

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



Frecuencia de ansiedad y Factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche, Arequipa - 2016

Autora:

YANIRA DAYANNA CHILQUE GUEVARA

Trabajo de Investigación para obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

Arequipa - Perú

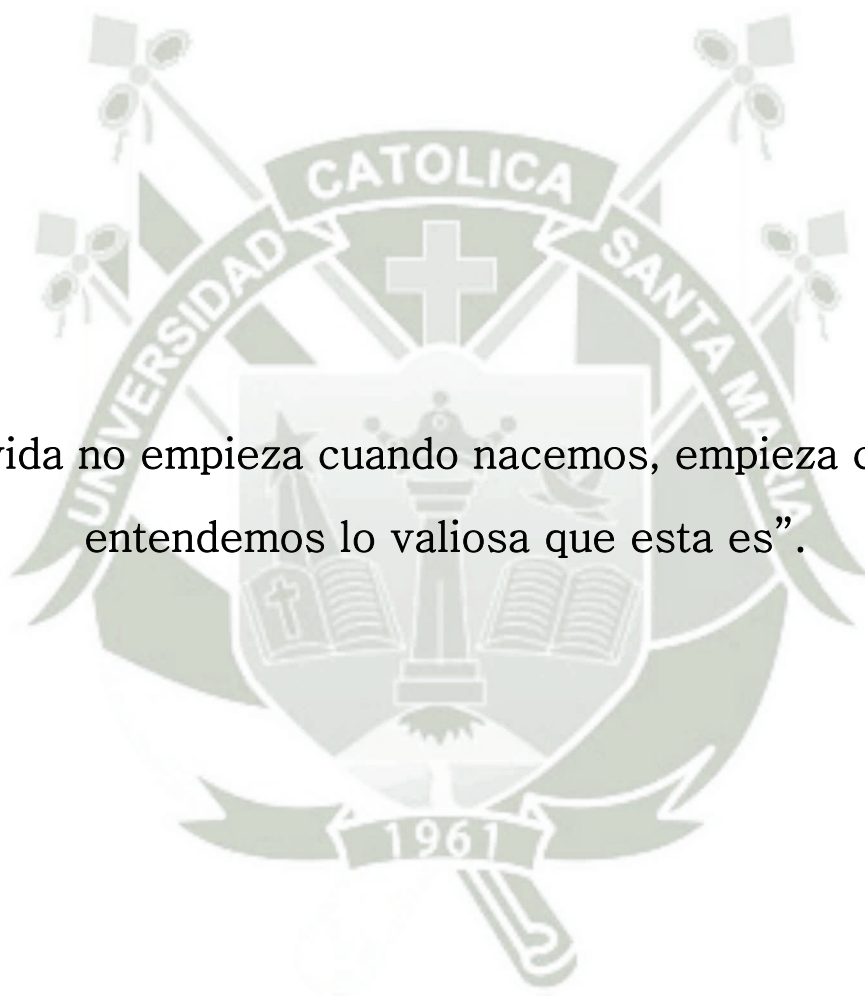
2016



A Dios, a Erick y mis padres Mario y Elizabeth, por su inmenso amor, por creer en mí y por ofrecerme el sabio consejo en el momento oportuno.

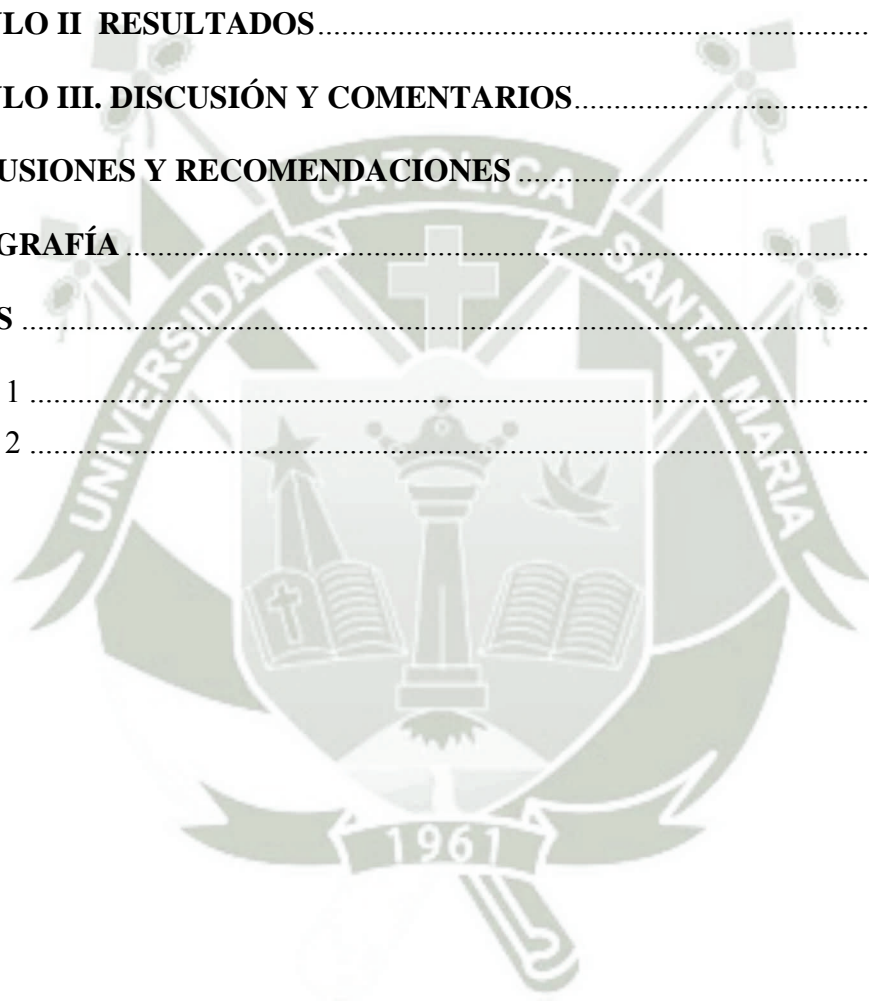
Epígrafe

“La vida no empieza cuando nacemos, empieza cuando entendemos lo valiosa que esta es”.



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	2
CAPÍTULO II RESULTADOS	7
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	52
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	64
Anexo 1	65
Anexo 2	101



RESUMEN

La ansiedad en pacientes con cáncer puede tener una mayor prevalencia, dados los factores continuos de la enfermedad y del ambiente social y familiar. El objetivo del presente trabajo fue, determinar el grado de relación entre el nivel de ansiedad y los factores epidemiológicos y clínicos asociados, en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche, Arequipa - 2016.; para lo cual se encuestó una muestra representativa de 169 pacientes que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos y la escala de ansiedad de Hamilton. Se comparan grupos con prueba Chi cuadrado y se asocian con coeficiente de Spearman. Los resultados obtenidos fueron: el 63.31% fueron mujeres y 36.69% varones, con $55.00 \pm 17,18$ años para los varones y 55.29 ± 13.98 años para las mujeres. El grado de instrucción predominante fue educación secundaria con 42.60%. El estado civil predominante fue casado con 36.09%. El tipo de familia predominante fue nucleada con 37.87%. Predominantemente la ocupación desempeñada fueron las labores del hogar con 42.60%. La neoplasia más frecuente fue genitourinaria con 43.79%, seguida de cáncer mamario, neoplasia digestiva y neoplasia hematológica. El tiempo de enfermedad en 52.66% de casos fue de 1 a 2 años. El tratamiento predominantemente recibido fue la quimioterapia en 88.76%. Se hizo psicoterapia en 14.20% de casos. El 76.33% de pacientes tuvo hospitalización previa. Se encontró que el 95.7% de pacientes con cáncer tenían ansiedad, de los cuales, el 52.07% con ansiedad mayor y 43.20% con ansiedad menor. La mayor edad se asocia a mayores niveles de ansiedad ($p < 0,05$; $R = 0,22$), así como el sexo femenino ($p < 0,05$; $R = 0,39$), la menor instrucción ($p < 0,05$; $R = -0,27$), el estado civil viudo ($p < 0,05$; $R = 0,23$), la familia incompleta ($p < 0,05$; $R = 0,17$), y la ocupación en labores del hogar ($p < 0,05$ $R = -0,29$). Entre las características clínicas, el tipo de cáncer (mamario) se asoció con los mayores niveles de ansiedad ($p < 0,05$; $R = 0,43$), mas no así el tiempo de enfermedad ($p > 0,05$; $R = 0,02$), la forma de tratamiento ($p > 0,05$; $R = 0,13$) el tratamiento con psicoterapia ($p > 0,05$; $R = 0,06$) o las hospitalizaciones previas ($p > 0,05$; $R = -0,03$). Se concluyó, que la ansiedad en pacientes con cáncer alcanza niveles elevados en la mayoría de pacientes y se relaciona principalmente con sus características epidemiológicas.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad – escala de Hamilton – cáncer – factores epidemiológicos – factores clínicos.

ABSTRACT

Anxiety in cancer patients may have a higher prevalence, given the continuing factors of the disease and the social and family environment. The objective of this thesis is to determine the degree of relationship between the level of anxiety and epidemiological and clinical factors associated, in cancer patients treated at the Hospital III Goyeneche, Arequipa - 2016. A representative sample of 169 patients who met the selection criteria, applying a data sheet and Hamilton anxiety scale were surveyed chi square test groups are compared and Spearman coefficient associated with. The results were: A 63.31% of patients were women and 36.69% men, with 55.00 ± 17.18 years for males 55.29 ± 13.98 years for females. The predominant instruction degree was secondary education, (42.60%). The predominant marital status was married (36.09%) or partner (21.89%). The predominant type of family was nucleated (37.87%). The predominant occupation was engaged in household chores (42.60%). In 43.79% of cases the tumor was genitourinary, follow by breast cancer, gastrointestinal neoplastic and hematologic malignancy. Time in 52.66% disease cases was 1 to 2 years. The predominant treatment received was chemotherapy (88.76%). In psychotherapy were 14.20% of cases. The 76.33% of patients had prior hospital. It was found that 95.7% of cancer patients had anxiety, 52.07% more anxiety and 43.20% less anxiety. Older age is associated with higher levels of anxiety ($p < 0.05$, $R = 0.22$) and females ($p < 0.05$; $r = 0.39$) and less educated ($p < 0.05$; $R = -0.27$) and marital status ($p < 0.05$, $R = 0.23$) and incomplete families ($p < 0.05$, $R = 0.17$) or occupation in housework ($p < 0.05$ $R = -0.29$). Clinical features, the type of cancer (breast) was associated with higher levels of anxiety ($p < 0.05$, $R = 0.43$), but not so sick time ($p > 0.05$; $R = 0.02$), the form of treatment ($p > 0.05$; $R = 0.13$) treatment with psychotherapy ($p > 0.05$; $R = 0.06$) or previous hospitalizations ($p > 0.05$; $R = -0.03$). The conclusions were, the anxiety in cancer patients reaches high levels in most patients, and is mainly related to its epidemiological characteristics.

KEYWORDS: Anxiety - Hamilton scale - Cancer - epidemiological factors - clinical factors.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un problema creciente en la población general; se refiere que hasta el 25% de la población sufre de ansiedad. La ansiedad en pacientes con cáncer puede tener una mayor prevalencia, dados los factores continuos de la enfermedad y del ambiente social y familiar que se ven afectados por la enfermedad y que, a diferencia de las personas sin cáncer, pueden mejorar con el tiempo favoreciendo la remisión de la ansiedad.

La identificación de la frecuencia y sobretodo de los factores asociados a ansiedad que afectan la salud mental en pacientes con cáncer, es de gran importancia porque permite identificar la magnitud del problema y establecer medidas apropiadas para disminuir la carga de los trastornos, favoreciendo un estado mental que pueda otorgar una mejor disposición hacia la enfermedad del cáncer y mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que la ansiedad en pacientes con cáncer alcanza niveles elevados en la mayoría de estos, y se relaciona principalmente con sus características epidemiológicas.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta y entrevista.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos y en la escala de ansiedad de Hamilton.

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Goyeneche de Arequipa –Perú.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el primer trimestre del año 2016.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos por consultorio externo de Oncología Médica en el Hospital Goyeneche.

Población: Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos por consultorio externo de Oncología Médica en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

Muestra: Se calculó un tamaño muestral con la fórmula para muestreo en poblaciones finitas conocidas:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

- N = Total de la población; atenciones por mes en consulta externa de oncología clínica: 300 pacientes
- Z = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- e = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- $\sigma = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

De donde: n = 169 pacientes que además debieron cumplir los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Pacientes con diagnóstico confirmado de Patología oncológica.
 - Pacientes mayores de edad.
 - Pacientes que acudan a consulta externa de oncología médica.
- **Criterios de Exclusión**
 - Pacientes que no tengan diagnóstico de Patología oncológica.
 - Pacientes menores de edad.
 - Pacientes con algún grado de retardo mental.
 - Pacientes con algún grado de encefalopatía.

3. Tipo de investigación: La presente investigación es un estudio observacional, prospectivo y transversal.

4. Nivel de investigación: Se trata de un estudio descriptivo.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización:

- Se solicitó autorización al Hospital III Goyeneche para realizar el proyecto de tesis.
- Se informó a los pacientes acerca del proyecto a realizar.
- Se llenó la hoja de consentimiento informado.
- Se realizó el test personalmente a cada paciente.
- Los datos se vaciaron en el paquete informático SPSS.

5.2. Validación de los instrumentos:

Escala De Ansiedad De Hamilton:

La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959. Inicialmente constaba de 15 ítems, pero 4 de ellos se fusionaron en 2, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 se dividió el ítem “*Síntomas somático generales*” en 2, “*somático musculares*” y “*somáticos sensoriales*” quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencias, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente

debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que puedan observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas.

Interpretación: Este Test es uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Para la interpretación se debe considerar:

- 0 – 5: No ansiedad
- 6 – 14: Ansiedad menor
- 15 a más: Ansiedad mayor

Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones.

La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del chi cuadrado; la asociación se evaluó con el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Características epidemiológicas de los pacientes

Tabla 1

Distribución de pacientes con cáncer según edad y sexo

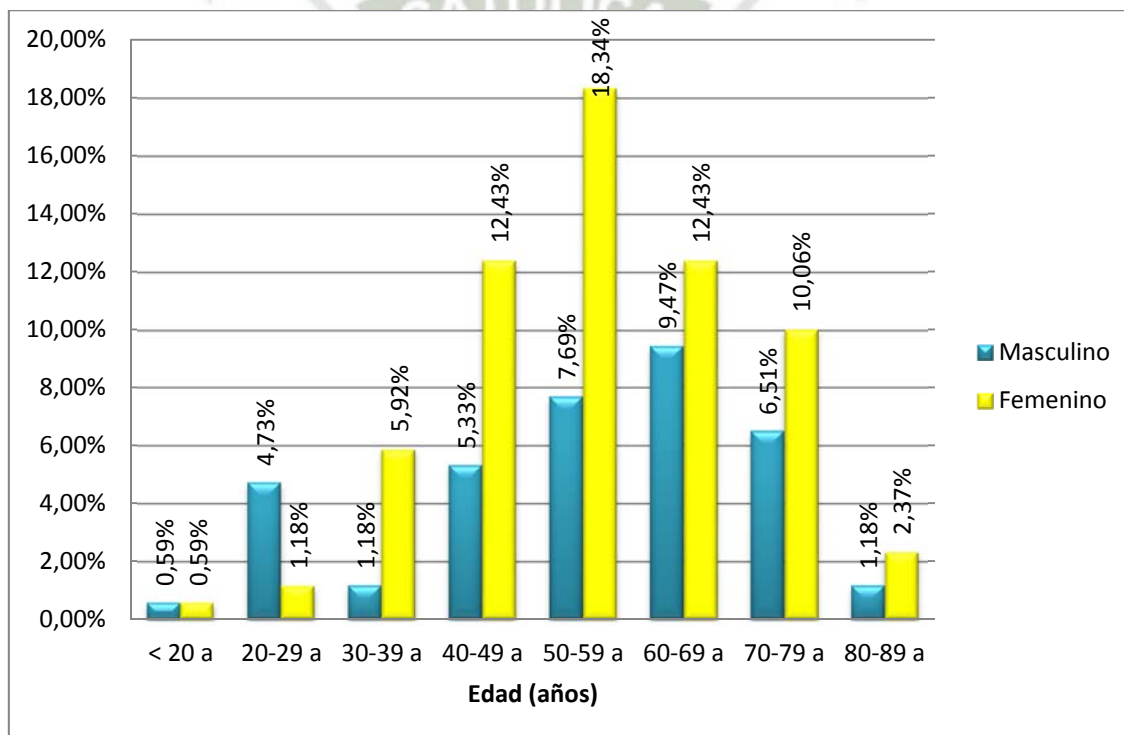
Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	1	0,59%	1	0,59%	2	1,18%
20-29 a	8	4,73%	2	1,18%	10	5,92%
30-39 a	2	1,18%	10	5,92%	12	7,10%
40-49 a	9	5,33%	21	12,43%	30	17,75%
50-59 a	13	7,69%	31	18,34%	44	26,04%
60-69 a	16	9,47%	21	12,43%	37	21,89%
70-79 a	11	6,51%	17	10,06%	28	16,57%
80-89 a	2	1,18%	4	2,37%	6	3,55%
Total	62	36,69%	107	63,31%	169	100,00%

Tabla 1. Distribución de edad y sexo de los pacientes: El 63.31% fueron mujeres y 36.69% varones, con edades predominantes entre los 50 y 69 años (47.93%); la edad promedio de los varones fue de 55.00 ± 17.18 años y para las mujeres fue de 55.29 ± 13.98 años, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0.05$).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 1

Distribución de pacientes con cáncer según edad y sexo



Edad promedio \pm D. estándar (mín -máx)

- Masculino: 55,00 \pm 17,18 años (18 – 83 años)
- Femenino: 55,29 \pm 13,98 años (19 – 86 años)

Prueba t = 0,12

G. libertad = 167

p = 0,91

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 2

Distribución de pacientes con cáncer según nivel de instrucción

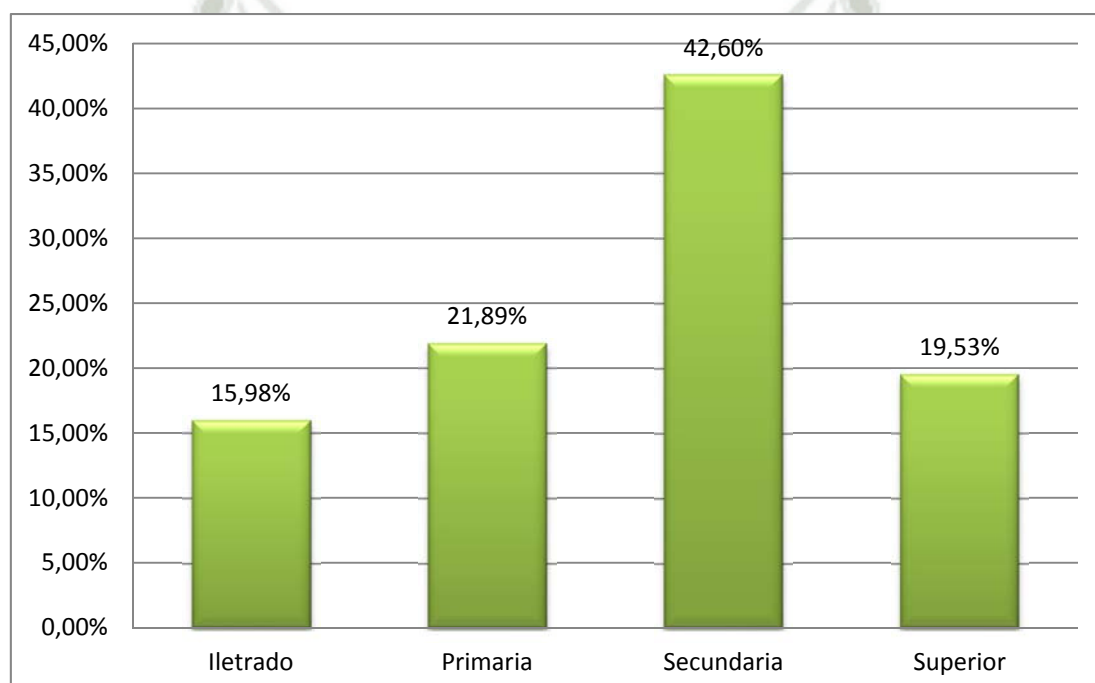
Instrucción	N°	%
Iletrado	27	15,98%
Primaria	37	21,89%
Secundaria	72	42,60%
Superior	33	19,53%
Total	169	100,00%

Tabla 2. El nivel de instrucción predominante de los pacientes fue educación secundaria con 42.60 %, seguido de 21.89 % educación primaria, 19.53 % educación superior y 15.98 % iletrados.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 2

Distribución de pacientes con cáncer según nivel de instrucción



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 3

Distribución de pacientes con cáncer según estado civil

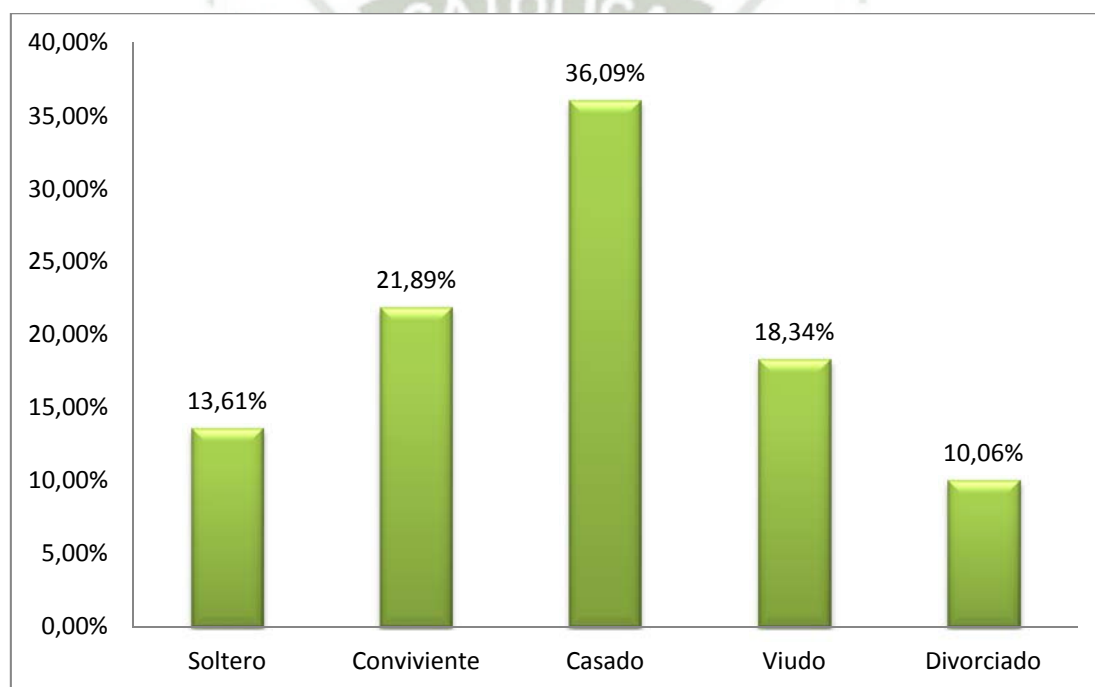
E. civil	N°	%
Soltero	23	13,61%
Conviviente	37	21,89%
Casado	61	36,09%
Viudo	31	18,34%
Divorciado	17	10,06%
Total	169	100,00%

Tabla 3. El estado civil predominante fue casado con 36,09 % o conviviente 21.89%, seguido de 18.34% de viudos, 13.61% solteros y 10.06% de divorciados.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 3

Distribución de pacientes con cáncer según estado civil



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 4

Distribución de pacientes con cáncer según tipo de familia

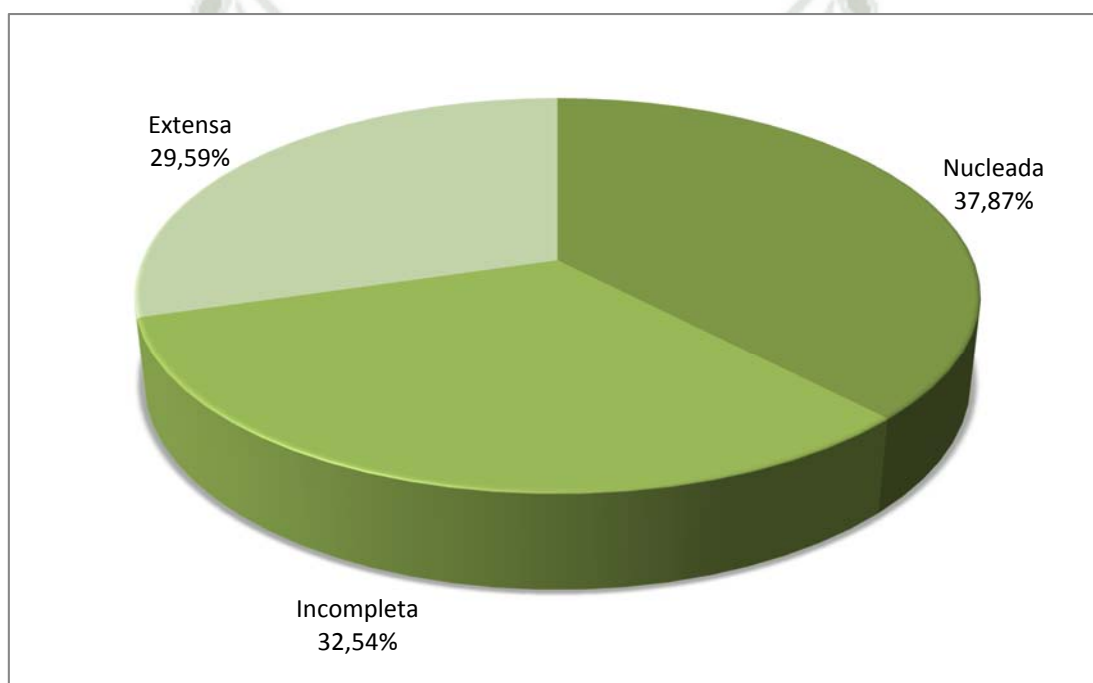
Tipo	N°	%
Nucleada	64	37,87%
Incompleta	55	32,54%
Extensa	50	29,59%
Total	169	100,00%

Tabla 4. El tipo de familia predominante fue nucleada con 37.87 %, seguida de familias incompletas 32.54 % y extensas 29.59 %.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 4

Distribución de pacientes con cáncer según tipo de familia



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 5

Distribución de pacientes con cáncer según ocupación

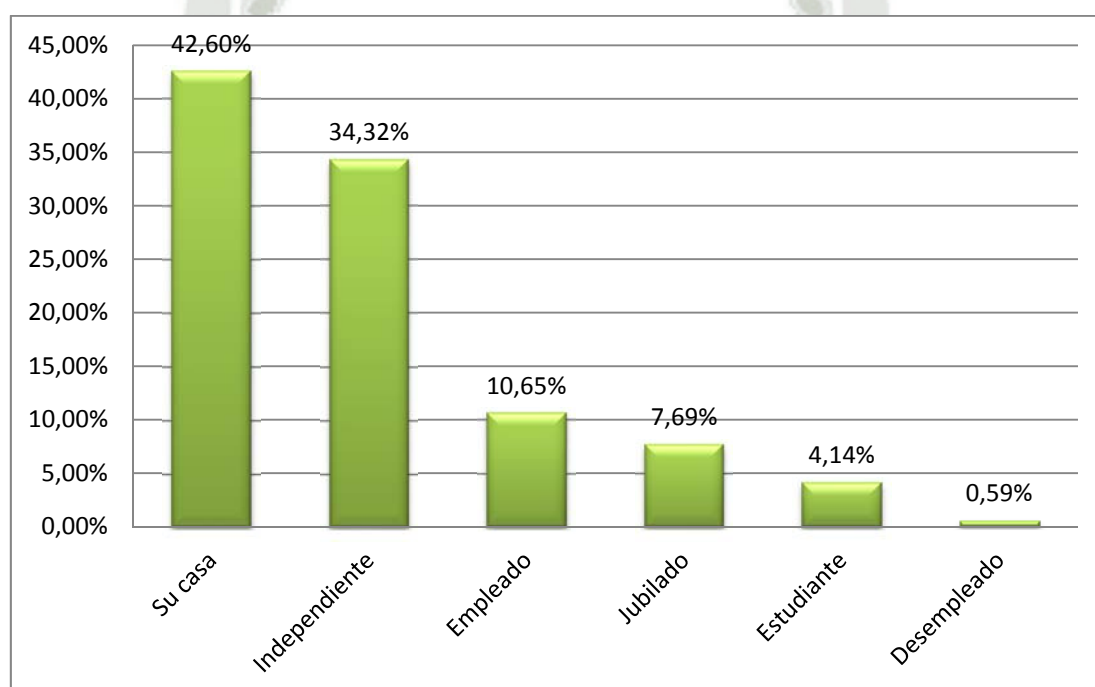
Ocupación	N°	%
Su casa	72	42,60%
Independiente	58	34,32%
Empleado	18	10,65%
Jubilado	13	7,69%
Estudiante	7	4,14%
Desempleado	1	0,59%
Total	169	100,00%

Tabla 5. En cuanto a la ocupación de los pacientes; el 42.60% se ocupaban de labores del hogar, el 34.32% eran independientes, 10,65% empleados, y en menor proporción hubo jubilados, estudiantes y desempleados.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 5

Distribución de pacientes con cáncer según ocupación



FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016

Características clínicas de los pacientes

Tabla 6

Distribución de pacientes con cáncer según tipo de neoplasia

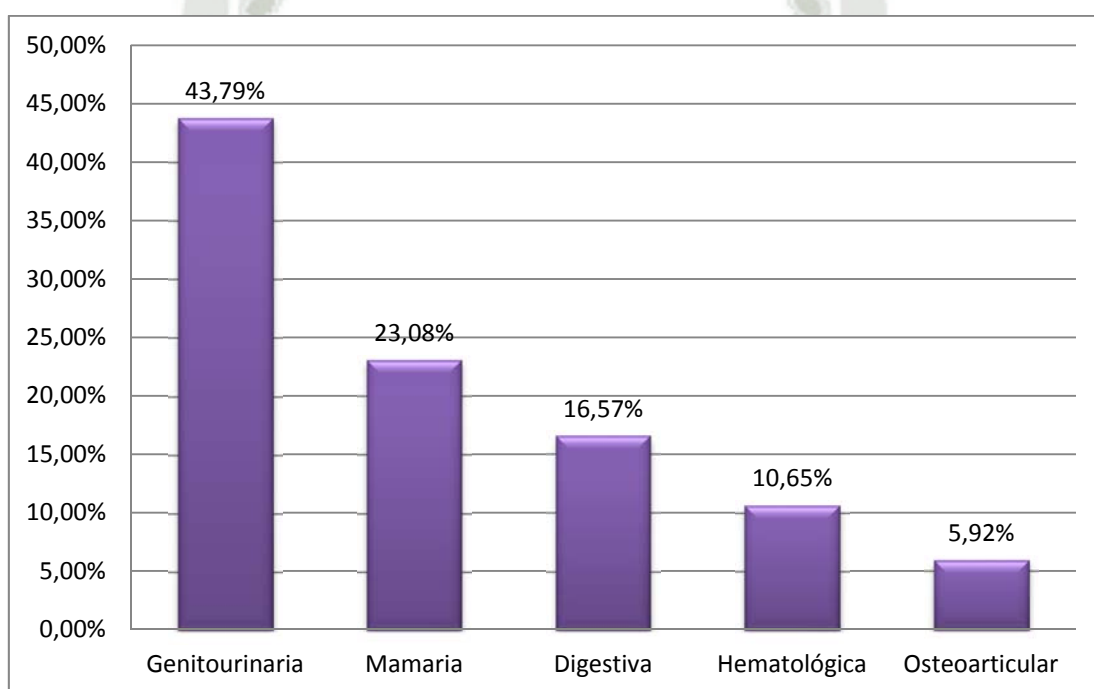
Neoplasia	N°	%
Genitourinaria	74	43,79%
Mamaria	39	23,08%
Digestiva	28	16,57%
Hematológica	18	10,65%
Osteoarticular	10	5,92%
Total	169	100,00%

Tabla 6. El tipo de neoplasia predominante fue de 43.79 % casos de cáncer genitourinaria, seguida de 23.08 % de cáncer mamario, 16.57 % de cáncer digestivo, 10.65 % hematológico y 5.92 % osteoarticular.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 6

Distribución de pacientes con cáncer según tipo de neoplasia



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 7

Distribución de pacientes con cáncer según tiempo de enfermedad

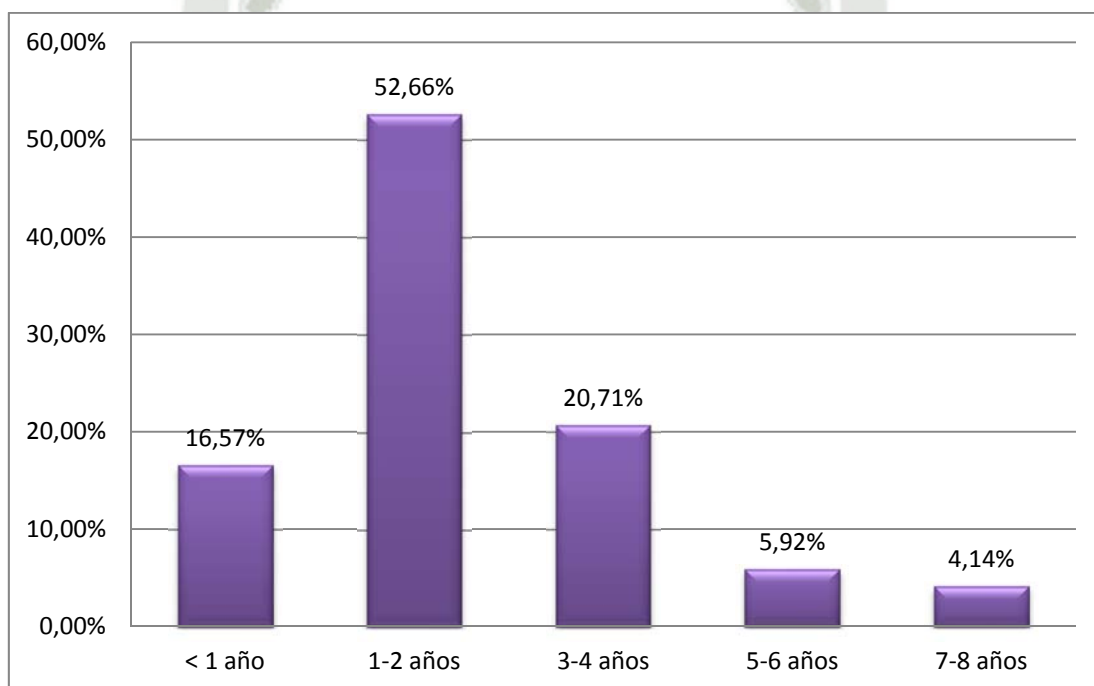
T. enfermedad	N°	%
< 1 año	28	16,57%
1-2 años	89	52,66%
3-4 años	35	20,71%
5-6 años	10	5,92%
7-8 años	7	4,14%
Total	169	100,00%

Tabla 7. El tiempo de enfermedad en el 52,66% de casos fue de 1 a 2 años.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 7

Distribución de pacientes con cáncer según tiempo de enfermedad



T. enfermedad promedio: $2,13 \pm 1,71$ años (1 mes - 8 años)

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016

Tabla 8

Distribución de pacientes con cáncer según forma de tratamiento

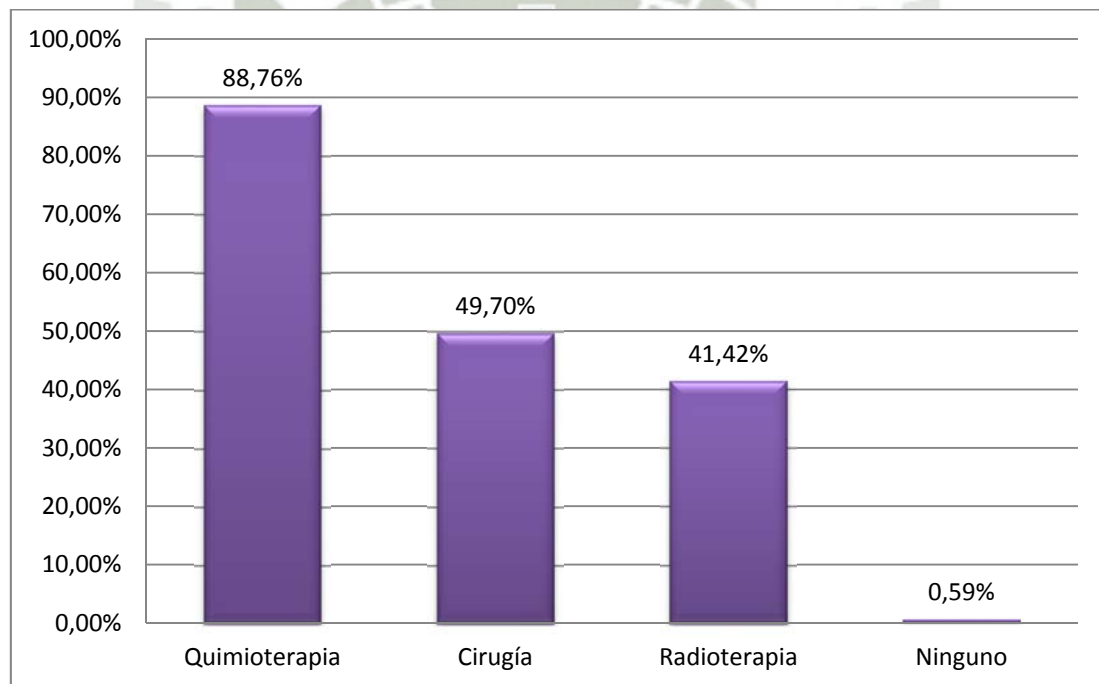
Tratamiento	N°	%
Quimioterapia	150	88,76%
Cirugía	84	49,70%
Radioterapia	70	41,42%
Ninguno	1	0,59%

Tabla 8. El tratamiento recibido en la mayoría de pacientes fue la quimioterapia con 88.76%, en el 49.70% se hizo tratamiento quirúrgico y en el 41.42% se hizo radioterapia.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 8

Distribución de pacientes con cáncer según forma de tratamiento



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 9

Distribución de pacientes con cáncer según manejo psicoterapéutico

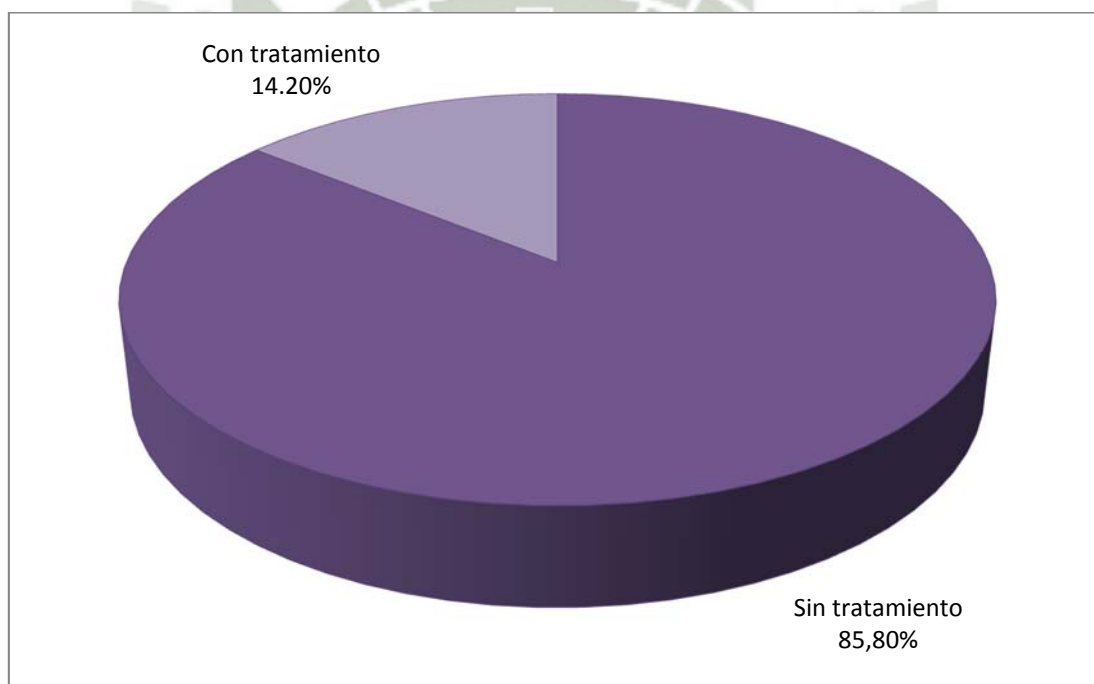
Psicoterapia	N°	%
Sin tratamiento	145	85,80%
Con tratamiento	24	14,20%
Total	169	100,00%

Tabla 9. La terapia psicológica en los pacientes fue realizada en el 14.20 % de casos.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 9

Distribución de pacientes con cáncer según manejo psicoterapéutico



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 10

Distribución de pacientes con cáncer según hospitalizaciones previas

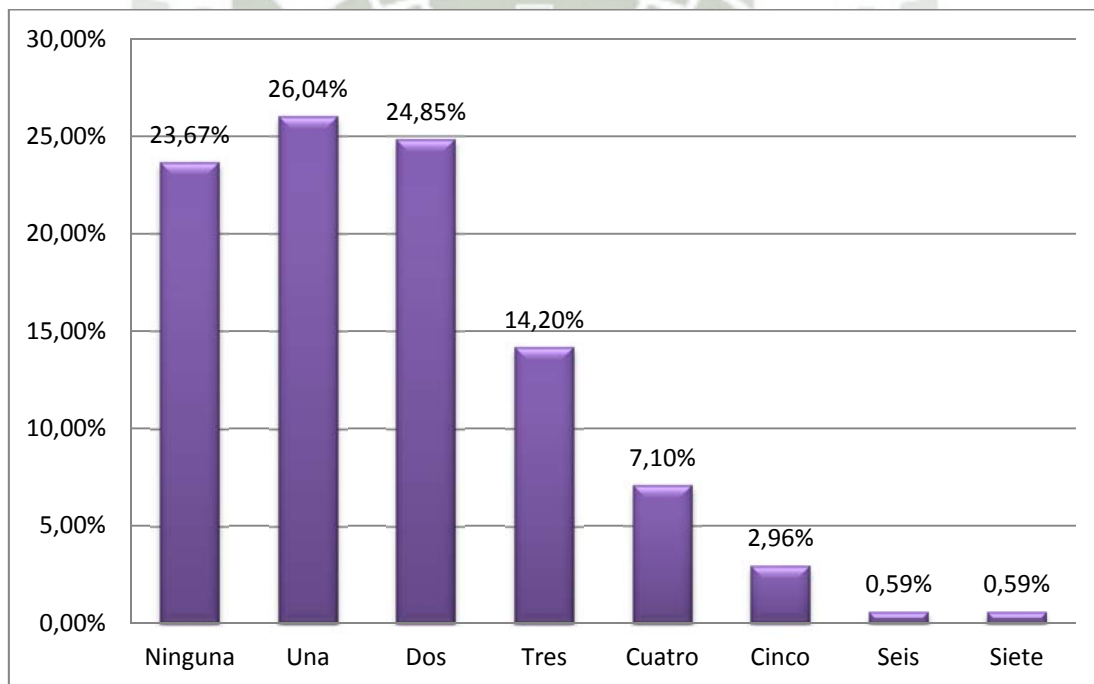
Hospitalización	N°	%
Ninguna	40	23,67%
Una	44	26,04%
Dos	42	24,85%
Tres	24	14,20%
Cuatro	12	7,10%
Cinco	5	2,96%
Seis	1	0,59%
Siete	1	0,59%
Total	169	100,00%

Tabla 10. En cuanto a la frecuencia de hospitalizaciones, el 76,33 % se hospitalizó antes. De estos, el 26.04 % fue hospitalizado una vez, el 24.85 % en dos oportunidades y el 14.20 % en tres.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 10

Distribución de pacientes con cáncer según hospitalizaciones previas



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Niveles de ansiedad en los pacientes con cáncer

Tabla 11

Distribución de pacientes con cáncer según nivel de ansiedad

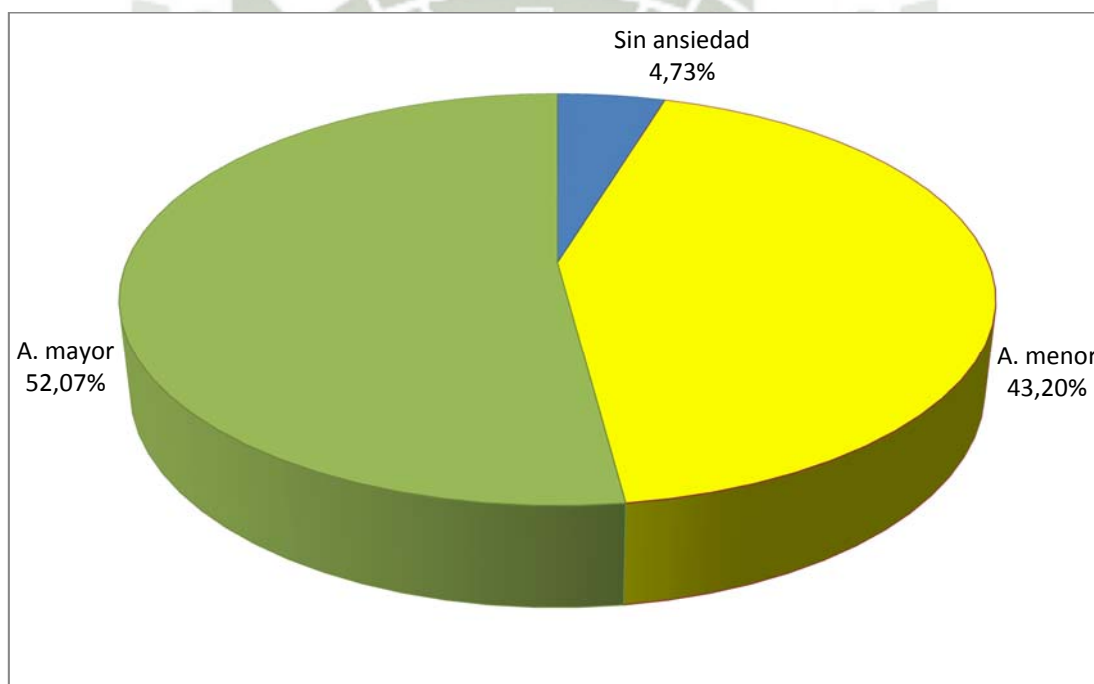
Ansiedad	N°	%
Sin ansiedad	8	4,73%
A. menor	73	43,20%
A. mayor	88	52,07%
Total	169	100,00%

Tabla 11. Se encontró que el 95.7 % de pacientes con cáncer tenían ansiedad, de estos, el 52.07 % con ansiedad mayor y 43.20 % con ansiedad menor.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 11

Distribución de pacientes con cáncer según nivel de ansiedad



FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016

Relación entre ansiedad y características epidemiológicas

Tabla 12

Relación entre niveles de ansiedad y edad de los pacientes con cáncer

Edad (años)	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
< 20 a	2	0	0,00%	2	100,00	0	0,00%
20-29 a	10	3	30,00%	6	60,00%	1	10,00%
30-39 a	12	0	0,00%	9	75,00%	3	25,00%
40-49 a	30	2	6,67%	13	43,33%	15	50,00%
50-59 a	44	1	2,27%	14	31,82%	29	65,91%
60-69 a	37	1	2,70%	18	48,65%	18	48,65%
70-79 a	28	0	0,00%	10	35,71%	18	64,29%
80-89 a	6	1	16,67%	1	16,67%	4	66,67%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

Chi² = 35,18 G. libertad = 14 p = 0,0014

Spearman r = 0,2380 G. libertad = 169 p = 0,0019

Anova : F = 7.80 p < 0,05

Edades promedio: Ansiedad mayor 59.03 ± 12.8

Ansiedad menor 51.90 ± 15.82

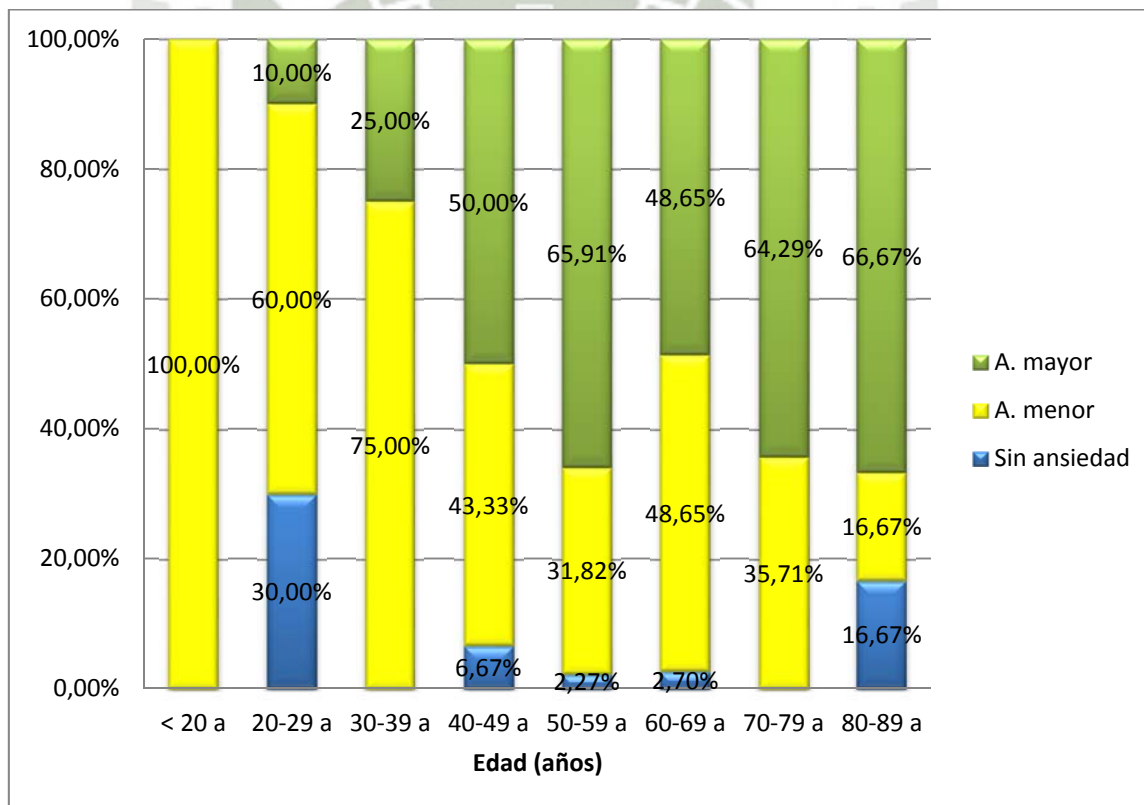
Sin ansiedad 42.75 ± 21.08

Tabla 12. La ansiedad mayor se asoció con una mayor edad, encontrándose el 66.67 % de pacientes de 80 a 89 años, siendo la diferencia significativa (p < 0,05) con una asociación de baja intensidad (R < 0,30).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 12

Relación entre niveles de ansiedad y edad de los pacientes con cáncer



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 13

Relación entre niveles de ansiedad y sexo de los pacientes con cáncer

Sexo	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	62	4	6,45%	42	67,74%	16	25,81%
Femenino	107	4	3,74%	31	28,97%	72	67,29%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

Chi² = 27,24

G. libertad = 2

p < 0,01

Spearman r = 0,2863

G. libertad = 169

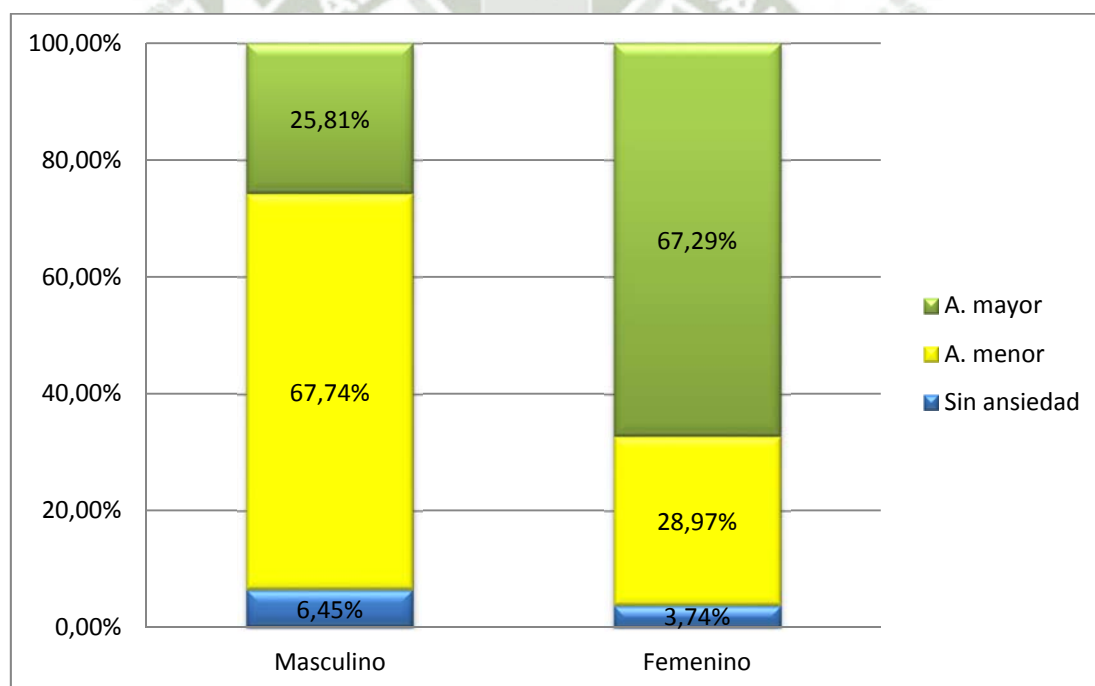
p < 0,001

Tabla 13. En cuanto a la relación del sexo de los pacientes con los niveles de ansiedad; se encontró que las mujeres tenían significativamente niveles más elevados de ansiedad; siendo el 67,29 % con ansiedad mayor, comparado con el 25,81 % de ansiedad mayor en varones.

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 13

Relación entre niveles de ansiedad y sexo de los pacientes con cáncer



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 14

Relación entre niveles de ansiedad y la instrucción de los pacientes con cáncer

Instrucc.	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
Iletrado	27	1	3,70%	7	25,93%	19	70,37%
Primaria	37	1	2,70%	12	32,43%	24	64,86%
Secundaria	72	3	4,17%	34	47,22%	35	48,61%
Superior	33	3	9,09%	20	60,61%	10	30,30%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

Chi² = 13,27

G. libertad = 6

p = 0,0390

Spearman r = -0,2709

G. libertad = 169

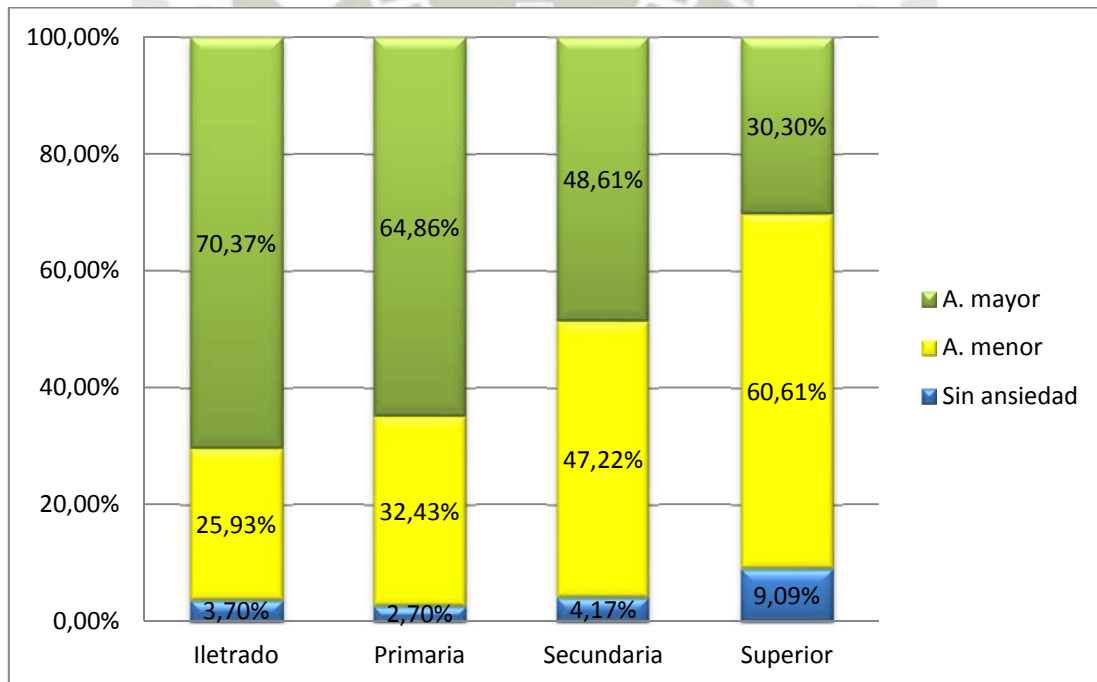
p < 0,001

Tabla 14. A menor instrucción de los pacientes mayor frecuencia de ansiedad mayor; encontrándose 70.37 % en pacientes iletrados, 64.86 % en pacientes con primaria, 48.61 % en aquellos con educación secundaria y 30.30 % en pacientes con educación superior. La diferencia fue significativa (p < 0,05) aunque la magnitud de asociación fue débil (R < 0,30).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 14

Relación entre niveles de ansiedad y la instrucción de los pacientes con cáncer



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 15

Relación entre niveles de ansiedad y el estado civil de los pacientes con cáncer

E. civil.	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	23	4	17,39%	13	56,52%	6	26,09%
Conviviente	37	1	2,70%	18	48,65%	18	48,65%
Casado	61	1	1,64%	28	45,90%	32	52,46%
Viudo	31	1	3,23%	8	25,81%	22	70,97%
Divorciado	17	1	5,88%	6	35,29%	10	58,82%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

Chi² = 18,60 G. libertad = 8 p = 0,0172

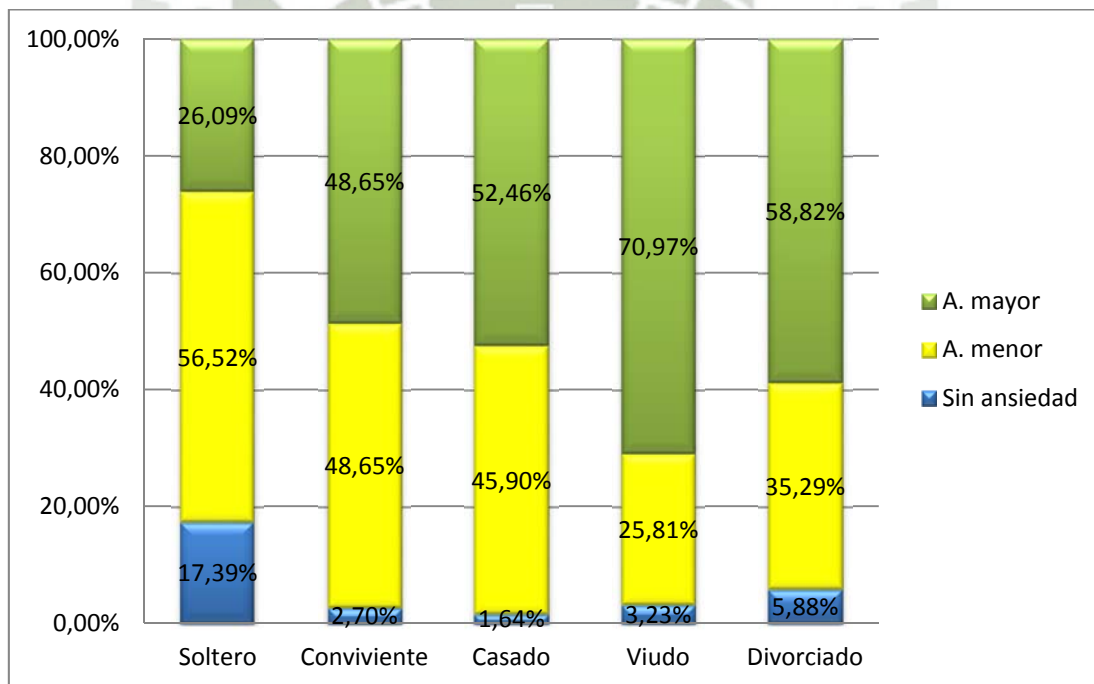
Spearman r = 0,2314 G. libertad = 169 p < 0,01

Tabla 15. La ansiedad mostró mayor proporción entre los viudos (70.97% con ansiedad mayor), mientras que la mayor proporción de pacientes sin ansiedad se vio entre los solteros (17.39%). Las diferencias fueron significativas (p < 0,05) con una baja relación entre las variables (R < 0,30)

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 15

Relación entre niveles de ansiedad y el estado civil de los pacientes con cáncer



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 16

Relación entre niveles de ansiedad y tipo de familia de los pacientes con cáncer

Familia	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
Nucleada	64	3	4,69%	36	56,25%	25	39,06%
Incompleta	55	4	7,27%	17	30,91%	34	61,82%
Extensa	50	1	2,00%	20	40,00%	29	58,00%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

Chi² = 9,52

G. libertad = 4

p = 0,0492

Spearman r = 0,1655

G. libertad = 169

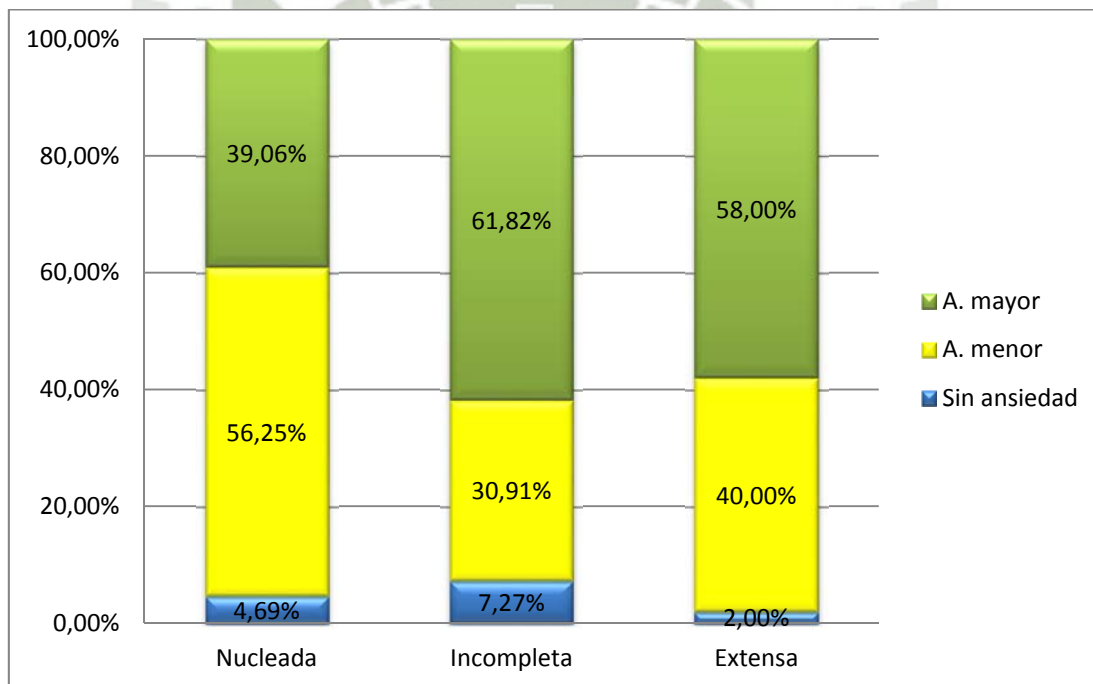
p = 0,0160

Tabla 16. El tipo de familia incompleta se asoció con mayores niveles de ansiedad (61.82%), así como el tipo de familia extensa (58 %), mientras que en las familias nucleadas la ansiedad disminuyó en intensidad (56.25% ansiedad menor), siendo las diferencias significativas ($p < 0,05$) aunque con baja asociación ($R < 0,30$).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 16

Relación entre niveles de ansiedad y tipo de familia de los pacientes con cáncer



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 17

Relación entre niveles de ansiedad y ocupación de los pacientes con cáncer

Ocupación	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
Su casa	72	2	2,78%	21	29,17%	49	68,06%
Independien t	58	2	3,45%	31	53,45%	25	43,10%
Empleado	18	0	0,00%	10	55,56%	8	44,44%
Jubilado	13	1	7,69%	7	53,85%	5	38,46%
Estudiante	7	3	42,86%	4	57,14%	0	0,00%
Desemplead	1	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

Chi² = 39,01

G. libertad = 10

p < 0,01

Spearman r = -0.2944

G. libertad = 169

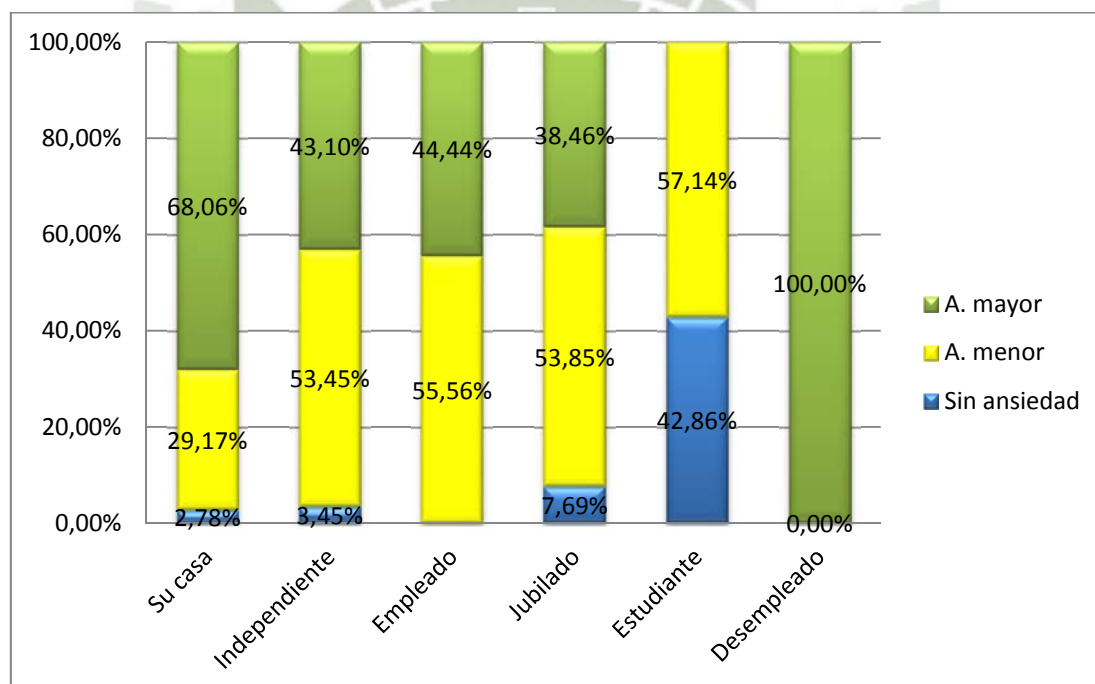
p < 0,01

Tabla 17. Las ocupaciones con mayores niveles de ansiedad fueron las labores del hogar (68.06%) y los desempleados (100%); el resto de ocupaciones tuvieron ansiedad menor. Las diferencias fueron significativas ($p < 0,05$), aunque con baja asociación entre variables ($R < 0,30$).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 17

Relación entre niveles de ansiedad y ocupación de los pacientes con cáncer



FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016

Relación entre ansiedad y características clínicas

Tabla 18

Relación entre niveles de ansiedad y tipo de neoplasia en los pacientes con
cáncer

Neoplasia	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
Genitourinaria	74	5	6,76%	38	51,35%	31	41,89%
Mamaria	39	0	0,00%	4	10,26%	35	89,74%
Digestiva	28	0	0,00%	14	50,00%	14	50,00%
Hematológica	18	3	16,67%	11	61,11%	4	22,22%
Osteoarticular	10	0	0,00%	6	60,00%	4	40,00%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

Chi² = 38,41 G. libertad = 8 p < 0,01

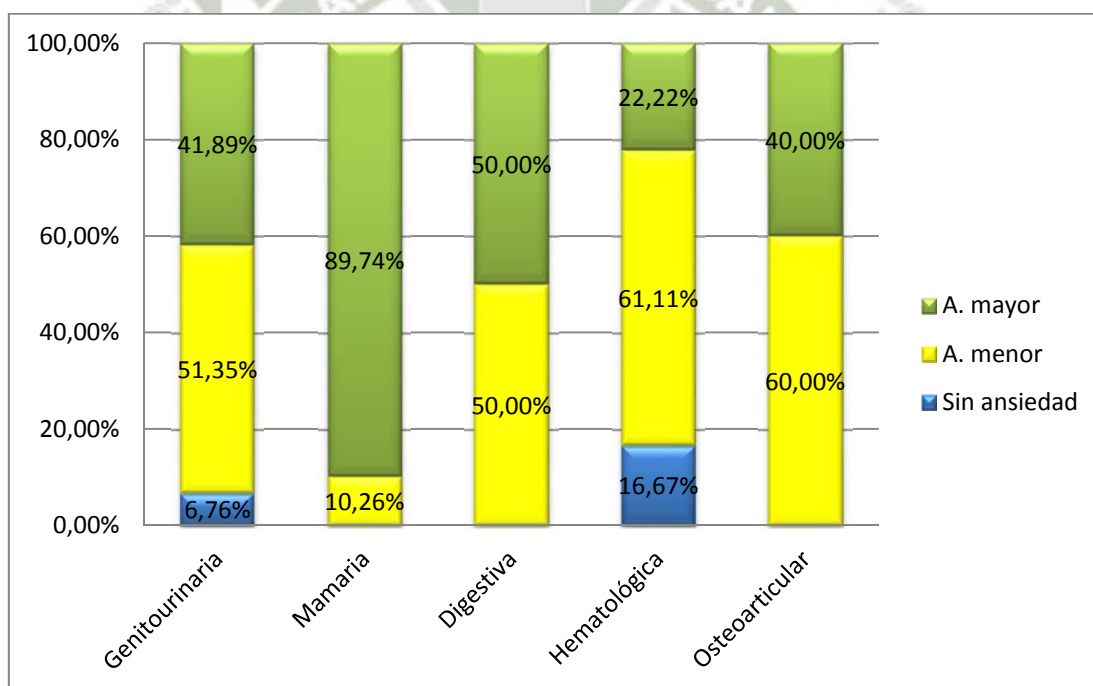
Spearman r = 0.4333 G. libertad = 169 p = 0,4529

Tabla 18. El tipo de neoplasia con mayores niveles de ansiedad fue el de mama (89.74% ansiedad mayor), y los demás tipos se acompañaron de ansiedad menor (entre 50 % y 60%); las diferencias fueron significativas (p < 0,05) y se asociaron de manera relevante (R > 0,30).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 18

**Relación entre niveles de ansiedad y tipo de neoplasia en los pacientes con
cáncer**



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 19

**Relación entre niveles de ansiedad y tiempo de enfermedad de los pacientes con
cáncer**

T enferm	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
< 1 año	28	3	10,71%	9	32,14%	16	57,14%
1-2 años	89	5	5,62%	40	44,94%	44	49,44%
3-4 años	35	0	0,00%	15	42,86%	20	57,14%
5-6 años	10	0	0,00%	6	60,00%	4	40,00%
7-8 años	7	0	0,00%	3	42,86%	4	57,14%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

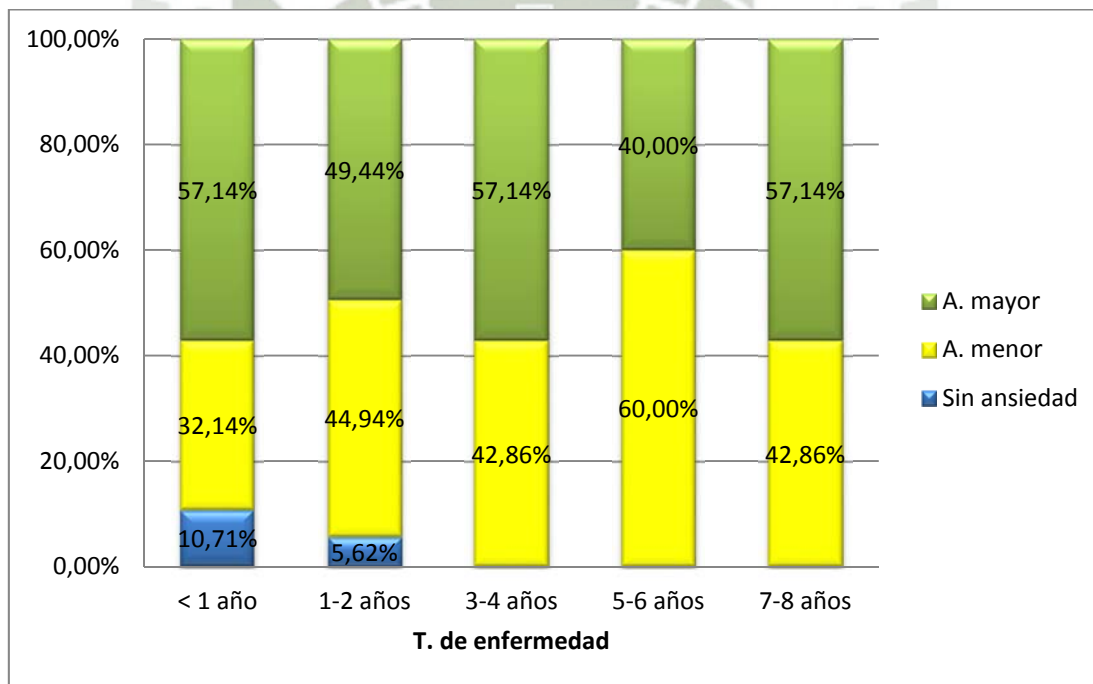
Chi² = 6,98 G. libertad = 8 p = 0,5390
Spearman r = 0.0234 G. libertad = 169 p = 0,3808

Tabla 19. La ansiedad fue mayor en el 57.14% de pacientes con menos de un año de enfermedad y se mantuvo en la misma proporción entre los 3 y 4 años o entre los 7 y más años de enfermedad; siendo las diferencias no significativas ($p > 0,05$) y sin asociación entre las dos variables $R = 0$).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 19

**Relación entre niveles de ansiedad y tiempo de enfermedad de los pacientes con
cáncer**



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 20

**Relación entre niveles de ansiedad y forma de tratamiento de los pacientes con
cáncer**

Tratamiento	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
Quimioterapia	150	8	5,33%	65	43,33%	77	51,33%
Cirugía	84	2	2,38%	37	44,05%	45	53,57%
Radioterapia	70	2	2,86%	19	27,14%	49	70,00%
Ninguno	1	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%

Chi² = 9,02 G. libertad = 6 p = 0,1724

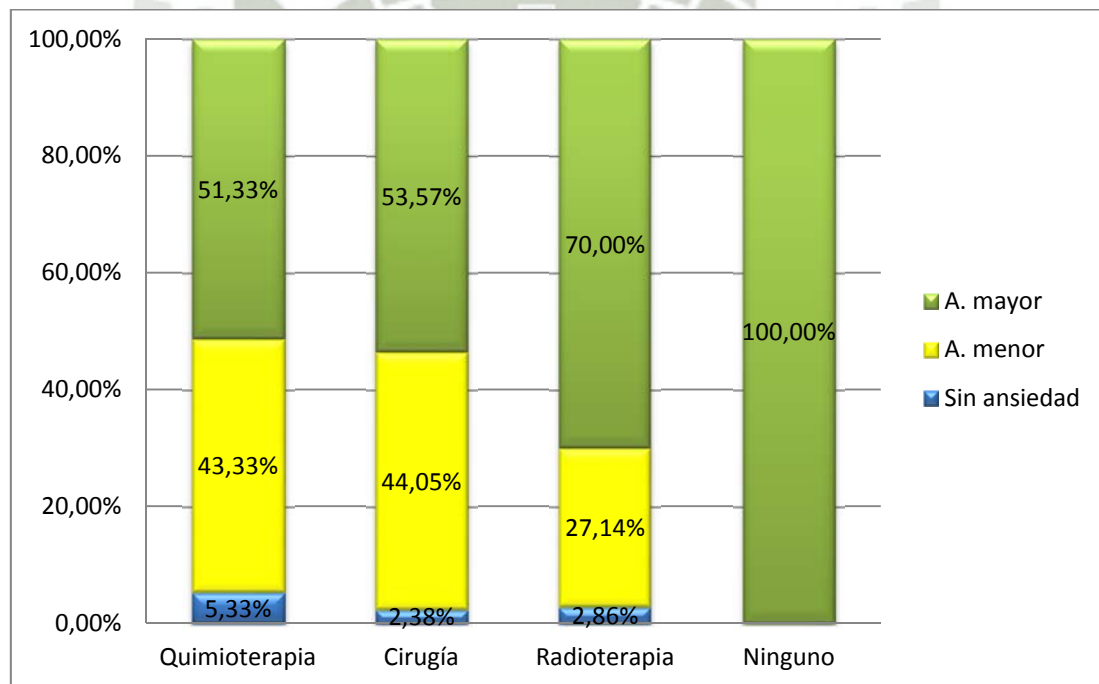
Spearman r = 0.1399 G. libertad = 169 p = 0,0074

Tabla 20. El paciente que aún no recibe tratamiento tiene ansiedad mayor (100%), esta disminuye a 70 % en pacientes con radioterapia, a 53.57 % en pacientes con cirugía y a 51.33 % en casos con quimioterapia. Las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$) y la asociación entre variables fue débil ($R < 0,30$).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 20

**Relación entre niveles de ansiedad y forma de tratamiento de los pacientes con
cáncer**



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 21

**Relación entre niveles de ansiedad y tratamiento psicoterapéutico de los
pacientes con cáncer**

Tratamiento	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
Con tratamiento	24	0	0,00%	14	58,33%	10	41,67%
Sin tratamiento	145	8	5,52%	59	40,69%	78	53,79%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

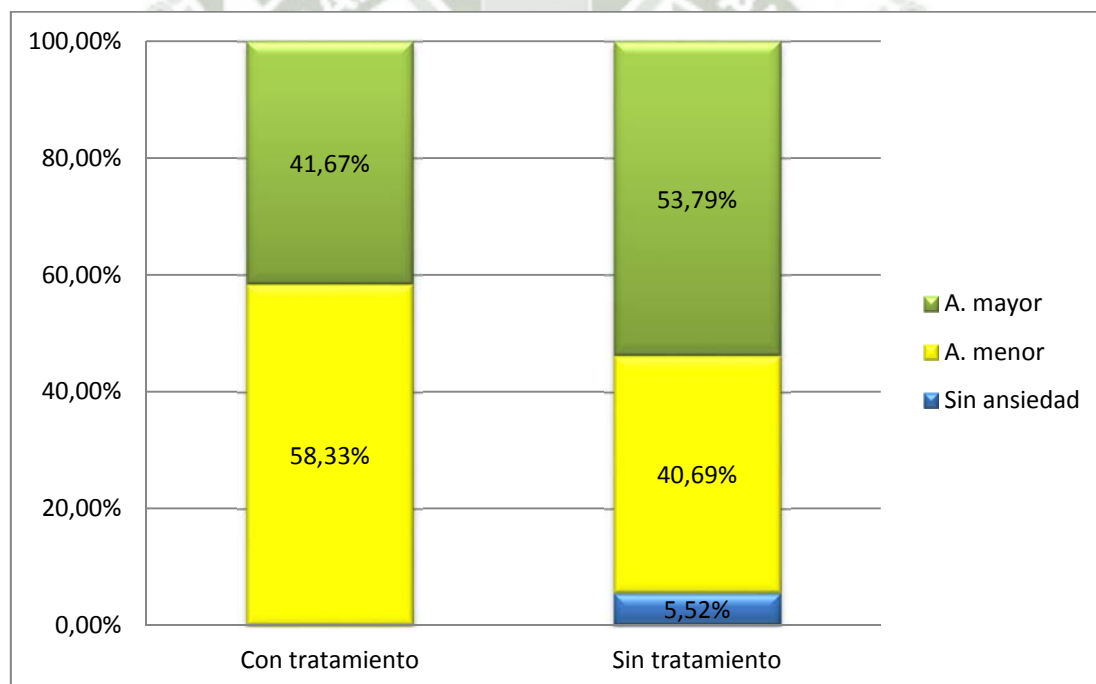
Chi² = 3,39 G. libertad = 2 p = 0,1836
Spearman r = 0.0611 G. libertad = 169 p = 0,2144

Tabla 21. Con el apoyo de psicoterapia, la ansiedad fue predominantemente menor (58.33 %) y sin tratamiento predominó la ansiedad mayor en 53.79 %. Estas diferencias no fueron significativas y la asociación entre ambas variables fue casi nula (R = 0,06).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 21

**Relación entre niveles de ansiedad y tratamiento psicoterapéutico de los
pacientes con cáncer**



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Tabla 22

**Relación entre niveles de ansiedad y hospitalizaciones previas de los pacientes
con cáncer**

Hospitalizac.	Total	Sin ansiedad		A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	40	2	5,00%	16	40,00%	22	55,00%
Una	44	1	2,27%	23	52,27%	20	45,45%
Dos	42	1	2,38%	17	40,48%	24	57,14%
Tres	24	3	12,50%	6	25,00%	15	62,50%
Cuatro	12	1	8,33%	5	41,67%	6	50,00%
Cinco	5	0	0,00%	4	80,00%	1	20,00%
Seis	1	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
Siete	1	0	0,00%	1	100,00%	0	0,00%
Total	169	8	4,73%	73	43,20%	88	52,07%

Chi² = 13,88

G. libertad = 14

p = 0,4590

Spearman r = -0.0271

G. libertad = 169

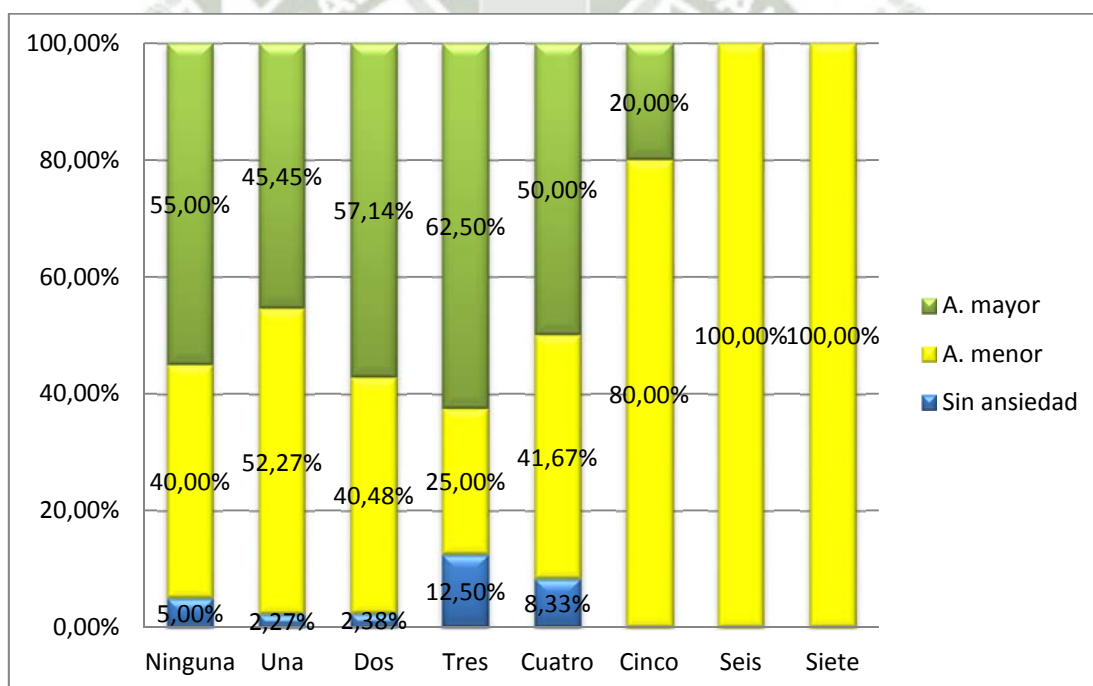
p = 0,3629

Tabla 22. La ansiedad mayor se vio en 55 % de pacientes sin hospitalización y se mantuvo en proporciones similares hasta la cuarta hospitalización, disminuyendo a ansiedad menor con las posteriores hospitalizaciones. No se observó diferencias significativas entre ambas variables ($p > 0,05$), además la relación entre estas fue casi ausente ($R = 0,03$).

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS
EN PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA – 2016**

Gráfico 22

**Relación entre niveles de ansiedad y hospitalizaciones previas de los pacientes
con cáncer**



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar el grado de relación entre el nivel de ansiedad y los factores epidemiológicos y clínicos asociados, en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa - 2016. Se efectuó la presente investigación debido a que en el ejercicio médico en el área de oncología, se puede notar que los pacientes con cáncer no solo sufren un mal orgánico sino también alteración psíquica, lo que desencadena la necesidad de indagar cuales son aquellos factores que determinan la presencia de ansiedad en estos pacientes.

Para tal fin se encuestó una muestra representativa de 169 pacientes con diagnóstico de cáncer que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos y la escala de ansiedad de Hamilton. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos con prueba chi cuadrado y se asocian con coeficiente de correlación de Spearman.

Entre las características epidemiológicas de los pacientes con cáncer, se encontró que el 63.31% fueron mujeres y 36.69% varones, con edades predominantes entre los 50 y 69 años (47.93 %); predominantemente con educación secundaria (42.60 %); estado civil casado (36.09 %) o conviviente (21.89 %); tipo de familia nucleada (37.87 %) y que en su mayoría, desempeñan labores del hogar (42.60%).

Entre las características clínicas, se encontró, que la neoplasia más frecuente fue genitourinaria (43.79 %); el tratamiento predominantemente recibido fue quimioterapia (88.76 %); el tiempo de enfermedad predominante fue de 1 a 2 años (52.66 %); solo 14.20% de casos recibió psicoterapia y el 76.33% de pacientes tuvo hospitalización previa.

En la aplicación de la escala de ansiedad, se encontró que el 95.7 % de pacientes con cáncer tenían ansiedad; de estos el 52.07 % tuvieron ansiedad mayor y 43.20 % ansiedad menor (**Tabla y Gráfico 11**). En comparación con los datos obtenidos en el trabajo de Moscoso ¹⁷; en donde se obtuvo una frecuencia de ansiedad de 78.38 % de los que el 46.62 % tuvieron ansiedad menor y el 31.76 % ansiedad mayor; esto muestra

que con el pasar de los años, el porcentaje de ansiedad se ha incrementado, e incluso el porcentaje de ansiedad mayor se ha tornado por encima del porcentaje de ansiedad menor; esto probablemente se debe a que con el pasar de los años, el miedo ante la palabra “cáncer” ha aumentado, debido a que actualmente está involucrado con un alto índice de mortalidad.

En la **Tabla y Gráfico 12** se muestra la relación de la edad de los pacientes con los niveles de ansiedad; la ansiedad mayor se asoció con una mayor edad: se encontró en 10% de pacientes de 20 a 29 años, se incrementó a 25% de pacientes de 30 a 39 años, a 50% en casos de 40 a 49 años, en 65.91% de pacientes de 50 a 59 años, incrementándose a 64.29% en casos de 70 a 79 años y a 66.67% de pacientes de 80 a 89 años, siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$) con una asociación de baja intensidad ($R < 0,30$). Estos resultados guardan relación con Ingaluque ²¹ quien encontró que la mayor edad se asocia a un riesgo discretamente mayor de ansiedad. Esto podría deberse a que la mayoría de personas de mayor edad, se sienten solas, por lo que aumenta en ellas no solo la depresión que provoca la soledad, sino también la ansiedad, ya que ambas van asociadas.

La **Tabla y Gráfico 13** muestran la relación del sexo de los pacientes con los niveles de ansiedad; se encontró que las mujeres tenían significativamente niveles más elevados de ansiedad (67.29% con ansiedad mayor, comparada con 25.81% en varones; $p < 0,05$), y el género se asoció de manera débil con los niveles de ansiedad ($R < 0,30$). Estos resultados coincidieron con Moscoso ¹⁷ quien obtuvo un 82.76% de ansiedad en el sexo femenino; así como Ingaluque ²¹, y Talledo ²³, quienes también obtuvieron un mayor nivel de ansiedad en el sexo femenino. Esto podría explicarse por un mayor grado de sensibilidad en este género.

En cuanto a la relación de la instrucción de los pacientes con los niveles de ansiedad (**Tabla y Gráfico 14**); se encontró que a menor instrucción de los pacientes, aumentaba la ansiedad mayor: 70.37 % en pacientes iletrados, 64.86 % en pacientes con primaria, 48.61 % en aquellos con educación secundaria y 30.30 % en pacientes con educación superior; la diferencia fue significativa ($p < 0,05$) aunque la magnitud

de asociación fue débil ($R < 0,30$). Esto se podría explicar porque a mayor grado de instrucción una persona puede entender mejor la patología que padece lo que favorece su rápida adaptación y desempeño en su vida, entendiéndolo que tiene una amplia posibilidad de tratamientos que mejoran su calidad de vida.

La relación del estado civil de los pacientes con los niveles de ansiedad se muestran en la **Tabla y Gráfico 15**; la ansiedad mostró mayor proporción entre los viudos (70.97 % con ansiedad mayor), mientras que la mayor proporción de pacientes sin ansiedad se vio entre los solteros (17.39 %); las diferencias fueron significativas ($p < 0,05$) con una baja relación entre las variables ($R < 0,30$). Moscoso ¹⁷ también reportó que el estado civil sin pareja, no especificando si se refiere a personas viudos divorciados o solteros, presentan un 49.14% de ansiedad. Además, El tipo de familia incompleta se asoció con mayores niveles de ansiedad (61.82 %), así como el tipo de familia extensa (58 %), mientras que en las familias nucleadas la ansiedad disminuyó en intensidad (56.25 % ansiedad menor), siendo las diferencias significativas ($p < 0,05$) aunque con baja asociación ($R < 0,30$) como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 16**. Estos resultados coinciden con Moscoso ¹⁷, quien encuentra que el 17.41% de ansiedad provenía del tipo de familia incompleta, probablemente debido a que el apoyo familiar y principalmente el de la pareja, son factores importantes en el aspecto emocional frente a cualquier patología, más aun si esta es un cuadro oncológico.

Las ocupaciones con mayores niveles de ansiedad fueron las labores del hogar (68.06%) y desempleados (100%), mientras que el 42.86% de estudiantes no tenían ansiedad; el resto de ocupaciones tuvieron ansiedad menor; las diferencias fueron significativas ($p < 0,05$), aunque con baja asociación entre variables ($R < 0,30$) (**Tabla y Gráfico 17**). Con esto evidenciamos que el no tener un empleo y el realizar labores del hogar desarrollan un mayor nivel ansiedad, posiblemente porque al permanecer mayor tiempo en soledad, los pacientes tienen una mayor cantidad de pensamiento avocados al cuadro de la enfermedad, a diferencia de las personas que por su ocupación distraen sus pensamientos con otras actividades.

En cuanto a la influencia de las características clínicas de los pacientes y la ansiedad, la **Tabla y Gráfico 18** muestran que el tipo de neoplasia con mayores niveles de ansiedad fueron los de mama (89.74 % ansiedad mayor), y los demás tipos se acompañaron de ansiedad menor (entre 50 y casi 60%); las diferencias fueron significativas ($p < 0,05$) y se asociaron de manera relevante ($R > 0,30$). Estos resultados muestran semejanza con los obtenidos por Talledo²³, quien obtuvo un mayor porcentaje de ansiedad mayor en pacientes con cáncer de mama (64.44 %). Esto nos indicaría que, debido a que la neoplasia mamaria se presenta en la mayoría de los casos en mujeres; estas últimas por su condición femenina desarrollan más ansiedad, ya que la mayoría de tratamientos para esta neoplasia, son agresivos para la autoimagen de la mujer.

En la **Tabla y Gráfico 19** se muestra la influencia del tiempo de enfermedad en la severidad de la ansiedad en pacientes con cáncer; la ansiedad fue alta en 57.14% de pacientes con menos de un año de enfermedad, se mantuvo en la misma proporción entre los 3 y 4 años o entre los 7 y más años de enfermedad, siendo las diferencias no significativas ($p > 0,05$) y sin asociación entre las dos variables ($R = 0$). Estos resultados muestran diferencia con el trabajo de Talledo²³, quien obtuvo un mayor nivel de ansiedad en pacientes con 6 meses a 1 año de tratamiento, la que luego descendió con el pasar de los años. Posiblemente la relación inversa que se da entre un menor tiempo de enfermedad y un mayor nivel de ansiedad, es debido a que las personas debutantes desconocen mucho de lo que son los cuadros oncológicos, el tratamiento y el pronóstico de los mismos, así como el aumento de ansiedad que se vuelve a observar con el pasar de los años, es por los efectos secundarios tan lesivos que dejan los tratamientos practicados.

La **Tabla y Gráfico 20** muestran la relación de la modalidad de tratamiento para el cáncer con la ansiedad; el paciente que aún no recibe tratamiento tiene ansiedad mayor (100 %), esta disminuye a 70 % en pacientes con radioterapia, y a 53.57 % en pacientes con cirugía y a 51.33 % en casos con quimioterapia; las diferencias no fueron significativas ($p > 0,05$), y la asociación entre variables fue débil ($R < 0,30$). Este resultado, coincide con Talledo²³, quien encontró mayor nivel de ansiedad en pacientes que reciben radioterapia (44.44%); esto posiblemente por el temor que

mostraban las pacientes a que el equipo no funcione correctamente, o aproximación a la idea de muerte segura y efectos secundarios indeseables.

Por otro lado, con el apoyo de psicoterapia, la ansiedad fue predominantemente menor (58.33%), y sin tratamiento predominó la ansiedad mayor en 53.79%, aunque estas diferencias no fueron significativas y la asociación entre ambas variables fue casi nula ($R = 0,06$) como se muestra en la **Tabla y Gráfico 21**. Considerando que el ser humano lleva una integridad entre el aspecto somático, psíquico y social, un soporte solo enfocado en el aspecto somático de la enfermedad resultaría insuficiente para mejorar la salud integral de la persona, es por ello que personas que recibieron psicoterapia disminuyeron su ansiedad.

Finalmente, en la **Tabla y Gráfico 22** se muestra la influencia de las hospitalizaciones previas en la ansiedad; no se observó una relación significativa entre ambas variables ($p > 0,05$), ya que la ansiedad mayor se vio en 55% de pacientes sin hospitalización y se mantuvo en proporciones similares hasta la cuarta hospitalización, y disminuyó a ansiedad menor con las posteriores hospitalizaciones aunque se trataron de casos individuales; la relación entre ambas variables fue también casi ausente ($R = 0,03$). Estos resultados indican que el número de hospitalizaciones no es relevante ni significativo para aumentar o disminuir la ansiedad.

Se encontraron algunas limitaciones dentro del presente estudio, entre las cuales a que algunos pacientes reusaron ser entrevistados, pero evidenciaban un marcado nivel de ansiedad.

RESUMEN DE RESULTADOS

		NIVELES DE ANSIEDAD	
		ANSIEDAD MAYOR	ANSIEDAD MENOR
FACTORES EPIDEMIOLOGICOS	SEXO	FEMENINO (67.29%)	MASCULINO (67.64%)
	EDAD	80-89 AÑOS (66.67%)	18-20 AÑOS (100%)
	GRADO INSTRUCCIÓN	ILETRADOS (60.37%)	SUPERIOR (60.61%)
	E. CIVIL	VIUDOS (70.97%)	SOLTERO (56.52%)
	TIPO DE FAMILIA	INCOMPLETA (61.82%)	NUCLEADA (56.25%)
	OCUPACION	DESEMPLEADOS (100%) LABORES DE HOGAR (68.06%)	ESTUDIANTE (57.14%)
FACTORES CLINICOS	TIPO DE NEOPLASIA	MAMARIO (89.74%)	HEMATOLOGICO (61.11%)
	TRATAMIENTO	NINGUNO (100%) RADIOTERAPIA (70%)	QUIMIOTERAPIA (43.33%) CIRUGIA (44.05%)
	TIEMPO DE ENFERMEDAD	MENOR 1 AÑO (57.14 %), 3-4 AÑOS (57.14%) 7-8 AÑOS (57.14%)	5-6 AÑOS (60%)
	PSICOTERAPIA	SIN TRATAMIENTO (53.79%)	CON TRATAMIENTO (58.33%)
	HOSPITALIZACIONES PREVIAS	2.3 VECES	6-7 VECES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

- Primera.** Los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche son predominantemente: mujeres entre los 40 y 59 años de edad, de educación secundaria, casados, con familias nucleada y desempeñan labores de su casa.
- Segunda.** Los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche tienen predominantemente: focos genitourinarios, tiempo de enfermedad de 1 a 2 años, reciben tratamiento con quimioterapia, muy pocos recibieron apoyo psicoterapéutico y la mayoría ha sido hospitalizado al menos una vez.
- Tercera.-** El nivel de ansiedad de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche fue mayor en 52.07 % y menor en 43.20 %.
- Cuarta.-** Entre las características epidemiológicas y el nivel de ansiedad en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche, la mayor edad se asocia a mayores niveles de ansiedad, así como el sexo femenino, la menor instrucción, el estado de viudez, la familia incompleta y la ocupación en labores del hogar.
- Quinta.-** Entre las características clínicas y el nivel de ansiedad en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche, sólo el tipo de cáncer (mamario) se asoció con mayores niveles de ansiedad.

RECOMENDACIONES

Primera.-

Los pacientes que padecen una patología oncológica deben ser informados en temas relacionados a ansiedad, tratado en lo posible de contestar a todas sus interrogantes y dudas; esto deberá ser realizado por el personal de salud que tenga contacto directo con estos, como podrían ser los internos de medicina o psicología asignados a ese servicio.

Segunda.-

Se sugiere recurrir a psiquiatría de enlace, es decir un trabajo conjunto entre la especialidad de oncología y psiquiatría; ya que el paciente debe ser tratado de forma integral.

Tercera.-

Ya que la ansiedad va muy de la mano con cuadros depresivos, se recomienda realizar futuros trabajos sobre depresión en pacientes oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Toro Greiffenstein, R.; Yepes Roldan, L.; Palacio Acosta, C.; “Fundamentos de Medicina Psiquiátrica”; 5a ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2013; pág. 241- 248.
- 2) Kaplan, H.; Sadock, B.; “Sinopsis de Psiquiatría”; 8a ed. España: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2000, pág. 657- 710.
- 3) Bobes, J.; Sáiz, M.; Gonzales, P.; Bousoño, M.; “Trastornos de ansiedad”; Medicine, 1999; vol 7, n 106: 4952-4962.
- 4) Pichot, P.; López, J.; Aliño, I.; Valdés, M.; “DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” 4º ed. USA; Masson; 1995; pág. 421.
- 5) Stein, Murray B.; Stein, Dan J. (2008). “Social Anxiety Disorder”. The Lancet , 1968, pág. 1115–1125.
- 6) Clum,G.; Febbraro, G.; “Phobias”. the Encyclopedia of Mental Health, 2001. California: Academic Press. pág. 328.
- 7) Blanco, C.; Bragdon, L.; Schneier, F.; Liebowitz, M.; (2013). “The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder”. International Journal of Neuropsychopharmacology, 2013; vol 1: 235–249.
- 8) Espada, J.; "La agorafobia"; Mente y Cerebro; España; 2009; págs. 12-20.
- 9) Feldman; “Psicología con aplicaciones en países de Habla Hispana”. McGraw-Hill; 2010; pág. 579.

- 10) Quijada, M.; “Trastorno Por Estrés Agudo Y Trastorno Por Estrés Post-Traumático”; 2006.
- 11) Feinstein, G. “Difficult patients: personality disorders and somatoform complaints”; Rakel RE, ed.; 8th ed. Philadelphia; 2011; cap. 46.
- 12) American Cancer Society. “Ansiedad, Miedo - Depresión en el cáncer”; USA; 2012. www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002815-pd&pdf.
- 13) “Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría”; MINSA; 2008.
- 14) Gil, F.; Costa, G.; Pérez, F.; Salames, M.; Sánchez, N.; Sirgo, A.; “Adaptación Psicológica y Prevalencia de Trastornos Mentales en Pacientes con Cáncer”. Med. Clin.; España; 2008; pág: 90-92.
- 15) Dalton, S.; Laursen, R.; “Risk for Hospitalization with depression after a cancer diagnosis: a nationwide; population-based study of cancer patients in Denmark from 1973 to 2003”; Journal Clin. Oncol; 2009; vol 27; n 9:1440-1445.
- 16) Tejada, R.; “Prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer”. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín; 2005.
- 17) Moscoso, S.; “Frecuencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos del Hospital Goyeneche 2010”. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín; 2010.
- 18) Fuentes, M.; “Depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer”. Hospital Goyeneche de Arequipa. Tesis para optar el título profesional de médico

cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín; 2009.

- 19) Bragado, C.; “Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer”; *Psicothema*; 2008; vol. 20; n 3: 413-419.
- 20) Stein, D.; “Clinical Manual of Anxiety Disorders”; 1ra ed.; American Psychiatric Press; USA; 2004; pág. 7.
- 21) Ingaluque A.; “Factores asociados a ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN)”. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín; 2012.
- 22) Lagos C.; “Influencia del tiempo de diagnóstico de cáncer, sobre los niveles de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, Enero 2009”. Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
- 23) Talledo R.; “Factores asociados a niveles d ansiedad y depresión en pacientes oncológicos atendidos en hospital Goyeneche AQP-2016”. Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Agustín Arequipa.





Anexo 1

Proyecto de Investigación

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Facultad de Medicina Humana



Título:

“Frecuencia de ansiedad y Factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche, AREQUIPA - 2016”

Proyecto de tesis presentado por la Bachiller:

Yanira Dayanna Chilque Guevara

Arequipa- Perú

2016

INDICE

Preámbulo	68
Planteamiento del problema	68
Análisis de variables	69
Marco conceptual	72
Ansiedad	72
Historia	72
Definición	73
Neurobiología	73
Tipos de ansiedad	77
Clasificación de la ansiedad	78
Tratamiento	85
Cáncer y ansiedad	86
Análisis de antecedentes investigativos	88
Planteamiento operacional	92
Cronograma de trabajo	95
Bibliografía	96
Anexo 1	98
Anexo 2	99
Anexo 3	100

I. Preámbulo

En la actualidad, se refiere que hasta el 25% de la población sufre de algún nivel de ansiedad y en personas que padecen de alguna patología estos niveles se ven aumentados. La ansiedad en pacientes con cáncer puede tener una mayor prevalencia, dados los factores continuos de la enfermedad y del ambiente social y familiar que se ven afectados por la enfermedad y que, a diferencia de las personas sin cáncer, pueden mejorar con el tiempo favoreciendo la remisión del cuadro ansiedad. Considerando que el cáncer, en la persona que lo padece, no solo constituye una patología orgánica sino que también provoca una alteración emocional, familiar, social y laboral entre otras, y por ende cataliza el deterioro integral del paciente; es que en los pacientes oncológicos, es importante que en su atención y tratamiento se involucren diferentes especialidades.

La identificación de la frecuencia y sobretodo de los factores asociados a ansiedad que afectan la salud mental en pacientes con cáncer, es de gran importancia porque permite identificar la magnitud del problema y establecer medidas apropiadas para disminuir la carga de los trastornos, favoreciendo un estado mental que pueda otorgar una mejor disposición hacia la enfermedad del cáncer y mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y los factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche, Arequipa 2016?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría - Oncología
- Línea: Psiquiatría de Enlace

b) Análisis de Variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	Edad (mayores de 18 años)	Fecha de Nacimiento	Años	De razón
	Género	Caracteres sexuales secundarios	Masculino/ Femenino	Nominal
	Grado Instrucción	Ultimo año aprobado	Iletrado/ Primaria/ Secundario/ Superior	Ordinal
	Estado Civil	Estado declarado	Soltero/ Conviviente/ Casado/ Separado/ Viudo	Nominal
	Tipo de Familia	Estructura de familia	Nuclear/ Incompleta/ Extensa	Nominal
	Ocupación	Estado declarado	Su casa/ Estudiante/ Desempleado/ Jubilado/ Empleado/ Independiente	Nominal
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Tiempo de Enfermedad	Fecha de diagnóstico	Meses	De razón
	Tipo de Neoplasia	Sistema afectado	Digestiva, Cutánea, Hematológica, Genitourinaria, etc.	Nominal
	Tratamiento Recibido	Modalidad de Tratamiento	Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia.	Nominal
	Tratamiento Psicológico o Psiquiátrico previo o psicoterapia	Según Historia Clínica	No/Si (con psicólogo, psiquiatra, otros)	Nominal
	Hospitalizaciones previas	Antecedente de Hospitalización por cáncer	Numero de Hospitalizaciones	De Intervalo
NIVEL DE ANSIEDAD	Ansiedad	Puntaje en Test de Hamilton de 14 items	Sin ansiedad (0-5) Ansiedad Menor (6-14) Ansiedad Mayor (15 o más)	Ordinal

c) Interrogantes Básicas:

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche?
2. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche?
3. ¿Cuál es el nivel de ansiedad de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche?
4. ¿Cuál es el grado de relación entre las características epidemiológicas y el nivel de ansiedad de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche?
5. ¿Cuál es el grado de relación entre las características clínicas y el nivel de ansiedad de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche?

d) Tipo de investigación:

Observacional, prospectivo y transversal

e) Nivel de Investigación:

Descriptivo

1.3. Justificación del problema

La ansiedad es una respuesta emocional que presentamos ante situaciones que percibimos o interpretamos como amenazantes o peligrosas, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva cuando es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico

La ansiedad en pacientes con cáncer puede tener una mayor prevalencia, ya que esta se manifiesta a menudo en diversos momentos: durante la detección, el diagnóstico, el tratamiento o la recidiva del cáncer; llegando a afectar la conducta de una persona con respecto a su salud, ambiente social y familiar que se ven afectados por la enfermedad y que, a diferencia de las personas sin cáncer, pueden mejorar con el tiempo favoreciendo la remisión de la ansiedad.

En la actualidad la ansiedad es un problema creciente en la población general; se refiere que hasta el 25% de la población sufre de algún nivel de ansiedad.

La identificación de la frecuencia y sobretodo de los factores asociados a ansiedad que afectan la salud mental en pacientes con cáncer, es de gran importancia porque permite identificar la magnitud del problema y establecer medidas apropiadas para disminuir la carga de los trastornos, favoreciendo un estado mental que pueda otorgar una mejor disposición hacia la enfermedad del cáncer y mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias.

En mi práctica como estudiante de medicina en el área de oncología pude notar que los pacientes con cáncer no solo sufren un mal orgánico sino también alteración psíquica, lo que despertó en mí la curiosidad de indagar cuales son los factores que desencadenan ansiedad en estos pacientes

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 ANSIEDAD:

2.1.1. HISTORIA:

La descripción de los trastornos de ansiedad data desde épocas Bíblicas. Burton a mediados del siglo XIX empieza a darle importancia al síntoma de forma independiente, así la taquicardia correspondía a una afección del corazón, o la taquipnea de los pulmones. A finales de este mismo siglo Sigmund Freud agrupa los síntomas de irritabilidad general, ansiedad anticipatoria y síntomas somáticos (cardiovasculares, respiratorios autonómicos) cuyo origen podría ser hereditario o sexual y formula la neurosis de ansiedad.¹

Freud identificó dos formas de ansiedad; un tipo resulta de la represión de la libido: un incremento fisiológico de la tensión sexual conlleva un incremento correspondiente de la libido, la representación mental del hecho fisiológico. La descarga normal de este tipo de tensión es, según Freud el acto sexual, pero las prácticas sexuales tales como la abstinencia y el coitus interruptus impiden la liberación de la tensión y producen la neurosis. Las condiciones de ansiedad excesiva relacionadas con un bloqueo libidinal incluyen la neurastenia, la hipocondriasis y la neurosis de ansiedad todas ellas descritas por Freud. El otro tipo de ansiedad se describe con una sensación difusa de preocupación, o temor que se origina por un deseo o pensamiento reprimido. Este tipo es el responsable de la psiconeurosis-histeria, fobias y neurosis obsesivas. Para Freud estas condiciones y la ansiedad asociada a ellas, están relacionadas principalmente con factores psicológicos y no fisiológicos. El conflicto intrapsíquico es el responsable de la ansiedad y la psiconeurosis, y Freud observó que la ansiedad resultante de este conflicto es menos intensa y menos dramática que la observada en la neurosis.²

2.1.2. DEFINICION:

La ansiedad puede considerarse como una respuesta normal y adaptativa a un estímulo amenazante que se acompaña de una respuesta somática y autonómica aumentada, mediada por los sistemas simpático y parasimpático.¹

Aunque Freud, creyó originalmente que la ansiedad proviene de una acumulación fisiológica de la libido, acabó redefiniendo la ansiedad como una señal de la presencia de peligro en el inconsciente. En su estudio clásico “Inhibiciones, Síntomas y Ansiedad”, Freud propone que la ansiedad es lo que produce represión y no, como anteriormente se creía, la represión lo que produce ansiedad.²

Otra definición considera la ansiedad como un estado de activación del sistema nervioso, consecuente a estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Esta activación se traduce, por un lado, en síntomas somáticos de ansiedad, y, por otro, en síntomas de estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirían en los síntomas psicológicos de ansiedad.³

2.1.3. NEUROBIOLOGIA

Las teorías biológicas sobre la ansiedad se han desarrollado a partir de estudios preclínicos con modelos de ansiedad en animales, del estudio de pacientes en los que se identificaron modelos biológicos, del mayor conocimiento de neurociencias básicas, y de las acciones psicoterapéuticas de los fármacos. Una corriente de pensamiento sostiene que los cambios biológicos medibles en pacientes con trastornos de ansiedad reflejan los resultados de conflictos psicológicos; el polo opuesto propone que los sucesos biológicos preceden a los conflictos psicológicos.²

2.1.3.1. SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO

La estimulación del sistema nervioso autónomo causa ciertos síntomas cardiovasculares (taquicardia), musculares (dolor de cabeza), gastrointestinales (diarrea) y respiratorios (taquipnea). Estas manifestaciones periféricas de ansiedad no son ni específicas de los trastornos de ansiedad, ni están correlacionados necesariamente con la experiencia subjetiva de ansiedad. En general, se considera que la ansiedad del sistema nervioso central precede a las manifestaciones periféricas de ansiedad, excepto cuando existe una causa específica periférica, como cuando un paciente tiene un feocromocitoma. El sistema nervioso autónomo de algunos pacientes con trastornos por ansiedad, sobre todo con aquellos con trastorno de angustia, muestran un incremento en el tono simpático, se adapta lentamente a la estimulación continuada y responde excesivamente a la estimulación moderada.²

NEUROTRANSMISORES

Los tres neurotransmisores más importantes asociados a la ansiedad en estudios realizados con animales y en los estudios de las respuestas a un tratamiento farmacológico son la noradrenalina, serotonina, y ácido γ -aminobutírico (GABA). Gran parte de la información de las neurociencias básicas de la ansiedad provienen de experimentos con animales que implican modelos conductuales y fármacos psicoactivos. Uno de estos modelos de ansiedad en animales es el test del conflicto, en el que se presentan al animal simultáneamente, estímulos positivos (comida) y negativos (descarga eléctrica). Los ansiolíticos (benzodiazepinas) tienden a facilitar la adaptación del animal a esta situación. Mientras que otros fármacos (por ejemplo anfetaminas) producen mayores desarreglos en las respuestas conductuales del animal.²

- **Noradrenalina:** La teoría general sobre el papel de la noradrenalina en los trastornos de ansiedad es que los pacientes afectados tienen una escasa regulación del sistema noradrenérgico, con estallidos ocasionales de ansiedad. Los

somas de las células del sistema noradrenérgico están localizados en el locus coeruleus del puente rostral y proyectan sus axones al córtex cerebral, al sistema límbico, al tronco cerebral y la medula espinal. Experimentos con animales han demostrado que la estimulación del locus coeruleus produce una respuesta de miedo y que la ablación de esta área inhibe o bloquea completamente la capacidad de los animales para emitir una respuesta de miedo. Los estudios en seres humanos han encontrado que en pacientes con trastornos de angustia, los agonistas β -adrenérgicos (por ejemplo en isoproterenol) y los antagonistas α_2 -adrenérgicos (por ejemplo lo yohimbina) pueden provocar crisis de angustia frecuente y grave. Recíprocamente, la clonidina, un agonista α_2 -adrenérgico, reduce los síntomas de ansiedad en algunas situaciones experimentales y terapéuticas. Un hallazgo menos consistente es que los pacientes con trastornos de ansiedad tienen niveles elevados del metabolito de la noradrenalina 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) en orina y el líquido cefalorraquídeo.²

- **Serotonina:** la identificación de muchos tipos de receptores serotoninérgicos ha estimulado la búsqueda del papel de la serotonina en la patogenia de los trastornos de ansiedad. El interés en esta relación tuvo origen en la observación de los efectos terapéuticos de los antidepresivos serotoninérgicos en los trastornos de ansiedad por ejemplo, la clomipramina, en los trastornos obsesivo-compulsivo. La efectividad de la buspirona, un agonista del receptor serotoninérgico de tipo 1A (5-HT_{1A}), en el tratamiento de trastornos de ansiedad también sugiere la posibilidad de que existe una asociación entre la serotonina y la ansiedad. Los cuerpos celulares de la mayoría de las neuronas serotoninérgicas están localizados en los núcleos del rafe en el

tronco cerebral rostral y se proyectan al córtex cerebral, al sistema límbico (amígdala e hipocampo), y al hipotálamo. Varios informes indican que la m-clorofenilpiperazina (mCPP) una sustancia con múltiples efectos serotoninérgicos y no serotoninérgicos, y la fenfluramina, que libera serotonina producen un aumento de la ansiedad en pacientes con trastorno de ansiedad; y muchos informes anecdóticos indican que los alucinógenos y estimulantes serotoninérgicos (dietilamina del ácido lisérgico y la 3,4- metilenedioximetanfetamina) están asociados al desarrollo de trastorno de ansiedad crónico y agudos en personas que consumen estas drogas.²

- **Acido γ -aminobutírico (GABA):** El papel del GABA en los trastornos de ansiedad está fuertemente sustentado en la eficacia indiscutible de las benzodiazepinas, que potencia la actividad del GABA sobre los receptores del GABA_A, en el tratamiento de algunos tipos de trastornos por ansiedad. Los investigadores han llegado a postular que algunos pacientes con trastorno de ansiedad tienen un funcionamiento anormal de sus receptores GABA_A.²

2.1.3.2. ESTUDIOS DE IMAGEN CEREBRAL

Se han realizado numerosos estudios de imagen cerebral que han sugerido varias alternativas en la comprensión de los trastornos de ansiedad. Los estudios estructurales (tomografía computarizada y resonancia magnética) han mostrado incrementos ocasionales en el tamaño de los ventrículos cerebrales. En un estudio, se correlacionó este incremento con la cantidad de tiempo que los pacientes estuvieron tomando benzodiazepinas. En un estudio de resonancia magnética se descubrió un defecto en el lóbulo temporal derecho en los pacientes con trastornos de angustia. Varios estudios de imagen cerebral han presentado hallazgos anómalos en el hemisferio derecho pero no en el

izquierdo; este hallazgo sugiere que algún tipo de asimetría cerebral puede ser relevante en el desarrollo de síntomas de ansiedad en determinados pacientes. Así mismo se han revelado frecuentes anomalías en el córtex cerebral y en las áreas occipital y temporal. Varios estudios funcionales de imagen cerebral han implicado al núcleo caudado en la fisiopatología del trastorno obsesivo compulsivo.²

2.1.3.3. ESTUDIOS GENETICOS

Los estudios genéticos han aportado datos sólidos de que al menos un componente genético contribuye al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Casi la mitad de los pacientes con trastornos de angustia tienen al menos un pariente afectado. Las cifras de otros trastornos de ansiedad, aunque no son tan altas indican una frecuencia más alta de la enfermedad en parientes de primer grado de pacientes afectados que en los parientes de personas no afectadas. Un trabajo reciente atribuye aproximadamente un 4% de la variabilidad intrínseca de la ansiedad en la población general a una variante polimórfica del gen del transportador de la serotonina, que es el campo de acción de muchas drogas serotoninérgicas. Las personas con esta variante producen menos transportadores y tienen un nivel de ansiedad más alto.²

2.1.4. TIPOS DE ANSIEDAD

Al evaluar a los pacientes con ansiedad, los clínicos deben distinguir entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica. Estas evaluaciones están basadas en la información que aportan los pacientes sobre sus estados internos, sus comportamientos y sus capacidades para funcionar.²

2.1.4.1. ANSIEDAD NORMAL

Todo el mundo experimenta ansiedad, una sensación de aprehensión difusa, desagradable y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como dolores de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, inquietud, como indica la

incapacidad de mantenerse sentado o de pie durante un rato en un mismo sitio. La constelación de síntomas que se presenta con la ansiedad tiende a variar de un individuo a otro. Es necesario mencionar que el miedo y la ansiedad pueden ser confundidos; pero el miedo es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior, vaga, o conflictiva.²

Este tipo de ansiedad suele estar acompañado por crecimiento individual, cambios, nuevas experiencias y descubrimientos de identidad y del sentido de la vida.²

2.1.4.2. ANSIEDAD PATOLOGICA

Los trastornos de ansiedad forman uno de los grupos más comunes de los trastornos psiquiátricos. El estudio nacional de comorbilidad informó que una de cada cuatro personas cumple los criterios de diagnóstico de por lo menos, uno de los trastornos de ansiedad y que la tasa anual de prevalencia es de 17.7%. Las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un trastorno de ansiedad (30.5%) que los hombres (19.2%) finalmente, la prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuyen en los estatus socioeconómico más altos.²

Los pacientes que presentan una ansiedad patológica requieren una evaluación neuropsiquiátrica completa y planes de tratamiento individuales. Los clínicos deben tener en cuenta que la ansiedad puede ser un síntoma de condiciones médicas o de cualquier otro trastorno mental, especialmente trastornos depresivos.

2.1.5. CLASIFICACION

El DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) define los siguientes trastornos de ansiedad:

- Fobia social
- Fobia simple
- Agorafobia sin crisis de angustia
- Trastorno de angustia sin agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada

- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno por estrés agudo
- Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

El desarrollo de las mismas

2.1.5.1. Fobia social: Es un trastorno de ansiedad caracterizado por un miedo persistente a una o más situaciones sociales por temor a que resulten embarazosas.⁴ Este temor puede ser desencadenado por el escrutinio (percibido o real) de otras personas. Es el trastorno de ansiedad más común y uno de los más comunes entre los trastornos psiquiátricos.⁵

En la mayoría de los casos, los síntomas físicos del trastorno son: ruborización, sudoración excesiva, temblor, palpitations y náusea.⁶ Por otro lado, pueden presentarse respuestas conductuales a las situaciones temidas, como es el caso del habla acelerada, y otras estrategias de afrontamiento. También pueden ocurrir ataques de pánico.⁶

La terapia cognitivo conductual es efectiva en el tratamiento de la enfermedad.⁶ También se pueden emplear fármacos para su tratamiento, como es el caso de antidepresivos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) e inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO). Otros medicamentos empleados son los betabloqueadores y las benzodiazepinas.⁷

2.1.5.2. Fobia simple: La fobia específica es más frecuente que la fobia social. Es el trastorno mental más común entre las mujeres y el segundo más común entre los hombres, detrás de los trastornos inducidos por sustancias. La proporción mujer-hombre es de 2 a 1, aunque esta

proporción pasa a ser de 1 a 1 en la fobia de tipo sangre-inyecciones-daño. La edad de inicio más frecuente para las fobias de tipo ambiental y la fobia a sangre-inyecciones-daño oscila entre los 5 y los 9 años, aunque pueden iniciarse en edades posteriores. En las fobias específicas, las situaciones y los objetos temidos (enumerados en orden descendente según la frecuencia de aparición) son animales, tormentas, alturas, enfermedades, heridas y muerte.²

2.1.5.3. Agorafobia sin crisis de angustia: De acuerdo con la etimología de la palabra, la agorafobia está especialmente relacionada con el temor intenso a los espacios abiertos o públicos en los que pueden presentarse aglomeraciones. La palabra procede de los términos griegos "ágora", plaza, y "phobos", miedo. La agorafobia está estrechamente relacionada con el trastorno de pánico, y no es raro que ambos trastornos sean comórbidos. Entre los miedos que experimenta el agorafóbico están el miedo a vivir una crisis, a desmayarse, a sufrir un infarto, a perder el control, a hacer el ridículo, etc. El trastorno se genera por alguna experiencia negativa por parte de la persona, quien al evitar las situaciones parecidas está desarrollando un mecanismo de aprendizaje que hace permanecer el problema. Entre los factores de riesgo se pueden incluir episodios relacionados con intensos niveles de pánico o experimentar eventos estresantes, incluido el abuso sexual o físico durante la infancia. El tratamiento cognitivo-conductual de la agorafobia es el más exitoso entre los utilizados y se basa en someter al paciente a una exposición gradual a las situaciones que típicamente le provocan la ansiedad.⁸

La agorafobia suele incluir o desarrollar en la persona afectada otras fobias más específicas, tales como estar o quedarse solo/a (anuptafobia), fobia a los lugares cerrados (claustrofobia), a las alturas (acrofobia), al agua (hidrofobia), a estar rodeado de gente (enoclofobia), a las enfermedades (hipocondría), al día o a la noche

(nictofobia), al tiempo/clima (cronofobia) o al sexo (erotofobia). Al igual que otras fobias, el tratamiento más habitual es de tipo conductual o cognitivo-conductual.⁸

2.1.5.4. Trastorno de angustia sin agorafobia: el DSM IV contiene dos criterios diagnósticos para los diagnósticos de angustia, uno sin agorafobia y el otro con agorafobia, pero ambos requieren la presencia de crisis de angustia. Algunos sondeos en poblaciones indican que los crisis de angustia son comunes y como consecuencia la determinación del número o la frecuencia de crisis de angustia necesarios para cumplir el diagnóstico fue un aspecto primordial al desarrollar los criterios diagnósticos de los trastornos de angustia.²

Establecer el umbral demasiado bajo lleva al diagnóstico de trastorno de angustia en pacientes que no sufren incapacidad por sus crisis de angustia ocasionales; establecer el umbral demasiado alto conduce a una situación en la que pacientes incapacitados por sus crisis de angustias no cumplen criterios diagnósticos. Las dificultades para determinar el umbral son patentes en el amplio abanico de umbrales existentes en los distintos criterios diagnósticos. Los criterios diagnósticos exigen seis crisis en seis semanas. El DSM IV no especifica un número mínimo de ataques de pánico ni un marco temporal pero requiere de que un ataque sea seguido de al menos un periodo de un mes en el que el sujeto está preocupado por la posibilidad de sufrir otro ataque de pánico.²

2.1.5.5. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): Como su nombre lo indica, se refiere a la situación en la que el individuo experimenta una ansiedad constante y a largo plazo, sin saber su causa. Estas personas tienen miedo de algo, pero son incapaces de explicar de qué se trata. Debido a su ansiedad no pueden desempeñarse en forma

normal. No logran concentrarse, no pueden apartar sus temores y sus vidas empiezan a girar en torno a la ansiedad. Esta forma de ansiedad puede, al final, producir problemas fisiológicos. Las personas que padecen del trastorno de ansiedad generalizada pueden comenzar a sufrir dolores de cabeza, mareos, palpitaciones cardíacas o insomnio. El síntoma principal es la presencia casi constante de preocupación o tensión, incluso cuando no existen causas objetivas que lo motiven.⁹

El tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada incluye la utilización de antidepresivos (tricíclicos, ISRS), buspirona y (a corto plazo) benzodiazepinas, y formas específicas de psicoterapia. El tratamiento más efectivo para el TAG suele combinar la psicoterapia con la medicación.⁹

2.1.5.6. Trastorno por estrés postraumático: El trastorno por estrés postraumático o TEPT es un trastorno mental clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.⁴

El TEPT puede desarrollarse poco después en la persona que haya sido expuesta a uno o más sucesos traumáticos de índole diversa; tales como la exposición al dolor ocasionado por una guerra vivida por un soldado, torturas, acoso sexual o amenazas de muerte inminentes. El diagnóstico puede salir a la luz cuando un conjunto de grupo de síntomas, normalmente como recurrentes recuerdos perturbadores, evasión o adormecimiento de recuerdos del suceso, y la hiperactividad, dan lugar posteriormente a flashbacks o recuerdos retrospectivos en la mente de la persona que lo vivió en el pasado (explosiones de imágenes inminentes sobre el evento en la mente del sujeto). Los veteranos de

guerra son normalmente los más propensos a padecer de trastorno de estrés postraumático.⁴

2.1.5.7. Trastorno por estrés agudo: El trastorno por estrés agudo es un trastorno de ansiedad, a medio camino del trastorno de estrés postraumático, en el que la persona sufre, temporalmente pero de forma aguda, un cuadro de ansiedad fisiológica, como respuesta a la experimentación de uno o varios sucesos altamente estresantes, donde se ha puesto en peligro la integridad física de uno mismo o de los demás. A diferencia del trastorno de estrés postraumático, los síntomas aparecen a los pocos minutos del suceso traumático, y remiten con un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas.¹⁰

Al igual que en el trastorno de estrés postraumático pueden revivirse las experiencias traumáticas, y muestran una sintomatología similar a estos. A veces se siente culpables por lo ocurrido, o no merecedores de haber sobrevivido (en el caso de sucesos que se hayan cobrado víctimas mortales). No es raro que el trastorno de estrés agudo desemboque en un trastorno de estrés postraumático.¹⁰

2.1.5.8. Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica: Es una preocupación de que los síntomas físicos son signos de una enfermedad grave, incluso cuando no exista ninguna evidencia médica para respaldar la presencia de un padecimiento de salud. Ellos buscan el consuelo de la familia, los amigos o los médicos de manera regular. Se sienten bien a lo sumo durante un tiempo corto y luego empiezan a preocuparse por los mismos síntomas o por síntomas nuevos. Los síntomas pueden alternar y cambiar y con frecuencia son vagos. Las personas con este trastorno a menudo examinan su propio cuerpo. Algunas pueden reconocer que el temor de tener una enfermedad grave es irracional o infundado.¹¹

Los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), pueden ayudar a reducir la preocupación y los síntomas físicos de este trastorno. La terapia conductual cognitiva (TCC), un tipo de psicoterapia, puede ayudar a manejar estos síntomas.¹¹

2.1.5.9. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias son habituales como resultado del consumo de drogas recreativas y de fármacos. Aunque los simpaticomiméticos (anfetamina, cocaína y cafeína) se suelen asociar a la producción de síntomas de trastorno de ansiedad, muchas drogas serotoninérgicas (LSD y MDMA) también pueden causar síndromes de ansiedad aguda y crónica en consumidores de estas drogas.²

Se han asociado a síntomas de trastorno de ansiedad, deterioro cognoscitivo de la comprensión, del cálculo y de la memoria. El tratamiento para los trastornos de ansiedad es el cese del consumo de la sustancia causante. También se puede utilizar tratamiento psicoterapéutico o farmacológico.²

2.1.5.10. Trastorno de ansiedad no especificado: algunos pacientes tienen síntomas de trastorno de ansiedad que no cumplen criterios específicos del DSM-IV de los trastornos de ansiedad, trastorno de adaptación con ansiedad o trastorno mixto ansioso-depresivo. Tales pacientes se incluyen en los trastornos de ansiedad no especificados.

La coexistencia de un trastorno depresivo mayor y un trastorno de angustia es muy común. Es así que las manifestaciones clínicas combinan síntomas de trastornos de ansiedad y síntomas de trastornos depresivos, además, son frecuentes la hiperactividad del sistema nervioso autónomo como molestias gastrointestinales, los que contribuyen a que estos pacientes se atiendan con médicos ambulatorios.²

El tratamiento farmacológico se realiza con ansiolíticos, antidepresivos o ambos, además de un enfoque psicoterapéutico como la psicoterapia de introspección.²

2.1.6. TRATAMIENTO

La mayoría fue descrita en el desarrollo de cada uno de los tipos de ansiedad, puesto que cada uno tiene sus propias características y síntomas y requieren tratamientos diferentes. Así mismo, las emociones presentes en los trastornos de ansiedad van desde el simple nerviosismo a episodios de terror o pánico. Por lo tanto, en términos generales el tratamiento incluirá:

Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser altamente eficaz para los diversos trastornos de ansiedad. Esta terapia trabaja dos componentes principales de la psique humana, las cogniciones o pensamientos y la conducta. Por ejemplo, en el caso de la fobia social la modificación cognitiva ayuda al paciente a cuestionarse algunos de sus temores, como el de estar siendo observado o juzgado continuamente por los demás. El componente conductual busca cambiar las reacciones de ansiedad provocadas por la situación, principalmente a través de estrategias de exposición y desensibilización sistemática. Mediante la terapia cognitiva se intenta identificar y modificar los pensamientos disfuncionales, automáticos o irracionales que generan respuestas inadaptativas.²⁰

Farmacoterapia

Cuando la medicación está indicada por psiquiatras especialistas, generalmente se recomienda la toma de fármacos antidepresivos conocidos como ISRS, como medicamentos de primera elección. Las benzodiazepinas a veces están indicadas para tratamientos de corta duración. Actualmente se consideran fármacos de segunda línea de tratamiento por los efectos secundarios que acarrear, como el deterioro de las funciones cognitivas y el riesgo de dependencia.²⁰

Biblioterapia

Los libros de autoayuda y guías para pacientes son una opción de tratamiento para las personas con trastornos de ansiedad, que en todo caso complementan el resto de medidas terapéuticas.²⁰

2.2. CANCER Y ANSIEDAD

La mayoría de pacientes, familiares y proveedores de cuidados presentan algún grado de depresión, angustia y miedo cuando el cáncer se convierte en parte de sus vidas. Estos sentimientos son respuestas normales a una experiencia como ésta que cambia sus vidas. En las personas con cáncer, estos sentimientos pueden ser causados por muchas cosas, incluyendo cambios en la capacidad de desempeñar sus funciones en la familia o el trabajo, pérdida de control sobre eventos en su vida, cambios en la imagen corporal, miedo a la muerte, temor a sufrir algún dolor o miedo a lo desconocido. Los miembros de la familia pueden presentar estos sentimientos debido a que temen perder a sus seres queridos. Además, es posible que sientan coraje porque un ser querido tiene cáncer, frustración por no poder “hacer lo suficiente” o tensión porque tienen que trabajar más en el hogar.¹²

Resulta importante recordar que las personas pueden sentir aflicción en cualquier momento después del diagnóstico y tratamiento, incluso muchos años después de tratar del cáncer. A medida que sus situaciones de salud cambian, las personas con cáncer tienen que lidiar con nuevos agentes estresantes junto con los agentes viejos, y sus sentimientos a menudo cambian. Por ejemplo, las personas con cáncer avanzado pueden presentar una aflicción emocional mayor que aquellas con cáncer más inicial.¹³

Las personas que presentan síntomas físicos, tal como dolor, náuseas o cansancio extremo también parecen ser más propensos a sufrir de angustia emocional. La mayor parte del tiempo, los síntomas físicos pueden ser controlados con medicamentos, pero puede que sea necesario tomar más de uno para tratar de encontrar el medicamento o las combinaciones de medicamentos adecuadas. Esta es la razón para mantenerse en contacto con su equipo de profesionales que atienden el cáncer, pues pueden ayudar con estas clases de síntomas antes de que

el paciente se sienta abrumado. Algunas investigaciones muestran que aproximadamente la mitad de los pacientes con diagnóstico de cáncer presentan problemas psicológicos relevantes. Algunos estudios mencionan una frecuencia de 47% de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos, de los cuales el 68% presentaba un trastorno adaptativo, 13% depresión mayor y 4% trastorno de ansiedad. Aun así no existe un acuerdo en la prevalencia de trastorno de ansiedad en población con cáncer, muy probablemente por las diferencias metodológicas de los estudios. Los datos aportados por la mayoría de trabajos dedicados a este tema varían entre el 5 y el 60%.^{14,15}

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

a) A Nivel Local:

- Autor: Moscoso Pinares Sara¹⁷

Título: “Frecuencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos del Hospital Goyeneche, Arequipa - 2010”

Tipo de Investigación: Tesis

Lugar y Fecha: Arequipa, 2010

Objetivos: Determinar la frecuencia de ansiedad en pacientes oncológicos del hospital Goyeneche, Arequipa- 2010.

Determinar la frecuencia de depresión en pacientes oncológicos del hospital Goyeneche, Arequipa- 2010.

Material y Métodos: Se encuestó prospectivamente una muestra de 148 pacientes oncológicos aplicando una ficha para indagar los antecedentes epidemiológicos y del cáncer, y la escala de Hamilton para depresión de 17 ítems y para ansiedad de 14 ítems.

Resultados y conclusiones: Según la escala de Hamilton; 78.38% de pacientes mostraron ansiedad (46.62% ansiedad menor y 31.76% ansiedad mayor). Para la ansiedad, los factores epidemiológicos más frecuentes en pacientes fueron el sexo femenino (82.76 en el grupo con ansiedad versus 56.25%) el estado civil sin pareja (49.14% versus 25%), familia incompleta (47.41% versus 18.75%) y falta de ocupación en el momento del diagnóstico (68.97% versus 34.38%). En relación a las características oncológicas y la ansiedad, el único factor más frecuente en pacientes

con cáncer fue el encontrarse en tratamiento oncológico, aunque con una diferencia marginal en relación al grupo de ansiedad. Para la depresión, los factores epidemiológicos relacionados fueron el sexo femenino (84.03% de pacientes con depresión 48.29% sin depresión), la instrucción baja (iletrada o primaria en 64.71% de pacientes deprimidos versus 27.59%), y la falta de ocupación (70.59% versus 24.14%).¹⁷

- Autor: Fuentes Fuentes Melva ¹⁸

Título: “Depresión e Ideación Suicida en pacientes con cáncer, Hospital Goyeneche de Arequipa-2009”

Tipo de Investigación: Tesis

Lugar y Fecha: Arequipa, 2009

Objetivos: Determinar la frecuencia de depresión en pacientes con cancer del hospital Goyeneche, Arequipa- 2009.

Determinar la frecuencia de ideación suicida en pacientes con cancer del hospital Goyeneche, Arequipa- 2009.

Material y Métodos: Se evaluó 120 pacientes que acuden a Hospital Goyeneche de Arequipa a consulta externa de oncología.

Resultados y Conclusiones: Se encontró, depresión en el 86.6% sobre todo moderada. La ideación suicida se presentó en el 30% de pacientes. El grupo más afectado fue el femenino (70%). La depresión se presenta con mayor frecuencia en solteros, analfabetos. La ideación suicida se relaciona directamente con la depresión.¹⁸

b) A nivel nacional

- Autor: Tejada Guillen R. ¹⁶

Título: "Prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer, atendidos en Hospitales MINSA y EsSalud, Lima-2004”

Tipo de Investigación: Tesis

Lugar y Fecha: Lima, 2004

Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión clinica en pacientes con cáncer atendidos en hospitales MINSA Y EsSalud, Lima-2004.

Material y Métodos: Aplicando la escala de Hamilton a una muestra de 208 pacientes.
Resultados y Conclusiones: Se encontró depresión en 71.2% de pacientes, siendo leve en 38.2% moderada en 18.35% y grave en 13.9%. No hubo relación con el género, y los pacientes con educación primaria, desempleados, técnicos, convivientes o divorciados, pacientes en estadio IV, el cáncer de piel, óseo, hígado, estómago, páncreas, cerebro y leucemia mostraron mayor depresión, y la edad de 52 años fue la que presentó más depresión.¹⁶

c) A nivel internacional

Autor: Bragado C. y cols.¹⁹

Título: “Evaluación del autoconcepto, físico, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer, 2005”

Tipo de Investigación: Artículo

Lugar y Fecha: Mexico-2005

Objetivos: Evaluar el autoconcepto, físico, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer, 2005.

Material y Métodos: Se evaluó el autoconcepto, físico, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. Adicionalmente, se analiza la capacidad predictiva del autoconcepto y la autoestima sobre el malestar emocional. Se administró la versión española del PSDQ, CDI y STAIC a 30 niños con cáncer y 90 escolares sin historia de cáncer.

Resultados y Conclusiones: Los resultados señalaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables de estudio, excepto en dos de las 11 dimensiones del PSDQ, salud y flexibilidad. La autoestima fue el mejor predictor de depresión, mientras la salud y el autoconcepto predecían ansiedad.¹⁹

4. OBJETIVOS

4.1 General :

Determinar el grado de relación entre el nivel de ansiedad y los factores epidemiológicos y clínicos asociados, en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, AREQUIPA - 2016.

4.2 Específicos:

- Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche.
- Determinar las características clínicas de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche.
- Determinar el nivel de ansiedad de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche.
- Determinar el grado de relación entre las características epidemiológicas y el nivel de ansiedad en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche.
- Determinar el grado de relación entre las características clínicas y el nivel de ansiedad en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche.

5 HIPÓTESIS

Dado que los pacientes oncológicos desarrollan ansiedad, es probable que existan factores asociados que determinen la presencia de la misma.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

- *Técnicas:* Recolección de Datos mediante encuestas y Tests.
- *Instrumentos:* Encuesta, Test de Hamilton.

Escala De Ansiedad De Hamilton: La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959. Inicialmente constaba de 15 ítems, pero 4 de ellos se fusionaron en 2, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 se dividió el ítem “*Síntomas somático generales*” en 2, “*somático musculares*” y “*somáticos sensoriales*” quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencias, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que puedan observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas.

Interpretación: Este Test es uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos

puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Para la interpretación se debe considerar:

0 – 5: No ansiedad

6 – 14: Ansiedad menor

15 a más: Ansiedad mayor

- **Materiales:**

- Papel Bond
- Útiles de Escritorio
- Computadora
- Software Estadístico

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: AQP

2.2. Ubicación temporal: 2016

2.3. Unidades de estudio: Pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos por consultorio externo de Oncología Médica en el Hospital Goyeneche.

2.4. Población: Pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos por consultorio externo de Oncología Médica en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico confirmado de Patología oncológica.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que acudan a consulta externa de oncología médica.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no tengan diagnóstico de Patología oncológica.
- Paciente menores de edad.
- Pacientes con algún grado de retardo mental.
- Pacientes con algún grado de encefalopatía.
 - Atenciones por mes en consulta externa de oncología clínica: 300 pacientes
 - Aplicando la fórmula para determinar el tamaño de muestra:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

- N = Total de la población
- Z = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- e = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- $\sigma = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

Muestra: Se encuestará a 169 pacientes.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

- Se solicitará autorización al Hospital III Goyeneche para realizar el proyecto de tesis.
- Se informará a los pacientes acerca del proyecto a realizar. Se llenará hoja de consentimiento informado.
- Se realizará el test personalmente a cada paciente.
- Los datos se vaciarán en el paquete informático SPSS. El que consistirá en:
 - Chi cuadrado de Pearson
 - Nivel de significación $p < 0.05$. Las diferencias se consideran significativas cuando el valor de probabilidad sea menor de 0.05
 - Nivel de correlación de Pearson – Spearman
 - Finalmente los resultados serán presentados en tablas y gráficos

3.2. Recursos

- a) Humanos: Investigador, asesor.
- b) Técnicos: Propios

3.3. Criterios para manejo de resultados

A nivel de Sistematización

- a) **Plan de Procesamiento:** El procesamiento se hará en forma manual y electrónica.

- b) Codificación:** Una vez obtenidos los datos estos serán contados, tabulados y posteriormente serán procesados estadísticamente. Para el análisis de los datos se utilizara una computadora personal y el paquete estadístico SPSS.
- c) Análisis:** Se realizará un tipo de estadística para determinar el grado de relación entre el nivel de ansiedad y los factores epidemiológicos y clínicos asociados.
- d) Presentación:** Los resultados obtenidos serán presentados en tablas y gráficos estadísticos.

A nivel de estudio de datos

- a) Metodología de Interpretación:** El proceso a seguir para la interpretación de datos será en primer lugar detallando las variables identificadas objeto de estudio según la definición de objetivos e instrumentos, y siguiendo una estadística descriptiva. Luego se determinará que variables ameritaran ser analizadas individualmente y presentadas en tablas según los objetivos. Finalmente, se determinará que variables deben cruzarse según objetivos e hipótesis y se realizara el listado de las tablas que deben presentarse.
- b) Operaciones para Interpretar las Tablas:** Una vez entendidas las tablas, se realizaran descripciones de las características de la muestra, la situación del problema del estudio y la comprobación de la hipótesis en base a los resultados de las pruebas estadísticas empleadas.

A nivel de Conclusiones

- a) Profundidad Analítica:** Dependerá de los resultados para poder analizar y formular las conclusiones.
- b) Logro de Objetivos:** Una vez establecidos los resultados se establecerán el logro de los objetivos planteados.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

Elaboración de Proyecto	X	X										
Presentación de Proyecto		X	X									
Recolección de datos y Aplicación de Test de Ansiedad de Hamilton				X	X							
Interpretación y análisis de datos						X	X					
Elaboración de informe final								X	X			
Fecha de Presentación										X	X	

Fecha de inicio: 06 de Enero 2016

Fecha probable de término: 06 de Marzo 2016

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Toro Greiffenstein, R.; Yepes Roldan, L.; Palacio Acosta, C.; “Fundamentos de Medicina Psiquiátrica”; 5ª ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2013; pág. 241- 248.
2. Kaplan, H.; Sadock, B.; “Sinopsis de Psiquiatría”; 8ª ed. España: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2000, pág. 657- 710.
3. Bobes, J.; Sáiz, M.; Gonzales, P.; Bousoño, M.; “Trastornos de ansiedad”; Medicine, 1999; vol 7, n 106: 4952-4962.
4. Pichot, P.; López, J.; Aliño, I.; Valdés, M.; “DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” 4º ed. USA; Masson; 1995; pág. 421.
5. Stein, Murray B.; Stein, Dan J. (2008). “Social Anxiety Disorder”. The Lancet , 1968, pág. 1115–1125.

6. Clum,G.; Febraro, G.; “Phobias”. the Encyclopedia of Mental Health, 2001. California: Academic Press. pág. 328.
7. Blanco, C.; Bragdon, L.; Schneier, F.; Liebowitz, M.; (2013). “The evidence-based pharmacotherapy of social anxiety disorder”. International Journal of Neuropsychopharmacology, 2013; vol 1: 235–249.
8. Espada, J.; "La agorafobia"; Mente y Cerebro; España; 2009; págs. 12-20.
9. Feldman; “Psicología con aplicaciones en países de Habla Hispana”. Mcgraw-Hill; 2010; pág. 579.
10. Quijada, M.; “Trastorno Por Estrés Agudo Y Trastorno Por Estrés Post-Traumático”; 2006.
11. Feinstein, G. “Difficult patients: personality disorders and somatoform complaints”; Rakel RE, ed.; 8th ed. Philadelphia; 2011; cap. 46.
12. American Cáncer Society. “Ansiedad, Miedo - Depresión en el cáncer”; USA; 2012. www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002815-pdf.pdf
13. “Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría”; MINSA; 2008.
14. Gil, F.; Costa, G.; Pérez, F.; Salames, M.; Sánchez, N.; Sirgo, A.; “Adaptación Psicológica y Prevalencia de Trastornos Mentales en Pacientes con Cáncer”. Med. Clin.; España; 2008; pág: 90-92.
15. Dalton, S.; Laursen, R.; “Risk for Hospitalization with depression after a cancer diagnosis: a nationwide; population-based study of cancer patients in Denmark from 1973 to 2003”; Journal Clin. Oncol; 2009; vol 27; n 9:1440-1445.

16. Tejada, R.; “Prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer”. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín; 2005.

17. Moscoso, S.; “Frecuencia de Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos del Hospital Goyeneche 2010”. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín; 2010.

18. Fuentes, M.; “Depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer”. Hospital Goyeneche de Arequipa. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín; 2009.

19. Bragado, C.; “Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer”; Psicothema; 2008; vol 20; n 3: 413-419.

20. Stein, D.; “Clinical Manual of Anxiety Disorders”; 1^{ra} ed.; American Psychiatric Press; USA; 2004; pág. 7.

Anexo 1:

Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

- 1.- EDAD: _____
- 2.- SEXO:
Masculino _____ Femenino _____
- 3.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:
Iltrado _____ Primaria _____ Secundaria _____ Superior _____
- 4.- ESTADO CIVIL
Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ divorciado _____ Conviviente _____
- 5.- TIPO DE FAMILIA
Nucleada _____ Incompleta _____ Extensa _____
- 6.- OCUPACION:
Su casa _____ Estudiante _____ Desempleado _____ Jubilado _____ Empleado _____ Independiente _____
- 7.- TIPO DE NEOPLASIA:
Digestiva _____
Hematológica _____
Cutánea _____

Genitourinaria _____
Neurológica _____
Osteoarticulares _____
Otras _____

8.- TIEMPO DE ENFERMEDAD _____

9.- TRATAMIENTO RECIBIDO

Cirugía _____
Quimioterapia _____
Radioterapia _____
Ninguno _____

10.- TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO PREVIO

No _____
Psicologo _____
Psiquiatra _____

11.- HOSPITALIZACIONES PREVIAS

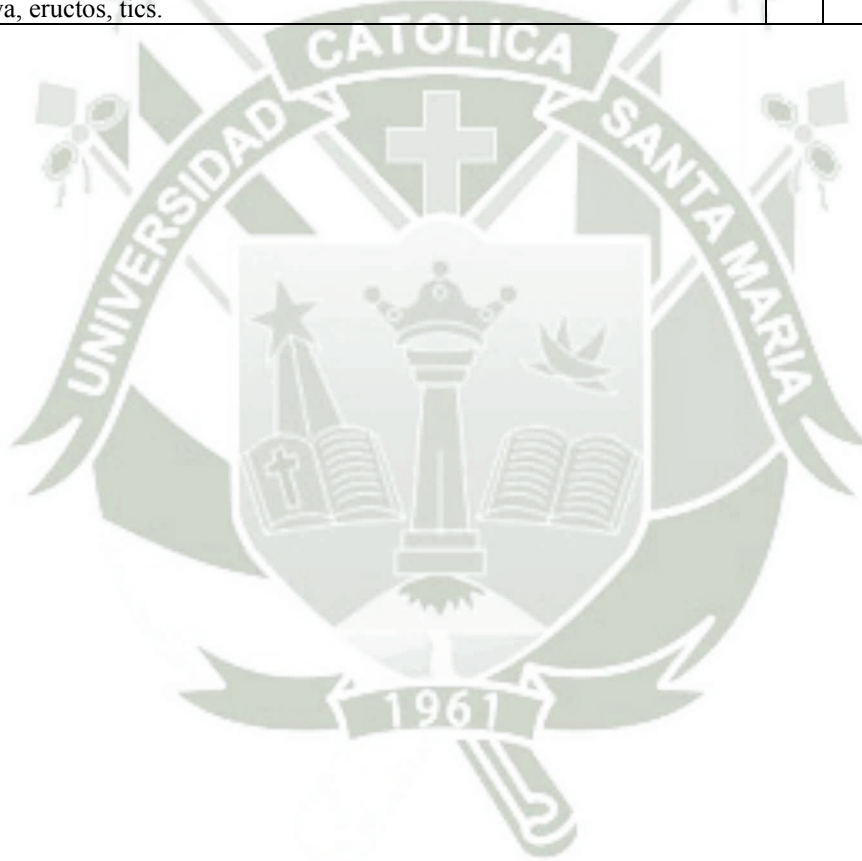
No _____
Si _____ veces _____

Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton (14 ítems)

INSTRUCCIONES: Escoja en cada puntuación ítem la puntuación que corresponde a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 14 ítem. Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía. Deben puntuarse todos los ítem a los siguientes criterios: **0: Ausente; 1: Intensidad Ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad Elevada; 4: Intensidad Máxima (Invalidante)**

	0	1	2	3	4
1. Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3. Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5. Funciones intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6. Humor depresivo: Perdida de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado, variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
8. Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensaciones parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos).					

9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitations, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayo, arritmias.					
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o dificultad respiratoria).					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades al degluir, flatulencia, dolor abdominal de ahogo, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del periodo menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
13. Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina)					
14. Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					

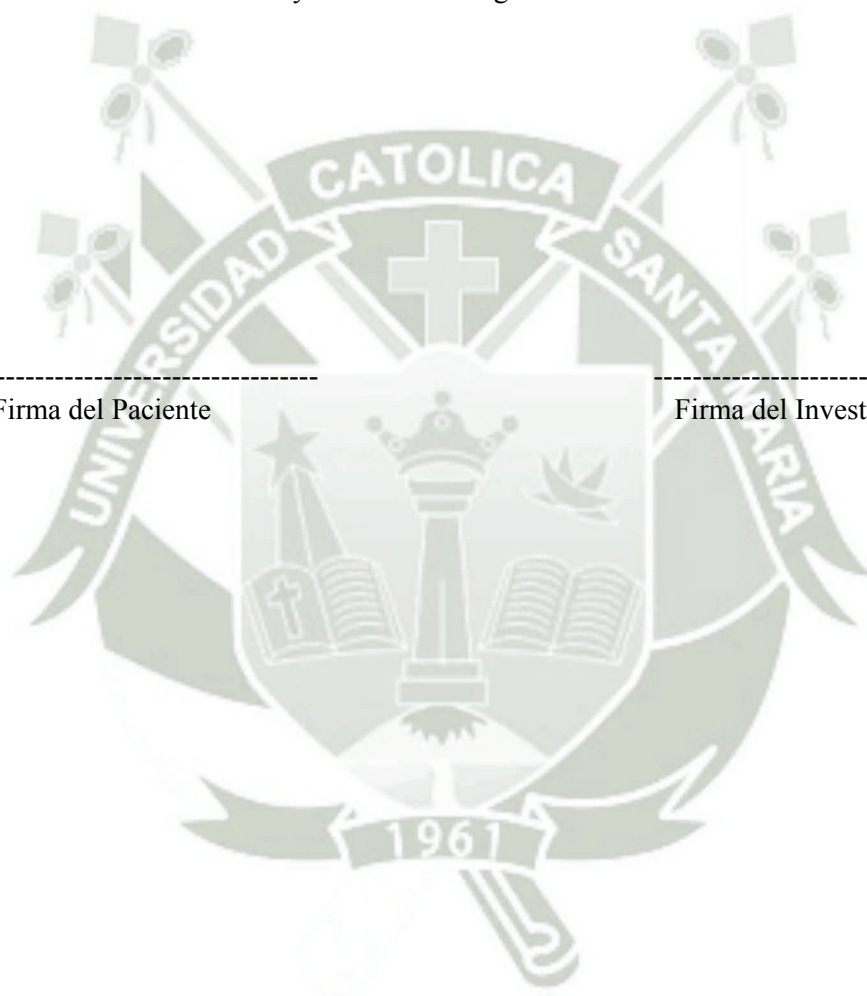


Anexo 3. Consentimiento informado

Yo _____,
estoy de acuerdo en participar en el trabajo de investigación " Frecuencia de ansiedad y factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes con cáncer atendidos en el Hospital III Goyeneche, Arequipa- 2016". Se me ha explicado minuciosamente los objetivos y procedimientos de estudio y mi incorporación será voluntaria; por lo tanto al firmar este documento autorizó se me incluya en esta investigación.

Firma del Paciente

Firma del Investigador





NRO. ENCUESTA	EDAD	SEXO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	TIPO DE FAMILIA	OCUPACION	TIPO DE NEOPLASIA	TIEMPO DE ENFERMEDAD	TRATAMIENTO			TTO. PSICOTERAPEUTICO	HOSP. PREVIA		ESCALA DE HAMILTON
									CIRUGIA	QUIMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA		SI/NO	NRO.	
1	42	FEMENINO	SUPERIOR	SOLTERO	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	5 MESES	1	1	0	NO	SI	4	2
2	58	FEMENINO	ILETRADO	CONVIVIENTE	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	20
3	56	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	MAMARIA	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	17
4	28	MASCULINO	SECCUNDARIA	SOLTERO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	HEMATOLOGICO	3 AÑO	0	1	0	NO	SI	4	12
5	46	FEMENINO	PRIMARIA	CASADO	NUCLEADA	EMPLEADO	MAMARIA	3 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	18
6	50	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	6 AÑO	1	0	0	NO	SI	1	13
7	54	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	0	PSICOLOGICO	NO	0	10
8	42	MASCULINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	OSTEOARTICULAR	2 AÑO	1	1	0	PSICOLOGICO	SI	2	6
9	85	FEMENINO	PRIMARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	MAMARIA	2 AÑO	1	0	0	NO	NO	0	6
10	29	MASCULINO	SECCUNDARIA	SOLTERO	INCOMPLETA	EMPLEADO	OSTEOARTICULAR	2 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	6
11	80	FEMENINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	SU CASA	MAMARIA	5 MESES	1	0	1	NO	SI	1	19
12	45	FEMENINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	2 AÑO	1	1	1	NO	SI	2	22
13	26	FEMENINO	PRIMARIA	SOLTERO	INCOMPLETA	DESEMPLEADO	HEMATOLOGICO	3 AÑO	1	0	1	NO	SI	4	15
14	51	FEMENINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	25
15	24	MASCULINO	SECCUNDARIA	SOLTERO	INCOMPLETA	ESTUDIANTE	HEMATOLOGICO	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	2	6
16	64	FEMENINO	PRIMARIA	CASADO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	2 AÑO	0	1	0	NO	NO	0	14
17	22	MASCULINO	SUPERIOR	SOLTERO	NUCLEADA	ESTUDIANTE	HEMATOLOGICO	8 MESES	0	1	0	NO	SI	3	4
18	72	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 MES	0	0	1	NO	NO	0	16
19	78	MASCULINO	PRIMARIA	CASADO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	4 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	12
20	56	MASCULINO	ILETRADO	CONVIVIENTE	EXTENSA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	2 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	13
21	64	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	JUBILADO	GENITOURINARIO	3 AÑO	1	0	0	NO	SI	1	6
22	60	FEMENINO	PRIMARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	2
23	66	MASCULINO	SUPERIOR	CONVIVIENTE	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	8
24	67	MASCULINO	PRIMARIA	CASADO	EXTENSA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	1 AÑO	0	1	0	NO	NO	0	9
25	50	FEMENINO	PRIMARIA	CASADO	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	16
26	32	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	HEMATOLOGICO	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	5	6
27	55	FEMENINO	PRIMARIA	CASADO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	1 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	23
28	45	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	2 AÑO	0	1	1	PSICOLOGICO	NO	0	14
29	54	FEMENINO	PRIMARIA	CASADO	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	1 AÑO	0	1	1	NO	SI	2	18
30	52	FEMENINO	ILETRADO	SOLTERO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	8 MESES	0	1	0	NO	NO	0	16
31	83	MASCULINO	PRIMARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	OSTEOARTICULAR	2 AÑO	1	1	1	NO	SI	1	27
32	71	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	4 MES	0	1	0	NO	SI	1	12
33	67	FEMENINO	PRIMARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	3 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	20
34	51	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	2 AÑO	0	1	0	NO	SI	2	12
35	51	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	EMPLEADO	GENITOURINARIO	2 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	8
36	50	FEMENINO	PRIMARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	SU CASA	DIGESTIVA	1 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	25
37	51	FEMENINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	6 MESES	0	1	1	NO	SI	1	20
38	50	FEMENINO	ILETRADO	CONVIVIENTE	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	2 AÑO	1	1	1	NO	SI	3	24
39	69	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	7 AÑO	1	0	0	NO	SI	1	15
40	86	FEMENINO	PRIMARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	DIGESTIVA	2 AÑO	1	1	0	NO	S	3	25
41	65	FEMENINO	PRIMARIA	SOLTERO	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	7 AÑO	1	1	1	NO	SI	1	16
42	71	FEMENINO	PRIMARIA	CASADO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	4 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	19
43	24	MASCULINO	SECCUNDARIA	SOLTERO	NUCLEADA	ESTUDIANTE	HEMATOLOGICO	2 AÑO	0	1	0	NO	SI	3	2
44	65	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	1 AÑO	1	1	1	NO	SI	3	23
45	40	FEMENINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	EMPLEADO	GENITOURINARIO	6 AÑO	0	1	0	NO	NO	0	22
46	46	MASCULINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	3 AÑO	1	1	0	NO	SI	3	12
47	42	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	2 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	21
48	48	FEMENINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	EMPLEADO	MAMARIA	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	10

49	78	MASCULINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	JUBILADO	DIGESTIVA	3 AÑO	1	1	1	NO	SI	2	16
50	55	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	GENITOURINARIO	3 AÑO	0	1	0	NO	SI	2	15
51	53	FEMENINO	PRIMARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	4 MESES	1	1	0	NO	SI	2	18
52	66	FEMENINO	PRIMARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	EMPLEADO	MAMARIA	8 MESES	0	0	1	NO	NO	0	23
53	79	MASCULINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	8 AÑO	1	1	1	NO	SI	4	25
54	56	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	MAMARIA	2 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	21
55	53	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	JUBILADO	MAMARIA	2 AÑO	0	1	1	NO	SI	3	23
56	72	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	3 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	23
57	40	MASCULINO	SUPERIOR	SOLTERO	EXTENSA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	2 AÑO	1	1	0	PSICOLOGICO	SI	2	16
58	73	FEMENINO	PRIMARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	3 AÑO	0	1	1	NO	SI	1	32
59	18	MASCULINO	SECCUNDARIA	SOLTERO	NUCLEADA	ESTUDIANTE	HEMATOLOGICO	5 MESES	0	1	0	NO	SI	3	7
60	43	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	0	NO	NO	0	15
61	30	FEMENINO	SUPERIOR	CASADO	EXTENSA	SU CASA	OSTEOARTICULAR	2 AÑO	1	1	0	PSICOLOGICO	SI	4	25
62	46	FEMENINO	SUPERIOR	SOLTERO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	2 AÑO	1	1	1	NO	SI	1	14
63	55	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	3 AÑO	1	0	0	NO	SI	1	13
64	75	MASCULINO	SUPERIOR	DIVORCIADO	INCOMPLETA	JUBILADO	DIGESTIVA	5 AÑO	1	1	1	NO	SI	7	8
65	72	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	2 AÑO	1	1	1	NO	SI	3	16
66	43	MASCULINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	9 MESES	0	1	0	PSICOLOGICO	SI	6	6
67	57	MASCULINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	5 AÑO	1	0	0	NO	SI	1	11
68	77	FEMENINO	ILETRADO	CASADO	INCOMPLETA	SU CASA	DIGESTIVA	4 MESES	1	0	0	NO	NO	0	16
69	35	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	6
70	69	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	8 AÑO	1	1	0	NO	SI	3	12
71	49	FEMENINO	SUPERIOR	SOLTERO	INCOMPLETA	EMPLEADO	HEMATOLOGICO	3 AÑO	0	1	0	PSICOLOGICO	SI	4	30
72	30	FEMENINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	OSTEOARTICULAR	8 AÑO	0	1	0	NO	SI	4	11
73	44	MASCULINO	SUPERIOR	SOLTERO	NUCLEADA	EMPLEADO	DIGESTIVA	2 AÑO	1	1	1	NO	SI	3	18
74	54	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	0	PSICOLOGICO	NO	0	10
75	48	FEMENINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	20
76	62	MASCULINO	PRIMARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	7
77	50	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	6 AÑO	1	0	0	NO	SI	1	13
78	34	FEMENINO	SUPERIOR	SOLTERO	NUCLEADA	EMPLEADO	HEMATOLOGICO	3 MESES	0	1	0	PSICOLOGICO	SI	1	12
79	74	MASCULINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	DIGESTIVA	3 AÑO	1	1	1	NO	SI	5	24
80	82	MASCULINO	SUPERIOR	VIUDO	INCOMPLETA	JUBILADO	GENITOURINARIO	2 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	5
81	69	FEMENINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	3	17
82	81	FEMENINO	PRIMARIA	CASADO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	7 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	17
83	62	MASCULINO	ILETRADO	CONVIVIENTE	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	1	9
84	40	FEMENINO	ILETRADO	CONVIVIENTE	EXTENSA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	10 MESES	0	1	0	NO	SI	2	2
85	62	FEMENINO	ILETRADO	CONVIVIENTE	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	4 MESES	0	0	1	NO	NO	0	20
86	56	MASCULINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	3 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	20
87	74	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	2 AÑO	0	1	1	NO	SI	3	17
88	30	MASCULINO	SUPERIOR	SOLTERO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	HEMATOLOGICO	2 AÑO	0	1	1	NO	SI	3	13
89	58	FEMENINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	EXTENSA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	2 AÑO	0	1	1	NO	SI	2	19
90	49	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	2 AÑO	1	1	0	PSICOLOGICO	SI	1	12
91	63	FEMENINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	EMPLEADO	GENITOURINARIO	2 AÑO	0	1	1	PSICOLOGICO	NO	0	13
92	45	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	3 AÑO	1	1	1	SI	SI	2	11
93	58	MASCULINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	2 AÑO	1	0	0	NO	SI	1	10
94	38	MASCULINO	SECCUNDARIA	SOLTERO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	OSTEOARTICULAR	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	7
95	72	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	3 AÑO	0	1	1	NO	SI	2	7
96	46	MASCULINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	INDEPENDIENTE	OSTEOARTICULAR	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	1	8
97	76	FEMENINO	PRIMARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	MAMARIA	2 AÑO	1	1	1	NO	SI	2	20
98	68	FEMENINO	SECCUNDARIA	VIUDO	EXTENSA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	0	PSICOLOGICO	NO	0	21
99	53	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	1 AÑO	0	1	1	NO	SI	1	22
100	30	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	EXTENSA	SU CASA	HEMATOLOGICO	3 AÑO	0	1	1	NO	SI	2	16
101	46	FEMENINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	4 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	23
102	29	FEMENINO	SUPERIOR	SOLTERO	NUCLEADA	EMPLEADO	HEMATOLOGICO	2 AÑO	0	1	1	NO	SI	2	8
103	71	MASCULINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	GENITOURINARIO	7 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	9
104	19	FEMENINO	SECCUNDARIA	SOLTERO	NUCLEADA	ESTUDIANTE	HEMATOLOGICO	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	2	12
105	65	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	3 AÑO	0	1	1	NO	SI	3	16
106	49	MASCULINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	1 AÑO	1	0	0	NO	SI	1	15
107	72	MASCULINO	SUPERIOR	CASADO	EXTENSA	JUBILADO	GENITOURINARIO	5 AÑO	1	1	1	NO	SI	3	6
108	50	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	2 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	4
109	75	MASCULINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	DIGESTIVA	3 AÑO	1	1	0	NO	SI	4	10
110	50	MASCULINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	EMPLEADO	GENITOURINARIO	4 AÑO	1	0	0	NO	SI	0	6

111	56	FEMENINO	PRIMARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	2 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	16
112	30	FEMENINO	SUPERIOR	SOLTERO	NUCLEADA	EMPLEADO	HEMATOLOGICO	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	2	7
113	62	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	1 AÑO	0	1	1	NO	SI	2	24
114	45	FEMENINO	SUPERIOR	CASADO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	1	1	0	PSICOLOGICO	NO	0	12
115	64	MASCULINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	JUBILADO	GENITOURINARIO	6 MESES	0	1	0	NO	SI	1	10
116	58	FEMENINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	3 MESES	0	1	0	NO	NO	0	18
117	59	FEMENINO	ILETRADO	CONVIVIENTE	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	6 MESES	0	1	0	PSICOLOGICO	SI	1	16
118	79	MASCULINO	SECCUNDARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	OSTEOARTICULAR	3 AÑO	1	1	1	NO	SI	4	27
119	60	FEMENINO	ILETRADO	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	2	12
120	34	FEMENINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	NUCLEADA	SU CASA	GENITOURINARIO	8 MESES	0	1	0	NO	NO	0	13
121	63	MASCULINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	4 AÑO	1	1	0	NO	SI	5	12
122	70	FEMENINO	SECCUNDARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	DIGESTIVA	3 AÑO	1	1	1	NO	SI	2	25
123	47	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	1 AÑO	0	1	1	NO	SI	2	20
124	54	FEMENINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	1	PSICOLOGICO	NO	0	14
125	56	FEMENINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	1 AÑO	0	1	1	NO	SI	2	24
126	74	FEMENINO	SECCUNDARIA	VIUDO	INCOMPLETA	SU CASA	DIGESTIVA	5 AÑO	1	1	0	NO	SI	3	25
127	22	MASCULINO	SECCUNDARIA	SOLTERO	INCOMPLETA	ESTUDIANTE	HEMATOLOGICO	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	3	2
128	63	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	3 AÑO	1	1	1	PSICOLOGICO	SI	3	16
129	63	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	MAMARIA	2 AÑO	1	1	1	NO	SI	4	23
130	72	FEMENINO	SECCUNDARIA	VIUDO	INCOMPLETA	JUBILADO	DIGESTIVA	5 AÑO	1	1	0	NO	SI	5	12
131	61	FEMENINO	SUPERIOR	DIVORCIADO	INCOMPLETA	JUBILADO	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	1	PSICOLOGICO	NO	0	15
132	72	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	3 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	20
133	56	FEMENINO	ILETRADO	CONVIVIENTE	INCOMPLETA	SU CASA	MAMARIA	6 MESES	0	1	1	NO	SI	3	21
134	46	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	EMPLEADO	MAMARIA	2 AÑO	0	1	1	PSICOLOGICO	SI	1	10
135	52	MASCULINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	1 AÑO	0	1	0	NO	NO	0	16
136	58	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	1	18
137	57	MASCULINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	6 MESES	1	1	1	PSICOLOGICO	SI	1	13
138	61	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	NUCLEADA	SU CASA	MAMARIA	2 MESES	0	0	1	NO	NO	0	23
139	72	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	5 AÑO	1	1	1	NO	SI	2	21
140	65	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	EXTENSA	JUBILADO	MAMARIA	1 AÑO	0	1	1	NO	SI	1	19
141	70	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	MAMARIA	3 AÑO	1	1	1	NO	SI	3	24
142	63	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	1 AÑO	1	0	0	NO	SI	1	16
143	60	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	10 MESES	0	1	1	NO	NO	0	12
144	52	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	2 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	26
145	26	MASCULINO	SECCUNDARIA	SOLTERO	NUCLEADA	ESTUDIANTE	HEMATOLOGICO	2 AÑO	0	1	1	NO	SI	4	8
146	34	FEMENINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	NUCLEADA	SU CASA	OSTEOARTICULAR	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	25
147	71	FEMENINO	ILETRADO	CONVIVIENTE	INCOMPLETA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	19
148	48	FEMENINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	NUCLEADA	SU CASA	GENITOURINARIO	2 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	14
149	58	MASCULINO	SUPERIOR	DIVORCIADO	INCOMPLETA	JUBILADO	GENITOURINARIO	5 AÑO	1	1	1	PSICOLOGICO	SI	1	16
150	72	MASCULINO	SUPERIOR	VIUDO	INCOMPLETA	JUBILADO	DIGESTIVA	3 AÑO	0	1	1	NO	SI	3	8
151	55	FEMENINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	MAMARIA	6 MESES	0	1	1	NO	SI	1	16
152	50	MASCULINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	2 AÑO	1	1	0	NO	SI	5	6
153	63	MASCULINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	10
154	60	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	3	16
155	43	FEMENINO	PRIMARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	3 MESES	0	1	0	NO	NO	0	8
156	59	FEMENINO	PRIMARIA	CONVIVIENTE	INCOMPLETA	INDEPENDIENTE	DIGESTIVA	6 MESES	0	1	0	NO	NO	0	20
157	65	MASCULINO	SECCUNDARIA	DIVORCIADO	INCOMPLETA	JUBILADO	DIGESTIVA	3 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	9
158	60	MASCULINO	SECCUNDARIA	CASADO	EXTENSA	EMPLEADO	DIGESTIVA	4 AÑO	1	1	0	NO	SI	4	11
159	67	FEMENINO	PRIMARIA	CASADO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	4 AÑO	1	1	1	NO	SI	2	10
160	70	MASCULINO	SECCUNDARIA	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	7
161	69	MASCULINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	DIGESTIVA	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	24
162	27	MASCULINO	SUPERIOR	SOLTERO	NUCLEADA	INDEPENDIENTE	HEMATOLOGICO	1 AÑO	0	1	0	PSICOLOGICO	SI	1	12
163	52	FEMENINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	NUCLEADA	EMPLEADO	GENITOURINARIO	3 AÑO	1	1	0	NO	SI	1	16
164	46	MASCULINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	EMPLEADO	DIGESTIVA	6 MESES	0	1	0	NO	NO	0	18
165	32	FEMENINO	SUPERIOR	CASADO	NUCLEADA	SU CASA	OSTEOARTICULAR	1 AÑO	1	1	0	NO	SI	2	13
166	47	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	INCOMPLETA	EMPLEADO	HEMATOLOGICO	7 MESES	0	0	0	PSICOLOGICO	SI	1	30
167	60	FEMENINO	ILETRADO	VIUDO	EXTENSA	SU CASA	GENITOURINARIO	1 AÑO	0	1	0	NO	SI	2	13
168	42	FEMENINO	SECCUNDARIA	CASADO	INCOMPLETA	SU CASA	MAMARIA	2 AÑO	0	1	1	PSICOLOGICO	SI	3	21
169	63	MASCULINO	SECCUNDARIA	CONVIVIENTE	EXTENSA	INDEPENDIENTE	GENITOURINARIO	4 AÑO	0	1	1	NO	NO	0	7