

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

**Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana**



**DETECCIÓN DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y CIFRAS
SOCIODEMOGRAFICAS PRESENTES EN HOGARES CON DISFUNCIÓN
FAMILIAR DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA AMBULATORIA
EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENCHE
AREQUIPA, 2017**

Tesis presentada por el bachiller:

ROBERTO EDUARDO SALAZAR CORI

Para optar por el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor: Roberto Arnaldo Salazar Huajardo

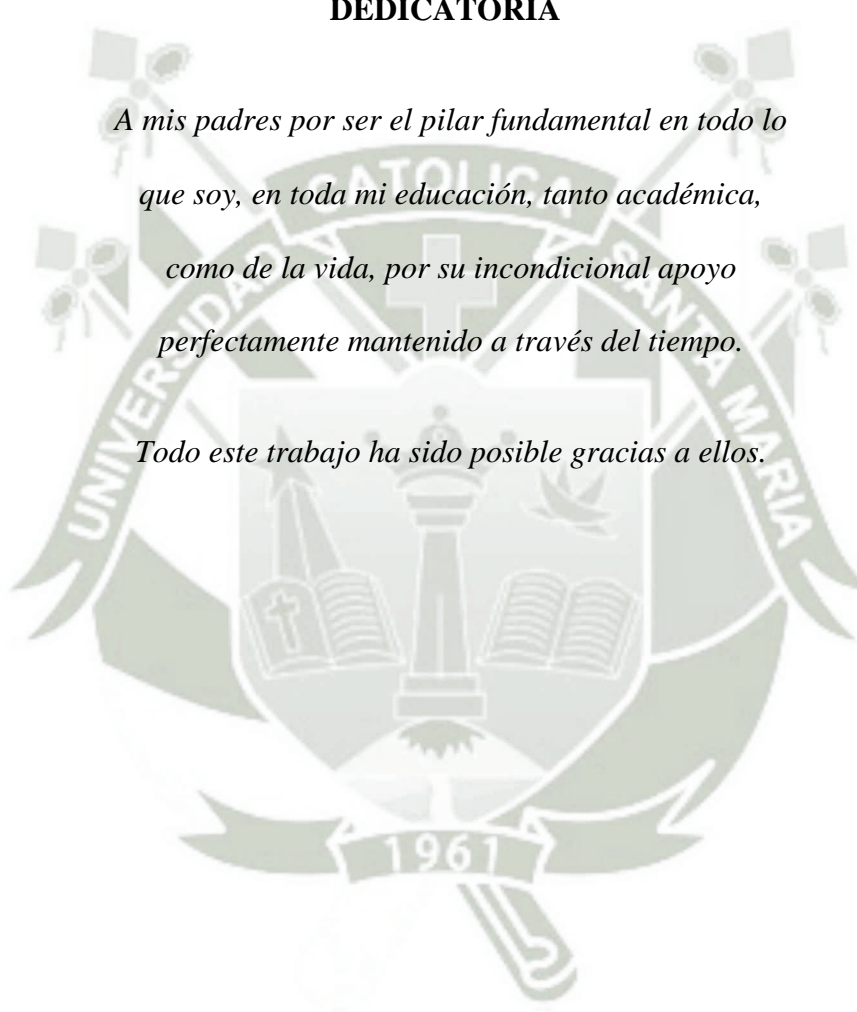
Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIA

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
CAPÍTULO II RESULTADOS	9
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	42
Anexo 1 Proyecto de investigación.....	43
Anexo 2 Cuestionario APGAR Familiar	80
Anexo 3 Cuestionario de Salud General de Godberg-GHQ28	81
Anexo 4 Matriz de Datos	83

RESUMEN

Objetivo:

Determinar los problemas psicosociales presentes en hogares con disfunción familiar de pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017

Resultados:

La disfunción familiar se presentó predominantemente entre 18 a 47 años con predominando la disfunción leve; en grado de instrucción en secundaria con predominio de disfunción leve y moderada, en sexo fue femenino con similar presentación en la disfunción leve, moderada y severa, en parentesco en esposa y esposo con similar presentación en la disfunción leve, moderada y severa, en tipo de enfermedad en Cáncer de próstata, ovario, útero y mama con similar presentación en la disfunción leve, moderada y severa, en tiempo de enfermedad de 1 a 4 años con similar presentación en la disfunción leve, moderada y severa, en tipo de tratamiento quimioterapia predominio leve.

Los problemas psicosociales por edad se presentaron predominantemente entre 18 a 47 años, la disfunción familiar tanto leve, moderada y severa se presentó en similar incidencia en grado de instrucción primaria, sexo femenino, parentesco esposa y esposo, tipo de enfermedad Cáncer de próstata, ovario, útero y mama y tiempo de enfermedad de 1 a 4 años para, pero para tipo de tratamiento quimioterapia predominio la disfunción leve.

Palabras Clave: Disfunción Familiar, Problemas Psicosociales

ABSTRACT

Objective:

To determine the psychosocial problems present in households with family dysfunction of patients attending the outpatient clinic in the oncology department of the Hospital Goyeneche Arequipa, 2017

Search Results:

Familial dysfunction was present predominantly between 18 and 47 years, with mild dysfunction predominating; In High School education with predominance of mild and moderate dysfunction, in female sex with similar presentation in mild, moderate and severe dysfunction, in relation to family it presented predominantly in wife and husband with similar presentation in mild, moderate and severe dysfunction, in type of disease: prostate, ovary, uterus and breast cancer with similar presentation in mild, moderate and severe dysfunction, in a disease period of 1 to 4 years with similar presentation in mild, moderate and severe dysfunction in type of chemotherapy treatment Mild predominance.

Age-related psychosocial problems predominantly ranged in age from 18 to 47 years; mild, moderate, and severe family dysfunction occurred in a similar incidence in primary education, female sex, wife and husband relationship, type of disease, prostate cancer, ovary, Uterus and breast and disease time from 1 to 4 years for, but for mild chemo type of treatment mild dysfunction.

Keywords: Family Dysfunction, Psychosocial Problems

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios han comprobado la problemática psicológica de los pacientes con cáncer, se han observado diversos trastornos psicopatológicos, altos niveles de sufrimiento, malestar somático, y deterioro psicosocial en pacientes con diversos tipos de cáncer, así como la persistencia de diversos síntomas psicológicos en el tiempo así como su mayor prevalencia dentro de los pacientes que reciben tratamiento oncológico.

Por otra parte, la importancia de una adecuada detección y tratamiento de los problemas psicológicos viene justificada por diversas razones: los pacientes oncológicos con mayores niveles de malestar psicológico requieren más servicios médicos, tienen más dificultades a la hora de tomar decisiones, son menos adherentes a sus tratamientos, y están menos satisfechos con la labor médica, asimismo, presentan peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida deficitaria e incluso una menor longevidad.

Ante esta problemática el grupo de pacientes de cáncer derivados a la atención psicológica debe caracterizarse por presentar un nivel avanzado de enfermedad, con disminución de tratamientos activos. Esta transición del tratamiento activo al paliativo es la situación de comunicación que el oncólogo y el personal médico consideran que es la más difícil que pueden abordar, ello explica la derivación al estudio de la salud mental en estos pacientes.



CAPITULO I

MATERIALES Y METODOS

Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta, mediante la recopilación y recolección de la información, observación directa del instrumento.

Instrumentos: Apgar Familiar y Golberg 28-U

1. Campo de verificación

Ubicación espacial: En los pacientes que acuden a los consultorios externos de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa

Ubicación temporal: El presente trabajo se llevara a cabo durante el mes enero febrero y marzo del 2017.

Unidades de estudio: Pacientes que acuden a los consultorios externos de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

2. Tipo de investigación: Investigación de campo en pacientes que acuden a los consultorios externos de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

3. Estrategia de Recolección de Datos

Organización: Se emitió un documento en el cual se solicite la aplicación para la aplicación del presente trabajo en servicios de Oncología, Traumatología y Ginecología del Hospital Goyeneche III.

Criterios o estrategias para el manejo de los resultados: A nivel de la recolección Para la recolección de datos se siguió el siguiente procedimiento:

- Se solicitó la aprobación para desarrollar la tesis a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- Se consideró a familiares de pacientes con patología oncológica que acuden a consulta ambulatoria.
- Se realizó la técnica de recolección de datos tipo Entrevista.

A nivel de la sistematización:

- Se pidió el consentimiento informado de cada uno de los familiares de pacientes con patología oncológica que se encuentren en consulta ambulatoria.
- Se procedió a una entrevista con un promedio de 15 a 20 minutos por entrevistado.
- Se procedió a la explicación del tema.
- Luego de la recolección se procedió a la clasificación de los instrumentos.

A nivel de estudio de datos: Una vez aplicada la técnica y procedimiento, se procedió a la tabulación y procesamiento estadístico por SPSS 19.0 posteriormente los resultados son presentados en cuadros descritos e interpretados.



TABLA N° 1A

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN DISFUNCION FAMILIAR

VARIABLES	N°	%	F.F. NORMAL	D. LEVE	D. MODERADA	D. SEVERA
EDAD						
18-27	25	18,66	10	8	5	2
28-37	35	26,12	16	12	6	1
38-47	40	29,85	24	11	4	1
48-57	20	14,93	8	5	5	2
58 a +	14	10,45	7	4	2	1
TOTAL	134	100,00	65	40	22	7
%			48,51	29,85	16,42	5,22
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	33	24,63	21	6	4	2
Secundaria	80	59,70	60	9	8	3
Superior	21	15,67	12	5	3	1
TOTAL	134	100,00	93	20	15	6
%			69,40	14,93	11,19	4,48
SEXO						
Masculino	60	44,78	21	15	13	11
Femenino	74	55,22	37	15	12	10
TOTAL	134	100,00	58,00	30,00	25,00	21,00
%			43,28	22,39	18,66	15,67

Tabla 1A: En la tabla N° 1a se aprecia que la mayor incidencia de depresión se encuentra entre los años 28 a 47, el grado de instrucción mas asociado a depresión es de Secundaria y no se encuentra mayor diferencia entre sexo masculino y femenino.

TABLA N° 1B

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN DISFUNCION FAMILIAR

VARIABLES	N°	%	F.F. NORMAL	D. LEVE	D. MODERADA	D. SEVERA
PARENTESCO						
Esposa	55	41,04	18	14	12	11
Esposo	42	31,34	15	10	9	8
Hijo (a)	22	16,42	9	6	4	3
Familiar	15	11,19	9	2	2	2
TOTAL	134	100,00	51,00	32,00	27,00	24,00
%			38,06	23,88	20,15	17,91
TIPO DE ENFERMEDAD						
Próstata	36	26,87	22	9	3	2
Ovario	18	13,43	12	4	1	1
Útero	22	16,42	14	5	2	1
Mamá	31	23,13	13	9	6	3
Piel	10	7,46	5	2	2	1
Colon	15	11,19	8	4	2	1
Otros	2	1,49	1	1	0	0
TOTAL	134	100,00	75,00	34,00	16,00	9,00
%			55,97	25,37	11,94	6,72
TIEMPO DE ENFERMEDAD						
1 a 2 años	70	52,24	40	17	10	3
3 a 4 años	55	41,04	32	13	8	2
5 a + años	9	6,72	5	2	1	1
TOTAL	134	100,00	77,00	32,00	19,00	6,00
%			57,46	23,88	14,18	4,48

Tabla 1B: En la tabla 1B se aprecia que los familiares mayormente asociados a depresión son los conyugues, el cáncer mayormente asociado a depresión es el cáncer de Mama seguido por le cáncer de próstata y el tiempo de enfermedad más asociada a depresión es de 1 a 4 años.

TABLA N° 1C

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN DISFUNCION FAMILIAR

VARIABLES	N°	%	F.F. NORMAL	D. LEVE	D. MODERADA	D. SEVERA
TIPO DE TRATAMIENTO						
Quimioterapia	70	52,24	44	18	5	3
Radioterapia	40	29,85	21	10	7	2
Quirúrgico	24	17,91	16	5	2	1
TOTAL	134	100,00	81,00	33,00	14,00	6,00
%			60,45	24,63	10,45	4,48

Tabla 1C: En la tabla 1C se aprecia que la Depresión fue más frecuente en familias con pacientes sometidos a Quimioterapia.

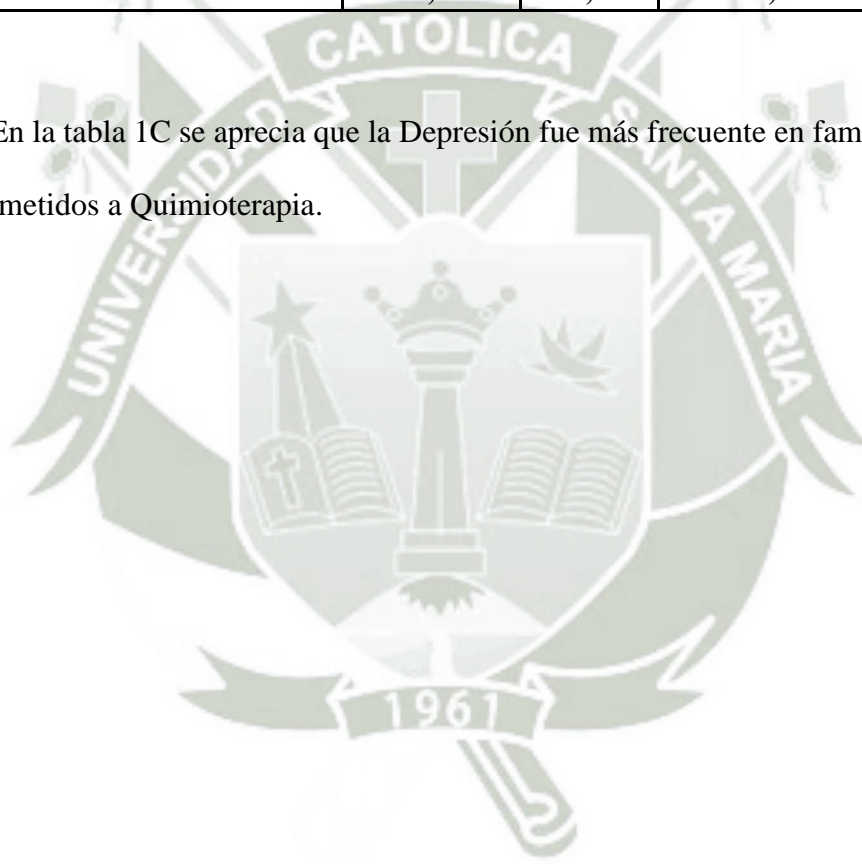


TABLA N° 2A

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN PROBLEMAS PSICOSOCIALES

VARIABLES	N°	%	A. Sint. Somáticos	B. Ans. Insomnio	C. Dis. Social	D. Depresión	Normal
EDAD							
18-27	25	18,66	3	4	3	4	11
28-37	35	26,12	2	2	5	4	22
38-47	40	29,85	3	4	3	5	25
48-57	20	14,93	1	3	4	3	9
58 a +	14	10,45	1	2	2	2	7
TOTAL	134	100,00	10	15	17	18	74
%			7,46	11,19	12,69	13,43	55,22
GRADO DE INSTRUCCIÓN							
Primaria	33	24,63	2	2	4	7	18
Secundaria	80	59,70	1	1	1	5	72
Superior	21	15,67	1	1	2	4	13
TOTAL	134	100,00	4	4	7	16	103
%			2,99	2,99	5,22	11,94	76,87
SEXO							
Masculino	60	44,78	1	2	3	5	48
Femenino	74	55,22	1	3	5	9	56
TOTAL	134	100,00	2	5	8	14	104
%			1,49	3,73	5,97	10,45	77,61

Tabla 2A: En la tabla 2a Observamos que las edades de 18 a 47 años son la que presentan mayor cantidad de problemas psicosociales, que el grado de instrucción primaria es el que presenta mayor cantidad de problemas psicosociales y que tanto el sexo masculino como el femenino presentan similar cantidad de problemas psicosociales.

TABLA N° 2B

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN PROBLEMAS PSICOSOCIALES

VARIABLES	N°	%	A. Sint. Somáticos	B. Ans. Insomnio	C. Dis. Social	D. Depresión	Normal
PARENTESCO							
Esposa	55	41,04	2	3	5	7	38
Esposo	42	31,34	1	3	4	6	28
Hijo (a)	22	16,42	1	1	1	2	17
Familiar	15	11,19	1	1	1	4	8
TOTAL	134	100,00	5	8	11	19	91
%			3,73	5,97	8,21	14,18	67,91
TIPO DE ENFERMEDAD							
Próstata	36	26,87	2	3	4	7	20
Ovario	18	13,43	1	2	3	5	7
Útero	22	16,42	1	2	3	7	9
Mama	31	23,13	2	1	3	7	18
Piel	10	7,46	1	1	2	2	4
Colon	15	11,19	1	2	2	4	6
Otros	2	1,49	0	0	0	1	1
TOTAL	134	100,00	8	11	17	33	65
%			5,97	8,21	12,69	24,63	48,51
TIEMPO DE ENFERMEDAD							
1 a 2 años	70	52,24	2	2	5	8	53
3 a 4 años	55	41,04	1	1	4	7	42
5 a + años	9	6,72	1	1	1	2	4
TOTAL	134	100,00	4	4	10	17	99
%			2,99	2,99	7,46	12,69	73,88

Tabla 2B: En la tabla N° 2B Observamos que los familiares que presentan mayor incidencia de problemas psicosociales son los conyugues, que el cáncer de próstata es la patología mas asociada a problemas psicosociales y el tiempo de enfermedad más asociado a problemas psicosociales es de 1 a 1 años.

TABLA N° 2C

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS SEGÚN PROBLEMAS PSICOSOCIALES

VARIABLES	N°	%	A. Sint. Somáticos	B. Ans. Insomnio	C. Dis. Social	D. Depresión	Normal
TIPO DE TRATAMIENTO							
Quimioterapia	70	52,24	1	1	2	8	58
Radioterapia	40	29,85	1	2	2	10	25
Quirúrgico	24	17,91	1	1	2	7	13
TOTAL	134	100,00	3	4	6	25	96
%			2,24	2,99	4,48	18,66	71,64

Tabla 2C: Observamos que la radioterapia es el tratamiento más asociado a problemas psicosociales.



TABLA N° 3A

**DEPRESION EN RELACION CON DISFUNCIÓN FAMILIAR SEGÚN VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICA**

DISFUNCION FAMILIAR	Depresión				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,12 - 14,32		
EDAD					
F.F. NORMAL	6	4,48	0,45	0,2	95%
D. LEVE	5	3,73	0,92	0,2	95%
D. MODERADA	4	2,99	0,34	0,2	95%
D. SEVERA	3	2,24	0,25	0,2	95%
GRADO DE INSTRUCCIÓN					
F.F. NORMAL	8	5,97	0,65	0,2	95%
D. LEVE	4	2,99	1,02	0,2	95%
D. MODERADA	3	2,24	0,55	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,30	0,2	95%
SEXO					
F.F. NORMAL	7	5,22	0,75	0,2	95%
D. LEVE	4	2,99	1,05	0,2	95%
D. MODERADA	2	1,49	0,44	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,35	0,2	95%

Tabla 3A: En la tabla N° 3a se muestra que en las variables de sexo grado de instrucción y edad la incidencia de depresión en pacientes con y sin disfunción familiar es similar.

TABLA N° 3B

**DEPRESION EN RELACION CON DISFUNCION FAMILIAR SEGÚN VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICA**

DISFUNCION FAMILIAR	Depresión				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,12 - 14,32		
PARENTESCO					
F.F. NORMAL	12	8,96	1,20	0,2	95%
D. LEVE	3	2,24	0,89	0,2	95%
D. MODERADA	2	1,49	0,55	0,2	95%
D. SEVERA	2	1,49	0,18	0,2	95%
TIPO DE ENFERMEDAD					
F.F. NORMAL	18	13,43	0,79	0,2	95%
D. LEVE	7	5,22	1,33	0,2	95%
D. MODERADA	5	3,73	0,65	0,2	95%
D. SEVERA	3	2,24	0,22	0,2	95%
TIEMPO DE ENFERMEDAD					
F.F. NORMAL	9	6,72	0,89	0,2	95%
D. LEVE	5	3,73	1,44	0,2	95%
D. MODERADA	2	1,49	0,45	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,27	0,2	95%

Tabla 3B: En la tabla N° 3B se muestra que en las variables de parentesco, tiempo de enfermedad y tipo de enfermedad la incidencia de depresión en pacientes con y sin disfunción familiar es similar.

TABLA N° 3C

**DEPRESION EN RELACION CON DISFUNCION FAMILIAR SEGUN VARIABLES
SOCIODEMOGRAFICA**

DISFUNCION FAMILIAR	Depresión				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,12 - 14,32		
TIPO DE TRATAMIENTO					
F.F. NORMAL	13	9,70	1,03	0,2	95%
D. LEVE	6	4,48	0,99	0,2	95%
D. MODERADA	3	2,24	0,51	0,2	95%
D. SEVERA	3	2,24	0,31	0,2	95%

Tabla 3C: En la tabla N° 3C se muestra que en la variable de tipo de tratamiento la incidencia de depresión en pacientes con y sin disfunción familiar es similar.

TABLA N° 4A

DISFUNCION SOCIAL EN RELACION CON DISFUNCION FAMILIAR SEGÚN
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA

DISFUNCION FAMILIAR	Disfunción Social				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,122 - 2,32		
EDAD					
F.F. NORMAL	9	6,72	0,65	0,2	95%
D. LEVE	5	3,73	1,23	0,2	95%
D. MODERADA	2	1,49	0,44	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,35	0,2	95%
GRADO DE INSTRUCCIÓN					
F.F. NORMAL	4	2,99	0,75	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	1,33	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,55	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,40	0,2	95%
SEXO					
F.F. NORMAL	4	2,99	0,83	0,2	95%
D. LEVE	2	1,49	1,44	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,47	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,27	0,2	95%

Tabla 4A: En la tabla N° 4A se muestra que en las variables de edad, grado de instrucción y sexo la incidencia de disfunción social en pacientes con y sin disfunción familiar es similar.

TABLA N° 4B

**DISFUNCION SOCIAL EN RELACION CON DISFUNCIÓN FAMILIAR SEGÚN
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA**

DISFUNCION FAMILIAR	Disfunción Social				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,122 - 2,32		
PARENTESCO					
F.F. NORMAL	5	3,73	1,16	0,2	95%
D. LEVE	2	1,49	0,99	0,2	95%
D. MODERADA	2	1,49	0,67	0,2	95%
D. SEVERA	2	1,49	0,23	0,2	95%
TIPO DE ENFERMEDAD					
F.F. NORMAL	10	7,46	0,96	0,2	95%
D. LEVE	3	2,24	1,55	0,2	95%
D. MODERADA	2	1,49	0,86	0,2	95%
D. SEVERA	2	1,49	0,33	0,2	95%
TIEMPO DE ENFERMEDAD					
F.F. NORMAL	6	4,48	0,98	0,2	95%
D. LEVE	2	1,49	1,33	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,77	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,44	0,2	95%

Tabla 4B: En la tabla N° 4B se muestra que en las variables de parentesco, tiempo de enfermedad y tipo de enfermedad la incidencia de disfunción social en pacientes con y sin disfunción familiar es similar.

TABLA N° 4C

**DISFUNCION SOCIAL EN RELACION CON DISFUNCIÓN FAMILIAR SEGÚN
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA**

DISFUNCION FAMILIAR	Disfunción Social				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,122 - 2,32		
TIPO DE TRATAMIENTO					
F.F. NORMAL	4	2,99	1,49	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	0,91	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,33	0,2	95%
D. SEVERA	0	0,00	0,17	0,2	95%

Tabla 4C: En la tabla N° 4C se muestra que en la variable de tipo de tratamiento la incidencia de disfunción social en pacientes sin disfunción familiar es mayor.

TABLA N° 5A

ANSIEDAD INSOMNIO EN RELACION CON DISFUNCION FAMILIAR SEGUN
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA

DISFUNCION FAMILIAR	Ansiedad Insomnio				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,122 - 2,32		
EDAD					
F.F. NORMAL	10	7,46	0,65	0,2	95%
D. LEVE	3	2,24	1,23	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,44	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,35	0,2	95%
GRADO DE INSTRUCCION					
F.F. NORMAL	2	1,49	0,88	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	1,67	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,77	0,2	95%
D. SEVERA	0	0,00	0,46	0,2	95%
SEXO					
F.F. NORMAL	2	1,49	0,97	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	1,25	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,67	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,33	0,2	95%

Tabla 5A: En la tabla N° 5A se muestra que en la variables de edad se observa mas incidencia de ansiedad e insomnio en sujetos sin disfuncion familiar y que en las variables de grado de instruccion y sexo la incidencia de ansiedad e insomnio en pacientes con y sin disfuncion familiar es similar.

TABLA N° 5B

**ANSIEDAD INSOMNIO EN RELACION CON DISFUNCIÓN FAMILIAR SEGÚN
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA**

DISFUNCION FAMILIAR	Ansiedad Insomnio				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,122 - 2,32		
PARENTESCO					
F.F. NORMAL	4	2,99	1,22	0,2	95%
D. LEVE	2	1,49	0,91	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,69	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,39	0,2	95%
TIPO DE ENFERMEDAD					
F.F. NORMAL	7	5,22	0,79	0,2	95%
D. LEVE	2	1,49	1,09	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,90	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,35	0,2	95%
TIEMPO DE ENFERMEDAD					
F.F. NORMAL	2	1,49	1,02	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	0,88	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,63	0,2	95%
D. SEVERA	0	0,00	0,34	0,2	95%

Tabla 5B: En la tabla N° 5B se muestra que en las variables de parentesco, tiempo de enfermedad y tipo de enfermedad la incidencia de ansiedad e insomnio en pacientes con y sin disfunción familiar es similar.

TABLA N° 5C

**ANSIEDAD INSOMNIO EN RELACION CON DISFUNCION FAMILIAR SEGÚN
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA**

DISFUNCION FAMILIAR	Ansiedad Insomnio				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,122 - 2,32		
TIPO DE TRATAMIENTO					
F.F. NORMAL	1	0,75	1,36	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	0,93	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,53	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,39	0,2	95%

Tabla 5C: En la tabla N° 5C se muestra que en las variables de tratamiento la incidencia de ansiedad e insomnio en pacientes con disfunción familiar es mayor.

TABLA N° 6 A

**SINTOMAS SOMATICOS EN RELACION CON DISFUNCION FAMILIAR SEGÚN
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA**

DISFUNCION FAMILIAR	Sint. Somáticos				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,122 - 2,32		
EDAD					
F.F. NORMAL	6	4,48	0,48	0,2	95%
D. LEVE	2	1,49	1,17	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,53	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,44	0,2	95%
GRADO DE INSTRUCCIÓN					
F.F. NORMAL	1	0,75	0,90	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	1,32	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,71	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,52	0,2	95%
SEXO					
F.F. NORMAL	1	0,75	0,92	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	1,17	0,2	95%
D. MODERADA	0	0,00	0,72	0,2	95%
D. SEVERA	0	0,00	0,42	0,2	95%
D. SEVERA	0	0,00	0,42	0,2	95%

Tabla 6A: En la tabla N° 6A se muestra que en las variables de edad y sexo de instrucción la incidencia de presentación de síntomas somáticos es similar, mientras que en la variable de grado de instrucción es más común en disfunción familiar.

TABLA N° 6 B

SINTOMAS SOMATICOS EN RELACION CON DISFUNCIÓN FAMILIAR SEGÚN
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA

DISFUNCION FAMILIAR	Sint. Somáticos				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,122 - 2,32		
PARENTESCO					
F.F. NORMAL	2	1,49	1,33	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	0,86	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,76	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,51	0,2	95%
TIPO DE ENFERMEDAD					
F.F. NORMAL	4	2,99	0,93	0,2	95%
D. LEVE	2	1,49	1,13	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,64	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,39	0,2	95%
TIEMPO DE ENFERMEDAD					
F.F. NORMAL	1	0,75	1,24	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	0,77	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,55	0,2	95%
D. SEVERA	1	0,75	0,29	0,2	95%

Tabla 6B: En la tabla N° 6B se muestra que en las variables de parentesco, tiempo de enfermedad y tipo de enfermedad la incidencia de síntomas somáticos en pacientes con y sin disfunción familiar es similar.

TABLA N° 6 C

**SINTOMAS SOMATICOS EN RELACION CON DISFUNCION FAMILIAR SEGÚN
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICA**

DISFUNCION FAMILIAR	Sint. Somáticos				
	Variables	%	I / C	p	Sensibilidad
			0,122 - 2,32		
TIPO DE TRATAMIENTO					
F.F. NORMAL	1	0,75	0,99	0,2	95%
D. LEVE	1	0,75	0,82	0,2	95%
D. MODERADA	1	0,75	0,65	0,2	95%
D. SEVERA	0	0,00	0,43	0,2	95%

Tabla 6C: En la tabla N° 6C se muestra que en las variables de tratamiento la incidencia de Síntomas Somáticos en pacientes con y sin disfunción familiar es mayor.



DISCUSION

Numerosos estudios han comprobado la problemática de los pacientes con cáncer. Desde el trabajo de Derogatis (1) se han observado diversos trastornos psicopatológicos, altos niveles de sufrimiento, malestar somático, y deterioro psicosocial en pacientes con diversos tipos de cáncer, así como la persistencia de diversos síntomas psicológicos en el tiempo, así como su mayor prevalencia dentro de los pacientes que reciben tratamiento oncológico (2).

Por otra parte, la importancia de una adecuada detección de los problemas psicológicos viene justificada por diversas razones: los pacientes oncológicos con mayores niveles de malestar psicológico requieren más servicios médicos, tienen más dificultades a la hora de tomar decisiones, son menos adherentes a sus tratamientos, y están menos satisfechos con la labor médica (3), asimismo, presentan peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida deficitaria e incluso una menor longevidad (4).

La incidencia de los tratamientos psicológicos en la supervivencia no se ha corroborado, pero sí su utilidad en la reducción de síntomas, la mejora del afrontamiento de la enfermedad y los tratamientos, y en calidad de vida de estos pacientes. Todo ello justifica la importancia de un adecuado diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad psicopatológica concurrente en estos pacientes.

Se han señalado dificultades importantes para la adecuada detección y orientación de estos pacientes con problemas psicológicos, debidas a factores que inciden en la gran variabilidad en la prevalencia de síntomas psicopatológicos en estos pacientes; factores que influyen en la facilidad con que estos síntomas relacionados con la enfermedad física, pasan desapercibidos para el médico especialista (4); la necesidad de formación académica del médico para reconocer y tratar la naturaleza emocional de ciertos problemas del paciente. Factor que, junto al papel cada vez más activo del paciente en todos los procesos asistenciales, ha llevado al crecimiento de la psicooncología, con la integración multiprofesional del psicooncólogo en el

campo oncológico, incluso con funciones docentes; y aspectos personales de ciertos pacientes, reacios a hablar de sus problemas psicológicos, o de aceptar la derivación al psicooncólogo (3). En la tabla N^o 1 de variables sociodemográficas según disfunción familiar donde para la edad el mayor porcentaje se presentó en el grupo de 18 a 47 años; en el grado de instrucción mayor fue en primaria, el sexo predominantemente fue femenino, en parentesco mayor fue para esposa y esposo, en tipo de enfermedad mayor fue en Cáncer de próstata y mama, en años de enfermedad prevaleció de 1 a 2 años, en tipo de tratamiento mayor fue en radioterapia. En un estudio de Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata, en Córdoba Veracruz (5), se encontró que el porcentaje de parentesco con alta funcionalidad es de 21.1% esposas, 13.0 % hijas, 4.8% hijos, 4.06% hermanas, 0% hermanos. El porcentaje de parentesco con disfunción familiar moderada: esposa 19.5 %, hija 16.2%, hijo 0.8%, hermana 4.06%, hermano 0.8 %. El porcentaje de niño, parentesco que se encontró con disfunción familiar severa: esposa 6.05 %, hija 8.1 %, hijo 0%, hermana 0.8%, hermano 0%; que al comparar con mi estudio este presenta menos prevalencia.

En otro estudio también se hace mención que el parentesco su mayor porcentaje es la esposa así mismo se encontró una asociación negativa de la función familiar y el cuestionario de Goldberg, por lo que se presenta en familias severamente disfuncionales tal como lo menciona Pérez A. García L. Rodríguez E. Losada A y Gómez M. Función familiar y salud familiar del cuidador primario de familiares con dependencia. Atención Primaria.2009 (5).

El paciente con cáncer está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible. En la dinámica familiar incluye determinadamente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Frecuentemente existe dificultad de adaptación unos acontecimientos vitales estresantes

relacionados con etapas de transición en la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente periodos de alteraciones en su salud mental.

En la tabla N^o 2 de variables sociodemográficas según problemas psicosociales, se observa que en problemas psicosociales se presentó un predominio en el grupo etareo de 18-47 años presentando Sint. Somáticos, Ans. Insomnio, Dis. Social y Depresión; en el grado de instrucción en primaria, en el sexo en femenino, en parentesco esposa y esposo, en tipo de enfermedad en próstata, ovario útero y mama, en tiempo de enfermedad de 1 a 4 años y tipo de tratamiento quimioterapia; en comparación a otros estudios en términos generales, los resultados obtenidos mediante el Goldberg GHQ28, permitieron visualizar una clara tendencia hacia una puntuación moderada en los niveles de ansiedad y depresión. No obstante, es destacable que las puntuaciones altas son mayores en los familiares, en relación con los pacientes, con un porcentaje de 20,6% de los primeros, a 15,5% en los segundos; y a su vez, las puntuaciones bajas son bastante mayores en los pacientes (25,6%). Se encontró mediante una prueba de Chi cuadrado una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) en escala ansiedad ($p=0,000$), pero no en la de depresión. En la escala total se encuentra una diferencia significativa ($p=0,002$) (15). Analizando las variables que evalúa se puede distinguir que se presentaron niveles elevados de ansiedad en el grupo de familiares, mientras que en cuanto a depresión los niveles son muy similares entre ambos grupos; lo que es similar a lo encontrado en mi estudio.

En la tabla N^o 3 Depresión en relación con disfunción familiar según Variables Sociodemográfica en variable edad se ve mayor presentación en función familiar normal y leve, en grado de instrucción se observa mayor presentación en función familiar normal y leve, en el sexo presentó hay mayor presentación en función familiar normal y leve; en parentesco se

evidencio mayor presentación en función familiar normal y leve; en tiempo de enfermedad hubo mayor presentación en función familiar normal y leve y en tipo de tratamiento prevaleció una función familiar normal y leve; por ello en relación a la enfermedad se valoran las demandas prácticas, afectivas, el desarrollo de las fases temporales, el significado atribuido y los datos históricos. En la presente investigación, la persona objeto de estudio es el paciente oncológico y su contexto va a ser su sistema familiar; este último se ve alterado por una intensa relación emocional con el paciente, y será el encargado de proporcionar los cuidados. Por ello, el familiar también se ve afectado por el problema que el paciente está teniendo.

La enfermedad, en general, y el cáncer, en particular son situaciones de disfunción familiar, que como todo estímulo de ésta índole produce crisis y requiere, por consiguiente, de una adaptación psicológica; sin la cual, el resultado será la aparición de morbilidad emocional. Al respecto, la presencia de alteraciones psicológicas en pacientes oncológicos, refieren Derogatis et al., ha sido analizada y estudiada ampliamente; concluyendo, la gran mayoría de investigaciones, que alrededor del 47% de la población oncológica presenta algún trastorno mental y muestran signos y síntomas de asociados al diagnóstico y al tratamiento recibido.(1).

En un estudio se realizaron 123 encuestas a cuidadores primarios de pacientes con Cáncer de próstata en el Hospital General de Zona Número. 8 De Córdoba Veracruz. En el servicio de consulta externa de urología encontrando los siguientes resultados: El grupo de edad que se encontró fue de 30 a 75 años de edad, de estas la que presento mayor porcentaje fue de 60 años con una frecuencia de 23(18 %), una Media de 51.08 y una desviación estándar de 11, con respecto a la escolaridad: 62 contaron con educación primaria (52.0%), 28 con educación secundaria (22.8%), 22 con bachillerato (17.9%) y 9 concluyeron estudios profesionales (7.3%), en cuanto a el parentesco de los cuidadores primarios tenemos que 58 son esposas (47.2%), 46 son hijas (37.4%), 7 son hijos (5.7%), hermanas 11(8.9%), hermano 1 (.8%), se observó que 42 cuidadores primarios con alta funcionalidad cursan con probable ansiedad

(34.1%). 49 cuidadores primarios con disfunción familiar moderada se encontraron con probable ansiedad (39.8%) 19 cuidadores primarios que en su núcleo familiar presenta disfunción familiar severa (15.4%), con una significancia estadística de 0.002, Se encontró que 60 cuidadores primarios (48.7%) con escolaridad primaria presentaron probable ansiedad. 26 cuidadores primarios (21.1%) con educación secundaria presentaron ansiedad. 18 cuidadores primarios (14.6%) presentaron ansiedad y 6 cuidadores primarios profesionistas (4.8%) presentaron ansiedad. Con una significancia estadística de 0.011, En este estudio se encontró que el porcentaje de parentesco con alta funcionalidad es de 21.1 5 esposas, 13.0 % hijas, 4.8% hijos, 4.06 hermanas, 0% hermanos. El porcentaje de parentesco con disfunción familiar moderada: esposa 19.5 %, hija 16.2%, hijo 0.8%, hermana 4.06%, hermano 0.8 %. El porcentaje de parentesco que se encontró con disfunción familiar severa: esposa 6.05 %, hija 8.1 %, hijo 0%, hermana 0.8%, hermano 0% (5) resultados similares a los encontrados en mi trabajo.

En la tabla N^o 4 Disfunción social en relación con disfunción familiar según Variables Sociodemográfica donde presento por edad mayor presentación en función familiar normal y leve, en grado de instrucción en presento mayor presentación en función familiar normal y leve, en el sexo presento mayor presentación en función familiar normal y leve; en parentesco presento mayor presentación en función familiar normal y leve; tiempo de enfermedad presento mayor presentación en función familiar normal y leve y tipo de tratamiento presento mayor presentación en función familiar normal y leve; de modo tal que cuando una familia presenta un familiar con cáncer atraviesa por todo el proceso de enfermedad experimenta reacciones emocionales y conductas adaptativas; que dependerá de factores psicológicos, sociales y culturales como son las creencias, el entorno familiar, entorno social, grado educativo, entre otros que explican la interpretación y el sentido que cada uno le asigne a la enfermedad.

En otro estudio referente al rol familiar; en él se evidencia que frente al aspecto de la disfunción social se obtuvo que un 57.5% bajaron su relación en las últimas semanas mientras que un 42.5% no en las últimas semanas. Por otro lado el 45% de las mismas disminuyeron su estado de ánimo, mientras que un porcentaje considerable no lo hizo (55%). También se evidencia en los resultados un cambio en el tipo de alimentación antes y después del diagnóstico con un 75% de pacientes que sí cambiaron su alimentación, respecto al 25% de pacientes que no cambiaron; de los pacientes que sí cambiaron su alimentación (30 pacientes) se obtuvo que un 46.6% se sienten cómodas con el cambio; mientras que el 53.4% manifestaron lo contrario. En lo que respecta a la disfunción familiar hubo un predominio de las respuestas negativas, siendo que un 62.5% de pacientes refirieron sentirse inconformes con facilidad y un 37.5% mencionaron lo contrario; así mismo 67.5% de pacientes no dormían bien durante la noche y un número reducido de ellas dormía bien durante la noche (32.7%) (6); lo que hace que destaquen los problemas de salud física en el enfermo como los osteoarticulares y el dolor mecánico crónico, la alteración del ritmo del sueño y la astenia; pero sobre todo se producen alteraciones psíquicas en el paciente y la familia entre las que destacan la ansiedad y la depresión, produciéndose una verdadera *transferencia depresiva* entre el enfermo y su cuidador. A las alteraciones psicofísicas se añade el aislamiento social, los problemas familiares derivados de la dedicación del cuidador a su enfermo (cambio de roles, abandono de otros miembros, etc.) e incluso los económicos que puede producir la propia enfermedad, sino por los costes indirectos derivados de la pérdida de actividad laboral del paciente y su cuidador lo que se manifiesta en la sintomatología encontrada en relación con la disfunción familiar.

En la tabla N° 5 Disfunción sopor edad presento mayor presentación en función familiar normal y leve, en grado de instrucción en presento mayor presentación en función familiar normal y leve, en el sexo presento mayor presentación en función familiar normal y leve; en parentesco presento mayor presentación en función familiar normal y leve; tiempo de enfermedad presento

mayor presentación en función familiar normal y leve y tipo de tratamiento presento mayor presentación en función familiar normal y leve; en un estudio realizado en el Hospital Loayza, 2011, la muestra fue de los datos generales podemos destacar que la población en estudio estuvo formada con un promedio de edad de 54 años y con un rango de 40 años, se evidencio que un 72.5% con presencia de ansiedad e insomnio mientras que un 27.5% no lo hace, sin embargo las respuestas fueron afirmativas con un 47.5%, mientras que un 52.5% negativamente. A la vez la mayoría de pacientes modificaron su forma de vivir 52.5% y un 47.5% no lo hizo. Frente a la sensibilidad al llanto con el paciente el 75% refirió que son más sensibles y tienden al llanto con facilidad, y un 25% manifestó lo contrario. Así mismo también la mayoría de las pacientes no tienen proyecciones para el futuro, sobre la enfermedad representando un 72.5%; frente a un 27.5% que sí tienen proyectos futuros (7).

La adaptación de los pacientes al cáncer depende de varios factores; entre éstos están las características propias de la paciente anteriores al diagnóstico, el entorno que la rodea y las situaciones estresantes propias de la enfermedad. Dentro del primer y segundo factor tenemos la edad, nivel de instrucción (el cual dará la pauta al significado que le dé a la enfermedad); los pacientes en estudio están dentro de algunas de estas características es así que la mayoría se encuentra en edad adulta madura y están concluyendo o concluyeron ya la etapa de la menopausia; similar hallazgo tuvo en un estudio realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, donde refiere que el grupo etario de mayor frecuencia fue el de las mujeres mayores a los 45 años (78.8%); otro de los hallazgos en nuestra investigación muestra que las pacientes siguen cumpliendo el rol de madre y esposa por la convivencia con la pareja y los hijos; la mayoría con grado de instrucción primaria; y actualmente no son económicamente activas. Entre las situaciones estresantes que son propias de la enfermedad tenemos al diagnóstico, al tratamiento, a los efectos secundarios de tratamientos, las pruebas complementarias, la incertidumbre sobre la curación, etc. (8). Tal es el caso que un porcentaje considerable en

nuestro estudio están realizando quimioterapia como tratamiento mientras que otro número considerable han sido sometidas a cirugía; ambos tipos de pacientes están viviendo los efectos secundarios que los tratamientos ocasionan. Es así que todos estos eventos van a generar en la paciente una forma diferente de respuesta, que la enfermera debe estar presta a identificar, para saber encausar su intervención y optimizar este proceso de adaptación que todo paciente con cáncer lo cual afecta en la familia y en la salud mental de los que lo rodean.

Basados en esta distribución del APGAR familiar, los resultados obtenidos demuestran una tendencia marcada hacia la funcionalidad en las familias, sobre el 90% de los participantes en total. Existen elevados niveles de similitud en la percepción sobre el funcionamiento familiar entre familiares y pacientes, con un 93,6% en pacientes y un 92,6% en familiares que califican como pertenecientes familias funcionales. Por consiguiente, las familias disfuncionales también presentan porcentajes similares, 6,4% en pacientes y 7,4% en familiares. Estos datos son reflejados en la que se aprecia claramente la ausencia de diferencias, estadísticamente, significativas entre familiares y pacientes. (9)

Al comparar los resultados de pacientes, con los de familiares, se puede identificar cierta similitud en la percepción de apoyo a nivel familiar y; por tanto, en las tipologías de familias y sus porcentajes en el presente estudio.

En la tabla N^o 6 Disfunción social en relación con síntomas somáticos según Variables Sociodemográfica donde por edad presento mayor presentación en función familiar normal y leve; en parentesco presento mayor presentación en función familiar normal; en comparación con otro estudio el sexo predominante de los pacientes oncológicos, tratados y control, es el masculino, a diferencia de los otros grupos (Chi cuadrado, $p < 0,001$) (ver tabla 1), la edad también diferencia a los grupos (Anova, F, $p < 0,001$); los pacientes oncológicos control son los más viejos (Media: 65,11 años), seguidos por los pacientes oncológicos tratados (Media: 54,18 años), los familiares (Media: 47,54 años) y los pacientes de psicología clínica (Media: 38,13

años). No se han podido establecer diferencias entre la variable grupo y las restantes variables demográficas, aunque destacan las situaciones laborales de inactividad, baja o invalidez en el grupo de pacientes oncológicos tratados.

El estadio de la enfermedad es diferente y la enfermedad está más avanzada (estadios III-IV) en el grupo de pacientes oncológicos atendidos (Chi cuadrado, $p < 0.005$), un 76,5% de los casos, frente a un 52,9% en el grupo oncológico control Otra característica diferencial es que el grupo oncológico control recibe actualmente más tratamientos activos de cirugía y radioterapia (Chi cuadrado, $p < 0,001$). El tratamiento de quimioterapia es superior en el grupo de los atendidos por el psicólogo. El número de tratamientos paliativos (Otros) es similar en ambos grupos (ver tabla 3). En cambio es el grupo de pacientes atendidos el que destaca (Chi cuadrado, $p < 0,001$) por haber recibido más tratamientos activos en el pasado, tanto en cirugía, como en quimioterapia como en radioterapia, presentando en ellos presencia de sintomatología somáticas que al hablar de los efectos psicosociales del cáncer es impórtate señalar que es una enfermedad que no solo afecta al paciente sino que perturba a toda la familia se enfatiza que el cáncer afecta todo el sistema familiar pudiendo perturba su equilibrio; resultado puede ser una mayor tensión del paciente con cáncer y de todos los miembros de la familia (10).

Una reacción negativa de su entorno social, es decir de sus amistades puede generar en la paciente inseguridad, temor y miedo. Es por ello importante el rol educativo hacia el grupo familiar de la paciente, resaltando la importancia de su participación activa y favorable en el proceso de adaptación de la paciente. (11)

CONCLUSIONES

PRIMERO. La presentación de disfunción familiar fue prevalente en las variables sociodemográficas: edad de 18 a 47 años, grado de instrucción secundaria, sexo femenino, parentesco de esposa y esposo, tipo de enfermedad Cáncer de próstata, ovario, útero y mama, tiempo de enfermedad de 1 a 4 años y tipo de tratamiento quimioterapia.

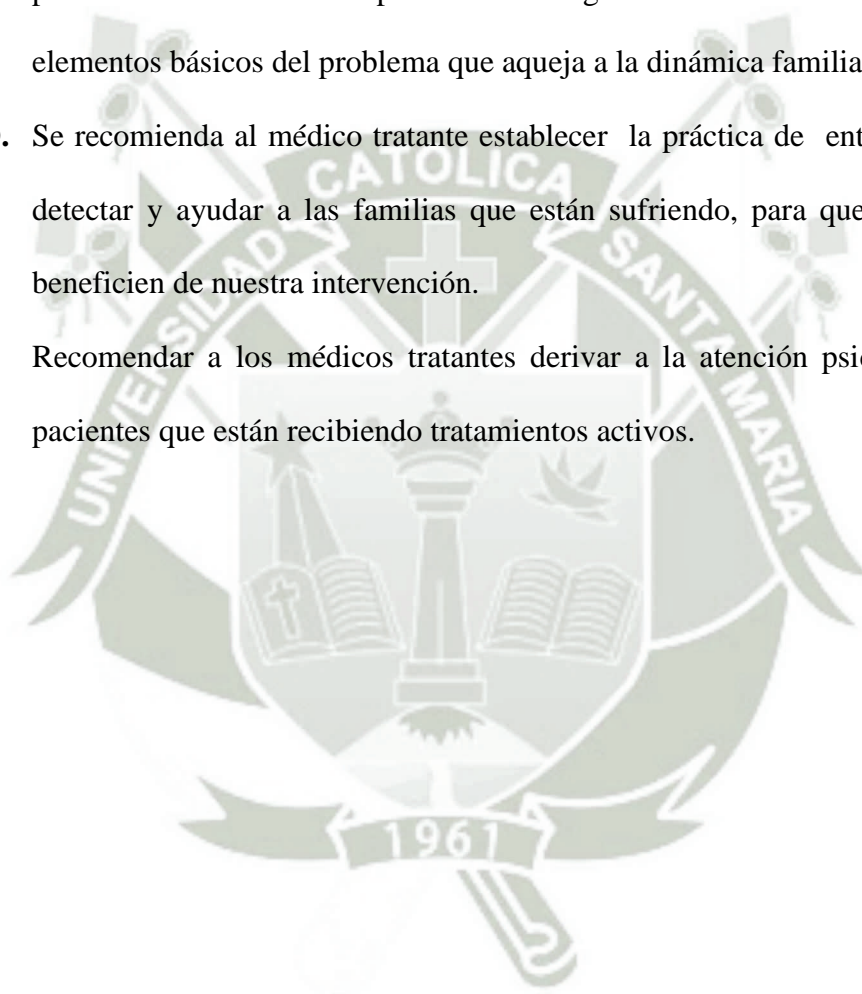
SEGUNDO. La presentación de problemas psicosociales predominó en las variables de: edad 18 a 47 años, grado de instrucción primaria, sexo femenino, parentesco esposa y esposo, tipo de enfermedad Cáncer de próstata, ovario, útero y mama, tiempo de enfermedad de 1 a 4 años y tipo de tratamiento quimioterapia.

TERCERO. La presentación de depresión relacionada a la incidencia de disfunción familiar en todas las variables sociodemográficas es similar en familias con y sin disfunción familiar.

CUARTO. La presentación de ansiedad, insomnio y síntomas somáticos relacionada a la incidencia de disfunción familiar en todas las variables sociodemográficas es similar en familias con y sin disfunción familiar.

RECOMENDACIONES

- PRIMERO.** Se recomienda a los médicos tratantes realizar los cambios necesarios para identificar cada problemática y la resolución de esta, dependiendo de su grado de funcionalidad se hace hincapié en que en estos padecimientos.
- SEGUNDO.** Se recomienda al médico tratante proporcionar conocimientos y habilidades prácticas a la familia del paciente oncológico con la finalidad de identificar elementos básicos del problema que aqueja a la dinámica familiar.
- TERCERO.** Se recomienda al médico tratante establecer la práctica de entrevistas, para detectar y ayudar a las familias que están sufriendo, para que acepten y se beneficien de nuestra intervención.
- CUARTO.** Recomendar a los médicos tratantes derivar a la atención psicológica a los pacientes que están recibiendo tratamientos activos.

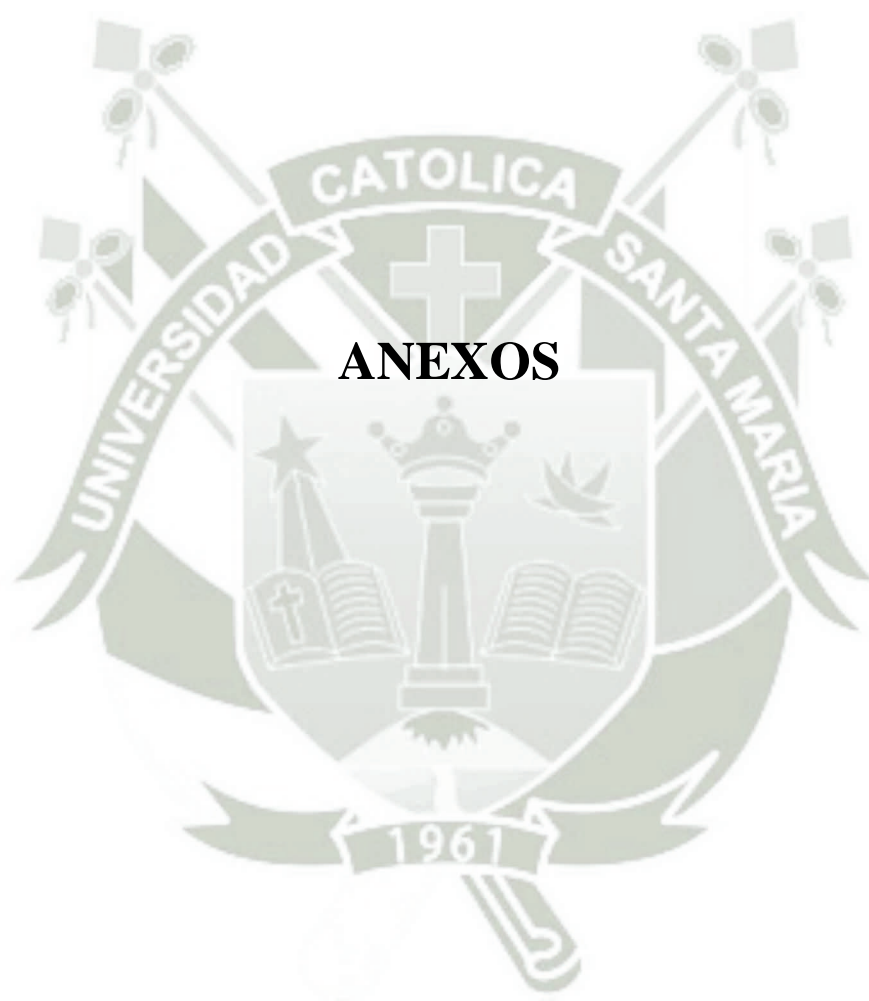


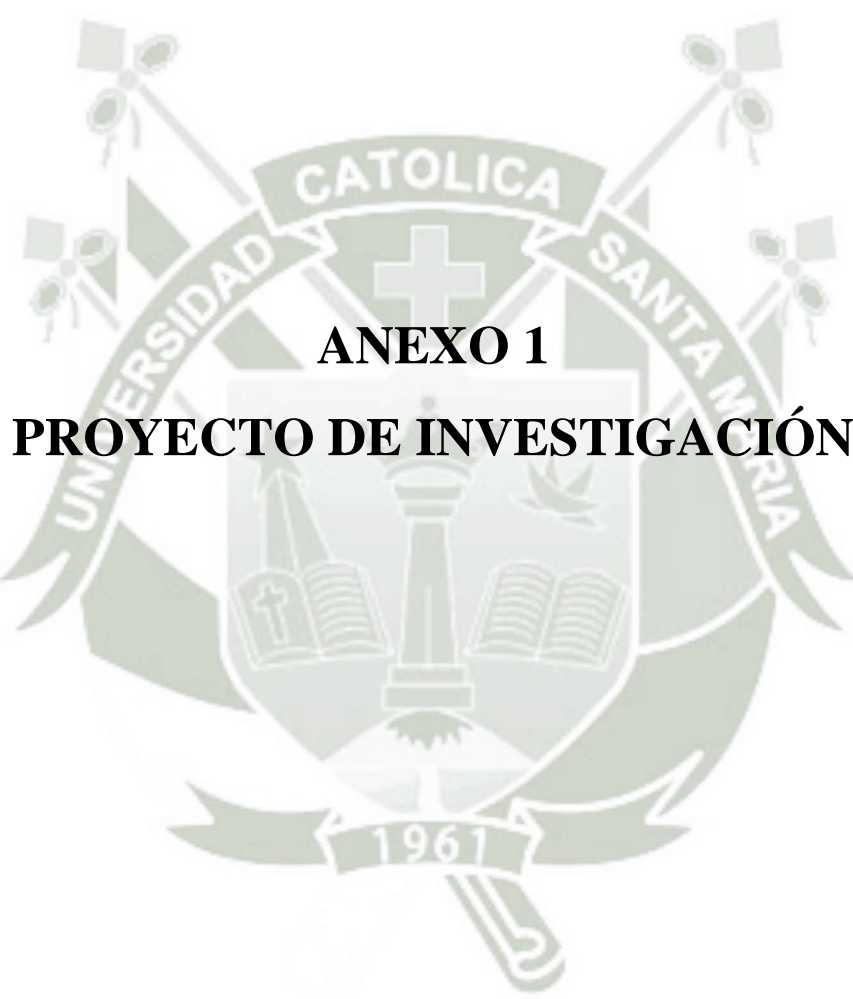
BIBLIOGRAFIA

1. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 2003; 249(6): 751-7.
2. Study PA. Group psychological response to mastectomy: A prospective comparasion study. *Cancer* 2007; 59(1):189-96.
3. Holland J. Update: NCCN practice guidelines for the treatment of distress. *Oncology* 2009; 13 (11A):459-507.
4. Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry Suppl* 2006; (30):109-16.
5. González Uriostegui. Disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata. Córdoba Veracruz. 2014. Perez A. García L. Rodríguez E. Losada A y Gómez M. Función familiar y salud familiar del cuidador primario de familiares con dependencia. *Atención Primaria*.2009; 41(11):621-628.
6. Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Marchal S, Boniver J, Etienne AM, et al. Factors that influence physicians' detection of distress in patients with cancer: can a communication skills training program improve physicians' detection?. *Cancer* 2005; 104(2):411-21.
7. ESCAPE Tania. "Aspectos psicológicos en la paciente con cáncer de mama". En Rev." *Electrónica de Salud y Mujer*". Vol. 1, N°.13, Año 2004. pp 1-3.
8. SOLIDORO Andrés. "Apuntes de cancerológica". Perú. 2007. UNMSM. pp.45-634
9. Harter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburg A. et al. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 2001; 37:1385-93.
10. REVISTA PSICO-USF, VALDERRAMA, "Afrontamiento y calidad de vida, un estudio de pacientes con cáncer de mama", Vol. 8, Año 2003.

11. ORGANIZACIÓN PREVENTIVA DE LA SALUD. “Programa de actualización y perfeccionamiento profesional. Universidad Abierta e-learning. Enfermería oncológica”. pp.24-30
12. Fabiola Cortés-Funes, Juan Pablo Bueno, Almudena Narváez, Anhara García-Valverde, Laura Guerrero-Gutiérrez. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA EN ONCOLOGÍA. *PSICOONCOLOGÍA* 2012; 9(2-3): .







ANEXO 1
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



DETECCIÓN DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y CIFRAS
SOCIODEMOGRÁFICAS PRESENTES EN HOGARES CON DISFUNCIÓN FAMILIAR
DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA AMBULATORIA EN EL SERVICIO
DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ AREQUIPA, 2017

Proyecto de Tesis presentada por el bachiller:

ROBERTO EDUARDO SALAZAR CORI

Para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Asesor: Roberto Arnaldo Salazar Huajardo

Arequipa - Perú

2017

I. PREAMBULO

El cáncer está catalogado como una enfermedad que afecta a la persona desde el plano fisiológico, psicológico y social; es una enfermedad que trae consigo la idea de sufrimiento y muerte. Es así que cuando una persona es diagnosticada atraviesa una serie de cambios y crisis situacionales que rompen su equilibrio biopsicosocial; como respuesta la paciente y la familia emite conductas que provocan una disfuncionalidad en el hogar, lo que hace que adopten conductas no antes establecidas que le permitirán adaptarse, superar y lograr nuevamente ese equilibrio perdido.

El impacto recíproco entre funcionamiento psicosocial y familiar y la salud física realiza una inclusión de la familia en el mundo del padecimiento que sufre en paciente con cáncer, la familia como un conjunto de personas que constituyen un sistema dinámico de interacciones, cuya propiedad básica es que un cambio en uno de sus miembros, potencialmente provoca modificaciones sobre los demás y; como consecuencia, se redefine el sistema ante cada cambio, cuando un miembro de la familia tiene una enfermedad como es el cáncer, toda la familia se ve afectada, ya que es el contexto donde el paciente responde a la enfermedad oncológica y ha sido identificada como la fuente principal de cuidado del paciente.

Entre los distintos estudios, respecto a las muestras evaluadas, y la falta de homogenización de los conceptos e instrumentos utilizados, impide concluir sobre la prevalencia real de estos problemas. Ello contribuye a que actualmente la asistencia psicológica específica que se presta a estos pacientes sea muy deficitaria, por lo que muchos pacientes que podrían necesitar una ayuda o un tratamiento psicológico específico no lo reciben, probablemente ni siquiera son detectados.

Las dificultades o barreras para una adecuada detección de estos problemas, se deben a factores que afectan al propio paciente, a los profesionales de la salud, y al contexto asistencial actual.

En la línea del compromiso actual de investigación en acción, surge investigar la eficacia de estos instrumentos, en cuanto a optimización o mejora de la atención, si contribuye a resolver el problema de cómo proporcionar una atención psicológica inmediata, precoz, y eficiente efectiva para aplicarse en el contexto y que se traduzca en actuaciones eficaces.

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1) PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del problema:

¿Cuál son los problemas psicosociales y cifras sociodemográficas presentes en hogares con disfunción familiar de pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017?

1.2. Descripción del problema:

1.2.1.- Área de conocimiento:

General : Ciencias de la Salud

Específica : Medicina

Especialidad : Psiquiatría

Línea : Salud mental

1.2.2.- Análisis y operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO
Disfunción familiar	Adaptación Participación Gradiente de recursos Afectividad Recursos o capacidad resolutiva	APGAR familiar Normal: 17-20 Disfunción leve: 16-13. Disfunción moderada: 12-10 Disfunción severa: menor o igual a 9	Cualitativa
Problemas psicosociales	Síntomas: Somáticos Ansiedad Insomnio Disfunción social Depresión grave	Goldberg GHQ28	Cualitativa
Sociodemográficas	Edad Sexo Grado de instrucción Estado civil Tipo de enfermedad Tiempo de enfermedad Tipo de tratamiento	Años M-F Primaria Secundaria Superior C, S, V, conviviente Diagnostico actual Años, meses, días Quimioterapia Radioterapia Mixto Quirúrgico Otros	Nominal

1.3. Interrogantes básicas:

- a) ¿Cuáles son los de problemas psicosociales y cifras sociodemográficas presentes en hogares con disfunción familiar de pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017?
- b) ¿Cuál es el grado de disfuncionabilidad familiar presentes en hogares con disfunción familiar de pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017?

- c) ¿Cuáles son las características sociodemográficas presentes en hogares con disfunción familiar de pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017?
- d) ¿Cuál es la relación entre enfermedad, tipo de tratamiento, tiempo de tratamiento y el grado de disfuncionabilidad familiar, y la presencia de problemas psicosociales en los pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017?
- e) ¿Cuál es la relación entre las variables sociodemográficas y el grado de disfuncionabilidad familiar, y la presencia de problemas psicosociales en los pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017?

1.4. Tipo de investigación:

Investigación de campo para ser realizada en pacientes que acuden a los consultorios externos de medicina, cirugía, traumatología en el Hospital Goyeneche Arequipa 2017

1.5. Nivel de Investigación:

Es un estudio de investigación de tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

1.6. Justificación

Este trabajo surge, con la inquietud de recabar información necesaria, para determinar cuando en una familia un integrante de su familia, que padece una patología de alto impacto psicológico, social y biológico como lo es el cáncer, lo que provoca una disfuncionalidad en el actuar de la familia lo que hace que adopte una responsabilidad, de apoyar y proteger a su familiar cursan con disfunción familiar así mismo si existe

una correlación con la sociedad y su entorno lo que hace que este estudio tenga desde este aspecto su relevancia social.

Diversos estudios han demostrado que la presencia de algún desorden mental puede contribuir la progresión de las enfermedades como el cáncer. Así, la evidencia muestra que las personas con depresión, o con otros trastornos mentales, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades como el cáncer y se estima que los familiares de estos pacientes tienen un riesgo incrementado de vez y media a dos veces mayor de sufrir trastornos psicosociales lo que hace que este estudio tenga una relevancia científica para identificar en esta población problemas psicosociales presentes en hogares con disfunción familiar de pacientes.

En la actualidad la familia debe apoyarse en el núcleo familiar, los roles las responsabilidades los recursos, las estrategias, comienzan a cambiar donde cada uno de los integrantes, tiene que realizar trabajos de equipo, se beneficiara mayormente al paciente, y en este actuar presentaran ciertas características las cuales presentaran estados depresivos, ansiosos, o en su defecto recibir terapia para evitar la ansiedad; que desde el punto de vista psicológico, el enfoque del paciente oncológico es global ya que la enfermedad repercute en todas sus área funcionales (física, psíquica, social, laboral, y familiar), lo que al determinar la disfuncionalidad familiar y su salud mental representa su relevancia contemporánea.

Por ello al realizar un estudio de este tipo en estos pacientes desde este punto de vista no se ha realizado en nuestro medio por lo cual con la implementación de cuestionarios de Apgar y escala de Goldberg se identificaran con oportunidad los problemas psicosociales en estas familias que presenten disfuncionalidad en su organización, lo cual representa la originalidad del estudio.

Al contar en nuestro medio con el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa hace que sea factible realizarlo, al contar con una población representativa, con la finalidad de este estudio en la detección de problemas psicosociales, así como el grado de disfunción familiar, con la intención de implementar estrategias innovadoras que apoyen al paciente oncológico a la familia y a los que lo rodean.

A lo largo de mi internado en el hospital Goyeneche III pude observar el impacto de la enfermedad en la vida del paciente oncológico y en la vida de sus familiares por lo cual decidí realizar la investigación presente.

II. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Disfunción familiar

La disfuncionalidad proviene de la formación de dos palabras que significan, un quebrantamiento de la función, deficiente funcionamiento, una situación anómala, una dinámica irregular, extraerse de lo establecido en lo referente a roles, funciones y vivencias.

Cuando se refiere a lo “Disfuncional” aplicado al sistema familiar, se conceptúa como el mantenimiento de un deficiente funcionamiento en la familia a través del tiempo, un quebrantamiento de las funciones culturalmente establecidas, el desempeño de roles complementarios anómalos, una carencia, trastoque, alteración. Una contradicción lo cual en el campo de la salud mental podría considerarse como: un funcionamiento no saludable de un sistema familiar cuyas características clínicas se mantienen a través de un tiempo indefinido afectando de manera específica o inespecífica a su unión familiar.

2.2 DEFINICIÓN DE LA FAMILIA DISFUNCIONAL

- a) Se define como un patrón, porque es un conjunto de características que se presenta de forma constante.

- b) Son conductas des-adaptativas, por ser incompatibles con el propio contexto cultural de la familia.
- c) Son indeterminadas, porque no puede determinarse cual característica se constituyó como factor relevante para el surgimiento de la disfunción y por ende de la patología en la familia.
- d) Es permanente, por cuanto su presencia es constante. Hay que considerar sin embargo que las alteraciones, crisis, problemas y conflictos que puede vivir una familia, no la convierten en Disfuncional por cuanto estos son los acontecimientos transitorios, naturales o accidentales que suelen vivir el común de los grupos familiares en ciertos momentos de su historia los cuales una vez transcurridos y movilizados los recursos recobran su equilibrio y armonía sin haber ingresado en ningún momento en la categoría de Disfuncionalidad Familiar.
- e) Dichas características pueden presentarlas uno o varios de los integrantes. El que la presente un solo miembro de la familia no debe de ser considerado como menos grave, dado que éste puede presentar conductas desadaptativas, trastorno de personalidad o que puede influenciar a los integrantes de la familia, para que su sola presencia sea para calificarla como Disfuncional.
- f) Estos requieren necesariamente estar en relación directa con los demás miembros para que se genere una dinámica anómala (1).

2.3 CARACTERÍSTICAS DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR GENÉRICA

2.3.1 Su dinámica familiar no es saludable

Es decir que ésta afecta negativamente a sus integrantes de tal forma que si le causa perjuicio a uno de ellos de manera inespecífica también le afectaría a otro de sus miembros de similar o diferente manera.

2.3.2 Su funcionamiento familiar no es relacional ni compatible

En todo grupo familiar las características psicoculturales de la comunidad donde el sistema familiar está insertado son compatibles con el grupo familiar. Pero pueden existir casos en que estas particularidades que en algún momento de su existencia fueron saludables para la familia y posibilitaron el crecimiento, al no evolucionar ni modificarse de acuerdo a la dinámica social inmediata se tornan no saludables, anacrónicas, divergentes y reaccionarias a la evolución funcional de la familia y por lo tanto también disfuncionales para el desarrollo de la salud mental de sus integrantes.

2.3.3 Desarrolla y mantiene roles familiares contradictorios

Toda familia se instaura y constituye en un determinado momento histórico y les otorga a sus integrantes elementos propicios para su autorrealización. Pero también de manera contradictoria puede desarrollar roles que de manera impropia complementan en ellos conductas inadecuadas propiciando un clima no saludable que de mantenerse por un tiempo indefinido en la vida de relación de su familia les afectaría con una serie de pautas no funcionales causando perjuicios a sus integrantes convirtiendo a una familia funcional en Disfuncional es decir dañina para el desarrollo saludable de sus integrantes.

2.3.4 Impide al interior de la familia el entrenamiento de conductas precurrentes

Todo sistema familiar evoluciona en un constante devenir, pero coincidentemente a veces aparecen en determinados momentos de su historia, crisis y contradicciones lo cual posibilitará (paradójicamente) el crecimiento de sus integrantes dado que promueve la movilización y emergencia de los recursos personales de su familia. El entrenamiento en el manejo de las crisis familiares o personales al interior de la familia les permite a sus integrantes establecer conductas precurrentes, en base a las cuales se van a insertar otras más complejas para cuando en la etapa adulta surjan situaciones similares estén en condiciones eficientes para su abordaje y manejo. Pero en las Familias Disfuncionales se despliegan una serie de conductas que van desde la sobreprotección, usurpación de roles, invasión de límites, abuso de autoridad,

indiferencia en la crianza, sanciones impropias o ausencias de estas, etc., hasta la inacción, conductas que al ser reforzadas por algunos de sus integrantes van a impedir el entrenamiento de conductas precurrentes alternativas y por ende el desarrollo saludable e independiente del manejo de los problemas personales los cuales son propios de la vida diaria.(2)

2.4 PROCESO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR GENÉRICA

Existen familias en que por una defectuosa concepción de los elementos de su entorno y por ende equivocado desempeño de Roles Complementarios impiden en sus integrantes el entrenamiento y ejercicio de conductas y funciones. Esto torna a estas personas en dependientes de otras situándolas en condiciones de riesgo para la instalación de conductas patológicas afines. Estas conductas pueden ir desde un trastorno de conducta hasta una alteración psiquiátrica severa. En una relación deficitaria y no saludable de un integrante de la familia con otro familiar, no solamente los afecta a ambos, sino que también alcanza a los demás integrantes de la familia afectándolos de una manera específica o inespecífica pudiendo originar la aparición de formas anómalas del comportamiento. Puede ser que una persona que presente un Factor Predictivo Adictógeno y que se empareje con otra de características psicológicas compatibles, paulatinamente vaya estableciendo un nexo que al asociarse fortuitamente a un Factor de Riesgo de manera y forma permanente, puede ir condicionando lo que posteriormente será una adicción. Si dicho emparejamiento da origen a una familia, se va formar un clima donde la relación entre la pareja y esta con los hijos se desarrolle de manera disfuncional en un tiempo no determinado, características posiblemente orientadas a determinada patología.

Existen sistemas familiares disfuncionales, que generan una atmósfera patológica para la inserción de cuadros neurotípicos, psicopatogénicos, psicopatogénicas y Adictogénicos. La disfuncionabilidad familiar así conceptualizada puede ocasionar de manera genérica el siguiente tipo de familias(1)

2.5 CLASIFICACIÓN GENÉRICA DE LAS FAMILIAS DISFUNCIONALES

Cada una de ellas y en contacto con los factores de riesgo compatibles con cada uno de sus miembros y/o su factor predictivo correspondiente pueden incubar y hasta desencadenar los cuadros psicopatológicos respectivos. Cuando una persona recurre a consulta psicológica o psiquiátrica por algún problema referido a la especialidad rara vez asiste toda la familia, a no ser que el psicoterapeuta pueda ejercer la subespecialidad de terapia familiar sistémica y que el terapeuta desee incluir a la familia en su totalidad o se desee que la terapia sea involucrando a todos los miembros del sistema familiar, de no ser así el tratamiento se efectúa de forma personal o dirigido únicamente a un familiar. Cuando el Psicoterapeuta aborda al sistema familiar para iniciar una Psicoterapia, a la familia en su totalidad se le considera como “el paciente”, siendo a la vez que en un miembro de la familia sea en quien recaer de manera más profusa la patología. La expresión de la patología familiar (efecto-síntoma), cuya función es obtener un equilibrio del desequilibrio y que ésta se acomode y aprenda a comportarse de manera específica frente a su familiar. Es importante observar en una familia la forma en que se constituyen los roles complementarios y en que momento aparecen los Disfuncionales, quienes los asumen, la caracterización de su manejo, etc.

Familias disfuncionales neurotigénicas: generan comportamientos neuriformes o neuróticos en su familia.

Familias disfuncionales psicotigénicas: generan en su clima trastornos mentales mediante elementos afines como la comunicación de doble vínculo, dispersión de su familia y frialdad en los afectos. Familias disfuncionales psicopatogénicas: propician en su atmósfera los elementos compatibles con casos de conductas antisociales, disruptivas (autolesiones y violencia con los demás): disocialidad, trastornos negativistas desafiantes y psicopatías. En estas familias solemos también encontrar los factores predictores de esta patología al hallar antecedentes familiares compatibles con cuadros de antisocialidad.

- a. Familias disfuncionales adictógenas: condicionan en su clima casos de adicciones en sus diversas modalidades y hacia diversos elementos sujetos de adicción.
- b. Existen dos modalidades de presentarse la adictogenia en la disfuncionabilidad familiar, de la siguiente manera:
 - Familias disfuncionales adictogénicos prodrugadependientes, es decir que promueven la aparición de casos de adicciones a sustancias químicas.
 - Familias disfuncionales adictogénicos pro-adicciones atípicas, es decir que promueven el brote de casos de adicciones atípicas o adicciones no convencionales, entre sus integrantes.(3)

2.6 TIPOS DE FAMILIAS DISFUNCIONALES ADICTOGÉNICAS

En lo que concierne a las familias disfuncionales que promueven el consumo de sustancias químicas, puede tratarse de productos químicos que están fuera de la ley o sustancias legales de la siguiente manera:

a. Tipos De Familias Disfuncionales Adictogénicos Prodrugadependientes

Familias disfuncionales adictogénicas que promueven el consumo de sustancias de tipo medicamentoso o adicciones a sustancias químicas legales, alcohol, tabaco, medicamentos, azúcares. Se les denomina familias “criptofarmacodependientes”.

La baja tolerancia al dolor físico o psicológico, la incapacidad para controlar los periodos de insomnio, depresión, manejar la ansiedad son en estas familias consecuencia de esta habituación. Esto condiciona a que el hijo no aprenda a movilizar sus recursos para abordar o manejar adecuadamente los problemas que suelen suceder en la vida diaria tornándolos dependientes de sustancias farmacológicas.

Familias disfuncionales adictogénicas que promueven el consumo o adicciones a sustancias químicas ilegales, como marihuana, cocaína. Las opiniones que tienen los miembros de estas

familias hacia las drogas, consumo y tráfico de éstas, es blando permisivo y poco crítico e inclusive alguno de ellos puede ser consumidor activo de alguna sustancia psicoactiva, de esta composición.

De acuerdo a las características clínicas, composición o estructura, las familias disfuncionales adictogénicas pueden generar mayor o menor probabilidad de producir cuadros de adicciones en lo referente a las adicciones químicas como a las atípicas de la siguiente manera:

b.1. Tipos de Familias Disfuncionales Adictogénicas Pro-adicciones

Familias que en su atmósfera promueven el uso de drogas legales: alcohol, tabaco, medicamentos a las cuales se les designa como criptofarmacodependientes.

Familias que en su atmósfera promueven el uso de drogas ilegales (clorhidrato de cocaína, cannabínoles, pasta básica de coca, etc.)

b.2. Familias disfuncionales adictogénicas pro-adicciones atípicas:

Familias que promueven selectivamente las adicciones a los instrumentos o aparatos: televisión, computadoras, juegos electrónicos, etc.

Familias que en su clima promueven las adicciones a las actividades físicas mentales: trabajo, deporte, relaciones coitales, juego de azar, gasto, etc.

Familias que en su clima promueven las adicciones a personas.(3)

2.7 TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Es un trastorno psiquiátrico crónico y grave caracterizado por un patrón de múltiples síntomas somáticos, clínicamente significativos y recurrentes (incluidos el dolor y los síntomas genitourinarios, sexuales y neurológicos), que no se pueden explicar suficientemente por la

presencia de una enfermedad orgánica. A menudo se trata de un trastorno familiar, cuya etiología se desconoce.

Una personalidad de tipo narcisista (es decir, con notable dependencia e intolerancia a la frustración) contribuye a los síntomas físicos, que parecen representar la somatización de una demanda inconsciente de atención y cuidado.

Este trastorno se registra especialmente en mujeres, mientras que los familiares varones de las mujeres afectadas tienden a mostrar una elevada incidencia de personalidad antisocial y trastornos ligados al consumo de sustancias.(5)

a. Síntomas

Los síntomas se inician en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, con una constelación de muchos síntomas físicos vagos. Puede verse afectada cualquier parte del organismo, dándose variaciones de los síntomas y su frecuencia de unas culturas a otras. En Estados Unidos los síntomas típicos consisten en cefaleas, náuseas y vómitos, hinchazón, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, dismenorrea, fatiga, desmayos, dispareunia, pérdida del deseo sexual y disuria. Los varones con frecuencia se quejan de disfunción eréctil o eyaculatoria. También son comunes una amplia gama de síntomas neurológicos. La sintomatología es básicamente física, pero también puede haber ansiedad y depresión. Típicamente, los pacientes describen sus síntomas con dramatismo y llenos de emoción, refiriéndose a ellos algunas veces como «insoportables», «imposibles de describir» o «lo peor imaginable».

Este tipo de pacientes se torna extremadamente dependiente en sus relaciones personales; cada vez solicitan más ayuda y apoyo emocional y cuando sienten sus necesidades insatisfechas se ponen rabiosos. A menudo se les describen como exhibicionistas y seductores. En su intento

de manipular a los demás, estos pacientes pueden amenazar con suicidarse o incluso intentarlo. Es frecuente que, descontentos con la atención médica que reciben, vayan de un médico a otro.

La intensidad y persistencia de los síntomas es un reflejo del enorme deseo del paciente por ser atendido en todos los aspectos de su vida. De hecho, los síntomas le sirven para evitar las responsabilidades de adulto, aunque también le impiden sentir placer y sirven como castigo, lo que apunta hacia los sentimientos subyacentes de indignidad y culpa.(6)

b. Diagnóstico

Estos pacientes no tienen conciencia de que su problema básico es de tipo psicológico, de forma que presionan a los médicos para que les hagan pruebas y les apliquen tratamientos; aquéllos suelen acceder a realizar exploraciones y análisis para descartar que el paciente no tiene ningún trastorno físico que explique sus síntomas. Sin embargo, como estos pacientes pueden desarrollar problemas físicos concomitantes, también hay que realizar una adecuada exploración física y las oportunas pruebas de laboratorio cuando los síntomas cambian significativamente. Es común la remisión a la consulta de especialistas, aun cuando el paciente haya logrado una relación razonablemente satisfactoria con un médico.(22)

Los criterios específicos de diagnóstico incluyen el comienzo de las quejas físicas antes de los 30 años de edad, un historial de dolor localizado al menos en cuatro partes del cuerpo, dos o más síntomas genitourinarios, por lo menos un síntoma sexual o ligado al aparato reproductor y, como mínimo, un síntoma neurológico (aparte del dolor). El diagnóstico viene refrendado por la aparatosa naturaleza de las quejas y la conducta exhibicionista, dependiente, manipuladora y, en ocasiones, suicida del paciente. El trastorno de somatización suele estar asociado a trastornos de personalidad, especialmente los trastornos de personalidad histriónica, *borderline* y antisocial.(23)

Cuando un paciente con problemas somatomorfos persistentes y recurrentes no cumple plenamente los criterios antes citados, se habla de trastorno somatomorfo indiferenciado.

El trastorno de somatización se diferencia del trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de conversión y la depresión mayor por el predominio, multiplicidad y persistencia de los síntomas físicos, la ausencia de signos y síntomas biológicos característicos de la depresión endógena y la calidad superficial y manipuladora de la conducta suicida.(7)

c. Pronóstico y tratamiento

El trastorno de somatización fluctúa en cuanto a gravedad, pero persiste a lo largo de toda la vida. Es raro el alivio completo de los síntomas durante un período de tiempo largo. Después de muchos años, algunas personas se tornan más abiertamente deprimidas, de forma que el riesgo evidente de sus ideaciones suicidas se hace más ominoso.

El tratamiento es extremadamente difícil. Los pacientes tienden a sentirse frustrados y a mostrarse irritables ante cualquier sugerencia de que sus síntomas son de origen psicológico. Los fármacos son en gran medida ineficaces e incluso cuando el paciente acepta consultar con un psiquiatra, la psicoterapia raramente resulta útil. Usualmente el mejor tratamiento consiste en que el médico establezca

2.8. DEPRESION

2.8.1. EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno depresivo mayor tiene una elevada prevalencia, 5% anual en la población general; 15 % de por vida. Si bien en un porcentaje alto de casos no llega a la consulta de psiquiatría (sólo el 10%). Esta prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (hasta 2:1), las tentativas de suicidio en general son más frecuentes en mujeres, si bien el suicidio consumado lo es en

varones. La media de edad de aparición se sitúa en los cuarenta años. Como algunos factores de riesgo apuntaremos la pobreza, enfermedades crónicas (físicas y mentales), consumo de alcohol-tabaco, circunstancias laborales adversas, estado civil, estrés crónico, antecedentes familiares de depresión, rasgos desadaptativos de la personalidad, trastornos de ansiedad, migraña.

2.8.2. ETIOPATOGENIA

Siguiendo el modelo de otras patologías (p.ej., cardiopatía isquémica), hoy en día podemos considerar que sobre una carga genética determinada, propia del individuo, actúan una amplia serie de factores a lo largo de la vida que en un momento determinado pueden devenir en la aparición de síntomas depresivos

Podemos considerar que existe un umbral condicionado por la carga genética y las experiencias tempranas que a su vez condicionan una estructura de personalidad determinada con unos mecanismos de defensa propios. Todo ello determinará la posibilidad de aparición de síntomas depresivos al interactuar con factores ambientales. (9)

2.8.3. CLÍNICA

A continuación se exponen una serie de síntomas clínicos que pueden darse en la depresión. Hay que tener en cuenta que pueden aparecer en un número y grado variable en cada paciente y que tienden a ocultar la sintomatología por diferentes motivos. El poder contar con la información y cooperación de terceros resulta útil para el enfoque diagnóstico y terapéutico (mecanismos de defensa del paciente, aspectos culturales, conciencia del trastorno...). La exploración no tiene que convertirse en un *interrogatorio* sino que en el propio discurso y contacto del paciente se harán patentes muchos de estos ítems en el momento de realizar la historia clínica. Después se podrán realizar las preguntas cerradas (dirigidas) necesarias para afinar ciertos aspectos psicopatológicos que no hayan quedado suficientemente claros. Es

importante precisar desde cuándo existen los síntomas (no es lo mismo por ejemplo unas quejas de veinte años de evolución de apatía subsindrómica que un cuadro brusco de dos meses de evolución con claudicación del individuo).

Considerar como síntomas nucleares la tristeza vital y anhedonia (incapacidad o disminución de disfrute de actividades previamente placenteras). (10)

Es fundamental diferenciar entre tristeza vital normal y tristeza vital patológica. Se marca esta diferencia valorando la afectación sociolaboral existente y la desproporción entre el estímulo desencadenante identificable e intensidad y duración de los síntomas presentes. Los procesos de duelo no deben confundirse con cuadros depresivos sin más porque la actitud psicoterapéutica y farmacológica es diferente. El contacto del paciente depresivo tiene una serie de características posibles como la *facies* triste, una apariencia descuidada, un curso bradipsíquico, disminución de la reactividad en entrevista; o incluso mantener una actitud irritable con el entrevistador. Puede aparecer inhibición psicomotriz y más raramente agitación, más propio de las melancolías involutivas y ancianos, y puede dar lugar a dificultades diagnósticas.

Entre los síntomas somáticos destaca el insomnio, de conciliación (suele relacionarse con trasfondo ansioso, reactivo) o de mantenimiento (el despertar precoz es propio de la depresión melancólica), la disminución del apetito y peso, la disminución de la libido y la astenia o anergia. Como síntomas afectivos, además de la anhedonia, aparecen la apatía (desinterés por el medio), la abulia (falta de iniciativa para emprender actividades), la desesperanza vital y la irritabilidad (en ocasiones es lo que predomina, y puede ser compartida por cuadros hipomaníacos). Entre los síntomas cognitivos; es frecuente el déficit en atención/concentración. Sobre la ideación suicida, se debe explorar la existencia de ideas de muerte (al paciente no le importaría desaparecer) frente a ideas suicidas estructuradas o no

(considerando grado de planificación, método considerado, y factores protectores). (11)

Siempre se debe explorar este aspecto clínico, el hecho de hablar de suicidio con el paciente no va a aumentar el riesgo, pudiéndose explorar con preguntas en forma escalonada (pérdida del sentido de la vida, ideas pasivas de muerte, ideas de autolisis). Son factores de riesgo el sexo masculino, la edad avanzada, la falta de apoyo sociofamiliar, el abuso de alcohol y otras drogas, las tentativas previas y la existencia de síntomas psicóticos (ruina, culpa). Debemos considerar la hospitalización cuando no haya garantías de contención a nivel ambulatorio. Es preciso tener en cuenta que hasta el 15% de melancólicos termina por suicidarse, como parte de la evolución de esta patología. Pueden aparecer ideas obsesivoides, con características propias de ideas obsesivas (intrusas, parásitas, crítica de las mismas y resistencia, con sufrimiento psíquico), siendo en este caso secundarias al estado de ánimo. También es posible la existencia de ideas de ruina, culpa, hipocondríacas; con mayor o menor penetrancia psíquica. (21)

Éstas alcanzarán rango delirante en ciertas depresiones melancólicas; congruentes o no con el estado de ánimo depresivo (rango delirante conlleva convicción absoluta, sostenidas con resistencia a toda argumentación lógica, sin poder explicarse éstas desde el punto de vista cultural). (27).

Históricamente se han realizado distintas clasificaciones sobre la depresión, teniendo en cuenta diversos aspectos.

Resultan unas más útiles que otras en función de que orienten hacia una actitud terapéutica determinada. Así, podrían dividirse según la causa en endógenas o exógenas, según los síntomas existentes en neurótica o psicótica, según su curso clínico en función de la evolución de los síntomas, según su gravedad considerando el número de síntomas al estilo del DSM V

y CIE 10. A continuación se proponen algunas agrupaciones sindrómicas que pueden ser útiles, siendo clínicas y meramente orientativas:

Depresión endógena (melancólica): predominio matinal de ánimo bajo, insomnio de mantenimiento, anhedonia más marcada, carga genética mayor, antecedentes personales y familiares, ritmo estacional primavera-otoño, más inhibición psicomotriz, posibles síntomas psicóticos, mayor riesgo de suicidio, clásicamente respuesta a tricíclicos, propias de fases depresivas dentro de trastorno bipolar.(26)

Depresión reactiva (neurótica): empeoramiento vespertino del ánimo, insomnio de conciliación, mayor componente ansioso en general, factor desencadenante asociado con más claridad, más rasgos desadaptativos de la personalidad, mayor importancia de psicoterapia.(28).

Depresión atípica: diferentes acepciones, en general se aplica a aquellas con síntomas vegetativos invertidos a lo habitual, hipersomnias en lugar de insomnio, hiperfagia en lugar de disminución del apetito.

Depresión enmascarada (equivalente depresivo): aquella en la cual predominan los síntomas somáticos sobre los síntomas depresivos clásicos (cefalea, algias varias, molestias gastrointestinales). Tiene una alta prevalencia.(4)

2.8.4. DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos están especificados en CIE 10 y DSM V. En los mismos se califican los episodios depresivos en función del número de síntomas, de menor a mayor gravedad, a diferencia de las clasificaciones más clínicas o fenomenológicas que expusimos previamente. Esto implica calificar un episodio depresivo como leve, moderado o grave y con o sin síntomas psicóticos. Existen diferentes escalas para evaluar la depresión (Hamilton, Beck), teniendo dichas escalas un valor orientativo y en todo caso útil para investigación. Estas

escalas en ningún caso deberían sustituir el diagnóstico clínico, que se basa en la entrevista clínica. Identificar una serie de síntomas diana determinados permite orientar la terapéutica en torno a los mismos y su curso (psicoterapia, perfiles farmacológicos).(4)

2.8.5. TRATAMIENTO

2.8.5.1. PSICOTERAPÉUTICO

La actitud psicoterapéutica debe plantearse ante cualquier cuadro depresivo, de alguna manera está (o debería estar) implícita en mayor o menor medida en cualquier acto con fines terapéuticos. Si bien las terapias psicológicas son consideradas un tratamiento eficaz de los trastornos depresivos sobre todo las diseñadas específicamente, el hecho de comparar los distintos enfoques terapéuticos entre sí tiene evidentes limitaciones, fundamentalmente a la hora de cuantificar entre otros la efectividad del psicoterapeuta con una técnica determinada. Este hecho es más notable en el caso de terapias de orientación dinámica. De los estudios realizados las de mayor evidencia científica (dentro de las limitaciones citadas) serían la terapia cognitivo-conductual y la interpersonal, que han mostrado eficacia en las depresiones de carácter leve y moderado, y en combinación con antidepresivos en las graves. En general, las terapias conductistas se centrarían en el aprendizaje de sentido de control y manejo del entorno mediante el uso de reforzamiento positivo; las terapias cognitivas en la reformulación de distorsiones cognitivas; en la terapia interpersonal la focalización en problemática interpersonal actual en relación a relaciones disfuncionales tempranas; mientras que las terapias de orientación psicoanalítica irían hacia la comprensión del síntoma y sus motivaciones inconscientes.(12)

2.8.5.2. FARMACOLÓGICO

El empleo de antidepresivos para el tratamiento de los trastornos depresivos se generalizó a partir de los años 50. Existen varios grupos de antidepresivos, entre los cuales se encuentran

los antidepresivos heterocíclicos y afines, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos noradrenérgicos y los de acción dual etc... Para más detalle sobre los mismos remitimos al capítulo correspondiente. De los estudios en los que se ha comparado la eficacia entre los antidepresivos tricíclicos, los ISRS y otros nuevos antidepresivos se concluye que no existen diferencias de forma general entre ellos, pese a que en algunos trabajos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a favor de los tricíclicos, venlafaxina y escitalopram, su significado clínico es incierto o no relevante. Una opción correcta sería emplear aquellos que a igualdad de efectividad tuviesen un menor perfil de efectos adversos, mejor tolerabilidad y menor potencial de toxicidad ante sobredosis. Antes de iniciar tratamiento es preciso recoger episodios previos, edad de inicio, duración, tratamiento utilizado previo, patología médica asociada y tratamientos concomitantes por riesgo de interacciones.(13)

2.9. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la preocupación excesiva (expectación aprensiva) y la aparición de síntomas de angustia permanentes, aunque estos síntomas fluctúan según los acontecimientos de la vida diaria. Desde su primera descripción en el DSM-III, el trastorno de ansiedad generalizada fue considerado una categoría residual. Actualmente, diversos autores han criticado su estatus nosológico y se propone, para los siguientes DSM, el uso de una concepción diagnóstica dimensional. Los síntomas pueden agruparse en tensión motora, hiperactividad vegetativa e hiperactivación (expectación aprensiva, hipervigilancia), aunque los pacientes suelen quejarse de inquietud, incapacidad para relajarse y fatiga. La tensión muscular ocasiona bastantes cefaleas y dolores musculares crónicos. Si el cuadro se prolonga, se pueden sobreañadir síntomas depresivos como tristeza, apatía, astenia intensa, desinterés, pérdida del impulso vital, etc. Como en el trastorno de angustia, aunque sin una manifestación crítica de los síntomas, en la ansiedad generalizada los síntomas vegetativos son

variados y pueden remedar a una serie de enfermedades médicas, de modo que suelen ser atendidos por especialistas ajenos a la salud mental²⁴. Para el diagnóstico en el DSM-IV-TR⁶ se requiere ansiedad y preocupación durante seis meses, más como mínimo tres de los siguientes seis síntomas: • Inquietud • Fatigabilidad fácil • Dificultad de concentración • Irritabilidad • Tensión muscular • Alteraciones del sueño Se requiere además afectación clínicamente significativa o deterioro social, laboral u otros.⁽¹⁴⁾

2.9.1. EPIDEMIOLOGÍA

Se admite que su prevalencia a lo largo de la vida en la población general es de un 5% (0,5-9,2%) y de un 12% según estudios realizados en pacientes de atención primaria.

Entre los factores de riesgo principales se encuentran: la edad de inicio (antes de los 25 años en la mayoría de los casos), el sexo (afecta al doble de mujeres que de varones) y una historia familiar de TAG. ⁽¹⁵⁾

2.9.2. ETIOPATOGENIA

En la actualidad está aceptado que existen tres tipos de factores fundamentales que pueden encontrarse en el origen de la enfermedad

a) Factores de tipo biológico

Está demostrada cierta agregación familiar. La hiperactividad del córtex cingulado frontal determina el exceso de preocupación. Se sabe también que el tálamo es responsable de la hipervigilancia, los ganglios basales de la tensión motora y el lóbulo temporal de los síntomas autonómicos y alteraciones neuroquímicas (disfunción en los sistemas gabaérgico, noradrenérgico y serotoninérgico).⁽²⁴⁾

b) Factores de tipo cognitivo

Los sujetos con personalidad ansiosa prestan más atención a detalles menores y presentan una percepción reducida de su capacidad de afrontamiento de las dificultades.

c) Factores de tipo psicosocial

Hay estudios que sugieren que la influencia del tipo de educación, los acontecimientos vitales estresantes y las relaciones familiares y laborales son factores de riesgo para desarrollar un TAG. (16)

2.9.3. CLÍNICA

Los síntomas más característicos de este trastorno son ansiedad y preocupación excesiva, asociadas a sintomatología de tipo somático caracterizada fundamentalmente por tensión motora (contracturas musculares, inquietud, etc.), cefaleas, hiperactividad vegetativa (sudoración, palpitaciones, síntomas gastrointestinales, etc.), insomnio e irritabilidad. Las personas que presentan este trastorno también suelen presentar con relativa frecuencia disminución de la capacidad de atención y concentración y sensación de embotamiento mental. Una vez se ha desencadenado el cuadro clínico, los síntomas se hacen autónomos y persisten a pesar de que desaparezca el factor estresante. (17)

2.9.4. DIAGNÓSTICO

Para realizar un diagnóstico de TAG el paciente debe presentar un estado de ansiedad difusa y persistente asociada a una preocupación excesiva y de difícil control. Estos síntomas deben aparecer la mayor parte de los días y durante un período mínimo de seis meses. Es importante descartar que el cuadro clínico sea secundario al efecto de una sustancia o a una enfermedad psiquiátrica o médica.

2.9.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial del TAG hay que incluir tanto las enfermedades psiquiátricas que cursan con ansiedad como las médicas. También es preciso descartar la intoxicación por tóxicos o que el paciente presente un síndrome de abstinencia a alguna sustancia.(18)

2.9.6. POBLACIONES ESPECIALES

Los trastornos de ansiedad también son la forma más común de psicopatología en los niños con una prevalencia a lo largo de la vida del 9%. Los niños con trastornos de ansiedad presentan mayor tendencia a desarrollar psicopatología comórbida como trastornos afectivos y alteraciones de la conducta.

Se considera que el TAG está presente en un 3,6% de la población anciana. Suele presentarse de forma comórbida con sintomatología depresiva, por lo que tiende a perder su entidad nosológica. (19)

2.9.7. TRATAMIENTO

Los objetivos principales del tratamiento del TAG son aliviar la ansiedad, reducir la discapacidad, mejorar la calidad de vida y tratar la comorbilidad. Es característica la larga duración del tratamiento. Como primera línea de tratamiento se emplean los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) durante un período de tiempo entre 6 y 12 meses.

Es conveniente iniciar el tratamiento con ISRS a dosis bajas e ir aumentándolas progresivamente en función de la eficacia y tolerancia del tratamiento. Como segunda línea, se pueden utilizar los llamados antidepresivos duales como la venlafaxina y duloxetina.

Con cierta frecuencia es necesario complementar este tratamiento con otros psicofármacos (benzodiazepinas, pregabalina, gabapentina, etc.), intentando en el caso de la benzodiazepinas reducir al mínimo su tiempo de uso, debido al riesgo de tolerancia y potencial adictivo.(25) No existe evidencia científica de la eficacia de asociar psicoterapia a la farmacoterapia desde el inicio del tratamiento, por lo que su inicio suele retrasarse hasta pasados dos meses del tratamiento con antidepresivos. Lo habitual es que se realicen entre seis y doce sesiones de técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual y aprendizaje de técnicas de afrontamiento. En caso de respuesta pobre al tratamiento es preciso reconsiderar la posibilidad de que exista una enfermedad médica. Una vez descartada esta posibilidad se puede aumentar la dosis de ISRS o potenciar su efecto añadiendo al tratamiento una benzodiazepina o un estabilizador del estado de ánimo.(20)

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Marcos Villavicencio Morales. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.

Disfunción familiar y su relación con morbilidad en usuarios del consultorio externo de geriatría en el Hospital Dos de Mayo del 2007 a 2013.

Objetivo: Determinar la relación entre la disfunción familiar y la morbilidad aguda. Diseño: Cohorte Retrospectivo. Resultados: El promedio de edad fueron 72.8 años para los casos y 74.9 años para los controles, el sexo femenino fue predominantemente mayor en ambos grupos con un 70.3% y 68.5% de los casos y controles respectivamente; el grado de instrucción observado con mayor frecuencia es el de educación primaria (26/54 y 24/54) en los casos y controles respectivamente, la viudez es el estado civil que se encuentra alrededor del 60 % para ambos grupos del estudio; 59.3% en los casos y 62.9% en los controles. Los pacientes con disfunción

familiar presentan alguna morbilidad aguda en un 55.6% mientras que los controles solo en un 20.4%, El riesgo relativo observado es de 2.73 (IC 95%, 1.53 – 4.87) y un Chi Cuadrado de 14.19 ($p < 0.001$).⁽²⁹⁾

3.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con Cáncer de próstata en el Hospital General de zona Número 8. De Córdoba Veracruz”

Objetivo: Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en relación con la disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz. Material y métodos: Observacional, transversal, prospectivo a cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Cáncer de próstata en el servicio de urología del Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz. Que contaran con criterios de inclusión en el periodo de estudio de 31 de enero del 2012 al 30 de marzo del 2013. Se realizó un análisis estadístico de los datos con el programa SPSS 18. Resultados: El grupo de edad más representativo fue el de 60 años con una frecuencia de 23(18 %), una Media de 51.08 y una desviación estándar de 11. Con respecto a la escolaridad: 62 contaron con educación primaria (52.0%) siendo este grupo el más representativo. El parentesco de los cuidadores primarios 58 son esposas (47.2%). Los cuidadores primarios 110(89.4%) se encontraron con ansiedad con una p de 0.01 y 104 (84.6%) se encontraron con probable depresión con un valor de p de 0.02. así mismo. La prevalencia de ansiedad en el grupo de disfunción familiar moderada es 39.8 % con una P de 0.02, la prevalencia de depresión en el grupo de disfunción familiar fue el de disfunción familiar moderada con 38.2% y una P de .001.Sin embargo los 19 cuidadores primarios que presentaron disfunción familiar severa en su totalidad presentaron ansiedad y depresión. Conclusiones: Los cuidadores primarios que

presentaron ansiedad y depresión cursan con disfunción familiar severa. Por lo que el médico familiar tiene que utilizar las herramientas necesarias para diagnosticar la funcionalidad familiar. En cuidadores primarios de pacientes con Cáncer de Próstata. Palabras clave: Cuidadores primarios, disfunción familiar moderada, disfunción familiar severa, ansiedad, depresión.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

1. Determinar los problemas psicosociales y cifras sociodemográficas presentes en hogares con disfunción familiar de pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017

4.2. Objetivos específicos:

Determinar el grado de disfuncionabilidad familiar presentes en hogares con disfunción familiar de pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017

Determinar las características sociodemográficas presentes en hogares con disfunción familiar de pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017

Determinar la relación entre enfermedad, tipo de tratamiento, tiempo de tratamiento y el grado de disfuncionabilidad familiar, y la presencia de problemas psicosociales en los pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017

Determinar la relación entre las variables sociodemográficas y el grado de disfuncionabilidad familiar, y la presencia de problemas psicosociales en los pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017

5. HIPOTESIS

Dado que existe una presentación alta de enfermedades tipo cáncer en la población arequipeña.

Es probable que exista alguna relación entre la existencia de problemas psicosociales y el grado de disfuncionalidad familiar en los pacientes que acuden a la consulta ambulatoria en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa, 2017.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

Técnica: mediante entrevista directa, con el paciente, tipo cuestionario para la recolección, observación de la población en estudio directamente en las historias clínicas.

Instrumento:

APGAR familiar, es un instrumento donde se puede conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes.

Cuestionario de salud general de Goldberg GHQ28, puede ser elegido para evaluar la salud mental en estudios epidemiológicos a nivel de atención primaria de salud en nuestro medio, si tenemos en cuenta su fácil aplicación e interpretación, y su demostrada validez.

La consistencia interna del General Health Questionnaire ha sido demostrada en numerosos estudios. Así, Alvaro, Garrido y Moret estudiando muestras de jóvenes en España (Álvaro

Estramina JL, Características psicométricas del cuestionario de salud general de Goldberg. Notas del curso de doctorado impartido en la Universidad Complutense. Madrid, 1996), en diferentes estudios encontraron coeficientes alfa de Cronbach entre 0,82 y 0,85. Politi en Italia, Sheks en China y Banks en Gran Bretaña,¹³ también encontraron valores similares.(31)

CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial:

En los pacientes que acuden a los consultorios externos de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa

2.2 Ubicación temporal:

El presente trabajo se llevara a cabo durante el mes enero febrero y marzo del 2017.

2.3 Unidades de estudio:

Pacientes que acuden a los consultorios externos de oncología donde se tomara una muestra de 134 pacientes del Hospital Goyeneche Arequipa 2017.

2.4 Universo o población:

Pacientes que acuden a los consultorios externos donde se tomara una muestra de 134 pacientes de oncología del Hospital Goyeneche Arequipa entre los meses de enero a febrero del 2017

2.5. Muestra:

Tamaño de la muestra

Para determinar la muestra se partió de la encuesta estructurada.

$$n = \frac{z^2(p * q) * N}{e^2(N - 1) + z^2(p * q)}$$

Dónde:

N= población del cercado (205).

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza (al 95% tiene un valor Z de 1.97)

p = % de probabilidad (50%)

e = Error muestral permitido (5%)

$$n = \frac{1.97^2(0.50 * 0.50) * 205}{0.05^2(205 - 1) + 1.97^2(0.50 * 0.50)}$$

$$n = 134$$

2.5. Criterios de inclusión:

- Paciente mayor de 18 años
- Paciente con diagnostico definido de enfermedad oncológica
- Historias clínicas completa
- Firma de consentimiento informado
- Deseo de intervenir en el estudio

2.6. Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que se encuentren incompletas
- No firma del consentimiento informado

- Paciente con alteraciones mentales o en algún tratamiento psiquiátrico
- Ausencia de datos confirmatorios del diagnóstico en la historia clínica

2. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

- ◆ Autorización del Director del Hospital y el respectivo jefe del servicio.
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.

3.2. Recursos:

- ◆ De personal: El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.
- ◆ Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- ◆ Historias clínicas: proporcionadas por personal que labora en cada servicio.
- ◆ Económicos: aportados íntegramente por el autor

3.3 Criterios o estrategias para manejar resultados:

1. Plan de procesamiento de datos: Se creara una base de datos en Excel, y método estadístico SPSS 19.0.
2. Plan de consistencia de datos: Se realizara un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentaran en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes.

3. Plan de análisis de resultados: Análisis y discusión, en estadística descriptiva, análisis de regresión múltiple, nivel de significación estadística se calcularán los intervalos de confianza al 95% de los diferentes estadísticos descriptivos y de comparación.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Febrero 2017	Febrero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017	Marzo 2017
Búsqueda de bibliografía	X				
Plan de tesis	X				
Aprobación del Plan de tesis		X			
Ejecución e Informe final			X	X	X

BIBLIOGRAFIA

1. Agueda Reynalte, Disfuncionalidad familiar. Lima, 2010.
2. W. Kaslow c.Manual de Diagnóstico de relación y de la Familia de Florencia patrones disfuncionales 2006
3. MerckEl manual merck. , s.a. Elsevier España, 2007 (11ª ED.)
4. Noyes R, Stuart S, Watson DB, Langbehn DR (2006). «Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature». *Psychother Psychosom* **75** (5): 270-81.
5. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
6. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: Meditor; 1998.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA American Psychiatric Association; 2013.
8. Burton C. Beyond somatization: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms. *Br J Gen Pract*. 2003;53:233-41.
9. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002:575-9.
10. Taylor D, Paton C, Kerwin R, London and Maudsley NHS Trust, Oxleas NHS Foundation Trust. The Maudsley Prescribing Guidelines. 9a ed. London: Informa Healthcare.2007.
11. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6a ed. Barcelona: Masson. 2006:435-45.

12. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9a ed. Madrid: Waverly Hispánica. 2004.
13. Psiquiatría clínica. 9a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2004:668-76.
14. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10a ed. Ginebra. 275-6.
15. S. Freud. Duelo y melancholia. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1917.
16. Bazire S. Psychotropic drug directory: the professionals' pocket handbook and aide memoire. Salisbury: Fivepin Publishing Ltd. 2005.
17. Stahl SM. Stahl' essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. Cambridge University Press. 2008.
18. Palomo T, Jiménez Arriero MA. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. 2009:325-43.
19. Kaplan HI, Sadock BJ. Trastornos de ansiedad. En: Sinopsis de Psiquiatría. 8a ed. Madrid: Ed. Panamericana. 1999:657-710.
20. Hales RE, Yudofsky ST. Trastornos de ansiedad. En: Tratado de Psiquiatría clínica. 4a ed. Barcelona: Ed. Masson. 2004:543-630.
21. Vallejo Ruiloba J. Fobias. En: Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 6a ed. Barcelona: Ed. Masson. 2006:389-401.
22. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JRT et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2005;19(6):567-96.

23. Schlatter J, Cano A, Cervera Enguix S. Trastornos fóbicos y fobia social. En: Trastornos Neuróticos. 1a ed. Barcelona: Psiquiatría Editores. 2002:299-325.
24. Frances A, Ross R. DSM-IV-TR, Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial. Barcelona: Ed. Masson. 2002.
25. Michael BF, Allan T. Anxiety Disorders: Social and Specific Phobias. En: DSM-IV-TR Mental Disorders: Diagnosis, Etiology and Treatment. England: Ed. Wiley and Sons. 2004:867-901.
26. Gabbard G.O. Social Anxiety Disorder and Specific Phobias. En: Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders. 4a ed. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2007:495-506.
27. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. Am J Psychiatry. 2005;162:1179-87.
28. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.a ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
29. Marcos Villavicencio Morales. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Disfunción familiar y su relación con morbilidad en usuarios del consultorio externo de geriatría en el Hospital Dos de Mayo del 2007 a 2013
30. De Córdoba Veracruz. Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con Cáncer de próstata en el Hospital General de zona Número 8.”
31. Politi PL, Piccinelli M, Wilkinson G, Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. Acta Psychiatr Scand 1994;90(6):432-7.

ANEXO 2 CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					



ANEXO 3

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

