



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**



---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Delegación Veracruz Sur  
Unidad de Medicina Familiar Número 61.  
Córdoba Veracruz**

**TÍTULO:**

Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata.

Tesis de Posgrado

Grado a Obtener: Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Bernardino Ángel González Uriostegui

ASESOR:

Dra. Yolanda Fuentes Flores

Córdoba Ver,

2014





**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**



---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Delegación Veracruz Sur**  
**Unidad de Medicina Familiar Número 61.**  
**Córdoba Veracruz**

Título:

Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata.

Tesis de Posgrado

Grado a Obtener: Especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

Dr. Bernardino Ángel González Uriostegui

ASESOR:

Dra. Yolanda Fuentes Flores

Córdoba Ver,

2014



Universidad Veracruzana

Instituto mexicano del Seguro Social  
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas  
Coordinación Delegacional de Educación en Salud  
Autorización para informe final del trabajo de tesis recepcional titulado:

Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata.

Nombre del Autor: Dr. Bernardino Ángel González Uriostegui  
Número de Registro: R-2012-3102-11  
Especialidad que acredita: Medicina Familiar  
Promoción: 1 de marzo del 2011 al 28 de febrero del 2014

Unidad Sede: UMF 61, Córdoba Veracruz.

Institución que otorga el Aval: Universidad Veracruzana

Dr. Andrés Daniel Zavaleta Pérez  
Coordinador Clínico de Educación en  
Salud e Investigación del HGZ  
Número 8

Dra. Yolanda Fuentes Flores  
Coordinador Clínico de Educación en  
Salud e Investigación UMF 64  
Profesor Titular de la RMF.

---

Asesor de Tesis.  
Dra. Yolanda Fuentes Flores  
Profesor Titular de la RMF  
Coordinador Clínico de Educación en Salud e investigación UMF64

---



Universidad Veracruzana

Instituto mexicano del Seguro Social  
Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas  
Coordinación Delegacional de Educación en Salud  
Autorización para informe final del trabajo de tesis recepcional titulado:

Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata.

Nombre del Autor: Dr. Bernardino Ángel González Uriostegui  
Número de Registro: R 2012 3102 11  
Especialidad que acredita: Medicina Familiar  
Promoción: 1 de marzo del 2011 al 28 de febrero del 2014

Unidad Sede: UMF 61, Córdoba Veracruz.

Institución que otorga el Aval: Universidad Veracruzana

Autorizaciones Delegacionales:

Dr. Enrique Leobardo Ureña Bogarin  
Coordinador Delegacional de  
Planeación y Enlace Institucional  
Delegación Veracruz Sur

Dr. Carlos Francisco Vázquez  
Rodríguez  
Coordinador Auxiliar Delegacional de  
Investigación Médica Delegación  
Veracruz Sur

---

Dr. José Arturo Córdova Fernández  
Coordinador Auxiliar Delegacional de Educación  
Delegación Veracruz Sur.

---

### III. AGRADECIMIENTO:

A Dios por colocarme siempre en el sitio adecuado, para llegar al objetivo primordial en mi vida: el ser feliz.

A mis padres por darme la vida.

A mi Hermosa esposa por transmitirme convicción, coraje, determinación y competitividad pero sobre todo amor.

A mi hijo Ángel Osiel por enseñarme a querer incondicionalmente.

A mi hija Frida por inyectarme esperanza e ilusión.

A mis hermanos por sus enseñanzas y formación.

A mis sobrinos por su cariño y solidaridad.

A mis compañeros de residencia por ser parte de mi familia estos tres años.

A mis profesores de la residencia .

Al Instituto Mexicano del seguro social por otorgarme la oportunidad de formarme como especialista.

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON  
DISFUNCIÓN FAMILIAR EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON  
CÁNCER DE PRÓSTATA.

## INDICE

I.- Portada	1
II.- Autorización	4
III.-Agradecimiento	6
IV .- Título	7 8
VI.- Resumen	
1.- Antecedentes	13
2.- Planteamiento del problema	23
3.- Pregunta del problema	25
4.- Objetivos	26
5.- Material y métodos	27
6.- Diseño de estudio	27
7.- Universo de trabajo	27
8.- Selección de la muestra	28
a) Tamaño de la muestra	28
b) Criterios de selección	28
c) Criterios de inclusion	28
d) Criterios de no inclusion	28
e) Criterios de exclusion	28
9.- Operación de variables	29
10.- Procedimientos	35
11.- Análisis estadístico	36
12.- Consideraciones éticas	37



13.- Recursos humanos, materiales y financieros del estudio	37
14.- Resultados	38
15.- Discusión	44
16.- Conclusiones	45
17.- Bibliografía	47
18.- Anexos	50
18.1.- Instrumentos de recolección	51
18.2.- Cronograma de actividades	55
18.3.- Consentimiento informado	56
18.4.- Autorización.	57

## VI.RESUMEN

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

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en relación con la disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz.

**Material y métodos:** Observacional, transversal, prospectivo a cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de Cáncer de próstata en el servicio de urología del Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz. Que contaran con criterios de inclusión en el periodo de estudio de 31 de enero del 2012 al 30 de marzo del 2013. Se realizó un análisis estadístico de los datos con el programa SPSS 18.

**Resultados:** El grupo de edad más representativo fue el de 60 años con una frecuencia de 23(18 %), una Media de 51.08 y una desviación estándar de 11. Con respecto a la escolaridad: 62 contaron con educación primaria (52.0%) siendo este grupo el más representativo. El parentesco de los cuidadores primarios 58 son esposas (47.2%). Los cuidadores primarios 110(89.4%) se encontraron con ansiedad con una p de 0.01 y 104 (84.6%) se encontraron con probable depresión con un valor de p de 0.02. así mismo. La prevalencia de ansiedad en el grupo de disfunción familiar moderada es 39.8 % con una P de 0.02, la prevalencia de depresión en el grupo de disfunción familiar fue el de disfunción familiar moderada con 38.2% y una P de .001.Sin embargo los 19 cuidadores primarios que presentaron disfunción familiar severa en su totalidad presentaron ansiedad y depresión.

### **Conclusiones:**

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

**Palabras clave:** Cuidadores primarios, disfunción familiar moderada, disfunción familiar severa, ansiedad, depresión.

## Abstract

Title: "Prevalence of anxiety and depression in relation to family dysfunction in primary caregivers of patients with prostate cancer in the General Hospital of Zone No. 8. Cordoba Veracruz"

Objective: To determine the prevalence of anxiety and depression in relation to family dysfunction in primary caregivers of patients with prostate cancer in the General Hospital of Zone No. 8 Córdoba Veracruz.

Methods: Observational, transversal, prospective. Primary caregivers of patients diagnosed with prostate cancer in the urology department of the General Hospital of Zone number 8 Córdoba Veracruz. That count criteria for inclusion in the study period of January 31, 2012 to March 30, 2013. A statistical analysis of the data with the SPSS 18 program was conducted.

Results: the most representative age group was 60 years with a frequency of 23 (18 %), an Average of 51.08 and a standard deviation of 11. With regard to schooling: 62 counted with primary education (52.0 %) are still the most representative group. The relationship of primary caregivers are wives 58 (47.2 %). 110 primary caregivers (89.4 %) were found with anxiety with a p of 0.01 and 104 (84.6 %) were found with probable depression with a p-value of 0.02. likewise. The prevalence of anxiety in the group of moderate family dysfunction is 39.8 % with a P of 0.02. The prevalence of depression in the group of family dysfunction was moderate family dysfunction with 38.2 % and a P of .001. However the 19 primary caregivers who had severe family dysfunction presented in full anxiety and depression.

Conclusions: Primary caregivers who had anxiety and depression present with severe family dysfunction. So the family physician has to use the tools to diagnose the familiar functionality. In primary caregivers of patients with Prostate Cancer.

Keywords: Primary caregivers, family dysfunction, moderate family dysfunction, anxiety, depression.

**Introducción:** La relación de las enfermedades oncológicas con el estado de ánimo del paciente es conocida desde Hipócrates. La familia es un pilar fundamental en la sociedad representa una fuente de apoyo afectivo y social entre otros para pacientes enfermos como es la enfermedad cancerosa. El cáncer de próstata es el crecimiento anormal de las células de la glándula prostática que además tiene la capacidad de invadir a otros órganos. El cáncer de próstata es un problema de salud pública que afecta a la población masculina adulta y el proceso neoplásico más frecuente en nuestro medio, en el hombre mayor de 40 años.

De acuerdo al INEGI en el 2005 el cáncer de próstata fue la segunda causa de muerte por tumores malignos este año. Si un familiar de primera línea tiene la enfermedad, el riesgo se incrementa al doble, si dos o más familiares se ven afectados el riesgo se incrementa 5 a 11 veces.

Lo cuidadores primarios juegan un rol importante en el manejo integral de estos pacientes, primordialmente en etapas avanzadas de dicho padecimiento. La necesidad de encontrar Disfunción Familiar y relacionarla con la presencia de ansiedad es de suma importancia.

**Objetivo General:** Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en relación con la disfunción familia en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicará a los cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata el instrumento de recolección de datos, con tres secciones, la primera de identificación y características sociodemográficas, la segunda es el instrumento validado para depresión y ansiedad de Golberg y la tercera el Apgar Familiar, validado internacionalmente para medir la Funcionalidad Familiar. **Análisis estadístico:** Los resultados obtenidos se capturaran en una base de datos del programa SPSS versión 17, donde se incluirán los datos descriptivos como fracciones simples y proporciones, y estadística Inferencial al contrastar resultados.

## ANTECEDENTES.

Se considera que a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones) debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. En las estimaciones se han tenido en cuenta las ligeras reducciones previstas de la mortalidad por algunos tipos de cáncer en países con grandes recursos. Se estima que durante el mismo periodo el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en 2030 (1)

En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en el mundo menos desarrollado, en particular en los países «en transición» y países de ingresos medianos, por ejemplo en América del Sur y Asia. Más de la mitad de los casos de cáncer se registran ya en países en desarrollo. (2)

El cáncer de próstata es probablemente la enfermedad oncológica más prevalente en el sexo masculino. En series de autopsias entre el 30% y el 40% de los hombres mayores de 50 años presentan incidencia histológica de la enfermedad y aproximadamente el 70% de los hombres mayores de 70 años aunque solo un 25% de los sujetos desarrollan la enfermedad clínica el 7,8% morirán por su causa El adenocarcinoma de próstata es el tumor más frecuente en el hombre mayor de 50 años con una tasa estandarizada (población mundial) de 19,4 representado por el 16,7% de todas las causas de muerte por cáncer en el sexo masculino y el 98% de las defunciones de todas las neoplasias malignas. El aumento en el riesgo de cáncer de próstata se asocia con un mayor número de compañeros sexuales, historia previa de enfermedad de transmisión sexual, frecuencia del acto sexual, y edad temprana de comienzo de la actividad sexual. Aproximadamente el 70% de todos los casos ocurren en hombres a partir de los 65 años de edad. En los últimos 20 años, la tasa de supervivencia del cáncer de próstata ha aumentado de

67 a 97%. La tasa de adenocarcinoma de próstata es más alta entre los hombres afroamericanos (3)

En el ámbito nacional las muertes por lesiones malignas de próstata, en el periodo (diez años) tiene un ligero incremento de 1.4 puntos porcentuales, por lo cual desde el 2003 se inicia un aumento que la acerca a ser la primera causa de muerte en varones, hasta el 2006 en que ocupa el primer lugar. En relación con el cáncer de próstata, cuando se analizan las defunciones por grupos de edad en los últimos diez años, se observa que los fallecimientos acaecidos por este tipo de cáncer se concentran en hombres mayores de 50 años, representando según el año, de 3.9% a 4.6% en el grupo de 50 a 59 años y de 94.5% a 94.9% entre los 60 años y más; de manera general. A nivel institucional se otorgaron cerca de 13 mil consultas en hospitales y unidades de medicina familiar de este instituto en la entidad por cáncer de próstata durante 2010. La aparición de cáncer se ha asociado a varios factores de riesgo comunes entre los que se encuentran: un modo de vida poco sano (consumo de tabaco y alcohol, dieta inadecuada, falta de actividad física) y exposición a carcinógenos (por ejemplo amianto) en el entorno laboral o en el medio ambiente (por ejemplo por contaminación del aire en locales cerrados), radiación (por ejemplo ultravioleta o ionizante) y algunas infecciones (por ejemplo hepatitis B o infección por virus del papiloma humano) (4)

El cáncer de próstata en la actualidad representa un problema de salud creciente que demanda múltiples intervenciones de salud. Es una de las principales causas de muerte y discapacidad. Se distingue por un comienzo insidioso, alternancia con periodos de exacerbación y remisión de síntomas, aparición ulterior de complicaciones y tratamiento complejo de por vida. Los pacientes que cursan con cáncer de próstata enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. (5)

El cáncer de próstata, desde el momento de su diagnóstico confirmatorio, conlleva una serie de modificaciones al estilo de vida del paciente y su entorno

familiar. Las dificultades que presenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, lograr su control y disminuir la incidencia de complicaciones. Se sabe que además de la ingesta de medicamentos, se requiere un gran esfuerzo en su familia y el equipo médico. Algunas medidas deben ser realizadas fuera del ámbito médico, significa en su hogar, esta atención debe enfocarse de forma individualizada. Es por eso que el rol de cada uno de los integrantes se ve modificado de ese proceso se determina si en una familia puede caer en una disfunción familiar. (6,7)

El paciente con cáncer de próstata está obligado a realizar complejos cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana; ante esta enfermedad, la cooperación familiar es imprescindible. En la dinámica familiar incluye determinadamente que uno de los integrantes tenga una enfermedad crónica y demande mayor atención. Frecuentemente existe dificultad de adaptación unos acontecimientos vitales estresantes relacionados con etapas de transición en la vida de la persona. Entre los recursos de apoyo social el más importante es la familia, por lo que los trastornos en su dinámica pueden incrementar la probabilidad de que alguno de sus miembros presente periodos de ansiedad.

Entenderemos como disfunción familiar como aquel fenómeno que se presenta en el núcleo familiar el cuál se caracteriza por una mala organización, malestar en situaciones habituales o de enfermedad, o estados emocionales patológicos. Por lo que no consiguen un objetivo en común. (8, 9)

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación con cada uno de los integrantes en donde la comunicación, individualidad, la reacción a los eventos críticos y por consiguiente la toma de decisiones se ve afectada. Con respecto a las estructuras sociales, se encuentra una condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etcétera. (10,11)

Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su

conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo. Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella (12,13)

Esta situación exige un apoyo importante del grupo familiar para la vigilancia de este paciente, toma de decisiones y ejecución de las mismas. Como padecimiento crónico es un evento estresante, con muy altas posibilidades de ser emocionalmente difícil para el enfermo. Por lo que el apoyo familiar es clave para el bienestar del paciente propiciar un ambiente favorable, que reduzca el stress y mejore el cumplimiento del tratamiento, este apoyo tiene su base en el núcleo familiar y deriva de las relaciones s interpersonales familiares o de parejas. (14,15)

Así mismo la familia es un grupo social organizado como un sistema abierto, formado por un número variable de miembros que en la mayoría de los casos conviven en el mismo lugar vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad es la responsable de guiar y proteger a sus miembros. Su estructura es diversa y depende del contexto en donde se ubique. Ahora bien para que las familias de estos enfermos puedan reorganizar su contexto de apoyo, se requiere de una educación acorde a sus necesidades a fin de lograr una mejor participación en el padecimiento de su enfermo. (16)

Por otro lado en medicina familiar es importante, establecer el diagnóstico de salud de los familiares y debe considerarse más apropiado definir el grado de funcionalidad familiar, es tarea del médico fomentar en la familia, la idea de autorresponsabilidad en la salud de este colectivo y sus miembros, así como desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo en aras de mejorar su salud. El médico que no aproveche estas posibilidades no está ejerciendo debidamente sus funciones. (17)



En cierta forma la evaluación de la familiares inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede decir que es el proceso fundamental para realizar acciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, tratamientos manejos, rehabilitación o paliación. Así pues, la función familiar, es un factor determinante en la conservación de la salud o aparición de enfermedad entre sus miembros. Para reafirmar este concepto la Organización Mundial de la Salud, concibe a esta no solo como la ausencia de signos y síntomas sino también como el disfrute de un bienestar bio-psico-social, además menciona que uno de los fines principales de cada país deber de ser el incremento en el nivel de salud de una población haciendo referencia a la familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud. (18, 19)

En relación a lo anterior y para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto sus condiciones y su estilo de vida por lo general el hombre pertenece vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado familia. (20)

Consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar. Así mismo la familia como grupo social debe cumplir funciones básicas como son: Cuidado, afecto, estatus, socialización y reproducción, además de la económica, la biológica, la educativa, la cultural, y la espiritual, siendo estas unos de los indicadores, que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo. Sin embargo para hacer un análisis del funcionamiento familiar es necesario verlo con una perspectiva sistemática. (21, 22,)

Ya que la familia es un sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y una aún mayor que es la sociedad. Los nexos entre miembros de una familia son tan estrechos que la modificación de uno de sus integrantes provoca alteraciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo la enfermedad de uno de los integrantes altera la vida de los demás tienen que modificar el estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. (23)

A su vez, considerar a la familia como sistema, implica que ella constituye una unidad, una integridad, por la que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, la familia no se debe de ver como una suma de individualidades, es un conjunto de interacciones esta concepción de la familia como sistema aporta mucho en relación con la causalidad, de los problemas familiares los cuáles, tradicionalmente se han visto de manera lineal (causa-efecto), siendo un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un culpable, si no que los problemas y los síntomas son debidos precisamente a deficiencias en interacción familiar. Sin embargo la familia como sistema juega un papel importante no solo en proceso generador de la enfermedad, si no en el proceso de la evolución natural de su padecimiento en medida que se cumplan sus funciones básicas. Esto va a depender de que la familia sea funcional o no y cuente con los recursos necesarios del apoyo social. A la hora de hablar de función familia nos encontramos un criterio único de los indicadores que lo miden, algunos como Virginia Satir, Irigoyen Soria y José Luis Huerta plantean que la familia se hace disfuncional, cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir con la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros la refieren, como la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. En suma no se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, si no como un proceso que se tiene que estar reajustando constantemente. Esto hace, que en la evaluación de la función familiar, no existan en realidad técnicas que permitan catalogar su función de forma absoluta y solo se midan aspectos parciales. El utilizar un instrumento para detectar disfunción familiar, no garantiza por sí mismo la mejor salud de los pacientes una vez establecido el diagnostico debe intervenir sobre las familias, para lo cual lo primero que hace falta son conocimientos, actitudes y habilidades que aplicara el terapeuta familiar. (24)

A partir de los sesenta uno de los enfoques más utilizados para estudiar la familia se fundamentó en la denominada, teoría general de los sistemas, esta considera al sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica donde cada elemento cumple un determinado rol con respecto a sus funciones más que la

simple suma de ellos así entonces, en esta interacción dinámica, lo que le acontece a uno le afecta a todos los integrantes de esta. Por su parte, toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital, por lo que la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional, por la presencia de problemas si no por la utilización de patrones de interacción recurrentes, que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y resolución de conflictos, así pues en las sociedades modernas la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es del 77%. (25)

En un intento para evaluar, algunos aspectos de la familia se han realizado diversos instrumentos, uno de ellos conocido validado y muy utilizado es el APGAR FAMILIAR, es un instrumento útil para conocer si la familia puede considerarse un recurso, para los individuos de un grupo o si por lo contrario influirá empeorando la situación. Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Este instrumento se ha incorporado en la práctica clínica del médico de familia, como herramienta de abordaje de problemática familiar, tanto de forma experimental como de práctica clínica diaria. El test de apgar familiar consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares, cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca. Con valores de 2,1 y 0 respectivamente, una vez obtenido el puntaje total es decir la suma de los 5 parámetros de preguntas se procede a la clasificación de la funcionalidad familiar considerando lo siguiente: de 8 a 10 puntos familia funcional, de 4 a 7 disfunción moderada y de 0 a 3 disfunción severa, el apgar familiar es una herramienta útil para conocer la funcionalidad familiar y su posible papel en el origen de los

conflictos y en su solución y dada su simplicidad es posiblemente, el cuestionario de elección con este fin en la práctica clínica.(26)

El Apgar Familiar es un cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros y conocer hasta qué punto la familia mantiene un comportamiento ante las crisis que se le presentan o si por el contrario influye empeorando la situación. Consta de 5 preguntas que se corresponden con un área diferente de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Auto administrado o administrado mediante entrevista. La escala ha sido traducida y validada en castellano, se ha estudiado la validez de constructo, la validez factorial. La consistencia interna de la escalas es de 0,81 y la fiabilidad test –retest es de 0.81. (27)

La relación de las enfermedades de las enfermedades oncológicas con el estado de ánimo del paciente es conocida desde Hipócrates; es caso concreto la depresión es una condición mórbida de alta prevalencia, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, su mortalidad es mayor a las de otras patologías crónicas incrementa la morbimortalidad cuando acompaña a otros padecimientos médicos, genera altos costos a los sistemas de salud, incluye población de todos los grupos, género y condición social económica y educativa, genera un alto grado de afectación funcional así como sufrimiento a quien lo padece y a personas cercanas.

Por otra parte definimos ansiedad como aquel estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que pueden presentarse como una reacción adaptativa o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos psiquiátricos. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente la intensidad es excesiva con respecto al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona. (28)

La familia es un pilar fundamental en la sociedad representa una fuente de apoyo afectivo social entre otros para pacientes enfermos o portadores de enfermedad oncológica. La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg es tanto una prueba

de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test que no sólo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades. (29)

El Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg contiene 2 subescalas con nueve preguntas en cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1–9) y subescala de depresión (preguntas 10–18). Las 4 primeras preguntas de cada subescala (preguntas 1–4) y (preguntas 10–13) respectivamente, actúan a modo de precondición para determinar si se deben intentar contestar el resto de preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1–4 no se deben contestar el resto de preguntas de la primera subescala, mientras que en el caso de la segunda subescala es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 10–13 para poder proceder a contestar el resto de preguntas. Los puntos de corte se sitúan en 4 o más para la subescala de ansiedad y en 2 o más en la de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema (siendo el máximo posible de 9 en cada una de las subescalas). Aun cuando las preguntas son muy claras, las respuestas sólo admiten la dicotomía, de forma que a veces, cuando se trata de coincidencias de leve intensidad, es necesario el juicio de un profesional para valorar la significación clínica de la respuesta. Indicación: instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y la depresión. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Interpretación: Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son  $\geq 4$  para la subescala de ansiedad, y  $\geq 2$  para la de depresión. El instrumento está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos

Propiedades psicométricas La escala global tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. La subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85.7%), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66% de los pacientes con trastornos de ansiedad). La de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72%), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42% de los trastornos depresivos). Keith w bridges, David p Goldberg British Medical Journal, 289: 1984. (30)

#### IV.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este trabajo surge, con la inquietud de recabar información necesaria, para determinar si los cuidadores primarios los cuales tienen un integrante de su familia, que padece una patología de alto impacto psicológico, social y biológico como lo es el cáncer, en su necesidad de responsabilidad, de apoyar y proteger a su familiar cursan con disfunción familiar así mismo si existe una correlación con la presencia de ansiedad y depresión.

Es bien sabido que el cuidador primario juega un papel fundamental en la evolución del Cáncer de próstata, esta tiene especial valor principalmente en las etapas finales de este padecimiento. Movilización de pacientes, alimentación, asistencia a consultas, urgencias oncológicas, aplicación de medicamentos, convalecencia de intervenciones quirúrgicas cuando son necesarias por mencionar algunas. El cuidador primario debe apoyarse del núcleo familiar, los roles las responsabilidades los recursos, las estrategias, son tarea de cada uno de los integrantes, aun cuando el cuidador primario tiene el mayor peso en el cuidado del paciente, si se realiza el trabajo de equipo, se beneficiara mayormente al paciente.

El cuidador primario ideal debe de tener ciertas características principalmente en el rubro psicoafectivo, entre ellos deben ser personas las cuales no se encuentren en estados depresivos, en este caso en particular ansiosos, o en su defecto recibir terapia para evitar la ansiedad. Depende del estado de ánimo diario, uno de los factores para alcanzar el objetivo que deseamos para nuestro paciente, recordando que el paciente con cáncer de próstata se afecta emocionalmente y a su familia, desde el punto de vista psicológico, el enfoque del paciente oncológico es global ya que la enfermedad repercute en todas sus área funcionales (física, psíquica, social, laboral, y familiar). El mecanismo de negación en estos pacientes debe de ser respetado, y es mejor no intentar obligar al paciente a enfrentar una situación que el mismo rehúye. No debemos de olvidar que las alteraciones emocionales en estos pacientes son ansiedad y depresión.

Los cuidadores por su misma labor van a presentar igualmente cuadros de ansiedad y más aún si es el paciente oncológico parte de su familia de ahí que la

implementación de los cuestionarios de Apgar y escala de Goldberg identificaran con oportunidad aquellos cuidadores primarios candidatos a terapia familiar y que deben tener seguimiento por el médico familiar del primer nivel de atención. La finalidad de este estudio consiste en la detección de ansiedad de los cuidadores primarios, así como el grado de disfunción familiar, con la intención de implementar estrategias innovadoras que apoyen al paciente oncológico a la familia y a los que lo rodean.



#### V.-PREGUNTA DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en relación con la disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz?

## VI.-OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en relación con la disfunción familia en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a).- Identificar ansiedad en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz.
- b).- Identificar depresión en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz.
- c).- Identificar el funcionamiento familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz
- d).- Determinar las características sociodemográficas en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz

## VII.- MATERIAL Y METODOS

### DISEÑO DE ESTUDIO.

Observacional, transversal, prospectivo.

### POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Todos los cuidadores primarios de pacientes que cursan con diagnóstico de cáncer de próstata, que acudan al servicio de oncología del HGZ número 8 Córdoba Veracruz.

### LUGAR DE ESTUDIO.

Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz.

### PERIODO.

Del 1 de enero del 2012 al 30 de mayo del 2013

### MUESTRA

Por Conveniencia.

### TAMAÑO DE MUESTRA.

Todos los cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata que acudan a valoración en el servicio de urología y oncología del Hospital General de Zona número 8 de Córdoba Veracruz.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

### Criterios de inclusión:

1. Pacientes diagnosticados y con seguimiento de cáncer de próstata en cualquier estadio en el Hospital General de Zona número 8 Córdoba Veracruz.
2. Cuidadores primarios familiares de pacientes con cáncer de próstata en cualquier estadio que acepten participar en el estudio.
3. Cuidadores primarios familiares de pacientes con cáncer de próstata en cualquier estadio que contesten todo el interrogatorio del estudio

### Criterios de no inclusión:

4. Pacientes diagnosticados por otro tipo de cáncer en el Hospital General de Zona número 8 Córdoba Veracruz.
5. Pacientes con cáncer de próstata en cualquier estadio que no cuenten con cuidador primario familiar en el Hospital General de Zona número 8 Córdoba Veracruz.
6. Cuidadores primarios familiares de pacientes con cáncer de próstata en cualquier estadio que no acepten participar en el estudio.
7. Cuidadores primarios familiares de pacientes con cáncer de próstata en cualquier estadio que no contesten el 100 por ciento las encuestas.

### Criterios de exclusión

1. Múltiples cuidadores primarios familiares ( más de 3 ) de Pacientes con cáncer de próstata en cualquier estadio en el Hospital General de Zona número 8 Córdoba Veracruz
2. Cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en cualquier estadio que no seas legibles sus encuestas.

## 7. VARIABLES: TIPO Y ESCALA DE MEDICION.

### ANSIEDAD

#### **Definición conceptual.**

Mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta en eventos comprometidos, el cual produce un deterioro biopsicosocial, que puede interferir con las actividades cotidianas.

#### **Definición Operacional.**

Para fines de este estudio se consideró la presencia o ausencia de ansiedad en base a la aplicación de cuestionario de Goldberg. Desarrollado y validado por el mismo en 1998 (British medical Journal, 289: 1984)

El cual constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista. Está dirigida a la población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas: Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas. Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias. La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas. Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta. Todos los ítems tienen la misma puntuación. Siguen un orden de gravedad creciente. Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

#### **Tipo De Variable**

Cualitativa.

#### **Tipo De Escala:**

Ordinal

**Indicador:**

Con ansiedad: Mayor de 4 puntos

Sin ansiedad: Menor de 4 puntos.

**DEPRESION****Definición conceptual**

Alteración patológica del estado de ánimo con descenso de humor en el que predomina los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida.

**Definición operacional**

Para fines de este estudio se consideró la presencia o ausencia de depresión en base a la aplicación de cuestionario de Goldberg. Desarrollado y validado por el mismo en 1998 (British medical Journal, 289: 1984) El cual constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista. Está dirigida a la población general Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias. La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas. Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta todos los ítems tienen la misma puntuación siguen un orden de gravedad creciente los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

**Tipo De Variable**

Cualitativa.

**Tipo De Escala:**

Nominal Dicotómica

**Indicador:**

Si hay depresión

No hay depresión

## FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Conjunto de fenómenos, que se presentan en el núcleo familiar en los que la adaptación, la participación, el afecto y los recursos, son adecuados para resolver adversidades. El Familiograma y el APGAR Familiar. RAMPA, 2007; 1(1):48 – 57

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para fines de este estudio se tomo como Funcionamiento Familiar el que resulte al aplicar la encuesta de APGAR familiar, diseñada por Smilkstein en el año de 1978 fue validada internacionalmente, con los parámetros de 7 a 10 sugestiva como alta funcionalidad, de 4 a 6 sugestiva a disfunción familiar moderada, y de 0 a 3 sugestiva a disfunción familiar severa. (The Journal Family Practice 6:6.1978.) Consta de los siguientes parámetros: Adaptación, Relación, Ganancia o Crecimiento, Afecto y Resolución, la posibilidad de respuestas es “casi nunca” con un valor de 0, “a veces” con un valor de 1 y “casi siempre” con un valor de 2. El valor de 7 a 10 es la máxima puntuación y revela alta funcionalidad.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

TIPO DE ESCALA: Ordinal.

INDICADOR:

Alta funcionalidad de 7 a 10 puntos

Disfunción Moderada de 4 a 6 puntos

Disfunción Severa de 0 a 3 puntos

## CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTE CON CANCER DE PROSTATA

### **Definición Conceptual.**

Aquella persona que se hace cargo de proveer y asistir a un paciente con cáncer de próstata que guarda relación directa con él, como el cónyuge, los hijos, la esposa los hermanos o los padres.

### **Definición Operacional**

Para fines de este estudio se consideró cuidador primario, aquella persona que guarde lazos de consanguinidad con el paciente portador de cáncer de próstata y que sea el encargado de proveer y asistir a dicho enfermo. Corroborando sus apellidos en una identificación oficial contra los anotados en el expediente clínico del paciente.

### **Tipo De Variable.**

Cualitativa

### **Tipo De Escala.**

Nominal, politómica

### **Indicadores:**

Esposa, esposo, hijo, hija, Hermanos

## **SEXO**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Constitución orgánica que hace la diferencia de femenino con el masculino.



**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Características fenotípicas del sujeto de estudio al momento del registro.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativo

**TIPO DE ESCALA:** Nominal.

#### **INDICADOR**

Masculino o Femenino

#### **EDAD**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Tiempo transcurrido a partir de la fecha de inicio en que un individuo es contratado para desempeñar un puesto.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Periodo referido en años por el individuo al momento del registro.

**TIPO DE VARIABLE:** Cuantitativa

**TIPO DE ESCALA:** Razón

#### **INDICADOR**

Años de edad.

#### **ESCOLARIDAD:**

**DEFINICION CONCEPTUAL:** Grado de estudios concluidos por el cuidador primario

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Se determinará su escolaridad de acuerdo a la referida por el cuidador primario al aplicar el instrumento de recolección de datos.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa

**TIPO DE ESCALA:** Nominal, politomica.

**INDICADOR:** Primaria completa, secundaria completa, bachillerato completo, profesional, sin estudios.

**OCUPACION:**

**DEFINICION CONCEPTUAL:** Actividad a la que el cuidador primario se dedica actualmente

**DEFINICION OPERACIONAL:** Se determinará su ocupación de acuerdo a su actividad laboral que refiera el cuidador primario en su instrumento de recolección de datos.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa

**TIPO DE ESCALA:** Nominal, politomica.

**INDICADOR:** labores del hogar, obrero, empleado de gobierno, empleado de comercio, jubilado, campesino, desempleado, profesionista.

## **TECNICAS Y PROCEDIMIENTO.**

a):- Previa autorización del protocolo de investigación por el comité local de investigación del Hospital General de Zona número 8 se procedió a solicitar autorización en dirección Médica y coordinación clínica de educación en salud e investigación del mismo hospital, autorizados por ambas partes, se identificara el número de pacientes con cáncer de próstata atendidos en el servicio de Urología y oncología en base a los pacientes que acudan en forma diaria y que estén anotados en las hojas RAIS.

b).- Posteriormente se abordó de manera individual al cuidador que le acompañe identificando a aquellos cuidadores primarios a través de su identificación y corroborando con el nombre del paciente con cáncer de próstata en su tarjeta de citas.

c).- Se llevó a cabo una invitación a cada cuidador primario para que participe en el presente estudio, se le explicará a detalle la investigación, el propósito, implicaciones y riesgo si los hubiere, se dará respuesta a sus dudas, de estar de acuerdo se recabará su consentimiento firmado y autorizado.

d).- Una vez con el consentimiento autorizado, se procedió a aplicar el instrumento de recolección de datos, el cual consta de una primera sección en donde aparecen las características sociodemográficas, nombre y afiliación del cuidador primario, edad, sexo, escolaridad y ocupación. Posteriormente dará respuesta al instrumento Apgar Familiar diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), y el instrumento de Goldberg cuestionario de Goldberg. Desarrollado y validado por el mismo en 1998 (British medical Journal, 289: 1984).

f) Una vez obtenidas las encuestas se procedió a clasificar la información de acuerdo a las variables establecidas para cada instrumento validado.

g) La información obtenida se ingresó al sistema SPSS para su seguimiento estadístico.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Análisis estadístico: Los resultados obtenidos se capturaran en una base de datos del programa SPSS versión 18.

Donde se incluyó los datos descriptivos como fracciones simples y proporciones, y estadística Inferencial al contrastar resultados.

## IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado por escrito. Es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con declaración de Helsinki enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de investigación clínica.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II.

## X. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO

Recursos Humanos:

1 Médico residente de Medicina Familiar

1 Médico especialista en Medicina Familiar

1 Médico especialista en Medicina Familiar y maestro en Ciencias.

Recursos materiales:

500 Hojas tamaño carta

2 gomas de borrar

5 lapiceros

Una computadora

Una impresora

Recursos financieros:  
Propios del investigador

## RESULTADOS

Se realizaron 123 encuestas a cuidadores primarios de pacientes con Cáncer de próstata en el Hospital General de Zona Número. 8 De Córdoba Veracruz. En el servicio de consulta externa de urología encontrando los siguientes resultados:

El grupo de edad que se encontró fue de 30 a 75 años de edad, de estas la que presento mayor porcentaje fue de 60 años con una frecuencia de 23(18 %), una Media de 51.08 y una desviación estándar de 11.

### Edad de cuidadores primarios

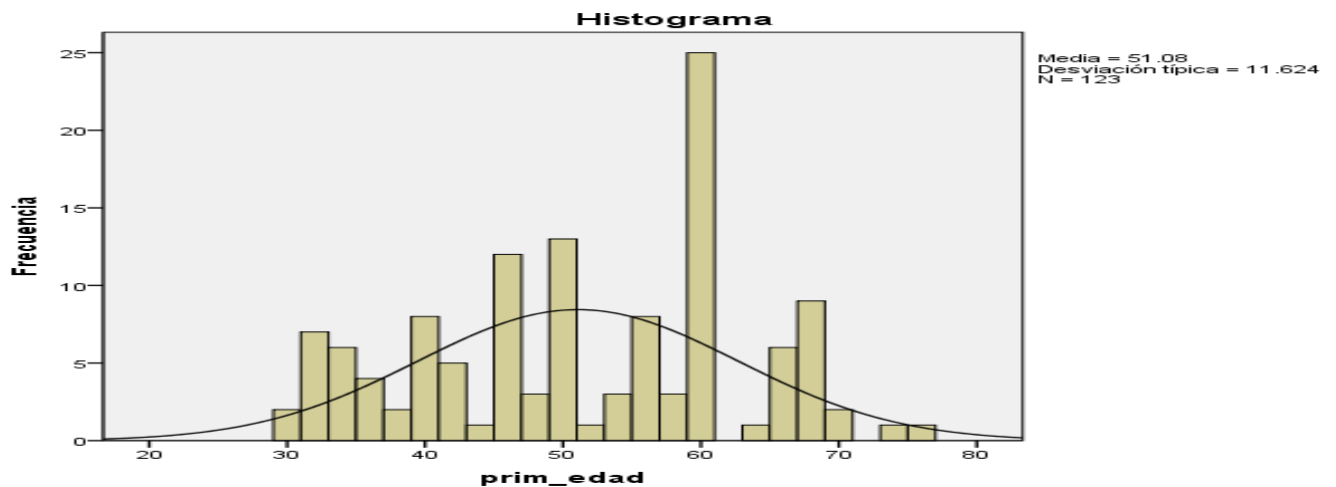


Figura 1 se encontró una media 51.08 y una desviación estándar 11.6

Fuente: Encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número. 8

### Cuadro 1

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Primaria	64	52.0
Secundaria	28	22.8
Bachillerato	22	17.9
Profesional	9	7.3
Total	123	100.0

Con respecto a la escolaridad: 62 contaron con educación primaria (52.0%), 28 con educación secundaria (22.8%), 22 con bachillerato (17.9%) y 9 concluyeron estudios profesionales (7.3%).

<b>Cuadro 2 Parentesco de pacientes con cáncer de próstata con respecto a sus cuidadores primarios.</b>		
<b>Parentesco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Esposa	58	47.2
Hija	46	37.4
Hijo	7	5.7
Hermana	11	8.9
Hermano	1	.8
Total	123	100.0
Fuente: encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8.		

En cuanto a el parentesco de los cuidadores primarios tenemos que 58 son esposas (47.2%), 46 son hijas (37.4%), 7 son hijos (5.7%), hermanas 11(8.9%), hermano 1 (.8%).

<b>Cuadro 3 ocupación de cuidadores primarios</b>		
<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
labores del hogar	72	58.5
empleado	50	40.7
desempleado	1	.8
Total	123	100.0
Fuente: encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8		

En cuanto a la ocupación de los cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata se encontraron a 72 (58.5%), los cuales realizan actividades propias del hogar, 50 (40.7%) son empleados y uno desempleado (.8%).

Los cuidadores primarios 110(89.4%) se encontraron con ansiedad y 13 (10.6%) sin ansiedad con una media de con una mediana de 1.00.

<b>cuadro 4 Cuidadores primarios con ansiedad y sin ansiedad</b>			
	Cuidadores primarios	%	Valor de p
Probable ansiedad	110	89.4	0.01
sin ansiedad	13	10.6	
Total	113	100	
Fuente: encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en Hospital General de Zona número.8			

De 123 cuidadores primarios 89.4% presentaron ansiedad, una significancia estadística de 0.01.

<b>Cuadro 5 cuidadores primarios con depresión y sin depresión.</b>			
	Cuidadores primarios	%	Valor de p
depresión	104	89.4	0.00
sin depresión	19	15.4	
Total	123	100	
Encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en Hospital General de Zona número.8			

De una muestra de 123 cuidadores primarios que respondieron al instrumento de Goldberg, 104 (84.6%) se encontraron con depresión y 19 (15.4%) sin depresión.

<b>Cuadro 6 prevalencia de ansiedad en relación con grados de disfunción familiar</b>			
	ansiedad	%	Valor de P
Alta funcionalidad	42	34.1	0.02
Disfunción familiar moderada	49	39.8	
Disfunción familiar severa	19	15.4	



Total	110	100	
Fuente: Encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en Hospital General de Zona número.8			

Se observa que 42 cuidadores primarios con alta funcionalidad cursan con probable ansiedad (34.1%). 49 cuidadores primarios con disfunción familiar moderada se encontraron con probable ansiedad (39.8%) 19 cuidadores primarios que en su núcleo familiar presenta disfunción familiar severa (15.4%), con una significancia estadística de 0.002

<b>Cuadro 7 prevalencia de depresión en relación con grados de disfunción familiar</b>			
<b>Grado de disfunción</b>	<b>depresion</b>	<b>%</b>	<b>Valor de P</b>
Alta funcionalidad	38	30.08	0.001
Disfunción familiar moderada	47	38.2	
Disfunción familiar severa	19	15.44	
Total	104	100	
Fuente: Encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8			

Se observó que 38 cuidadores primarios con alta funcionalidad cursan con depresión (30.08 %) 47 cuidadores primarios con disfunción familiar moderada se encuentran con depresión (38.2). 19 cuidadores primarios que en su núcleo familiar presenta disfunción familiar severa 19 cursan con depresión (15.44%).

<b>Cuadro 8 escolaridad en relación con ansiedad</b>			
<b>Grado de escolaridad</b>	<b>ansiedad</b>	<b>%</b>	<b>Valor de P</b>

Primaria	60	48.7	0.011
Secundaria	26	21.1	
Bachillerato	18	14.6	
Profesional	6	4.8	
Total			

Fuente: Encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8

Se encontró que 60 cuidadores primarios (48.7%) con escolaridad primaria presentaron probable ansiedad. 26 cuidadores primarios (21.1%) con educación secundaria presentaron ansiedad. 18 cuidadores primarios (14.6%) presentaron ansiedad y 6 cuidadores primarios profesionistas (4.8%) presentaron ansiedad. Con una significancia estadística de 0.011

Cuadro 10

<b>Cuadro 9 escolaridad en relación con depresión</b>			
<b>Grado de escolaridad</b>	<b>depresión</b>	<b>%</b>	<b>Valor de P</b>
Primaria	56	45.5	0.88
Secundaria	25	20.3	
Bachillerato	17	13.8	
Profesional	6	4.8	
Total	104		

Fuente: Encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona número 8

Se encontró que 56 cuidadores primarios (45.5%) con escolaridad primaria presentaron probable depresión. 26 cuidadores primarios (20.3%) con educación secundaria presentaron depresión. 18 cuidadores primarios (13.8%) presentaron depresión y 6 cuidadores primarios profesionistas (4.8%) presentaron depresión. Con una significancia estadística de 0.088

<b>Cuadro 10 Parentesco en relación con disfunción familiar</b>				
<b>Parentesco</b>	<b>% de Alta funcionalidad</b>	<b>% de Disfunción familiar moderada</b>	<b>% de Disfunción familiar severa</b>	<b>Valor de P</b>
Esposa	21.1	19.5	6.05	0.48
Hija	13.0	16.2	8.1	
Hijo	4.8	0.8	0	
Hermana	4.06	4.06	0.8	
Hermano	0	0.8	0	
Total	42.96	41.36	14.95	

Fuente: Encuesta en 123 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en Hospital General de Zona número 8

En este estudio se encontró que el porcentaje de parentesco con alta funcionalidad es de 21.1 5 esposas, 13.0 % hijas, 4.8% hijos, 4.06 hermanas, 0% hermanos. El porcentaje de parentesco con disfunción familiar moderada: esposa 19.5 %, hija 16.2%, hijo 0.8%, hermana 4.06%, hermano 0.8 %. El porcentaje de parentesco que se encontró con disfunción familiar severa: esposa 6.05 %, hija 8.1 %, hijo 0%, hermana 0.8%, hermano 0%.

## Discusión

En el presente trabajo de investigación los trastornos psicoafectivos tales como ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata. Se encontró que en su mayoría son mujeres en cuanto al porcentaje de cuidadores primarios así mismo concuerda con el rango de edad que es la sexta década de la vida y escolaridad primaria con un mayor porcentaje en este rubro. También se hace mención que el parentesco su mayor porcentaje es la esposa así mismo se encontró una asociación negativa de la función familiar y el cuestionario de Goldberg, por lo que la ansiedad y depresión se presenta en familias severamente disfuncionales tal como lo menciona Pérez A. García L. Rodríguez E. Losada A y Gómez M. Función familiar y salud familiar del cuidador primario de familiares con dependencia. Atención Primaria.2009; 41(11):621-628.

Portadores de la enfermedad en caso específico de los cuidados primarios sufren diferentes adversidades, en la evolución del Cáncer de próstata de los pacientes de los que se encuentran a cargo. Se entiende que los pacientes que cursan esta entidad nosológica no son dependientes totalmente en las primeras etapas sin embargo en concreto en este trabajo se encontró que los pacientes que cursan disfunción familiar severa en su totalidad presentaron ansiedad y depresión. Lo que concuerda con el trabajo realizado por Alfaro O. Morales F. Vázquez S. Sánchez B. Ramos U. Departamento de Neurología y Psiquiatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y nutrición “Salvador zubirán” Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de pacientes con enfermedad terminal. 2009; 21: 485-489.

En este trabajo realizado en el hospital general de zona e en Córdoba Veracruz se ratifica que el nivel de estudio es inversamente proporcional al número de cuidadores primarios esto se traduce que la mayor cantidad de cuidadores primarios no tienen actividad profesionales, una edad media de 60 años, de sexo femenino dedicada a las actividades del hogar, esposa. Haciendo mención de la relación entre la presencia de ansiedad y depresión en relación con los grados de disfunción familiar así lo hace saber Orueta R. Gómez S. Alonso J. Oropesa A. El rol del cuidador primario de pacientes dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. Revista Clínica de Medicina Familiar. España. 2009; 2 (7): 380-393.

## Conclusiones:

Concluyendo el presente trabajo de investigación se encontró que los cuidadores primarios que tienen a su cargo a pacientes con cáncer de próstata se encuentran con ansiedad y depresión de acuerdo a su grado de disfunción familiar , por lo que concluye que la disfunción familiar es directamente proporcional para la prevalencia de ansiedad y depresión. Por consiguiente mencionamos los siguientes puntos concluyentes en este estudio:

- 1.- El mayor porcentaje de cuidadores primarios es de sexo femenino y corresponde a ocupación en el hogar así como parentesco a la esposa e hija.
- 2.- En este grupo de cuidadores primarios el de mayor porcentaje recae sobre el rubro de probable depresión.
- 3.- La prevalencia de ansiedad en cuanto a disfunción familiar recae sobre el grupo de disfunción familiar moderada con un 39.8 % con una P de 0.02.
- 4.- La prevalencia de depresión en relación con grados de disfunción familiar el grupos más representativo fue el de disfunción familiar moderada con 38.2% y una P de 0.001.
- 5.- La prevalencia de ansiedad con respecto a la escolaridad el grupo de mayor porcentaje fue el de primaria con un 48.7 % y una P de 0.001.
- 6.- la prevalencia de depresión con respecto a la escolaridad el grupo con mayor porcentaje fue el de primaria con 45.5% .
- 7.- El parentesco en relación con disfunción familiar el grupo con mayor porcentaje fue el de esposa en el grupo de alta funcionalidad con 21.1 % y una P de 0.48.

En este trabajo de investigación concluimos que el Cáncer de próstata es una enfermedad de larga evolución desde su diagnóstico , a su tratamiento, es un padecimiento que le permite a la familia , dentro de su dinámica realizar los cambios necesarios para identificar cada problemática y la resolución de esta , dependiendo de su grado de funcionalidad se hace hincapié en que en este padecimiento se tiene el tiempo necesario ya que no es progresivo rápidamente, el paciente se mantiene funcional, dentro de sus necesidades básicas de autocuidado. Es trascendente el papel del médico familiar en este rubro, ya que es

el principal precursor de orientar a los cuidadores primarios, porque son integrantes de una familia y como se refiere en este trabajo el signo o síntoma que se presente en un integrante se refleja en la familia en su totalidad por eso se reitera que el papel de médico familiar es de proporcionar conocimientos y habilidades prácticas en situaciones específicas con la finalidad de identificar elementos básicos del problema que aqueja a la dinámica familiar.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Pagina OMSS. Epidemiologia del Cáncer de próstata 2012. [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/).
- 2.-Iturralde M, Gironas R, Torrez E. Actualizaciones de Cáncer de próstata, Revista Paceyña de Medicina familiar. 2007; 3(4): 54-57.
- 3.-Giovanucci E, Platz EA. Epidemiology of prostate cancer. In: Vogelzang N.J. American Cancer Society, Genitourinary Oncology. 3rd ed. Philadelphia, 2007; 9-21.
- Guía de práctica clínica IMSS. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata en el segundo y tercer nivel de atención. 2009; 18-23.
- 4.-Keila de Oliveira Lisboa Sanchez , Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreiral, Giselle Dupasl, Danielli Boer Costal. Apoio social à familia do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. Revisita Brasileira de Enfermagem. 2010; 63(2): 290-315.
- 5.-Lamia P, Barakat Paige L, Marmer and Lisa A, Schwartz R. Qesueaarchlity of life of Patients with cancer: family risks and resources. Health and Quality of Life Outcomes 2010; 8:63.
- 6.-Laurel L. Darlene W. Mood, et al. Living With Prostate Cancer: Patients' and Spouses' Psychosocial Status and Quality of Life. Journal of clinical oncology.2007; 25: 20-27.
- 7.- Lila J. Finney Rutten, Neeraj K. Arorab, Alexis D. Bakos. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003).Patient Education and Counseling 57 (2007) 250–261.
- 8.- Taskila T. Lindboh ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. Acta Oncológica, 2007; 46: 446-451.
- 9.- Martínez N., Zúñiga A., Carrillo L. Disfunción familiar y estados psicoafectivos en mujeres que cursan con cáncer de mama Aten. Fam. 2009; 16 (1).

- 10.- Tatsuo Akechi, Nobuya Akizuki, Masako Okamura. Psychological Distress Experienced by Families of Cancer Patients: Preliminary Findings, Cancer Center Hospital. *Jpn J Clinica Oncologica* 2006; 36(5)329–332.
- 11.- Avegille T Panganiban C, Medina M, and Family Resources Study: Part 1: Family Resources, Family Function and Caregiver Strain in Patients Prostate cancer. *Asia Pacific Family Medicine*. 2011; 10:14.
- 12.- Oliveira L, Sánchez L Marchioro Andrade F, Giselle. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revisita Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63(2): 290-9.
- 13. - Lamia P, Barakat P, Marmer L, and Schwartz E. RQesueaarchlity of life of Patients with cancer: family risks and resources. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010; 8:63.
- 14.- Heidenreich A, Gunna , Michel B, Steven J, Vsevolod B. Matveeve, Hans P, Schmidf. *EAU Guídeles on Prostate Cáncer American Cáncer Society* 2009; 209-2011.
- 15.- José Luis Huerta González. La familia en el proceso salud enfermedad. *Colegio Mexicano de Medicina Familiar*. 2008; 57-125.
- 16.-Lorgia Calle Misto. Efecto de la depresión en las funciones familiares de pacientes oncológicos del hospital obrero no 2 de la CNS. *Revista médica de la Sociedad Cochabambina de Medicina Familiar*. 2009; 1:1, 27-32.
- 17.- Medeiros B. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007; 60(5): 513-8.
- 18.-Fernández Ortega MA. Factores que condicionan el impacto de la Enfermedad en la familia. *Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar a Distancia* 2007.
- 19.-Mendoza LA, Huerta E, Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006; 8 (1) 27-32.
- 20.-Mlare M, Bsocsci H, There is more to cancer care than medical management. *Psychosocial cáncer care. CME February* 2010; 28: (2).



- 21.- Yuri Alegre Palomino, Dr. Miguel Suárez Bustamante. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR Familiar. RAMPA, 2007; 1(1):48 – 57.
- 22.- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J .Fam Pract 1978; 6: 1231-9.
- 23.- Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. J Fam. Pract .1982; 15: 303-11.
- 24.- Gómez F, Ponce E. R, A New Proposal of an Interpretation Scale for Family Apgar, 2010; 17(4):102-106.
- 25.- Riveros M, Hernández V, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de lima metropolitana, Revista de Investigación en Psicología, 10 (1) 2007.
- 26.- Nieuwenhuijsen A, Boer J ,Verbeek R, Blonk, F The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems Occup Environ Med 2003;60(1):177–182.
- 27.- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. 2008.
- 28.- Gallud J, Guirao G, Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria, 2007; 42-44, 67-70.
- 29.- Bridges K, Goldberg D, Psychiatric illness in inpatients with neurological disorders: patients' views on discussion of emotional problems with neurologists British Medical Journal, 1984; 289.
- 30.-Barrón B, Alvarado S, Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología de México, 4 (2009; 39-46.
- 31.-Perez A. García L. Rodríguez E. Losada A y Gómez M. Función familiar y salud familiar del cuidador primario de familiares con dependencia. Atención Primaria.2009; 41(11):621-628.

- 32.- Alfaro O. Morales F. Vázquez S. Sánchez B. Ramos U. Departamento de Neurología y Psiquiatría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y nutrición “Salvador Zubirán” Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de pacientes con enfermedad terminal. 2009; 21: 485-489.
- 33.- Orueta R. Gómez S. Alonso J. Oropesa A. El rol del cuidador primario de pacientes dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. Revista clínica de Medicina Familiar. España. 2009; 2 (7): 380-393.

# ANEXOS

## ANEXO 18.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCION

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Nombre: \_\_\_\_\_ Afiliación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad (años): \_\_\_\_\_

sexo: a) masculino b) femenino

Favor de tachar o circular la respuesta correcta:

¿Qué grado de estudios tiene?

a) Primaria Completa	d) secundaria completa	f) bachillerato completo	h) Profesional	i) sin estudios
----------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------	--------------------

¿Actualmente Qué ocupación desempeña? : a) Labores del hogar b) obrero c) empleado de gobierno d) empleado de comercio

c) jubilado f) desempleado g) profesionista

h) campesino

### Cuestionario de APGAR FAMILIAR

Diseñado y validado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2.- ¿Conversan			

entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
5.- ¿Siente que su familia le quiere?			
PUNTUACION TOTAL			

7 a 10 alta funcionalidad, de 4 a 6 disfunción familiar moderada, de 0 a 3 disfunción familiar severa.

## Cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg

Desarrollado por Goldberg y validado por el mismo en 1998.

Subescala de ansiedad	Si/No
¿Se ha sentido muy nervioso excitado o en tensión?	
¿Ha estado muy preocupado por algo?	
¿Se ha sentido muy irritable?	
¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
<b>Si hay 2 o más respuestas afirmativas continuar preguntando. Subtotal</b>	
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
¿Ha tenido dolores de cabeza o nunca?	
¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
¿Ha estado preocupado por su salud?	
¿Ha tenido dificultad para quedarse dormido?	
<b>Total de ansiedad</b>	
Mayor o igual de 4 = Ansiedad probable	
<b>Subescala de depresión</b>	
¿Se ha sentido con poca energía?	
¿Ha perdido el interés por las cosas?	
¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
¿Se ha sentido desesperanzado sin	

esperanzas?	
<b>Si hay 2 o más respuestas afirmativas continuar preguntando. Subtotal</b>	
¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	
¿Ha perdido peso?( a causa de falta de apetito)	
¿Se ha despertado demasiado temprano?	
¿Se ha sentido usted enlentecido?	
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor en las mañanas?	
<b>Total de depresión</b>	
Mayor o igual de 2 = Depresión probable	

## ANEXO 18.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:


### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2012-2013

CONCEPTOS.	ENE. 12	FEB. 12	MAR. 12	ABR. 12	MAY. 12	JUN. 12	JUL. 12	AGO.12	SEP. 12	OCT. 12	NOV.12	DIC. 12	ENE. 13	FEB. 13	MAR. 13	ABRI. 13	MAY. 13
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	■	■	■	■	■	■	■										
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR EL COMITE LOCAL DE INVESTIGACIÓN								■	■								
REALIZACIÓN DE MEDICIONES										■	■	■					
ANÁLISIS ESTADÍSTICO													■	■			
DIFUSIÓN DE RESULTADOS															■	■	
ESCRITO MÉDICO CON FINES DE PUBLICACION.																	■




## ANEXO 18.3

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</b>
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA HGZ. No. 8.	
Lugar y Fecha Córdoba, Ver. a: 12 de marzo del 2012	
Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona Número 8. De Córdoba Veracruz"	
Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o CNIC: DEL HGZ No. 8 : 3102	
El propósito del estudio es: Determinar la Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata en el Hospital General de Zona Número 8. De Córdoba Veracruz	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en: <u>Responder los instrumentos de medición que me serán aplicados por una persona que se identificará como investigador.</u>	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: <u>Tengo como beneficio saber si este fenómeno está o pudiera estar afectando mi vida personal, familiar, laboral, etc.</u>	
<u>El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial, el análisis de los datos servirá única y exclusivamente para el trabajo de investigación antes mencionado.</u>	
El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento ( en caso que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sí que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.	
El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
_____	
Nombre y firma del participante	
BERNARDINO ANGEL GONZALEZ URIOSTEGUI	
Nombre, firma y matrícula del investigador principal	
Número telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 01271-71-6-48-53- Ext. 1253	
_____ Testigos: _____	
Clave: 2810 – 009 – 002	

## ANEXO 18.4 DICTAMEN DE AUTORIZACION

  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3102  
H. GRAL. ZONA N. M. B. VERACRUZ SUR

FECHA 04/10/2012

**DRA. YOLANDA FUENTES FLORES**

**P R E S E N T E**

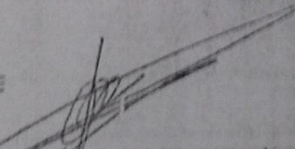
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Prevalencia de ansiedad y depresión en relación con disfunción familiar en cuidadores primarios de pacientes con cáncer de próstata. En el Hospital General de zona Numero 8, De Córdoba Veracruz**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3102-11

ATENTAMENTE

  
**DR. (A) JOSÉ RAMÓN DELGADO MARTÍNEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3102

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

