFICADO SU ESQUEMA ALIMENTICIO A PARTIR DEL PADECIMIENTO?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Sí	68	97%
No	2	3%
TOTAL	70	100%

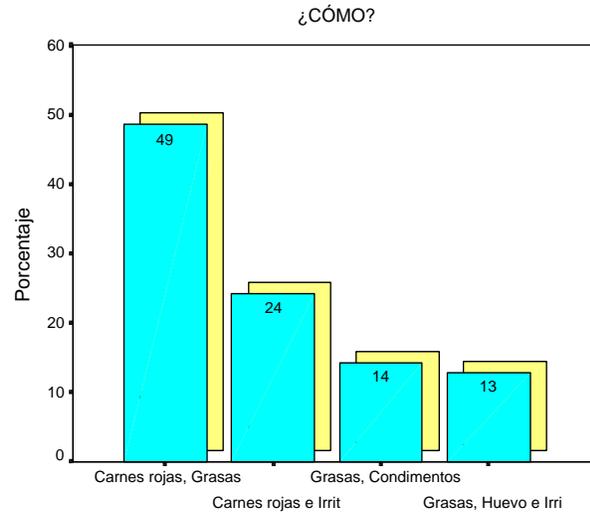


CUADRO 49. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En la gráfica se observa que el 97% tuvo que cambiar su cuadro alimenticio, entre tanto el 3% no presentaron cambios en su alimentación.

¿CÓMO?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Carnes rojas, Grasas y Sal	34	49%
Carnes rojas e Irritantes	17	24%
Grasas, Condimentos e Irritantes	10	14%
Grasas, Huevo e Irritantes	9	13%
TOTAL	70	100%



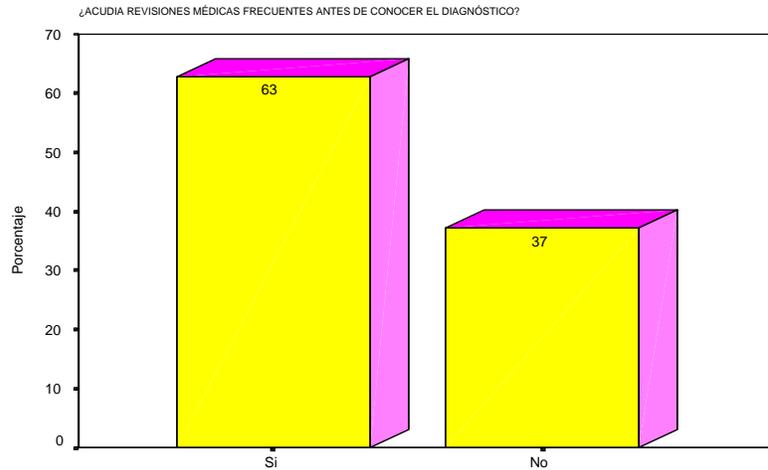
CUADRO 50. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En el gráfico se observa que el 73% no consumirá carnes rojas e irritantes, y que el 27% dejó grasas saturadas, condimentos e irritantes.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿ACUDIA A REVISIONES MÉDICAS FRECUENTES ANTES DE CONOCER EL DIAGNÓSTICO?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Sí	44	63%
No	26	37%
TOTAL	70	100%

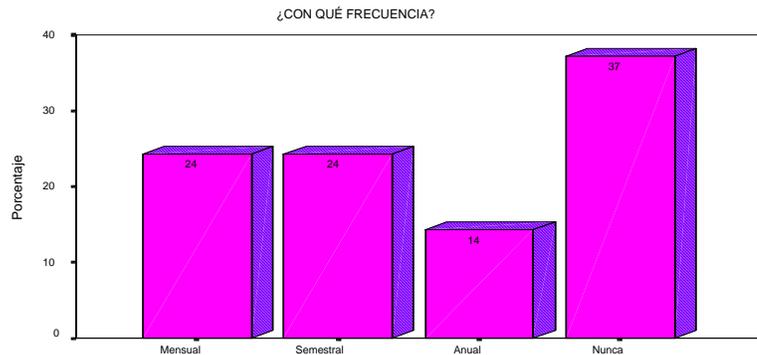


CUADRO 51. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Se destaca que el mayor porcentaje (63%) asistía a consultas médicas; en el segundo rubro indicó que no acudía al médico.

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Mensual	17	24%
Semestral	17	24%
Anual	10	14%
Nunca	26	37%
TOTAL	70	100%



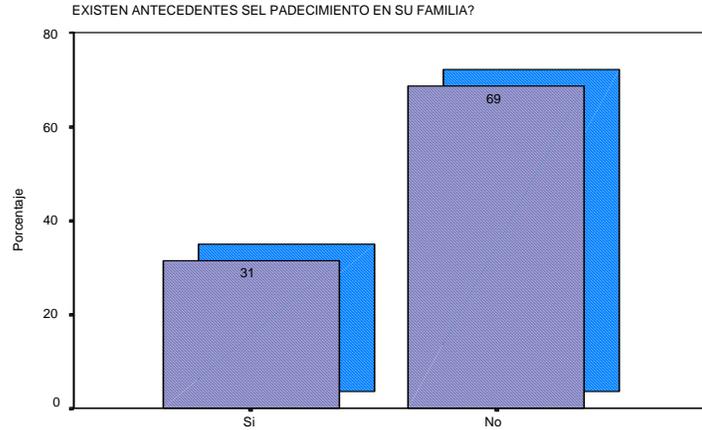
CUADRO 52. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En el análisis comparativo con las gráficas 51 y 52, se manifestó el paciente con el 24% acudía tanto cada mes; como semestralmente, ubicándose el 14% a una visita anual.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿EXISTEN ANTECEDENTES DEL PADECIMIENTO EN SU FAMILIA?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Sí	22	31%
No	48	69%
TOTAL	70	100%

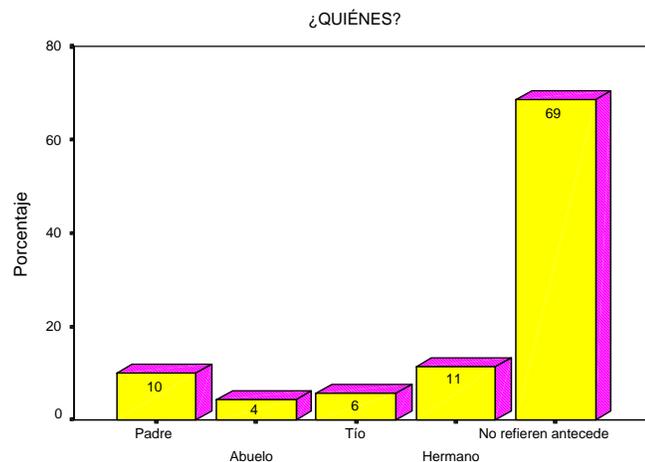


CUADRO 53. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

Se consideró este rubro importante en relación a antecedentes referente al diagnóstico (cáncer de próstata), el mayor porcentaje lo negó con el 69%, el porcentaje restante manifiesta la existencia de antecedentes en la familia.

¿QUIENES?

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Padre	7	10%
Abuelo	3	4%
Tío	4	6%
Hermano	8	11%
No refieren antecedentes	48	69%
TOTAL	70	100%



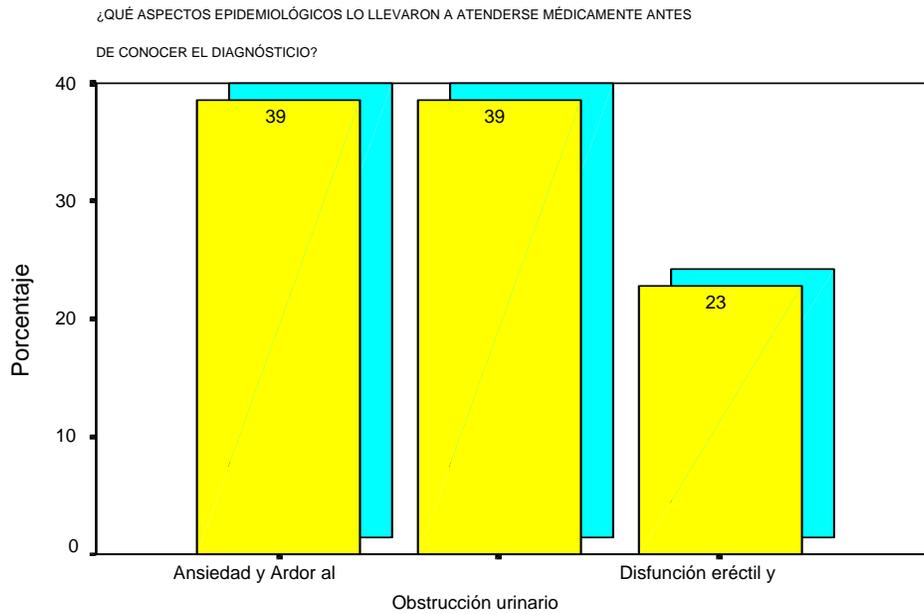
CUADRO 54. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

En el ámbito específico de antecedentes, se destaca que el 11% es el hermano, continuando con el 10% al padre del paciente, en tercera posición se encuentra al tío en el 6%, del mismo modo el 4% se ubica al abuelo, esta es la sumatoria del 31% de la gráfica 53 de los pacientes que refirieron antecedentes de dicho diagnóstico.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿QUÉ ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS LO LLEVARON A ATENDERSE MÉDICAMENTE ANTES DE CONOCER EL DIAGNÓSTICO?

Cráterios	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad y Ardor al orinar	27	39%
Obstrucción urinaria y Dolor Pélvico	27	39%
Disfunción eréctil y Sangrado al orinar	16	23%
TOTAL	70	100%



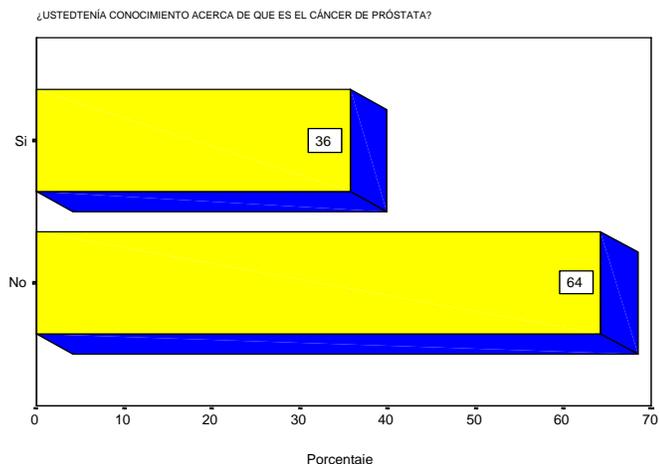
CUADRO 54. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

En nuestro grupo estadístico se muestran los rubros epidemiológicos que llevaron al paciente a consultar al médico; con un porcentaje similar (39% cada uno) ansiedad y ardor al orinar y dificultad de obstrucción urinaria y dolor pélvico, colocándose el 23% en disfunción eréctil y sangrado al orinar.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿USTED TENÍA CONOCIMIENTO ACERCA DE QUE ES EL CÁNCER DE PRÓSTATA?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Sí	25	36%
No	45	64%
TOTAL	70	100%

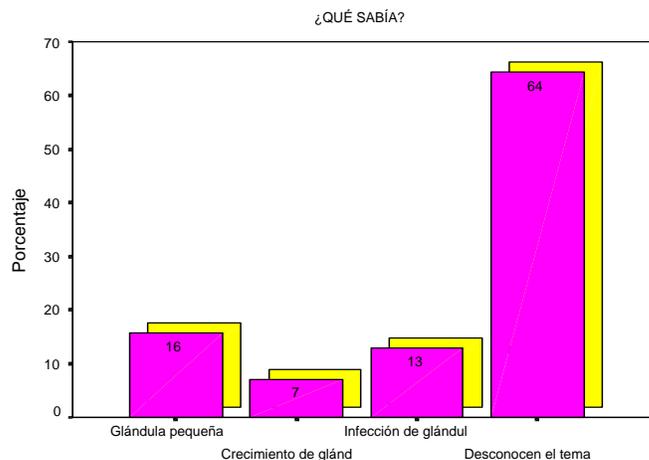


CUADRO 55. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

Se destaca que el 64% desconocía acerca de la enfermedad, en segunda posición el 36% tiene conocimiento del diagnóstico (cáncer de próstata).

¿QUÉ SABÍA?

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Glándula pequeña	11	16%
Crecimiento de glándula y Obstrucción urinaria	5	7%
Infección en la glándula	9	13%
Desconocen el tema	45	64%
TOTAL	70	100%



CUADRO 56. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.".

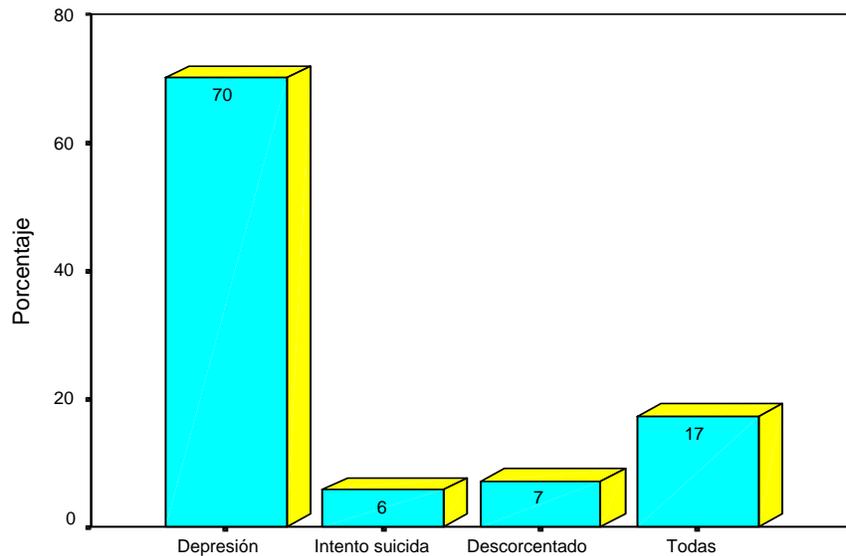
Los datos nos indican previo al diagnóstico, el 16% de los pacientes refieren una glándula pequeña; en el segundo rubro corresponde a la infección en la glándula con el 13%, colocando el crecimiento de glándula y obstrucción urinaria en un 7%. Llama profundamente la atención que el 64% desconocían acerca del tema.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO QUE TIENEN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA REFERENTE A COSTOS QUIRÚRGICOS DE LAS TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

¿QUÉ SIGNIFICÓ PARA USTED PADECER CÁNCER DE PRÓSTATA?

Crterios	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	49	70%
Intento suicida	4	6%
Desconcertado	5	7%
Todas	12	17%
TOTAL	70	100%

¿QUÉ SIGNIFICÓ PARA USTED PADECER CÁNCER DE PRÓSTATA?



CUADRO 57. FUENTE: CEDULA APLICADA A 70 PACIENTES DURANTE EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2007, EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA DEL "HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D."

El mayor porcentaje de los pacientes el 70% han manifestado depresión; colocándose en 2ª posición el 17% refirió a todas, ubicándose con el 7% a los pacientes desconcertados al enterarse de la enfermedad. Todos estos sentimientos han sido percibidos por los familiares y el mismo paciente.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se encontró que en la encuesta aplicada con relación a los pacientes (cáncer prostático), hubo un mayor porcentaje en la edad de 61 a 70 años con el 51% son pacientes que ingresaron al área de urología presentando un cáncer de próstata avanzado, vinculando así el estado civil siendo la mayoría casados quienes además representa una alta frecuencia de desempleo.

Otro aspecto importante entre los pacientes desempleados, se localizó que la mayoría de los hijos(as) son quienes sostienen a la familia del paciente con sus ingresos, encontrando un porcentaje mayor del 63% que perciben de dos a cuatro salarios mínimos. Considerando que la mitad de los hijos(as) son casados asimismo tienen limitaciones económicas que les permitan acceder a cubrir gastos generados que implica dicho padecimiento.

Por otra parte la relación del paciente con su pareja era buena con un 59%, antes de conocer el diagnóstico, sin embargo actualmente adquirió un cambio en la regular y mala (bajo al 6%) y la mala alcanzó con un 13% (siendo la previa 1%), considerando que las relaciones entre los hijos(as) tuvo alto porcentaje, del mismo modo los familiares, han tratado de tener una mejor comunicación con el enfermo a través de apoyo emocional, y económico.

Además considerando que el mayor porcentaje (77%) de los pacientes no tiene el servicio o seguridad social, y por lo tanto se ve en la necesidad de buscar alternativas para recibir un tratamiento médico; considerando que el 53% de los pacientes son el único sostén de la familia y se han visto afectados económicamente, donde además se encontró que el 30% efectuaban viajes, actualmente es imposible debido a los problemas que se han generado por dicha enfermedad.

Es necesario referir que hay pacientes que tienen aun hijos(as) estudiando en el cual se han visto afectados un 12% de ellos, para poder aportar económicamente con la familia realizando actividades laborales por ejemplo: estudiando y trabajando en el caso de otro desertan de sus estudios.

Se puede observar que el 83% de los enfermos anteriormente cubría sus gastos médicos antes de diagnosticarle cáncer de próstata; sin embargo actualmente manifiestan que por su padecimiento han tenido que dejar de trabajar, cuyas molestias influye en su condición física para poder realizar actividades.

Los resultados reflejaron que en promedio el 77% es operado por resección transuretral de próstata (RTU/P) estos tuvieron repercusiones por el alto costos de la cirugía, en el casos de pacientes al no ajustar el dinero, el médico urólogo vuelve a reprogramar la cita para esta intervención. Cabe destacar el 43% recurrieron a otras alternativas para solventar el gasto médico (cooperación familiar). Otro aspecto es que para el tratamiento que debe seguir el enfermo en del nosocomio reciben apoyado económico con un 30% de sus propios hijos(as), y aquellos que cuenta con seguridad social existe un convenio con la institución en donde este cubre los gastos generados sin que el paciente deposite dinero de sus ingresos.

Se observa que el 50% de los pacientes se han incorporado a la actividad cotidiana y labora en un periodo mayor de un año, así también equivalente aquellos que lo han hecho después de tres años.

La vivienda de los pacientes es propia un 59% de ellos por lo que disminuyen los gastos al no considerarse egresos como el pago de la renta en donde el 24% sin la realiza, existe un 53% que cuenta con todo los servicios. Esto indica que el 54% vive en zonas urbanas.

Considerando importante fundamental si el paciente acudía con frecuencia al médico en que se observa que el 63%, si lo frecuentaba con un equivalente al 24% mensual y semestral. Además se encontró un 31% con antecedentes familiares que padecieron dicho padecimiento. Por lo tanto el 64% de los pacientes no tenía conocimientos del cáncer de próstata, y al conocer su diagnóstico el 70% se manifestó en una etapa de depresión donde tiene a bajar su defensa y avanzar más la enfermedad.

Indiscutiblemente esto dejó una información para el impacto socioeconómico que tiene los pacientes con cáncer prostático tanto en su entorno social, y laboral se encontró que se debería de canalizar al paciente con el Director General de Adjunto de Administración y Finanzas de la institución. Informar a los usuarios con relación a la enfermedad y mejorar la atención del familiar en los servicios de salud. Dar a conocer los problemas de la salud del cáncer prostático a la población en general y publicar las funciones y actividades del Lic. En Trabajo Social, así como del servicio de urología, y de otros servicios oncológicos, en la revista que se publica en el nosocomio. Es importante responder, generar interrogantes, y modificar el pensamiento crítico.

CONCLUSIÓN

En el transcurso de los años el hombre ha desarrollado en el interior de la ciencia y tecnología nuevas alternativas en tratamientos para pacientes con cáncer, para una mejor calidad de vida, asimismo se tienen antecedentes que este padecimiento inevitable causa la muerte de la población (hombres, mujeres y niños) a nivel mundial y nacional de nuestro país. Sin embargo, ha sido imprescindible considerar que estos adelantos son un beneficio para la sociedad.

Se podría concluir que el cáncer de próstata es una enfermedad que no hace ninguna distinción en escolaridad, y ocupación del varón, cabe señalar que este es un factor de riesgo en adultos mayores. Asimismo se encontraron problemas en el factor económico, descontrol y distanciamiento en el aspecto personal, familiar y social. Donde las relaciones de pareja e hijo(s), y familiares traen consigo un cambio radical, que se van deteriorado y alterando en los roles, y valores e incluso en lo económico, y en la comunicación con relación a la enfermedad, provocando la separación, desintegración familiar y el abandono del paciente.

Considerando importante que el(los) familiar(es) son los afectados, ya que se hacen cargo de cubrir gastos generados por la enfermedad de los pacientes desempleados; cabe mencionar que solo un cuantos pacientes tiene seguridad social y que a través de su institución y este nosocomio se asume un convenio en donde se cubren dichos gastos citados. En el caso de los pacientes que tienen hijos estudiando se ven en la necesidad de abandonar su(s) estudio(s), para poder trabajar y contribuir económicamente. Además se encontró que el método quirúrgico más frecuente es la resección transuretral de próstata, donde tanto el paciente, como el familiar recurren a ciertas opciones para solventar los gastos de la cirugía y tratamiento. Por todo lo antes mencionado es trascendente considerar que en gran parte existe un impacto socioeconómico, cuyo aspecto se ve deteriora la condición física, social y económica tanto del paciente, como de la familia.

Por lo cual algunos pacientes manifestaron que por falta de dinero, no acudían a revisiones médicas, otro factor que presentan son sentimientos depresivos, de desconcierto e intento suicida, al conocer el diagnóstico, ya que le es difícil poder asimilar los cambios que han generado en otros aspectos de su vida.

Y por todo lo expuesto, es importante que el trabajador social se dedique a la tarea de participar, para atender de forma integral al paciente y a su familia, por esta razón es necesario la intervención del trabajador social solicitando un apoyo directo en la oficina de la Torre de Gobierno con el Director General Adjunto de Administración y Finanzas, para exponer la problemática del paciente, así como también la importancia de fortalecerlo en el aspecto económico y emocional, para la oportuna atención a su cirugía y tratamiento, en donde se fortalezcan, y los inconvenientes financieros de este proceso disminuyan.

Cabe destacar que esta investigación, contribuye a las percepciones en relación a la situación socioeconómica de los pacientes que acuden a la(s) institución(es) del sector salud, ya que son insuficientes los trabajos referente a ésta temática, por lo que además el trabajador social deberá buscar alternativas o redes de apoyo para que no repercuta en la economía del paciente, como del familiar. Por lo tanto el trabajador social debe estar conciente del rol que juega en la(s) institución(es) a través de sus funciones y habilidades que le son propias, asociado a esto, su ética profesional lo debe guiar en momentos decisivos y vulnerables con la propia institución(es) donde labora, junto con sus colegas y la sociedad misma. La importancia de la intervención que tiene el trabajador social en este proceso con el paciente y sus familiares. Por lo que es imprescindible que el trabajador social no sólo deberá tener solamente conocimientos de su profesión, sino que debe buscar la manera de enriquecerlas para que de este modo le permita más participación y reconocimiento en esta institución(es), así estará completamente capacitado para enfrentar cualquier situación que se le presente.

Es por ello que surgió la necesidad realizar este trabajo con la finalidad de presentar una propuesta de intervención para mejorar las necesidades (social, económico, psicológica, física, etc.), del paciente y familia considerando un factor importante para ayudar al bienestar del enfermo.

PROPUESTAS

A través de la investigación que Trabajo Social realizó en el área de urología en el Hospital General de México O. D., tendrá como propósito fundamental participar en la intervención y tratamiento del paciente, dando solución a sus problemas, no solo de tipo médico, sino también psicosocial y económico, además de intervenir en la rehabilitación, pero lo principal es detectar la problemática desde distintos enfoques del paciente y de la familia que se encuentra a su cargo.

Deberá de contribuir el Trabajador Social que el paciente con cáncer de próstata y su familia puedan aceptar las consecuencias que trae esta enfermedad. Asimismo el trabajador social se comprometerá a brindar las siguientes funciones:

- ☞ Atender al paciente en relación a su enfermedad.
- ☞ Brindar apoyo emocional.
- ☞ Dar seguimiento y control a la enfermedad.
- ☞ Trabajar en forma coordinada y organizada con el Director General de Adjunto de Administración y Finanzas de la institución.
- ☞ Realizar redes de apoyo social.
- ☞ Ayudar a fortalecer las relaciones familiares en el caso que se vean deterioradas al darse a conocer el diagnóstico de la enfermedad.

Por lo que el trabajador social debe tener una relación e interacción con el equipo multidisciplinario, para brindar un mejor servicio, asimismo trabajar en grupo con profesionistas en que su perfil corresponda al área, y que sea en forma coordinada entre sí, por un fin común entre paciente, médico y profesional en el área social.

Sin embargo, cabe mencionar que de acuerdo a la entrevista realizada en el nosocomio, las necesidades han superado las acciones que actualmente se llevan a cabo en la institución, pues se demanda mayor prioridad, para cubrir las expectativas del paciente y su familia. Es importante crear un espacio donde trabajo social, pueda trabajar con organizaciones o instituciones, solicitando soporte financiero para aquellos pacientes con cáncer prostático que no puedan costear su cirugía o seguir con su tratamiento. Considerando también elevar la eficiencia del tratamiento y rehabilitación del paciente, así como también el nivel de capacitación del equipo de salud, para que proporcionen apoyo tanto a pacientes, como a familiares.

Además de que el trabajador social tiene las habilidades, siguientes:

- ✚ Implementar un programa de actividades de Trabajo Social, para cubrir las necesidades propias del servicio de urología a fin de mejorar el impacto en la atención al paciente con cáncer prostático.
- ✚ Capacidad para identificar las necesidades del paciente con cáncer de próstata, así como reconocer los recursos y limitaciones que tienen y ofrecer una respuesta de atención viable a sus carencias.
- ✚ Delimitar las acciones de Trabajo Social en el área de urología para realizar la intervención adecuada con relación al cáncer de próstata.
- ✚ Capacitar al equipo de salud (Trabajo Social, Médicos, Enfermería y Psicólogos, etc.) del área de urología, para brindar una atención integral al paciente y su familia.
- ✚ Identificar al equipo multi e interdisciplinario, con el que intervendrá profesionalmente, así como desarrollar la capacidad de trabajar e identificar hasta donde será su campo de acción.
- ✚ Desarrollar actividades con el equipo de salud, para mejorar el impacto en la educación del paciente.
- ✚ Gestionar una búsqueda de redes de apoyo dirigidas a pacientes de bajos recursos económicos.

- ✚ Capacitar al paciente con cáncer, para que sea un educador en su comunidad en base a su experiencia, para poder así prevenir el cáncer de próstata.
- ✚ Realizar entrevistas a los familiares, y al paciente en caso de ser necesaria la aplicación de un cuestionario y proporcionar consejería siempre y cuando lo requiera.
- ✚ Mantener la comunicación con el equipo Inter y multidisciplinario, para cubrir las necesidades del paciente y su familia.
- ✚ Difundir en forma masiva el conocimiento del padecimiento, tratamiento, causas y secuelas del cáncer prostático en el paciente y su familia.
- ✚ Proporcionar sesiones informativas a los pacientes, y a los familiares con respecto a trámites administrativos, así como también información de la enfermedad.
- ✚ Disponer de tiempo necesario con el paciente y su familia.
- ✚ Sistematizar las experiencias del equipo de salud, para destacar las posibles deficiencias en beneficio de los pacientes y del mismo equipo de salud.
- ✚ Otorgar material de apoyo como: folletos, trípticos, carteles, murales, volantes, etc., en el cual se maneje información con relación a la enfermedad.^{Anexos}
- ✚ Ayudar a fortalecer las relaciones familiares en el caso de que se vea deteriorada al darse a conocer el diagnóstico de la enfermedad.
- ✚ Tener habilidad para obtener la confianza del paciente y su familia, ya que estaremos en enlace y apoyo entre ellos y la institución.
- ✚ Impulsar la participación del Lic. en Trabajo Social en la investigación, en otros aspectos del cáncer prostático, con relación: al paciente en fase terminal, la calidad de vida, desarrollo laboral y cotidiano, etc.

Por lo tanto el trabajador social para lograr una participación objetiva y positiva deberá apoyarse en la multidisciplinariedad, como son: a medicina (con respecto a términos médicos, los síntomas y tratamientos de los pacientes con cáncer prostático), psicología (referente a conceptos, emociones, conducta, reacciones). Es evidente que el trabajador social debe aportar y brindar alternativas para el beneficio y una solución satisfactoria del enfermo y sus familiares.

AMÉRICAS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.**



FECHA: _____

NO. DE EXPEDIENTE: _____

OBJETIVO: Conocer el impacto socioeconómico del paciente con diagnóstico de Cáncer de Próstata ante el tratamiento quirúrgico a seguir y su rehabilitación para determinar los factores sociales, económicos, culturales y epidemiológicos que influyen en la adherencia terapéutica.

1. - DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

1. Edad: _____ 2. Sexo: masculino 3. Edo. Civil: _____ 4. Escolaridad _____

5. Ocupación: _____

6. Tiempo de detección del padecimiento:

Menor a un año ()

Un año ()

Mayor de un año ()

1. ESTRUCTURA Y ECONOMIA FAMILIAR:

Nombre	Parentesco	Edad	Edo. Civil	Escolaridad	Ocupación	Ingreso Mensual	Egreso Mensual

Total _____

A. FAMILIA

A. 1. ¿Cómo era la relación con su pareja? Buena () Regular () Mala ()

A. 1. 1. ¿Cómo es la relación con su pareja actualmente? Buena () Regular () Mala ()

A. 2. ¿Cómo era la relación con sus hijos? Buena () Regular () Mala ()

A. 2. 1. ¿Cómo es la relación con sus hijos actualmente? Buena () Regular () Mala ()

A. 3. ¿Cómo era la relación con sus demás familiares? Buena () Regular () Mala ()

A. 3. 1. ¿Cómo es la relación con sus demás familiares actualmente? Buena () Regular () Mala ()

A. 4. ¿Se ha modificado la relación familiar desde que detectaron su padecimiento?
Positivamente () Negativamente () Permanece igual ()

A. 4. 1. ¿Han mejorado las relaciones familiares? Sí () No ()

A. 4. 2. ¿De que manera? _____

A. 5.- Su tipo de familia es: Nuclear () Extensa () Reconstruida () Uniparental ()

B. ASPECTOS ECONÓMICOS.

B. 1. ¿Cuenta usted con seguridad social? Si () No () ¿Cuál? _____

B. 2. ¿Su empleo es estable? Si () No ()

B. 3. ¿Es usted el único sostén de su familia? Si () No ()

B. 4. ¿Han tenido problemas económicos?
Pobreza Extrema () Economía Insuficiente () Recibe ayuda Económica () Solvente ()

B. 5. ¿Con que frecuencia viajaba con su familia?
Una vez al mes () Una vez cada 3 meses () Una vez al año () Nunca ()

B. 6. ¿Actualmente realizan esos viajes? Sí () No ()

B. 7. ¿Ha afectado esto en los estudio(s) de su(s) hijo(s)? Sí () No ()

B. 8. ¿Su(s) hijo(s) han tenido que dejar, su(s) estudio(s) para trabajar? Sí () No ()
Especificar _____

B. 9. ¿Usted antes solventaba sus gastos médicos? Sí () No ()

B. 10. ¿Cuáles de las dos opciones quirúrgicas fue la que le realizaron?
Prostatectomía Abierta () Resección Transuretral de Próstata ()

B. 11. ¿Han tenido que recurrir a alguna de las siguientes opciones para su cirugía?
Vender Bienes () Solicitar Préstamos () Ninguna () Otra ()

B. 12. ¿Recibe soporte económico de su familia para solventar los gastos de su tratamiento?
Si () No () ¿Quiénes? _____

B. 13. ¿Recibe apoyo de alguna institución para continuar su tratamiento?
Si () No () ¿Cuál? _____

B. 14. ¿Después de su cirugía se ha reincorporado a su vida laboral cotidiana?
Si () No () ¿Desde Cuándo? _____

C. ASPECTOS DE VIVIENDA.

C. 1. ¿Cuál es el tipo de tenencia de su vivienda?

Rentada () Propia () Prestada () Otra ()

C. 2. ¿Con qué servicios cuenta su vivienda?

Agua () Luz () Teléfono () Drenaje () Pavimentación () Alumbrado Público ()
Transporte Público ()

C. 3. ¿Zona de ubicación de la vivienda? Rural () Urbana () Suburbana ()

C. 4. ¿De qué materiales está construida su vivienda?

Adobe () Lámina de cartón () Teja () Madera () Cartón () Tabique () Loza () Otro ()

C. 5. ¿Han tenido que dejar la vivienda que ocupaba usted y su familia? Sí () No ()

C. 6. ¿Han tenido que irse a vivir con un familiar? Sí () No ()

Especificar _____

D. ASPECTOS DE ALIMENTACIÓN.

D.1.- ¿Qué alimentos incluye en su dieta diaria y con que frecuencia los consume?

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| I. Toda la semana () | 1. Pollo |
| II. Cuatro veces por semana () | 2. Carnes de res |
| III. Tres veces por semana () | 3. Carne de puerco |
| | 4. Pescado |
| | 5. Frutas |
| | 6. Verduras |
| | 7. Leguminosas |
| | 8. Huevo |
| | 9. Comida chatarra |

D.2.- ¿Se ha modificado su esquema alimenticio a partir del padecimiento?

Si () No () ¿Cómo? _____

E. ASPECTOS CLÍNICOS DEL PADECIMIENTO

E.1.- ¿Acudía a revisiones médicas frecuentes antes de conocer su diagnóstico?

Si () No () Mensual () Semestral () Anual ()

E.2.- ¿Existen antecedentes del padecimiento en su familia?

Si () No () Padre () Abuelo () Tío(s) () Hermano(s) ()

E. 3. - ¿Qué aspectos epidemiológicos lo llevaron atenderse médicamente antes de conocer su diagnóstico?

E. 4. - ¿Usted tenía conocimientos acerca de que es el Cáncer de Próstata?

Si () No ()

¿Qué sabía?

E. 5. ¿Para usted qué significa padecer Cáncer de Próstata?

PROGRAMA ESPECÍFICO

1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	PERIODICIDAD	VALOR DE REFERENCIA	EVALUACIÓN
<p>1. Fomentar en la población que acude al HGM, el desarrollo de conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades, individuales o colectivas y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.</p>	<p>1. 1. Programar las sesiones de educación para la salud de acuerdo los datos estadísticos de morbi – mortalidad del HGM y programas prioritarios establecidos en la Ley General de Salud.</p>	<p>1. 1. 1. Realizar 2 sesiones informativas semanales de los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Planificación Familiar. ❖ Detección oportuna de CaCu y Ca de mama. ❖ Auto cuidado del paciente con DM, HA, Insuficiencia renal, HIV. ❖ Tabaquismo. ❖ Crecimiento y desarrollo del niño. ❖ Orientación a familiares de pacientes terminales. 	<p>Mensual</p>	<p>80 – 100%</p>	<p>Nº De sesiones realizadas -----x 100 Nº De sesiones programadas.</p>

2. CAPACITACIÓN PARA EL DESEMPEÑO

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	PERIODICIDAD	VALOR DE REFERENCIA	EVALUACIÓN	
2. Elevar el nivel académico del T. S. para el mejoramiento de su desarrollo profesional, que redunde en beneficio de la población demandante.	2. 1. Elaboración del programa anual de capacitación del Departamento de Trabajo Social.	2. 1. 1. Elaborar el programa de capacitación para el personal del Departamento del T. S. y entrega a la Dirección de Enseñanza.	Anual	100%	Programa.	
		2. 1. 2. Programar 4 cursos de capacitación para el desempeño, dirigidos al personal del Departamento de Trabajo Social.	Anual	100%	Nº de cursos realizados ----- x 100 Nº de cursos programados	
		2. 2. Ser centro docente para la información y capacitación de Trabajadores Sociales en el área de la Salud.	Anual	100%	Nº de cursos realizados ----- x 100 Nº de cursos programados	
	2. 2. 1. Programar 6 eventos académicos de educación continua.	2. 2. 1. Programar 6 eventos académicos de educación continua.	2. 2. 1. Programar 6 eventos académicos de educación continua.	Anual	100%	Total de solicitudes atendidas ----- x 100 Nº de solicitudes recibidas
			2. 2. 2. Atender las solicitudes de Instituciones que imparten la profesión de Trabajo Social, con relación a la asistencia de prestadores de servicio social o prácticas profesionales.	Anual	100%	
				Anual	100%	

3. EFECTIVIDAD DE LA CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	PERIODICIDAD	VALOR DE REFERENCIA	EVALUACIÓN
3. Mejorar la efectividad de la clasificación socioeconómica. Indicador del Programa de Transparencia y Combate a la Corrupción.	3. 1. Mejorar la presentación y llenado de la ficha socioeconómica inicial.	3. 1. 1. Supervisión del correcto llenado de 100 Fichas socioeconómicas de pacientes hospitalizados apegadas al instructivo.	Mensual	95 – 100%	Nº de expedientes revisados con clasificación socioeconómicas correcta ----- x 100 Nº total de expedientes revisados
	3. 2. Evaluar socioeconómicamente a los pacientes que ingresan a los servicios de hospitalización.	3. 2. 1. Realizar ficha socioeconómica a los pacientes que ingresan a hospitalización.	Mensual	100%	Nº de fichas socioeconómicas elaboradas ----- x 100 Nº total de ingresos

4. EFECTIVIDAD DE LA CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	PERIODICIDAD	VALOR DE REFERENCIA	EVALUACIÓN
<p>4. Mejorar la efectividad de la clasificación socioeconómica.</p> <p>Indicador del Programa de Transparencia y Combate a la Corrupción.</p>	<p>4. 1. Evaluar socioeconómicamente a pacientes de la consulta externa que soliciten clasificación socioeconómica.</p>	<p>4. 1 .1. Atender a los usuarios de primera vez de la consulta externa que soliciten clasificación socioeconómica.</p>	Mensual	3 – 6%	<p>Nº de fichas socioeconómicas elaboradas a pacientes de 1º vez en C. Ext.</p> <p>----- x 100</p> <p>Nº total de consulta externa de primera vez.</p>
	<p>4. 2. Evaluar las solicitudes de pacientes clasificados que solicitan reclasificación del nivel socioeconómico.</p>	<p>4. 2. 1. Atender la solicitud de usuarios con carnet clasificado y revisar el nivel asignado.</p>	Mensual	1 – 3%	<p>Total de revisiones de clasificaciones</p> <p>----- x 100</p> <p>Total de pacientes que se clasificaron de primera vez.</p>

5. INTEGRACIÓN GRUPAL

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	PERIODICIDAD	VALOR DE REFERENCIA	EVALUACIÓN
5. Fortalecer la integración grupal del personal.	5. 1. Exhortar la participación y asistencia del personal en las reuniones programadas por el departamento.	5. 1. 1. Realizar reuniones de trabajo con las supervisoras.	Mensual	80 – 100%	Nº de reuniones realizadas ----- x 100
		5. 1. 2. Realizar 4 reuniones académicas para retroalimentación.	Anual	100%	Nº de reuniones programadas Nº de reuniones realizadas ----- x 100
		5. 1. 3. Información formal por escrito de las reuniones.	Minuta por reunión	100%	Nº de reuniones programadas Nº de minutas elaboradas ----- x 100
		5. 1. 4. Realizar 2 reuniones sociales con el grupo de Trabajo Social.	Anual	100%	Nº de reuniones realizadas Nº de reuniones realizadas ----- x 100 Nº de reuniones programadas

7. SUPERVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	PERIODICIDAD	VALOR DE REFERENCIA	EVALUACIÓN
7. Vigilar el apego y compromiso a los lineamientos	7. 1. Aplicar correctamente los procedimientos contenidos en los lineamientos.	7. 1. 1. Conocer y revisar los manuales con Trabajo Social en las reuniones de supervisión.	Mensual	100%	N° de revisiones del Manual de Procedimientos ----- x 100 N° de reuniones de supervisión programadas
		7. 1. 2. Identificar al personal que incide en el incumplimiento de lineamientos para la corrección correspondiente.	Mensual	100%	N° de correcciones realizadas ----- x 100 N° de T. S. detectadas con errores en la aplicación de procedimientos.

8. PROMOCIÓN PARA LA ASISTENCIA A CURSOS

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	PERIODICIDAD	VALOR DE REFERENCIA	EVALUACIÓN
<p>8. Propiciar la participación del Trabajador Social en la capacitación.</p>	<p>8. 1. Promover los cursos para el desarrollo del Trabajador Social.</p>	<p>8. 1. 1. Difundir oportunamente la programación de los cursos.</p> <p>8. 1. 2. Facilitar el tiempo necesario para la asistencia a cursos.</p>	<p>Anual</p> <p>Mensual</p>	<p>100%</p> <p>80 – 100%</p>	<p>Anual</p> <p>Nº de solicitudes para asistencia a cursos otorgadas.</p> <p>----- x 100</p> <p>Nº total de solicitudes recibidas.</p>

9. SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA ATENCIÓN PROPORCIONADA POR EL TRABAJADOR SOCIAL

OBJETIVO	ESTRATEGIAS	LÍNEAS DE ACCIÓN	PERIODICIDAD	VALOR DE REFERENCIA	EVALUACIÓN
9. Incrementar la calidad de la atención al usuario.	9. 1. Lograr la satisfacción del usuario.	9. 1. 1. Promover que los pacientes dejen notas de agradecimiento por escrito.	Mensual		Nº de notas buenas logradas.
		9. 1. 2. Disminución de quejas.	Mensual		Nº de quejas atendidas. ----- x 100 Nº total de quejas recibidas.
		9. 1. 3. Aplicación de cédulas de satisfacción a través de la Dirección de Planeación.	Semestral	90 – 95%	Nº de usuarios que opinaron estar muy satisfechos y satisfechos con la atención proporcionada por la Trabajadora Social ----- x 100 Nº total de usuarios encuestados.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO?

Los factores de riesgo aumentan las posibilidades de un hombre de desarrollar cáncer de próstata.

Estos factores pueden tomarse en cuenta cuando el médico recomienda los exámenes de detección. La edad es el factor de riesgo más importante, puesto que más del 96% de los casos de cáncer de próstata ocurren en hombres de más de 35 años.

Otros factores de riesgo del cáncer son la historia familiar y la raza. Los hombres cuyo padre o hermano presentaron cáncer de próstata, ellos mismos tienen una mayor posibilidad de desarrollar esta enfermedad.

¿PARA QUIÉN SE PUEDE RECOMENDAR UN ANÁLISIS DE DETECCIÓN DEL APE Y CON QUE FRECUENCIA SE HACE EL ESTUDIO?

La mayoría de los médicos recomiendan realizarse el examen anual de detección, para hombres de 35 años en adelante.

Debido a que el número de casos de cáncer de próstata ha aumentado en los últimos años a nivel mundial, es importante la utilización del APE, ya que ha contribuido a que la mortalidad por dicho cáncer haya disminuido notoriamente, gracias a la detección temprana que se logra con este marcador.

Los hombres ante la posibilidad de enfermarse, también tienen derecho a cuidar su salud sexual y reproductiva así como reconocer la necesidad que tienen de ayuda y apoyo.

Trabajo Social de Urología en la Unidad 105-A. Conmutador: 2789-2000 Ext.1028 con la Lic. T. S. María Argelia Vicencio Patiño.

ELABORÓ:

Lic. T. S. Margarita Valencia Martínez.



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

¿QUÉ ES EL CÁNCER DE PRÓSTATA?

El cáncer de próstata es una enfermedad en la cual se forman células malignas (cancerosas), en los tejidos de la próstata.

La próstata es una glándula sexual que pertenece al sistema reproductor masculino localizada justo por debajo de la vejiga (órgano que recoge y evacua la orina), y por delante del recto (la parte más inferior del intestino). Su tamaño es como el de una nuez y rodea una parte de la uretra (el tubo que conduce la orina al exterior desde la vejiga). Esta glándula produce nutrientes y líquido a los espermatozoides. Durante la eyaculación, la próstata secreta líquido que forma parte del semen.

¿QUIÉNES LO PADECEN?

El cáncer de próstata se encuentra principalmente en varones de la tercera edad.

A medida que los hombres envejecen. La próstata puede agrandarse y bloquear la uretra o la vejiga. Esto puede ocasionar dificultad para orinar o interferir con la función sexual. El problema se conoce con el nombre de hiperplasia prostática benigna y, se necesita cirugía para darle una mejor calidad de vida al paciente.

Los síntomas de la hiperplasia prostática benigna o de otros problemas que afectan la glándula pueden ser ocasionados por el cáncer de próstata o por otras afecciones.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

Hay que consultar al médico en caso de que se presente cualquiera de los siguientes problemas:

- Disminución del calibre o interrupción del chorro urinario.
- Aumento de la frecuencia de la micción (especialmente por la noche).
- Dificultad para orinar.
- Dolor o ardor durante la micción.
- Presencia de sangre en la orina o en el semen.
- Dolor molesto en la espalda, las caderas o la pelvis.
- Dolor con la eyaculación.
- Disfunción eréctil.

¿QUÉ ES EL ANÁLISIS DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (APE)?

El antígeno prostático específico (APE) es una proteína producida por la células de la glándula de la próstata. El análisis del antígeno prostático específico mide el nivel del APE en la sangre. Cuando la glándula de la próstata se agranda, los niveles de APE en la sangre tienden a elevarse. Los niveles del APE pueden elevarse debido al cáncer o a condiciones benignas (no cancerosas).

¿CÓMO SE REALIZA ESTE ESTUDIO?

Se extrae una muestra de sangre y se mide la cantidad del APE en el laboratorio.

¿CÓMO DEBE PRESENTARSE AL ESTUDIO?

1. En ayuno
2. Abstenerse mínimo 3 días de relaciones sexuales.
3. Abstenerse de una exploración manual de próstata.

GLOSARIO

A

Actividad.- Conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma de operación y consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas.

Adenectomía.- Extirpación quirúrgica de un ganglio linfático o de una glándula.

Adenocarcinoma.- Neoplasia perteneciente a un gran grupo de tumores epiteliales malignos que tienen su localización en glándulas. Los tumores específicos se diagnostican y denominan mediante la identificación citológica del tejido afectado y así el Adenocarcinoma del cuello uterino se caracteriza por la presencia de células tumorales que recuerdan el epitelio glandular del cuello

Antígeno Carcinoembrionario.- Antígeno presente en cantidades muy pequeñas en el tejido adulto. Las cifras superiores a lo normal sugieren la posible existencia de cáncer y los análisis encaminados a detectar su presencia resulten útiles en las pruebas de exploración selectiva, en la evolución de las recidivas o diseminaciones y en la comprobación del éxito en la extirpación quirúrgica de los tumores malignos.

Antígeno.- Sustancia, generalmente proteica que da lugar a la formación de un anticuerpo con el que reacciona específicamente.

Anuria.- La anuria puede estar producida por insuficiencia o disfunción renal, por disminución de la presión arterial o por debajo de la necesaria para mantener la presión de filtración glomerular renal o por obstrucción de las vías urinarias.

Asistencia Social.- Conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas es estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental.

Autopsia.- Examen postmortem realizado para confirmar o determinar la causa de la muerte. Denominado también **necropsia** o **tanatopsia**.

Azotemia (azoemia).- Retención en la sangre de cantidades excesivas de compuestos nitrogenados. Este estado tóxico está provocado por el fracaso renal que impide la extracción de urea de la sangre.

B

Biopsia (1).- Extirpación de un pequeño fragmento de tejido vivo de un órgano u otra parte del cuerpo para su examen microscópico a fin de afirmar o establecer un diagnóstico, estimar un pronóstico o seguir la evolución de una enfermedad.

(2).- Tejido extirpado para su examen, son tipos de biopsias: la **biopsia por aspiración, biopsia por punción, biopsia superficial.**

C

Cáncer en estadios.- Sistema para describir la extensión de un tumor maligno o sus metástasis que se utiliza para planear el tratamiento adecuado y predecir el pronóstico.

Carcinoma.- Neoplasia epitelial maligna que tiene a invadir los tejidos circundantes y a metastatizar en regiones distantes del organismo. Se desarrolla con más frecuencia en la piel, intestino grueso, pulmones, estómago, próstata, cuello uterino y mama. Típicamente tiene una consistencia dura de contornos irregulares y nodulares y con un borde bien definido en algunas localizaciones; en consecuencia casi nunca puede disecarse claramente y extirparse sin eliminar a la vez parte del tejido circundante normal.

Cardiovascular.- Relativo al corazón y los vasos sanguíneos.

Catéter.- Tubo flexible hueco que puede introducirse en un vaso o en una cavidad del organismo para extraer o introducir líquidos. Existe algunos tipos de catéter como son: **Catéter con punta de bellota, catéter de Foley, Catéter doble J, Catéter de cola de cochino. Catéter intrauterinario.**

Cistoscopia.- Visualización directa de la vía urinaria mediante un cistoscopio insertado en la uretra.

Creatinina.- Sustancia resultante del metabolismo de la creatina. Se encuentra en la sangre, la orina y los tejidos musculares.

D

Disfunción eréctil.- Es la incapacidad para lograr o mantener una erección adecuada y llevar a cabo un coito satisfactorio.

E

Electrolito (plasmáticos).- Los electrolitos difieren en cuanto a sus concentraciones en el plasma sanguíneo, líquido intersticial y celular, y modifican el movimiento de sustancias entre esos compartimentos.

Endocrino.- Sus secreciones afectan al metabolismo y crecimiento del organismo y ala secreción de diversos órganos.

Epidemiología.- Estudio de la incidencia, distribución y etiología de las enfermedades en el hombre.

Extirpar.- Eliminar completamente un órgano como las amígdalas palatinas.

F

Fármaco.- Cualquier sustancia que se administra por vía oral, se inyecta en un músculo, en la piel, en un vaso sanguíneo o en una cavidad corporal o se aplica tópicamente para tratar o evitar una enfermedad.

H

Hipertrofia.- Aumento del tamaño de una célula o grupos de células que da lugar a un incremento del tamaño del órgano del que forma parte.

Hormona.- Sufijo que significa sustancia química con efecto regulador al que se puede añadir una partícula que indique el lugar de procedencia o la actividad que regula : fitohormona, zohormona , neurohormona.

K

Kardex.- Marca registrada de un sistema de fichas archivables que permiten una rápida referencia de las necesidades particulares de cada paciente en lo que respecta a cuidados específicos de enfermería.

L

Linfático, Ganglio.- Cualquiera de las numerosas estructuradas ovaes de pequeño tamaño que filtran la linfa y contribuyen a la defensa contra las infecciones y en las cuales se forman linfocitos, monocitos y células plasmáticas.

Linfático.- Relativo al sistema linfático del organismo, constituido por una gran red de conductos que transporten linfa. Se aplica a cualquier de los vasos pertenecientes a la red linfática.

Litiasis.- La presencia de cálculos en el aparato urinario.

M

Metabólico.- Relacionado con el metabolismo.

N

Neuromuscular.- Relativo a nervios y músculos.

O

Oncología.- Rama de la medicina que trata del estudio de los tumores.

Oncólogo.- Médico especializado en el estudio y tratamiento de las enfermedades neoplásicas, en especial el cáncer.

P

Pielografía.-Técnica radiológica para el examen de las estructuras colectoras del riñón, especialmente utilizada para la localización.

Prostático.- Perteneciente o relativo a la próstata.

Prostatitis.- Inflamación, aguda o crónica, de la próstata, generalmente de origen infeccioso.

R

Radiación.- Empleo de sustancias radiactivas para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades.

S

Sarcoma.- Neoplasia maligna poco frecuente del tejido blando.

T

Tomografía.-Técnica radiológica consistente en la obtención de una imagen que representa en detalle la sección de una estructura u órgano a un determinado nivel.

U

Urea.- Diamida del ácido carbónico. Es uno de los productos terminales del catabolismo de las proteínas, que se elimina en la orina.

Uretra.- Estructura tubular que drena la orina de la vejiga. En la mujer mide unos 3cm de largo y termina directamente en la sínfisis púbica, por encima de la vagina. En el hombre mide unos 20cm, comienza en la vejiga, perfora la próstata, a traviesa don bandas de tejido conjuntivo que unen los huesos de pubis y termina en el meato del pené.

Urodinamia.- Área encargada de estudiar y atender pacientes con trastornos de vaciamiento vesical.

Urología.- Especialidad encargada del estudio del aparato genitourinario.

Urooncología.- Subespecialidad encargada del estudio y manejo del cáncer genitourinario.

V

Vejiga.- Saco membranoso que sirve como receptáculo para cualquier secreción

BIBLIOGRAFÍA

Amigo Vázquez, Isaac, Fernández Rodríguez, Concepción, Pérez Álvarez, Marino, “Tratamientos Psicológicos Específicos”, Manual De Psicología de la Salud, Ed. Pirámide (Grupo Anaya S. A.), Madrid 2003.

Aresca, Laura, Birgn, Dora, Blum, Susana, “Psicooncología” (Diferentes Miradas), Ed. Ligar, 1ª Edición, Buenos Aires 2004.

C. Castellanos, María, “Manual de Trabajo Social”, Ed. La Prensa Médica Mexicana 6ª. Reimpresión 1978.

Campbell, Patrick C. Walsh, “Urología”, Ed. Médica Panamericana, México, Buenos Aires 6ª edición, 2002.

Cortinas, Cristina, “Cáncer, Herencia y Ambiente”, Ed. Fondo de Cultura Económica S. A. de C. V. 1ª Edición, 1991.

Díaz de Kuri M. y Viesca Treviño C., “Historia de Hospital General de México”, Patronato del HGM., México 1993.

Dr. Garduño, Leopoldo, “Hospital General de México. O. D. Plan de Trabajo Servicio de Urología 2005-2010”.

Dr. González Ávila, Gabriel, Dra. Bello Villalobos, Herlinda, Dr. Jiménez Pardo, Ernesto, “Trastornos Médicos Frecuentes en Oncología”, Ed. MacGraw-Hill Interamericana, 1ª Edición 2001.

Dr. López Engelking, Raúl, “Urología Clínica y Nosología”, Ed. Francisco Méndez Oteo, México D.F. 1984, 1ª Edición.

Dr. Sánchez Rosado, Manuel, “Elementos de Salud Pública”, Ed. Francisco Méndez Cervantes 2ª edición 1991.

Dr. Zapote Martínez, Francisco, “Trastornos Médicos”, Ed. Free, México 1994.

Esteva Fabregat, Claudio, “Cultura, Sociedad y Personalidad”, Ed. Anthropos, 2ª edición 1993.

Félix Burgos, Gabriel, Sevilla Romero, Lilia, “Ecología y Salud I y II”, Ed. McGraw-Hill, 2002.

González Barón, M., García de Paredes, M. L., Feliu, J., Zamora, P., “Oncología Clínica Patología Especial”, Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1ª edición 1992.

H. Doorenhos. “Tratamiento No Quirúrgico de Las Enfermedades Malignas”, Ed. El Manual Moderno, 1982.

Hernández de Victorioso, Lidia C.,”Trabajo Médico Social”, Ed. Humanitas Buenos Aires, 1976.

Hospital General De México O. D., “Manual De Procedimientos Del Servicio De Urología”, Febrero 2004.

Jiménez Cruz, J. F, y Riojas Sanz, L. A. “Tratado de Urología” tomo II, Ed. J.R. Prous Editores, 1993.

Kisnerman, Natalio, “Salud Pública y Trabajo Social”, Ed. Humanitas Buenos Aires, 1981.

Mann, León, “Elementos de Psicología Social”, Ed. Limusa, México, 1980.

Méndez Oteo, Francisco y Nuestro Autores “Historiografía de La Medicina Mexicana Del Siglo XX”, Ed. Méndez Editores, 2ª edición 2003.

Mustard S., Harry, Stebbins L., Ernest, “Introducción a la Salud Pública”, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 4ª reimpresión 1982.

Organización Mundial de la Salud Serie de Informes Técnicos, “Profilaxis Del Cáncer” Ed. Organización Mundial De Salud, Ginebra 1964.

Pérez Tamayo, Ruy, “El Cáncer en México”, Ed. El Colegio Nacional, México 2003.

Programa De Trabajo, “Departamento de Trabajo Social 2006 - 2009”, Abril 2006.

Rancel G., C Rosalía Dra. Soto C. Cruz, Isabel, “IV Reunión Investigación De Cáncer En México” (Memoria y Comentarios), Ed. UNAM FES ZARAGOZA, Méx. 1997.

Woolrich Domínguez, Jaime “Urología e Introducción a la Sexología”, Ed. Francisco Méndez Cervantes, México 20, D.F., 1984.

HEMEROGRAFÍA

D. Flynn, “La utilidad del programa de educación multimedia para pacientes con cáncer de próstata: una evaluación formativa”, Revista Mundo Médico, Vol. XXXII Núm. 367, Noviembre 2004.

Del Villar, Luis y Acevedo Eugenia, “El Centenario del Hospital General de México” Rev. Médicos de México. Año 3 No.25, Julio 2004.

Terán Trillo, Margarita, “Perfil Profesional del Trabajador Social en el Área de Salud”, Revista de Trabajo social, No. 37, México 1989.

PÁGINA WEB

<http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>

<http://www.tuotromedico.com/temas>