

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ENFERMERIA

COHESION, ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y RED SOCIAL EN PACIENTES CON  
CANCER GASTRICO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO. VALDIVIA, CHILE 2002

Tesis presentada como parte  
de los requisitos para optar  
al grado de Licenciado en En-  
fermería.

Paola Ochoa Vásquez  
Valdivia Chile  
2003

Profesor Patrocinante:

Nombre : Cecilia Molina Díaz  
Profesión : Enfermera y Matrona  
Grados : Magíster en Enfermería

Instituto : Enfermería  
Facultad : Medicina  
Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Beate Messing Grube  
Profesión : Enfermera  
Grados : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Instituto : Enfermería  
Facultad : Medicina  
Firma :

2) Nombre : Maite Alberdi Lag  
Profesión : Enfermera y Matrona  
Grados : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Instituto : Enfermería  
Facultad : Medicina  
Firma :

## 2. INDICE

	NºPAG.
3. RESUMEN	1
4. SUMMARY	2
5. INTRODUCCION	3
6. MARCO TEORICO	4
7. OBJETIVOS	5
8. MATERIAL Y METODOS	6
9. RESULTADOS	20
10. DISCUSION	41
11. CONCLUSIONES	43
12. BIBLIOGRAFIA	45
13. ANEXOS	46

## INDICE DE TABLAS

	<b>N° PAG.</b>
<b>TABLA N° 1:</b> Distribución numérica y porcentual de pacientes con cáncer gástrico, según sexo. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	20
<b>TABLA N°2:</b> Distribución numérica y porcentual de pacientes con cáncer gástrico, según edad. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	21
<b>TABLA N°3:</b> Distribución numérica y porcentual de los pacientes en estudio, según ocupación. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.	23
<b>TABLA N°4:</b> Distribución numérica y porcentual de los pacientes estudiados, según previsión. Valdivia Julio 2001- junio 2002.	25
<b>TABLA N°5:</b> Distribución numérica y porcentual de los pacientes estudiados, según tipo de familia. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	27
<b>TABLA N°6:</b> Distribución numérica y porcentual de pacientes en estudio, según edad de los cónyuges. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	28
<b>TABLA N°7:</b> Distribución numérica y porcentual de pacientes en estudio, según ocupación de los cónyuges. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	29
<b>TABLA N°8:</b> Distribución numérica y porcentual de pacientes en estudio, según edad de los hijos. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.	31
<b>TABLA N°9:</b> Distribución numérica y porcentual de pacientes en estudio, según ocupación de los hijos. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	32
<b>TABLA N°10:</b> Distribución numérica y porcentual de la calidad de relación con las redes de apoyo social intra y extrafamiliares de los pacientes en estudio. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	33
<b>TABLA N°11:</b> Distribución del grado de cohesión familiar según opinión de cónyuges e hijos de pacientes en estudio. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	39
<b>TABLA N°12:</b> Distribución del grado de adaptabilidad familiar según opinión de cónyuges e hijos de pacientes en estudio. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	40

## INDICE DE GRAFICOS

	<b>NºPAG.</b>
<b>GRAFICO Nº1:</b> Distribución porcentual de los pacientes en estudio, según escolaridad. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	22
<b>GRAFICO Nº2:</b> Distribución numérica de los pacientes estudiados, según estado civil. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	24
<b>GRAFICO Nº3:</b> Distribución porcentual de los pacientes estudiados, según ingreso mensual familiar. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.	26
<b>GRAFICO Nº4:</b> Distribución numérica de pacientes en estudio, según número y dependencia de los hijos. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	30
<b>GRAFICO Nº5:</b> Distribución porcentual de tipo de tratamiento realizado en cada paciente. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	34
<b>GRAFICO Nº6:</b> Distribución porcentual de pacientes en estudio, según estado de salud actual. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	35
<b>GRAFICO Nº7:</b> Tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica por paciente Valdivia. Julio 2001-Junio 2002.	36
<b>GRAFICO Nº8:</b> Distribución porcentual del grado de cohesión familiar, según percepción del paciente. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	37
<b>GRAFICO Nº9:</b> Distribución porcentual del grado de adaptabilidad familiar según percepción del paciente. Valdivia Julio 2001-Junio 2002.	38

### 3. RESUMEN

El estudio realizado pretendió conocer el grado de cohesión, adaptabilidad familiar y red social en pacientes con cáncer gástrico, hospitalizados en el Hospital Clínico Regional Valdivia, abarcando el período entre Julio 2001-Junio 2002. Para ello se plantearon 6 objetivos generales: a) definir características socio-demográficas de la población en estudio; b) describir características propias de la enfermedad; c) definir características familiares de los pacientes en estudio; d) identificar redes de apoyo social, e) determinar grado de cohesión y adaptabilidad familiar según percepción del paciente y familia; f) determinar relación entre cohesión y adaptabilidad familiar y las características propias de la enfermedad según percepción del paciente. Se trabajó con un universo de 15 personas, de las cuales sólo 6 fueron entrevistadas, a quienes se les aplicó encuestas y cuestionarios programados. Los datos se analizaron en el programa Microsoft Excel Office 98. Las conclusiones muestran que:

- En la población estudiada predomina el sexo masculino con un 66.7%, entre 40-49 años 11 meses 29 días. Nivel de escolaridad, un 33.3% corresponde a Enseñanza Media completa e incompleta. El 83.3% es casado y económicamente activo.
- El tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica es de aproximadamente un año, la mayoría de los pacientes se encuentra en condiciones de mejorado, y el tratamiento recibido fue paliativo.
- Nivel socioeconómico medio-bajo, predomina la familia de tipo nuclear, los cónyuges tienen entre 50-59 años 11 meses 29 días, la mayoría empleados dependientes. Los hijos en su mayoría tienen más de 20 años de edad, siendo aún dependientes de los padres.
- Su principal red de apoyo lo conforman la pareja y los hijos, teniendo gran importancia los amigos.
- Tanto el paciente como su familia, se consideran una familia Conectada y de tipo Flexible mayoritariamente.

#### 4. SUMMARY

This study like to show the level of Cohesion, Family Adaptability and social net about Gastric Cancer patients of the Hospital Clinico Regional Valdivia, from july 2001 up to june 2002. The plan has six general objectives in the next order, a) to establish social-demographics characteristics of the population in study, b) to describe the disease characteristics, c) to establish family characteristics of patients in study, d) to identify social net of support, e) to determine the level of cohesion and family adaptability according to family and patient perception, f) to establish the relation between cohesion and family adaptability and disease characteristics, both of them according to patient perception. The study is based in an universe of fifteen patients, six of them were interviewed with prograded inquire and questions set. The information was analised with Microsoft Excel. The conclusions were:

- In the studied population preveals male sex with 66.7% between 40 to 49 years 11 months and 29 days old. The education level reach 33.3% of complete and incomplete high school. The 83.3% is married and economically active.
- The time from surgical intervention is around one year, a grate group of patients is healed , they received a palliative treatment.
- The economic level is mid or low at the middel or under it, in the family characteristics predominate the nuclear type, the age of a married couple is between 50 and 59 years 11 months 29 days old, most of them work for institutions. The children are more than 20 years old , they depend from the salaries of their parents.
- The most important net of support is the family of each patient and friends.
- Both the patient and his family, are considered a connected family and of flexible style.

## 5. INTRODUCCION

Debido a que el cáncer en Chile ha mantenido un aumento relativamente constante a lo largo de los años, surgió la inquietud de abordar este tema de investigación, considerando el impacto que esta patología produce en la familia, por ser una crisis no normativa.

La situación de la familia de un enfermo con diagnóstico de enfermedad maligna, está caracterizada por la presencia de un gran impacto emocional condicionando la presencia de múltiples temores o miedos, que como profesionales de la salud, debemos saber reconocer e intervenir en la mejor medida posible. El impacto que causa sobre el ambiente familiar puede tomar distintos aspectos según los factores predominantes, que pueden estar tanto en relación con la enfermedad misma, como en relación con el entorno social y circunstancias de vida del enfermo. La familia, no sólo debe enfrentarse a la idea de la muerte en sí y de la ausencia definitiva del ser querido, sino tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas que pueden resultar contradictorias y enfrentarse a reacciones emocionales ambivalentes y perturbadoras.

Cada vez, hay un mayor énfasis en la familia como foco de atención. Se ha logrado reconocer que ésta constituye un pilar fundamental para lograr el estado de salud y bienestar de sus miembros, y así también se ha logrado reconocer cómo la enfermedad de uno de sus integrantes, repercute en la salud y bienestar familiar.

Es por ello, que se ha decidido realizar este estudio en pacientes con cáncer gástrico y a través de ellos, conocer la cohesión, adaptabilidad familiar y red social, cuando se revela este tipo de diagnóstico en uno de sus miembros, logrando a través de las entrevistas interactuar con la familia brindándole el apoyo que ellos necesitan para adaptarse a esta nueva vida llena de cambios estructurales, de toma de decisiones y de miedos y temores propios de la situación que los afecta como grupo familiar.



## 6. MARCO TEORICO

La incidencia de cáncer gástrico varía en forma importante en diferentes países. Es así como Japón, Chile, Costa Rica y Singapur tiene la más alta incidencia. A su vez, en nuestro país la distribución por regiones no es uniforme. Regiones como la Séptima, Sexta y Región Metropolitana tienen la más alta incidencia. Sin embargo, hay que considerar que la incidencia en nuestro país no se obtiene del registro de los casos por 100.000 habitantes, sino más bien se infiere de los egresos hospitalarios o de la mortalidad por la enfermedad ([www.ciudadfutura.com](http://www.ciudadfutura.com)).

El adenocarcinoma gástrico sigue siendo la primera causa de muerte por Cáncer en Chile, aunque su tasa de mortalidad ha disminuido significativamente en los últimos años. A pesar de ello, sigue siendo la causa más frecuente de mortalidad por cáncer en el hombre, y ocupa el segundo lugar en la mujer, después del cáncer vesicular.

Como factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad se han planteado algunos aspectos de la dieta. Actualmente se considera que las nitrosaminas no tienen la importancia que se les atribuyó unos años atrás, sino más bien, es la dieta rica en sal la que constituye un factor importante. A su vez, la ingesta de alimentos ricos en vitamina C y carotenos serían factores protectores.

La gastritis crónica atrófica y la metaplasia intestinal son dos factores histopatológicos que se asocian anormalmente con cáncer gástrico, especialmente con el tipo intestinal de éste. Está demostrado que las poblaciones que presentan mayor incidencia de estos dos elementos, también presentan una mayor incidencia de cáncer gástrico.

El *Helicobacter pylori* también tendría una acción en su génesis, al desencadenar a partir de mucosa sana una gastritis superficial que luego se hace crónica. Estudios serológicos prospectivos han comunicado que las personas con infección con *Helicobacter pylori* tienen un riesgo de 3 a 6 veces mayor de desarrollar un cáncer gástrico.

La anemia perniciosa constituye otro factor que se asocia a un riesgo superior en dos o tres veces para desarrollar un cáncer gástrico. Los adenomas gástricos siguen siendo considerados lesiones premalignas, ya que cuando miden más de dos centímetros de diámetro, tienen una mayor incidencia de cáncer.

En 1965, Lauren describió que el cáncer gástrico tiene dos orígenes: uno, considerado de tipo intestinal, que se genera en focos de metaplasia en la mucosa y otro que se desarrolla directamente de las células de la mucosa gástrica propiamente tal.

Nakamura, en 1990, publicó sus estudios en microcarcinomas gástricos menores de 5 mm de diámetro, estableciendo que el carcinoma con formación tubular se origina en células de metaplasia intestinal constituyendo un adenocarcinoma diferenciado o de tipo intestinal a diferencia del que no tiene formación tubular, el cual constituye un adenocarcinoma indiferenciado, cuyo origen sería la mucosa gástrica.

En base a estos conceptos, Nakamura establece diferencias clínicas y patológicas entre el cáncer diferenciado e indiferenciado, lo que se demuestra en la siguiente tabla:

### **DIFERENCIAS CLINICO-PATOLOGICAS ENTRE EL CARCINOMA INDIFERENCIADO Y EL DIFERENCIADO.**

#### **CANCER INDIFERENCIADO**

##### **HISTOGENESIS**

Originado de mucosa con glándulas pilóricas y fúndicas.

##### **TIPO HISTOLOGICO EN LA MUCOSA**

Adenoma mucocelular

Adenoma trabecular

##### **ASPECTO MACROSCOPICO DE ETAPA**

##### **INCIPIENTE**

Tipo deprimido

##### **ETAPA AVANZADA**

Tipo Bormann III o IV

##### **ASPECTO MACROSCOPICO DEL TIPO**

##### **DEPRIMIDO**

Contorno claro y liso

Depresión profunda con islas de epitelio regenerativo

#### **CANCER DIFERENCIADO**

Originado de mucosa de metaplasia Intestinal.

Adenoma tubular

Adenoma papilotubular

Tipo deprimido o elevado

Tipo Bormann II, III o I

Contorno poco claro e irregular

Depresión superficial sin islas de epitelio regenerativo

## **MODO DE CRECIMIENTO**

Infiltrado difuso

Expansivo

## **METASTASIS AL HIGADO**

Poco frecuentes

Frecuentes

Infiltración difusa vía linfática periportal

Formación de nódulos múltiples vía vena porta

## **METASTASIS AL PULMON**

Vía linfática perivascular o peribronquial

Vía arteria pulmonar

Linfangitis carcinomatosa

Nódulos diseminados múltiples

## **CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

Frecuente

Rara

## **ICTERICIA**

Poco frecuente

Muy frecuente

Leve o discreta

Severa

## **ASCITIS**

Severa

Escasa

## **SOBREVIDA A 5 AÑOS DE PACIENTES SOMETIDOS A OPERACIÓN CURATIVA EN:**

### **Etapa incipiente:**

95%

85%

### **Etapa avanzada:**

Lesiones de menos de 4 cm

Compromiso de muscular propia y subserosa

85%

60%

### **Compromiso de serosa**

58%

50%

### **Etapa avanzada:**

Lesiones de más de 4.1 cm.

Compromiso de muscular propia o la subserosa

78%

65%

### **Compromiso de serosa**

27%

38%

## **EDAD Y SEXO**

Más frecuente en jóvenes y en mujeres

Más frecuentes en edad madura y en hombres

Siendo Japón el país de mayor incidencia de cáncer gástrico, ha implementado técnicas de pesquisa masiva de esta enfermedad a través de métodos radiológicos y endoscópicos en la población general. Aparentemente gracias a este criterio, el porcentaje de cáncer gástrico incipiente diagnosticado en ese país, ha subido significativamente llegando a cifras cercanas al 50% de los cánceres gástricos operados.

Como Chile presenta la segunda incidencia mundial, a través de convenios con Japón, se implementó hace ya varios años, un programa de pesquisa masiva en la zona central del país. Desgraciadamente los resultados no fueron alentadores, ya que se detectaron tumores gástricos en sólo un 0.2% de los estudios practicados, por lo que fundamentalmente por los costos que el programa significa, esta conducta ha sido abandonada en nuestro país.

Indudablemente que la forma más efectiva de disminuir la morbimortalidad por cáncer gástrico es el diagnóstico precoz de éste. El método de diagnóstico más efectivo es la Endoscopia Digestiva Alta con biopsia de lesión, reservándose el estudio radiológico para algunos casos en que el cirujano requiera información complementaria.

Aunque los métodos de pesquisa masiva de cáncer gástrico en nuestro país se dieron por fracasados, esa experiencia demostró que un alto porcentaje de los cánceres gástricos, ya sea incipientes o avanzados son sintomáticos, por lo que es necesario insistir en que toda persona que presenta sintomatología digestiva alta debe practicarse un estudio endoscópico.

Una vez realizado el diagnóstico histológico, es necesario precisar la extensión y el grado de diseminación del cáncer, para decidir la terapia a realizar. Siendo la cirugía el único recurso terapéutico que ha demostrado ser efectivo, es fundamental precisar si el caso es operable o no. Se considera inoperable a un paciente con cáncer gástrico cuando se detectan las siguientes lesiones:

- a) Presencia de metástasis ganglionares a distancia (ganglio supraclavicular).
- b) Carcinomatosis peritoneal, que se puede manifestar por la presencia de ascitis.
- c) Metástasis hepáticas múltiples.
- d) Estado general incompatible con una cirugía resectiva gástrica amplia.

Para ello, se practica una evaluación general al paciente incluyendo una evaluación nutricional. Los exámenes complementarios que se solicitan eventualmente en esta evaluación son: hemograma, glicemia, uremia, creatinemia, albuminemia, nitrogeno urinario de 24 horas, radiografía de tórax y tomografía axial computarizada de abdomen.

La cirugía en el cáncer gástrico se divide en dos grupos: cirugía paliativa y curativa.

La cirugía paliativa tiene como objetivo básico mejorar la calidad de vida del paciente y eventualmente la sobrevida. En casos considerados irresecables, puede ser necesario, este tipo de cirugía para solucionar una complicación de la enfermedad como una retención gástrica o una hemorragia, siendo excepcional la perforación gástrica por cáncer.

Las técnicas quirúrgicas paliativas más usadas son: resección del tumor, gastroyeyunoanastomosis, sección-exclusión, hemostasia o sutura, gastrostomía y yeyunostomía. La mejor cirugía paliativa es la resección del tumor primario, por lo que esta técnica debe ser aplicada en todos los casos que sea factible, teniendo presente el riesgo de morbimortalidad de ella.

En el momento de plantear una cirugía curativa del cáncer gástrico es fundamental establecer su clasificación.

Existen en la actualidad dos clasificaciones para el cáncer gástrico:

1) La internacional, propuesta por la UICC en 1966, que ha tenido algunos cambios hasta llegar a la establecida en Génova en 1987, que es la vigente.

2) La clasificación estudiada y propuesta por la OMS en 1973, con sede en el National Cancer Center en Tokio, que emplea la nomenclatura definida por autores japoneses y es la empleada y difundida en nuestro medio.

La primera clasificación fue publicada en 1966 y consistía en una nomenclatura clínica por definición. En vista de los avances técnicos de diagnóstico radiológicos y endoscópicos alcanzados por autores japoneses, se publicó una clasificación que luego fue revisada en 1968. Posteriormente se agregaron nuevos aspectos de diagnóstico y, se propuso una clasificación, que fue aprobada en Génova en 1978. Esta es la aceptada en la actualidad (TNM)

**T:** Tumores primarios

**Tx:** No se puede estimar.

**To:** No hay evidencia de tumor primario.

**Tm:** Tumor limitado a la mucosa que no infiltra la lámina propia.

**T1 :** Tumor limitado a la mucosa o la submucosa independientemente de su extensión.

**T2 :** Tumor que infiltra la mucosa, la submucosa y la muscular propia, extendiéndose hasta la serosa pero sin penetrar en ella.

**T3 :** Tumor que penetra en la serosa sin invadir las estructuras adyacentes.

**T4a:** Tumor que penetra a través de la serosa y afecta los tejidos inmediatamente adyacentes, como grasa perigástrica, ligamentos regionales, epiplón menor, colon transverso,

epiplón mayor, bazo, esófago o duodeno ( en estos últimos, afección intraluminal).  
T4b: Tumor que penetra a través de la serosa y afecta hígado, diafragma, páncreas, pared abdominal, glándulas suprarrenales, riñones, retroperitoneo, intestino delgado, o bien duodeno o esófago por la serosa.

**N** : Afección ganglionar

Nx : No se puede evaluar.

No : No se detectan metástasis linfáticas.

N1 : Afección de los ganglios perigástricos dentro de los 3 cm perilesionales en las curvaturas menor o mayor.

N2 : Afección de ganglios linfáticos más allá de 3 cm del tumor primario, que sean extirpables en la intervención, incluyendo los localizados a lo largo de las arterias gástrica izquierda, esplénica, tronco celíaco y hepática común.

N3 : Afectación de otros ganglios linfáticos abdominales no extirpables en la intervención como los paraaórticos, hepatoduodenales, retropancreáticos y mesentéricos.

**M** : Metástasis a distancia

Mx: No se pueden valorar.

Mo: No hay metástasis a distancia detectables.

M1: Existen metástasis a distancia.

Esta aplicación sólo se considera en carcinomas, no en sarcomas. Debe haber, en cada caso, confirmación histológica. Los requisitos mínimos para la clasificación son los siguientes:

- Categoría T: examen clínico, endoscopia, radiología y laparotomía.
- Categoría N: examen clínico, radiología y laparotomía.
- Categoría M: examen clínico, radiología y laparotomía.

La segunda clasificación corresponde a la nomenclatura estudiada por autores japoneses pertenecientes a la Japanese Research Society for Gastric Cancer fue adoptada por la OMS en 1973. Esta clasificación tiene importancia quirúrgica, ya que se decidirá la conducta a seguir y da un pronóstico en cuanto a supervivencia. Se basa en los hallazgos quirúrgicos durante la laparotomía, y, por lo tanto, no es aplicable a los pacientes no operados.

**Localización:** Las curvaturas mayor y menor se dividen en tres tercios iguales, superior, medio e inferior (C, M y A respectivamente).

**Compromiso de la serosa:**

So : no hay invasión.

S1 : sospecha.

S2 : compromiso definitivo.

S3 : infiltración directa hacia órganos vecinos (páncreas, aorta, tronco celiaco, colon transversal, hígado, etc).

**Metástasis al peritoneo:**

Po : no existe.

P1 : metástasis en el peritoneo adyacente al tumor, supramesocolónico incluyendo a epiplón mayor.

P2 : metástasis peritoneales inframesocolónicas o diafragmáticas, escasa. Incluye metástasis única del ovario..

P3 : numerosas metástasis peritoneales difusas.

**Metástasis hepáticas:**

Ho : no existen.

H1 : limitada solo a un lóbulo.

H2 : escasas metástasis en ambos lóbulos.

H3 : numerosas metástasis en ambos lóbulos.

**Metástasis linfáticas:**

No : no se sospecha.

N1 : metástasis en 1ª barrera ganglionar.

N2 : 2ª barrera ganglionar.

N3 : 3ª barrera ganglionar.

N4 : metástasis en ganglios lumboaórticos y otros alejados.

**6. Examen de límites de sección quirúrgicos:**

Lo : infiltración macroscópica del tumor hasta 10 mm del borde de sección oral.

Lc : infiltración macroscópica del tumor hasta 10 mm del borde de sección caudal.

**Nueva clasificación**

Estado I	PO	HO	NO,N1	SO,S1
Estado II	P1	HO	N2	S2
Estado III	P2	H1	N3	S3
Estado IV	P3	H2,H3	N4	S3

No hay duda que el único tratamiento efectivo en la actualidad es la resección quirúrgica del cáncer, ya que las terapias coadyudantes –quimioterapia y radioterapia- no han arrojado los resultados que se esperaban de ellas (Venturelli, 1996).

La gran mayoría de los pacientes que se someten a cirugía, son sólo del tipo paliativa. Esto implica que el paciente tendrá una mejor calidad de vida y tiempo de sobrevida.

El que una enfermedad afecte a un miembro de la familia, produce un cambio de perspectiva en las labores o funciones familiares. La familia, es una parte importante de la atención total que necesita el enfermo, son al mismo tiempo cuidadores y receptores de los cuidados, colaboradores y beneficiarios (Riquelme, 2000).

En todas las definiciones de familia se encuentran elementos comunes que la definen como unidad biopsicosocial con características propias. La idea de unidad implica la existencia de una definición espacial y una definición temporal de la familia. La primera está dada por los eventos de vida o acontecimientos que ocasionan cambios en los individuos o en la familia. Estos pueden ser predecibles como son las etapas del ciclo vital, o impredecibles por ejemplo ascensos, laborales, cesantía, diagnóstico de enfermedad maligna, muerte y otros.(Messing, 2002).

El concepto de estructura familiar se refiere a un conjunto de elementos relacionados entre sí, adquiriendo diversas formas. Incluye como elementos a personas ocupando posiciones y desempeñando roles de acuerdo a su edad, sexo y a los factores culturales del medio social.

Las estructuras familiares pueden variar en diferentes zonas geográficas, estratos sociales, y áreas de residencia urbana o rurales, variables que se asocian a patrones culturales que condicionan la estructura y por lo tanto, el cumplimiento de sus funciones.

Por otra parte, la estructura familiar también varía según la etapa del ciclo vital. Las familias pasan por diferentes momentos desde su formación hasta su disolución. Cada uno de estos momentos significa cambios de estructura por incorporación o partida de miembros, por la aparición y redefinición de roles, por cambios en el ciclo vital individual de cada uno de sus integrantes, lo que implica también cambios en las funciones familiares. La estructura de una familia puede responder a muchos criterios, pero el aspecto más importante es la forma de organización que ésta posea. La variedad de formas existentes resalta el hecho que la familia satisface las necesidades de la sociedad en la cual está inserta, es decir, es un reflejo del medio socio-cultural.

La distinción entre estructura y función familiar es importante, porque si bien en muchos casos la estructura adecuada corresponde a un funcionamiento familiar sólido, todos conocemos familias que están estructuralmente intactas y sin embargo, tienen un



funcionamiento deficitario. Asimismo, existen familias incompletas que cumplen adecuadamente con las funciones familiares.

Las familias monoparentales son tradicionalmente consideradas de mayor riesgo. Esta vulnerabilidad de los hogares monoparentales, se explica por la sobrecarga sobre el sistema adulto, si éste está constituido por una sola persona, la cual debe actuar de padre y madre, proveyendo todas las necesidades instrumentales y emocionales de la familia.

El funcionamiento familiar es la resultante de procesos interactivos entre los miembros de la familia. Duarte (1992) sugirió seis dimensiones que permiten estudiar la dinámica familiar. Para efectos de ésta investigación, sólo se abarcarán tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad familiar y red social.

La Cohesión, es el lazo emocional que los miembros tienen cada uno respecto del otro y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar. (Olson, 1986). En un extremo de la escala se ubica la cohesión alta con sobre-identificación de los miembros, y autonomía individual limitada y ligazón extrema (Enmeshment). El extremo opuesto está constituido por límites abiertamente rígidos, falta de comunicación y las funciones protectoras son deficientes.

En su Modelo Circumplejo (Olson, 1979), propone evaluar diversos ítem para la definición de cohesión como son los lazos emocionales, tiempo, espacio, amistades, las coaliciones padre-hijo, fronteras, toma de decisiones, e intereses y forma de recreación. Se señala que los sistemas familiares más viables son aquellos que se encuentran en situación de equilibrio. Sin embargo, encontrarse en posiciones extremas de la escala puede ser funcional en tiempos de crisis, como podría presentarse en el caso de los familiares de pacientes con cáncer gástrico. Con ésto se aprecia que es una dimensión dinámica, variable en el transcurso de los años. La cohesión demasiado baja será disfuncional porque no hay sentido de pertenencia, si es muy alta es disfuncional porque se necesita que las personas tengan cierto grado de independencia, y dificulta la inserción en el medio social.

La adaptabilidad familiar se define como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, la relación de roles y sus reglas de relaciones en respuesta a stress de desarrollo o situacional.

El Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares y Maritales de Olson (1979, 1983, 1991) fue desarrollado en un intento de cubrir la brecha que típicamente existe entre la investigación, la teoría y la práctica con familias, y se basa en las dos dimensiones mencionadas hasta aquí.

Se identifican cuatro niveles de cohesión en un continuo que va desde un bajo nivel de cohesión-desligada, hasta una cohesión extrema-aglutinada. Los niveles balanceados a intermedios son denominados separados y conectados.

Se identifican también cuatro niveles diferentes de adaptabilidad. Los niveles óptimos de adaptabilidad se denominan flexible y estructurado, representando los niveles balanceados, mientras los extremos en la dimensión de adaptación, están representados por los niveles rígido y caótico.

Olson, Sprenkle y Russell (1979) relacionan esta dimensión de adaptabilidad con los conceptos de morfoéstasis y morfogénesis de la Teoría General de Sistemas. La familia como un sistema sociocultural, es un sistema viable en la medida que se adapta a su medio. Los mecanismos de retroalimentación negativa y positiva, morfoéstasis y morfogénesis respectivamente, proveen el balance necesario para la adaptación de los sistemas. Los mecanismos morfoestáticos dan estabilidad al sistema, mientras la retroalimentación positiva provee al sistema familiar con comportamientos constructivos y potenciadores de crecimiento, creatividad, innovación y cambio. Las familias funcionales mantienen un equilibrio entre estos dos procesos, mientras que las disfuncionales muestran una tendencia excesiva a la estabilidad o al cambio. Olson y cols. (1979) plantean que la morfogénesis y morfoéstasis son los extremos de la dimensión de adaptabilidad.

Se hipotetiza que ambas dimensiones se relacionan en forma curvilínea con el funcionamiento familiar. Un funcionamiento óptimo, lo alcanzan las familias que se encuentran en los niveles moderados de ambas dimensiones, en cambio las que se encuentran en los niveles extremos, presentarían disfuncionalidad familiar.

El Modelo Circumplejo permite identificar 16 tipos de sistemas maritales y familiares dividiendo las dimensiones de cohesión y adaptabilidad en cuatro niveles.

Los 16 tipos pueden ser agrupados en tres tipos más generales: balanceadas, intermedias y extremas. Los tipos balanceados son las cuatro áreas centrales que son balanceadas en ambas dimensiones. Los tipos intermedios son aquellas que son extremas en una dimensión pero balanceadas en la otra y los tipos familiares extremos son los que tienen puntuación extrema, en ambas dimensiones.

Una tercera dimensión es la comunicación, que no es evaluada, solo facilita el movimiento familiar entre los tipos de familia y los niveles de cohesión y adaptabilidad.

Este modelo teórico integra elementos del enfoque estructural, interaccional y de desarrollo familiar. A partir de él, Olson y cols. (1979), han desarrollado instrumentos para evaluar el funcionamiento familiar y sus dimensiones de adaptabilidad y cohesión.

Durante el desarrollo de la investigación se utiliza un instrumento autoadministrado (FACES), el cual ha sido revisado en varias oportunidades aumentando su confiabilidad, validez y utilidad técnica.

Al utilizar los indicadores de cohesión familiar se puede determinar clínicamente el grado de cohesión de una unidad familiar, explorando como los miembros manejan los nueve ítems básicos. La valoración que se realiza es general y subjetiva basada en lo que el individuo percibe, por lo tanto individuos de la misma familia pueden ver las cosas de maneras distintas.

Una vez que se obtiene el diagnóstico de cada área, se clasifica a las familias.

Con los indicadores de adaptabilidad, se puede hacer una valoración utilizando las variables de asertividad, liderazgo, disciplina, estilo de las negociaciones, relación de roles, reglas y la retroalimentación del sistema. Una vez realizada la valoración de las variables, se asignan valores a cada una de ellas. Las familias con adaptabilidad baja se describen como rígidas, aquellas moderadamente bajas como estructuradas, las moderadamente altas como flexibles y las muy altas como caóticas. Los extremos caótico y rígido son típicamente más problemáticos para el funcionamiento familiar e individual.

Existen varias hipótesis que se derivan de este modelo, entre ellas se encuentran las familias o parejas con cohesión y adaptabilidad equilibradas (dos niveles centrales), que por lo general funcionarán de manera más adecuada a lo largo del ciclo vital que aquellas que ocupan los extremos de estas dimensiones. No obstante, los sistemas no balanceados pueden ser funcionales y los sistemas familiares funcionales pueden ser no balanceados en ciertas ocasiones. Los sistemas balanceados pueden comportarse como no balanceados cuando están bajo altos niveles de estrés.

Otra hipótesis, se refiere a que los tipos familiares balanceados tienen un repertorio de conductas más extenso y más capaz de cambiar que los sistemas familiares no balanceados. Esto se refiere básicamente a los cambios, en que las familias balanceadas pueden adaptarse a las situaciones de estrés, como en el caso de diagnóstico de enfermedad terminal.

También existe la hipótesis de que las familias equilibradas modificarán su cohesión y adaptabilidad para manejar las situaciones de estrés y el cambio evolutivo, en tanto que las

familias extremas se resistirán al cambio o saltarán al otro extremo del nivel. Un supuesto importante del modelo es que los tipos de familia son dinámicos y pueden cambiar para enfrentar el estrés. Incluso pueden adoptar uno de los extremos, aglutinarse, por períodos breves para contrarrestar el estrés. Es posible pasar a un nivel de mayor cohesión en un evento no normativo, como por ejemplo, al recibir un diagnóstico de cáncer; o evolucionar a un sistema menos cohesionado de acuerdo al ciclo vital familiar, tal como familias con hijos adolescentes.

Otra hipótesis se refiere a que las familias balanceadas tendrán más habilidades de comunicación positiva que las familias extremas. Estas incluyen habilidades de comunicación congruente, mensajes directos, capacidad de empatía y apoyo emocional, habilidades efectivas de escucha. Las habilidades de comunicación facilitan a los sistemas balanceados, el cambio en sus niveles de cohesión y adaptabilidad, comparados con los sistemas no balanceados.

La red social, es un concepto más bien estructural, definido como lazos que unen a individuos entre sí y a éstos a grupos. Consiste en el establecimiento de contactos entre la familia y su ambiente: personas, instituciones, etc.

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 OBJETIVO GENERAL 1.**

7.1.1 Definir las características sociodemográficas de la población en estudio.

### **7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Analizar la población en estudio según:

- 7.2.1 Sexo
- 7.2.2 Edad
- 7.2.3 Escolaridad
- 7.2.4 Estado civil
- 7.2.5 Ocupación
- 7.2.6 Previsión

### **7.3 OBJETIVO GENERAL 2.**

7.3.1 Describir características propias de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico.

### **7.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Analizar la población estudiada según:

- 7.4.1 Tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica.
- 7.4.2 Estado de salud actual del paciente.
- 7.4.3 Tipo de tratamiento realizado.

### **7.5 OBJETIVO GENERAL 3.**

7.5.1 Definir las características familiares actuales de los pacientes portadores de cáncer gástrico.

### **7.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Determinar características de la familia según:

- 7.6.1 Nivel socioeconómico
- 7.6.2 Tipo de familia
- 7.6.3 Edad del cónyuge
- 7.6.4 Ocupación del cónyuge
- 7.6.5 Número de hijos
- 7.6.6 Edad de los hijos
- 7.6.7 Ocupación de los hijos

#### 7.7 OBJETIVO GENERAL 4.

7.7.1 Identificar redes de apoyo social del paciente portador de cáncer gástrico.

#### 7.8 OBJETIVO ESPECIFICO.

7.8.1 Analizar la población en estudio en relación al número de contactos y calidad de la red.

#### 7.9 OBJETIVO GENERAL 5.

7.9.1 Determinar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar de los pacientes en estudio.

#### 7.10 OBJETIVO ESPECIFICO.

7.10.1 Analizar grado de cohesión y adaptabilidad familiar según percepción del paciente.

7.10.2 Analizar grado de cohesión y adaptabilidad familiar según percepción del cónyuge e hijos.

#### 7.11 OBJETIVO GENERAL 6.

7.11.1 Determinar la relación entre cohesión y adaptabilidad familiar percibida por los pacientes y las características propias de la enfermedad.

## 8. MATERIAL Y METODOS

### 8.1 Tipo de Estudio:

El estudio a realizar es de tipo descriptivo de corte transversal.

### 8.2 Población en Estudio:

Pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico hospitalizados e intervenidos en el Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV) durante los meses de Julio 2001 a Junio 2002. El total de la población en estudio abarcó a 15 personas. Fueron criterios de exclusión del estudio aquellas personas cuyos domicilios, pacientes fallecidos y aquellos que no desearon participar en el estudio.

### 8.3 Recolección de Información:

El número total de pacientes fue recogido a través de datos estadísticos pertenecientes al Servicio de Cirugía, todos con residencia en Valdivia. Al realizar la revisión de fichas clínicas, se constató que cuatro de los pacientes en estudio registraban domicilio rural, no pudiéndose realizar las entrevistas programadas. Dos pacientes rechazaron participar en el estudio y tres pacientes habían fallecido, por lo tanto, se realizó la entrevista programada a seis pacientes y sus familiares, siendo este el universo de estudio. Durante una entrevista realizada en el domicilio del paciente, se recogió la información a través de un instrumento que consideró cuatro aspectos: datos generales del paciente y familia, consistente en 16 preguntas cerradas; Cuestionario FACES III (Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar), Modelo de Olson, 1979, que consiste en 20 preguntas relacionadas con la familia, de las cuales 10 ítems miden cohesión y 10 miden adaptabilidad; el ECOMAPA, adaptado del Modelo de Hartmann, que busca aspectos relacionados con tamaño y percepción por parte de la persona entrevistada, sobre la calidad de la relación con cada red de apoyo existente. Dicho instrumento, incluyó las cuatro categorías de la percepción del entrevistado en relación a cada una de las relaciones representadas en el Ecomapa: mala (color rojo), regular (color amarillo), buena (color verde) y no hay relación (color azul). De esta manera cada entrevistado trabajó en forma autónoma marcando con un color el tipo de relación que tiene con cada red de apoyo social. Los datos relacionados con la patología fueron recolectados desde la ficha clínica de cada paciente.

Cabe señalar, que el instrumento de recolección de información utilizado durante las entrevistas, sólo se aplicó previa autorización del paciente, a través del Consentimiento Informado.

#### 8.4 Análisis de Datos:

Los datos obtenidos de la recolección de información, se analizaron a través del Programa Microsoft Excel .



## 9. RESULTADOS

**Tabla N°1** Distribución numérica y porcentual de pacientes con cáncer gástrico, según sexo. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

SEXO	N° PACIENTES	PORCENTAJE
Masculino	4	66.7%
Femenino	2	33.3%
Total	6	100%

Fuente: Cohesión, adaptabilidad familiar y red social en pacientes con cáncer gástrico: un estudio descriptivo. Valdivia, Chile 2002.

De los pacientes en estudio, se puede observar que la mayoría de ellos son hombres.

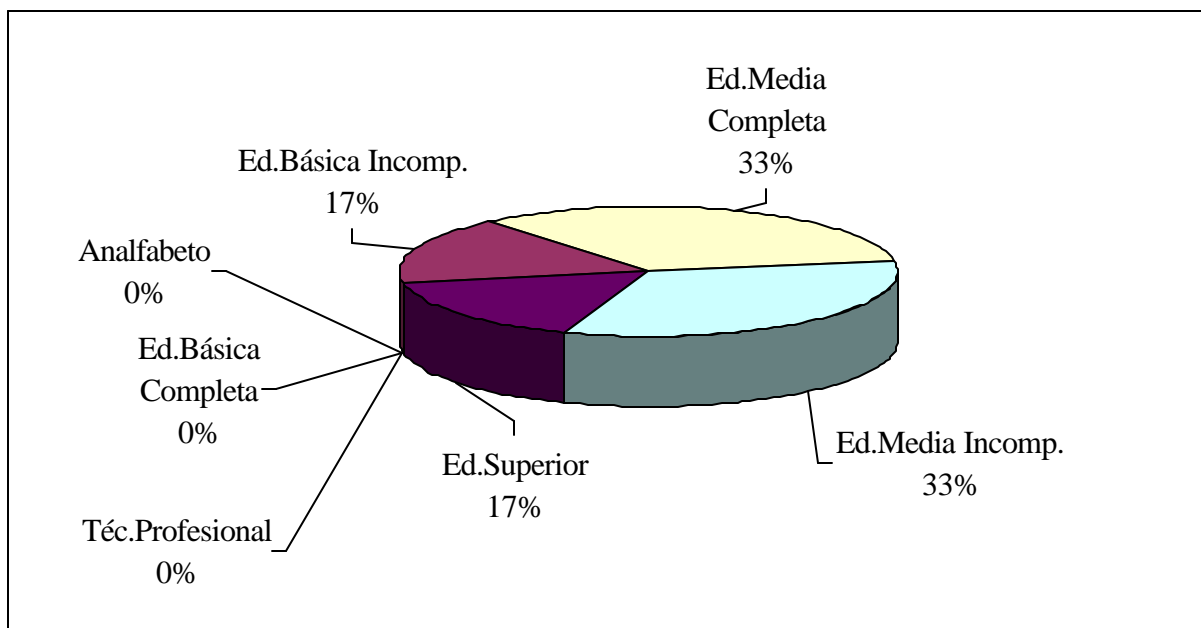
**Tabla N°2.** Distribución numérica y porcentual de pacientes con cáncer gástrico, según edad. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

EDAD	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
30 años – 39 años 11m 29d	0	0.0%
40 años – 49 años 11m 29d	3	50.0%
50 años – 59 años 11m 29d	1	16.7%
60 años – 69 años 11m 29d	1	16.7%
70 años y más	1	16.7%
Total	6	100%

Fuente: Idem.

De los pacientes encuestados, casi dos tercios de ellos son menores de 60 años, pudiéndose observar la existencia de un mayor número de enfermos a menor edad.

**Gráfico N°1.** Distribución porcentual de los pacientes en estudio, según escolaridad. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.



De los pacientes en estudio, existe un alto porcentaje de ellos (83%), que cursó mas allá de la enseñanza básica completa, la cual refleja una distribución no habitual de la población que es atendida en el HCRV.

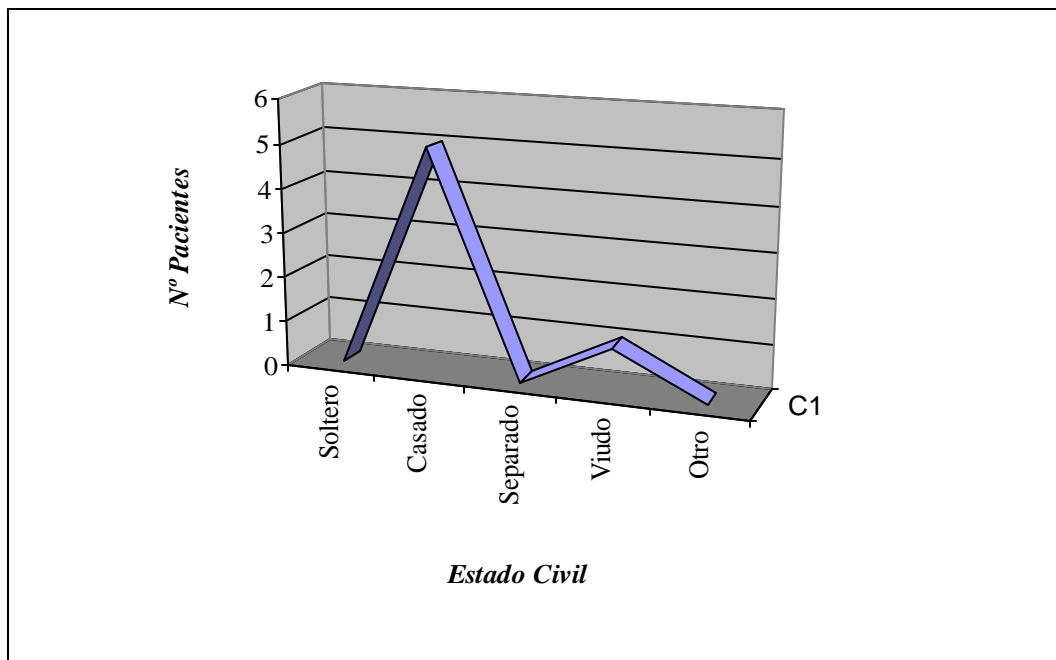
**Tabla N°3.** Distribución numérica y porcentual de los pacientes en estudio, según ocupación. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

OCUPACION	N° PACIENTES	PORCENTAJE
Empleado Dependiente	3	50.0%
Independiente	0	0%
Profesional Dependiente	1	16.6%
Profesional Independiente	0	0%
Obrero Calificado	0	0%
Obrero No Calificado	0	0%
Dueña de Casa	1	16.6%
Cesante	0	0%
Jubilado	1	16.6%
Otro	0	0%
Total	6	100%

Fuente: Idem.

La mayoría de los pacientes en estudio, son personas económicamente activas, ocupando con ello un 66.6% del universo estudiado.

**Gráfico N°2** Distribución numérica de los pacientes estudiados, según estado civil. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.



Se aprecia que del total de pacientes encuestados, la mayoría de ellos son casados.

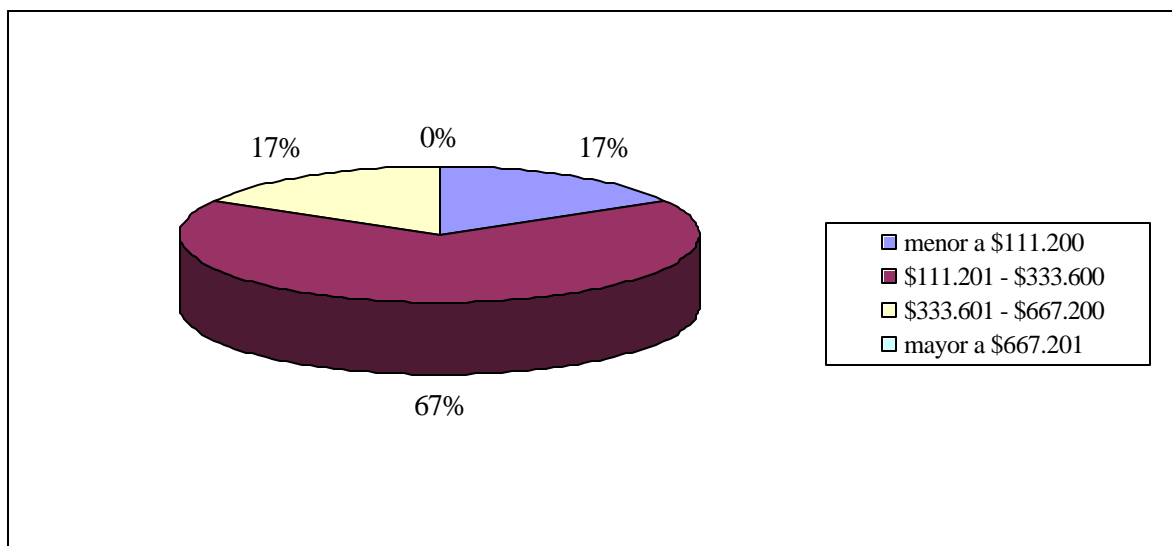
**Tabla N°4.** Distribución numérica y porcentual de los pacientes estudiados, según previsión. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

PREVISION	Nº PACIENTES	PORCENTAJE
Fonasa A	4	66.6%
Fonasa B	2	33.3%
Fonasa C	0	0%
Fonasa D	0	0%
Isapre	0	0%
Particulares	0	0%
Convencionales	0	0%
Total	6	100%

Fuente: Idem.

Se destaca que todos los pacientes pertenecen a Fonasa, Grupos A y B, correspondiendo la mayor proporción al grupo A.

**Gráfico N°3.** Distribución porcentual de los pacientes estudiados, según ingreso mensual familiar. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.



En relación al ingreso mensual familiar, menos del 20% de las familias en estudio perciben el sueldo mínimo o menor a este.

**Tabla N°5.** Distribución numérica y porcentual de los pacientes estudiados, según tipo de familia. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

TIPO DE FAMILIA	N° PACIENTES	PORCENTAJE
Nuclear	4	66.6%
Extendida	1	16.6%
Monoparental	1	16.6%
Unipersonal	0	0%
Total	6	100%

Fuente: Idem.

Se puede apreciar en el universo estudiado, que la gran mayoría de ellos conforman familias de tipo Nuclear, siendo éste el prototipo de familia de nuestra sociedad.



**Tabla N°6.** Distribución numérica y porcentual de pacientes en estudio, según edad de los cónyuges. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
30 años – 39 años 11m 29d	0	0%
40 años – 49 años 11m 29d	1	20%
50 años – 59 años 11m 29d	3	60%
60 años – 69 años 11m 29d	1	20%
70 años y más	0	0%
Total	5	100%

Fuente. Idem.

La mayor proporción de los cónyuges de los pacientes en estudio tienen entre 50-59 años 11meses 29 días (60%), ubicándose el 40% restante entre los 40-49 años 11meses 29días y 60-69 años 11meses 29días.

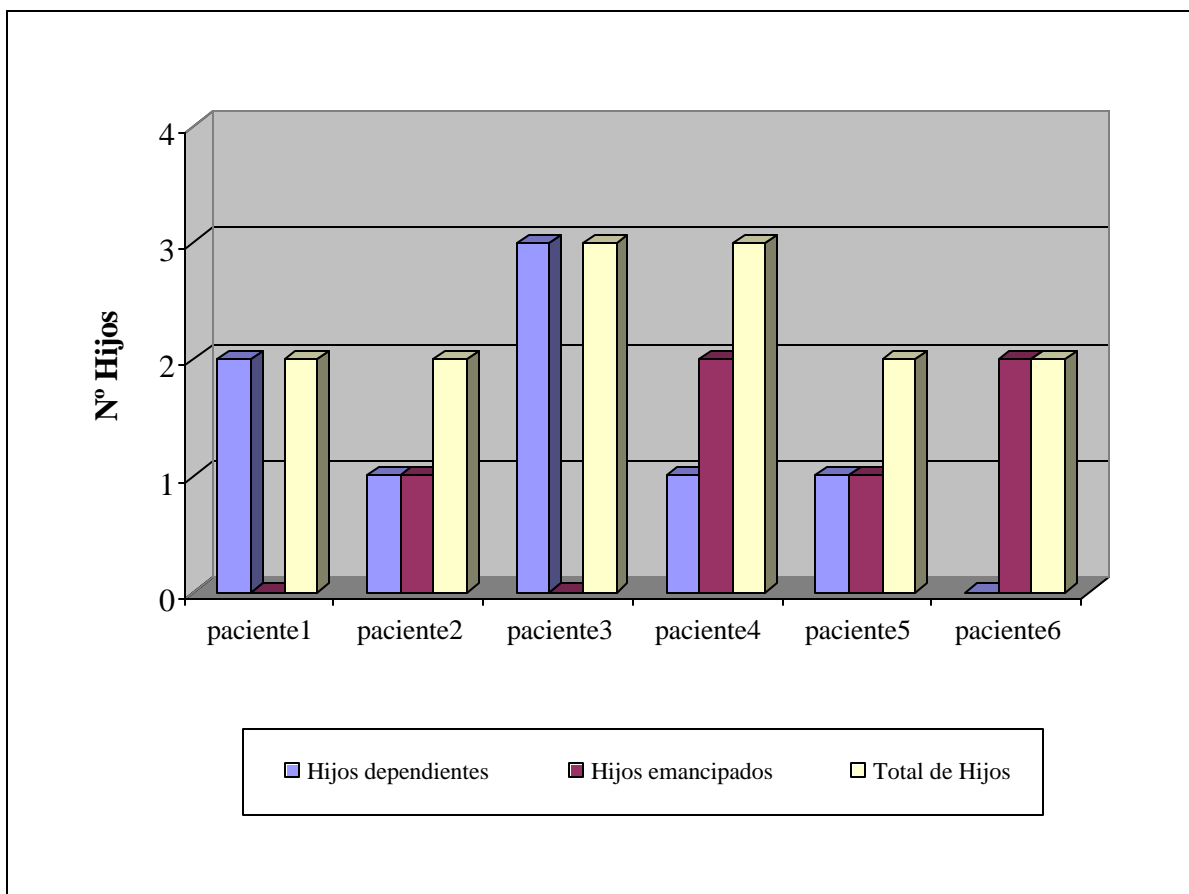
**Tabla N°7.** Distribución numérica y porcentual de pacientes en estudio, según ocupación de los cónyuges. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

OCUPACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Empleado Dependiente	2	40%
Independiente	0	0%
Profesional Dependiente	0	0%
Profesional Independiente	0	0%
Obrero Calificado	0	0%
Obrero No Calificado	0	0%
Dueña de Casa	2	40%
Cesante	0	0%
Jubilado	0	0%
Otro	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Idem.

En la tabla se puede apreciar que más del 50% de los cónyuges, son económicamente activos.

**Gráfico N°4.** Distribución numérica de pacientes en estudio según número y dependencia de los hijos. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.



Como se puede apreciar, la mayoría de los pacientes en estudio tienen hijos que dependen de ellos, por lo tanto no reciben ayuda económica por parte de éstos.

**Tabla N°8.** Distribución numérica y porcentual de pacientes en estudio, según edad de los hijos. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

EDAD	N° DE HIJOS	PORCENTAJE
0 años – 5 años 11m 29d	0	0%
6 años – 10 años 11m 29d	0	0%
11 años – 15 años 11m 29d	2	14.2%
16 años – 20 años 11m 29d	3	21.4%
21 años y más	9	64.2%
Total	14	100%

Fuente: Idem.

De los pacientes en estudio, no existen hijos menores de 10 años, pero si existe un alto porcentaje de hijos que se encuentran en la adolescencia (35.6 %).

**Tabla N°9.** Distribución numérica y porcentual de pacientes en estudio, según ocupación de los hijos. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

OCUPACION	N° DE HIJOS	PORCENTAJE
Estudiante Ens. Básica	1	7.14%
Estudiante Ens. Media	4	28.5%
Estudiante Ed. Superior	1	7.14%
Empleado Dependiente	6	42.8%
Independiente	1	7.14%
Profesional Dependiente	0	0%
Profesional Independiente	0	0%
Cesante	1	7.14%
Otro	0	0%
Total	14	100%

Fuente: Idem.

Cabe destacar, que el mayor porcentaje de los hijos sigue siendo aún, económicamente dependientes del grupo familiar, cursando éstos diferentes niveles de estudios.

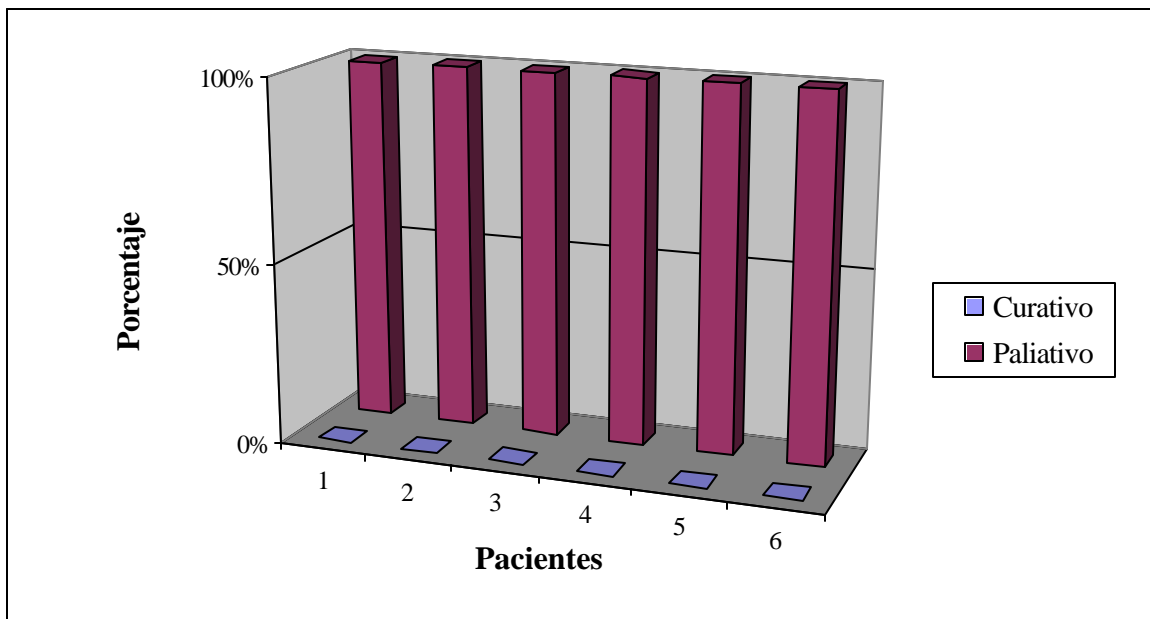
**Tabla N°10.** Distribución numérica y porcentual de la calidad de relación con las redes de apoyo social intra y extrafamiliares, de los pacientes en estudio. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

RED SOCIAL	TIPO DE RELACION								
	<i>Buena</i>		<i>Regular</i>		<i>Mala</i>		<i>Sin Relación</i>		<i>Total</i>
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	
<i>Familia Paterna</i>	3	50	3	50	0	0	0	0	6
<i>Familia Materna</i>	5	83.3	1	16.6	0	0	0	0	6
<i>Trabajo</i>	5	83.3	0	0	0	0	1	16.6	6
<i>Pareja</i>	5	83.3	0	0	0	0	1	16.6	6
<i>Vecinos</i>	4	66.6	2	33.3	0	0	0	0	6
<i>Iglesia</i>	2	33.3	4	66.6	0	0	0	0	6
<i>Hijos</i>	6	100	0	0	0	0	0	0	6
<i>Yerno/Nuera</i>	4	66.6	1	16.6	0	0	1	16.6	6
<i>Nietos</i>	4	66.6	0	0	0	0	2	33.3	6
<i>Otros Familiares</i>	4	66.6	2	33.3	0	0	0	0	6
<i>Amigos</i>	6	100	0	0	0	0	0	0	6

Fuente: Idem.

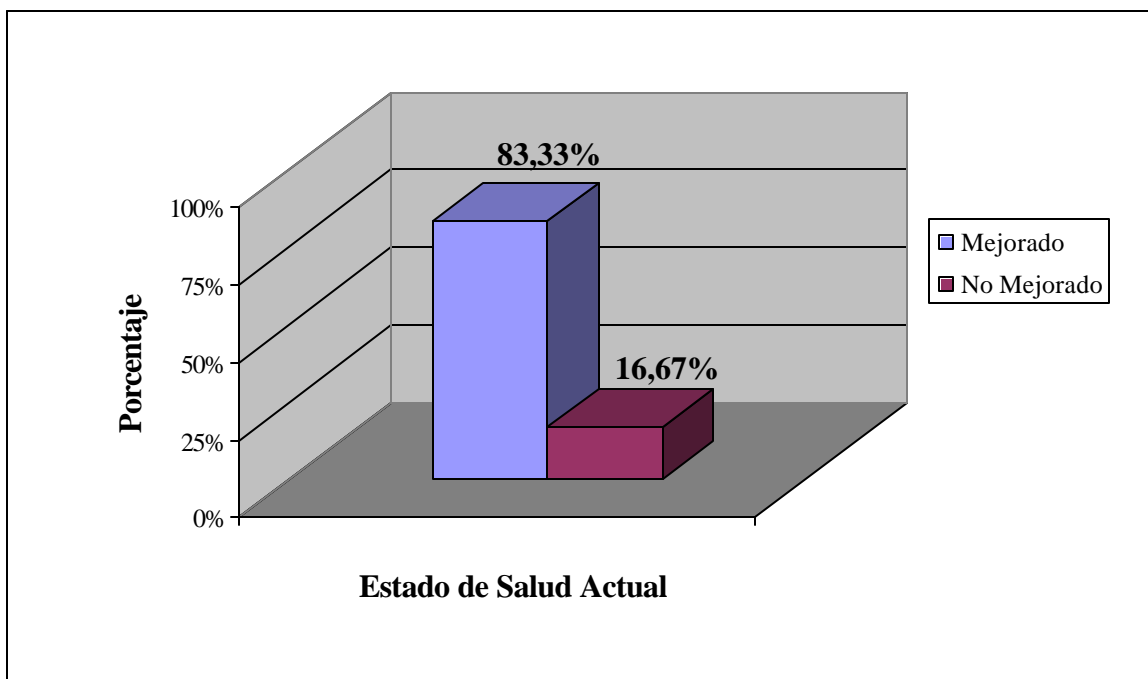
La calidad de relación que los pacientes establecen con sus redes sociales, es en general buena, principalmente con la familia materna, trabajo, pareja, hijos y amigos. Sin embargo, cabe destacar que en el ítem sin relación, los porcentajes se deben a que uno de los encuestados es viudo y jubilado, otro de los pacientes no tiene nietos, ni yerno o nuera.

**Gráfico N°5.** Distribución porcentual de tipo de tratamiento realizado en cada paciente. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.



Los pacientes en estudio (6) solo recibieron tratamiento paliativo.

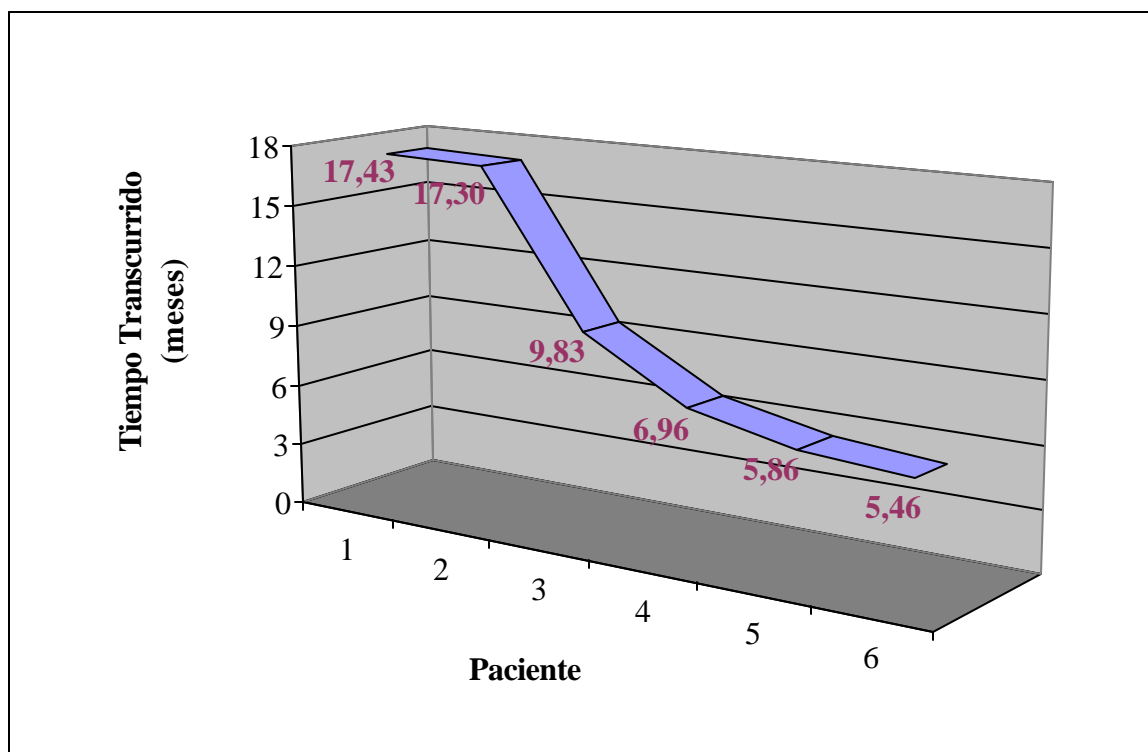
**Gráfico N°6.** Distribución porcentual de pacientes en estudio, según estado de salud actual. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.



Un alto porcentaje de la población estudiada, se encuentra en condiciones de mejorado (83.3%), es decir, son pacientes que continúan trabajando o en tratamiento paliativo (quimio y/o radioterapia), con una mejor calidad de vida. Un 16.6% de los pacientes, tienen la calidad de no mejorado, lo que significa que están en su domicilio bajo el Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos.

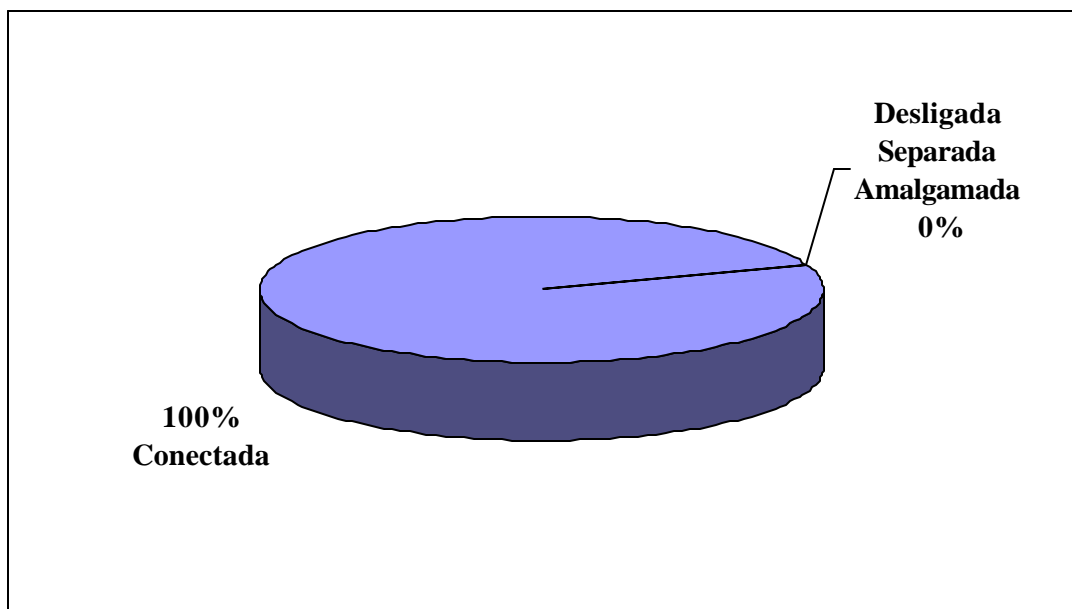


**Gráfico N°7.** Tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica por paciente. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.



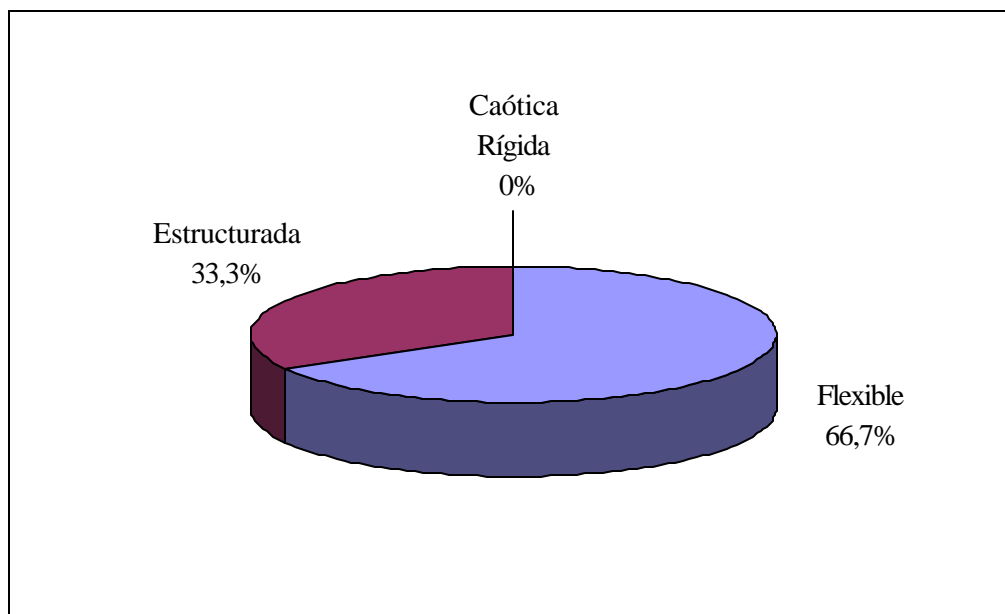
Como se puede apreciar, de los pacientes encuestados, el tiempo de sobrevida mayor alcanza los 17 meses, desde la realización de la intervención quirúrgica.

**Gráfico N°8.** Distribución porcentual del grado de cohesión familiar. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.



Según el grado de cohesión familiar, la opinión de los pacientes corresponde a familias de tipo Conectada en un 100%, lo que significa para ellos una gran apoyo tanto emocional como físico, ayudándolos a enfrentar de una mejor manera la situación actual.

**Gráfico N°9.** Distribución porcentual del grado de adaptabilidad familiar. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.



De los pacientes estudiados un 66,7% considera a su familia de tipo Flexible, un 33,3% estructurada. No se observan familias de tipo Caóticas ni Rígidas. Para las familias esto implica la existencia de una convivencia en armonía, logrando con ello un equilibrio familiar.

**Tabla N°11.** Distribución del grado de cohesión familiar según opinión de cónyuge e hijos de pacientes en estudio. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

	CONYUGE	HIJOS		
		1	2	3
<i>Paciente 1</i>	Conectada	Conectada	Conectada	---
<i>Paciente 2</i>	Conectada	Conectada	---	---
<i>Paciente 3</i>	Amalgamada	Amalgamada	Conectada	Conectada
<i>Paciente 4</i>	---	Conectada	---	---
<i>Paciente 5</i>	Separada	Conectada	---	---
<i>Paciente 6</i>	Conectada	---	---	---

Fuente: Idem.

Se puede apreciar que en su mayoría, tanto cónyuge como hijos, consideran a su familia Conectada.

Cabe destacar, la diferencia de percepción de uno de los cónyuges que cataloga a su familia como separada en relación a los hijos, cuya percepción es de una familia más equilibrada.

**Tabla N°12.** Distribución del grado de adaptabilidad familiar según opinión de cónyuge e hijos de pacientes en estudio. Valdivia Julio 2001- Junio 2002.

	CONYUGE	HIJOS		
		1	2	3
<i>Paciente 1</i>	Flexible	Estructurada	Flexible	---
<i>Paciente 2</i>	Estructurada	Estructurada	---	---
<i>Paciente 3</i>	Flexible	Flexible	Flexible	Flexible
<i>Paciente 4</i>	---	Flexible	---	---
<i>Paciente 5</i>	Flexible	Estructurada	---	---
<i>Paciente 6</i>	Flexible	---	---	---

Fuente: Idem.

En relación a la adaptabilidad familiar, se ve claramente que la opinión del cónyuge e hijos es de tipo Flexible, mayoritariamente. Con esto se aprecia, que la familia logra tener un equilibrio, resolviendo de una manera adecuada diferentes situaciones que se le presenten.

## 10. DISCUSION

De los resultados obtenidos se logra desprender que en la población en estudio predomina el sexo masculino. En relación a la edad, existe una mayor incidencia de enfermar en personas que fluctúan entre los 40-49 años 11 meses 29 días, afectando en este estudio, a la mitad de la población. El nivel de escolaridad corresponde a su mayoría a Enseñanza Media completa e incompleta y un tercio de los pacientes a Enseñanza Básica incompleta y Educación Superior. A pesar que el nivel de escolaridad es mayoritariamente medio, los pacientes logran entender y comprender su situación actual de salud. La mayoría de los pacientes estudiados son económicamente activos, desempeñándose como empleados dependientes. Cabe destacar además, que un alto número de pacientes es casado, considerando importante a la pareja dentro de su red social. Según las características sociodemográficas, el tipo de población corresponde a un nivel socioeconómico medio-bajo, para lo cual también se considera el tipo de previsión que poseen, Fonasa A y B.

En relación a las características de la familia, el ingreso mensual familiar en un alto porcentaje corresponde a ingresos entre \$111.201 y \$333.600. Una alta proporción de las familias corresponde a las de tipo Nuclear, considerándose dentro del prototipo de la familia chilena. En relación a la edad de los Cónyuges, mayoritariamente se encuentran entre los 50-59 años 11 meses 29 días y menos de la mitad se desempeñan como empleados dependientes y dueñas de casa respectivamente. En relación a los hijos, la mayoría de ellos son aún dependientes de los padres, esto se debe a que los hijos se encuentran en etapa de estudios, Básica, Media y Superior.

Como principal red de apoyo social dentro de la familia, los encuestados consideran como de mucha importancia a los hijos y a la pareja, ya que reciben de ellos la comprensión, la fuerza, el ánimo y el cariño que necesitan en los momentos más difíciles, como lo fueron el saber su diagnóstico y en algunos de los casos estudiados, el continuar con tratamientos paliativos que según la opinión de los pacientes, no son muy agradables. Fuera de la familia, consideran importantes a los amigos, quienes manifiestan nunca haberlos abandonado en ninguna de las etapas de la enfermedad. Cabe destacar que en la mayoría de los pacientes encuestados, existe una buena relación con las diferentes redes sociales, destacándose eso sí una escasa participación en grupos de la comunidad o iglesia. Una de las razones por las cuales no asisten, a éstas organizaciones es la poca motivación para participar en ella y además que debido a su condición o estado de salud, le es difícil el poder acudir. Esto, no quiere decir que los pacientes tengan un rechazo frente a la iglesia, sino que ellos siguen manteniendo sus creencias y participando quizás un poco más retirados, pero nunca dejando de lado la religión que ellos practican.

Según las características propias de la enfermedad, el tipo de tratamiento realizado a los pacientes es en su mayoría de tipo Paliativo, lo cual pretende entregar al paciente una

mejor calidad de vida. Por otra parte, la mayor proporción de los pacientes estudiados, se encuentran con una mejor calidad de vida, lo que indica que el tratamiento realizado ha sido efectivo.

En relación al grado de cohesión y adaptabilidad familiar, según la opinión del paciente, en su mayoría corresponde a familias de tipo balanceadas, flexiblemente conectadas y estructuradamente conectadas. Según Olson, el paciente clasifica a su familia dentro del nivel de familias balanceadas, esto quiere decir, que la cohesión familiar, o sea, el grado de vinculación emocional que tienen entre los miembros de la familia incide de manera positiva para el paciente, pudiéndose lograr un grado de interacción familiar y a la vez cierto grado de autonomía dentro de su núcleo. En relación a la adaptabilidad, también agrupa a la familia dentro de la categoría de las familias balanceadas, lo que significa que existe la capacidad dentro de la familia, de realizar cambios, ya sea en los roles que cada uno cumple, o se tiene la capacidad de poder enfrentar mejor las situaciones de estrés a los cuales se verán expuestos, es decir, existe un control de la familia, frente a los diferentes cambios y situaciones por las cuales se verán enfrentados, pudiendo abordar y saber manejar de la mejor manera posible la situación, sin afectar la convivencia familiar.

Según la opinión de los cónyuges e hijos de los pacientes en estudio en relación a la cohesión y adaptabilidad familiar, se puede decir que la mayor parte, consideran a su familia dentro del grupo de las balanceadas, aunque se destaca en dos familias, la existencia de las categorías de amalgamada y separada, y en relación a la adaptabilidad, mayoritariamente consideran a la familia de tipo flexible. En estos dos casos en particular, las familias se agruparían en la clasificación de rango medio o familias de tipo mixto, es decir, son extremos en una de las dimensiones y balanceados en la otra. Esto puede llevar a que las relaciones dentro de la familia a veces se vean afectadas de tal manera que puedan influir en la convivencia y lleven a situaciones en donde quizás, resulte un poco más difícil de manejar la situación. A pesar de ello, las familias que se encuentran dentro del tipo mixto, no son vistas como familias disfuncionales, ya que de una u otra forma logran balancear o equilibrar los dos extremos, para poder llevar a cabo un mejor funcionamiento de la familia.

Si se considera la percepción del paciente, en relación al grado de cohesión y adaptabilidad familiar en conjunto con las características propias de la enfermedad, se puede decir, que los pacientes en su mayor porcentaje tienen una buena relación dentro de su núcleo familiar, existe armonía, comunicación, existe la capacidad de negociación, de cambios, sin la necesidad de que la familia se vea afectada por algún tipo de ruptura o problema. A ello, se debe agregar, que los pacientes se encuentran en estado de salud mejorado, lo que ayuda a una mejor convivencia familiar, llevan una vida prácticamente normal, ésto en parte al tratamiento recibido, que logra mantener al paciente con una buena calidad de vida, y con un tiempo de sobrevida prolongado y en muy buenas condiciones generales.

## 11. CONCLUSIONES

Según los resultados del estudio realizado, se pueden hacer las siguientes conclusiones:

- Predominio del sexo masculino en un 66.7% entre 40-49 años 11 meses 29 días. El 83.3% es casado y un 16.6% es viudo, económicamente activos un 66.6%. Nivel de escolaridad en un 33.3% que corresponde a Enseñanza Media completa e incompleta respectivamente.
- La mayoría de las familias es de tipo Nuclear 67%, y un 16.6% de tipo Extendida y Monoparental respectivamente.
- Los cónyuges son en un 40% económicamente activos y un 40% son dueñas de casa.
- Se destaca que un alto porcentaje de los hijos, son aún dependientes económicamente de sus padres (57.1%).
- Los pacientes consideran como principal red de apoyo social a la pareja y a los hijos, 83.3% y 100% respectivamente.
- Como red de apoyo extrafamiliar, son de gran importancia los amigos (100%), trabajo (83.3%), y la familia materna (83.3%). Por lo tanto se destaca que existe una buena relación con las redes sociales, tanto intra como extrafamiliares, destacándose la escasa participación que tienen los pacientes con la iglesia, esto debido a factores de motivación y personales, no dejando a un lado sus creencias religiosas.
- Se destaca que el 100% del tratamiento realizado es de tipo Paliativo.
- Existe un 83.3% de los pacientes que se encuentran en estado de mejorado y un 16.6% en estado de no mejorado, es decir, realizan actividades de su vida diaria de la forma mas normal posible, o se encuentran realizando tratamientos paliativos (quimio y/o radioterapia). El estado de no mejorado corresponde a que el paciente se encuentra en la etapa en la cual, recibe los cuidados necesarios para el tratamiento del dolor, a través del programa de alivio del dolor y cuidados paliativos.
- Al analizar el grado de cohesión familiar este corresponde a su mayoría al tipo de familia Conectada, y de tipo estructurada y flexible según el grado de adaptabilidad.



- Según la opinión de cónyuges e hijos, ellos consideran a sus familias en la mayoría de los casos estudiados, de tipo balanceadas. Sin embargo, es importante destacar la existencia de familias que consideran a su núcleo dentro del tipo de familia mixto, lo cual quiere decir, que las familias tienen que saber equilibrar ambos extremos, para que exista un buen funcionamiento familiar.
- De los pacientes encuestados, la mayoría de ellos refiere sentir un gran apoyo por parte de su familia, sienten que nunca han sido abandonados y que por sobre todo perciben un gran cariño y afecto por parte de su familia. Por lo tanto, ellos consideran que el pilar más importante para salir adelante frente a obstáculos que van apareciendo en la vida, es sin duda, la familia.
- Como conclusión final, se puede decir que el grupo familiar deja de funcionar normalmente cuando se produce un acontecimiento vital estresante, como puede ser la enfermedad de uno de sus miembros. Esto genera en la familia dificultades en la toma de decisiones, cuidados mutuos o en la solución de problemas.

El diagnóstico de enfermedad maligna en un miembro de la familia consume gran parte de la energía de ésta. Por lo tanto, se les debe ayudar a encontrar el balance adecuado entre las necesidades del enfermo y del resto de los miembros de la familia, lo cual previene situaciones de claudicación familiar.

Por lo tanto, el trabajo que desempeña el profesional de Enfermería con la familia, será el de proporcionar ayuda a través de intervenciones dirigidas al individuo y grupo familiar, a que logren la aceptación y adaptación a los distintos cambios a los cuales se verán enfrentados y desafiados.

Los cuidados que se entregan en el domicilio son cada día más necesarios, y es por esto que la atención que el profesional de Enfermería le entrega al paciente y familia debe ser óptima, para proporcionar el bienestar físico, psicológico y social que precisan.

## 12. BIBLIOGRAFIA

Arraztoa, Juan. Cáncer: Diagnóstico y tratamiento. Santiago: Publicaciones técnicas Mediterráneo, 1999:141-156.

Amenabar C, Csendes A, Strauszer T, Braghetto M. et al. Cáncer gástrico. Santiago:Editorial Andrés Bello,1984:1-21.

Cáncer gástrico < <http://www.ciudadfutura.com/temassalud/cagastico.htm>> [Consulta: 19 agosto 2002].

Messing, Beate. Funcionamiento Familiar, 2000.

Olson, David H. Circumpleje Model VII: Validation studies and FACES III. Fam.Proc.25:337-351, 1986.

Riquelme, M. La atención a la familia integrada en el domicilio. Sociedad española de cuidados paliativos.2000. [http://www.secpal.com/revista/resumen\\_ponencias\\_26.htm](http://www.secpal.com/revista/resumen_ponencias_26.htm) [Consulta:3 septiembre 2002].

Valdivia, Bastias G. Epidemiología del cáncer en Chile. 1994 [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletín/html/salud\\_publica/1\\_11.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletín/html/salud_publica/1_11.html) [Consulta :19 agosto 2002]

Venturelli, Aliro. Cirugía en el cáncer gástrico. Cuaderno de cirugía 1996;10(1):32-38.

## 13. ANEXOS

### ANEXO 1. DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

#### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

##### **FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:**

Definición Nominal: Proceso interactivo entre los miembros de la familia.

- Grado de cohesión: lazo emocional que tiene cada uno de los miembros respecto al otro y grado de autonomía individual en el sistema familiar.

Definición Operacional:

##### **Criterios:**

- Desligada : 35 o menos puntos.
  - Separada : 36 a 40 puntos.
  - Conectada : 41 a 46 puntos.
  - Amalgamada : 47 o más puntos.
- 
- Grado de adaptabilidad: capacidad de un sistema marital o familiar para realizar cambios en su estructura de poder, relaciones de rol y reglas de relación en respuesta al stress situacional y evolutivo.

Definición Operacional:

##### **Criterios:**

- Caótica : 30 o menos puntos.
- Flexible : 24 a 29 puntos.
- Estructurada: 20 a 23 puntos.
- Rígida : 19 o menos puntos.

#### **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

##### • **Características Sociodemográficas.**

A) SEXO : Género al que pertenece el paciente y/o familiar.

- Masculino
- Femenino

B) EDAD: Edad cronológica actual de los sujetos en estudio según grupo etáreo.

- 30 años-39 años 11m 29 d
- 40 años-49 años 11m 29 d
- 50 años-59 años 11m 29 d
- 60 años-69 años 11m 29 d
- 70 años y más

C) ESCOLARIDAD: Nivel de enseñanza educacional alcanzada.

- Educación básica completa.
- Educación básica incompleta.
- Educación media completa.
- Educación media incompleta.
- Educación Superior.
- Técnico profesional.
- Analfabeto.

D) OCUPACION: Situación laboral actual de los pacientes en estudio.

- Empleado dependiente (particular o público).
- Independiente
- Profesional dependiente.
- Profesional independiente.
- Obrero calificado.
- Obrero no calificado.
- Dueña de Casa
- Cesante.
- Jubilado.
- Otro.

E) ESTADO CIVIL: Situación político social respecto a la ley civil.

- Soltero.
- Casado.
- Separado.
- Viudo.
- Otro.

F) PREVISION: Entidad de salud a la cual se encuentra afiliado.

- Fonasa A
- Fonasa B
- Fonasa C
- Fonasa D
- Isapre.
- Particulares.
- Convencionales.

- **Características de la Familia.**

G) INGRESO MENSUAL: Remuneración total líquida de quienes se encuentran laboralmente activos.

- Menor a \$111.200.
- \$ 111.201 - \$333.600.
- \$333.601 - \$667.200.
- Mayor a \$667.201.

H) TIPO DE FAMILIA: Conformación de la familia.

- Nuclear.
- Extendida.
- Monoparental.
- Unipersonal.

I) EDAD CONYUGE: Edad cronológica actual de esposo(a).

- 30 años – 39 años 11m 29d
- 40 años – 49 años 11m 29d
- 50 años – 59 años 11m 29d
- 60 años – 69 años 11m 29d
- años y más

J) OCUPACION CONYUGE: Situación laboral actual de esposo(a).

- Empleado dependiente (particular o público).
- Independiente.
- Profesional dependiente.
- Profesional independiente.
- Dueña de casa.
- Obrero calificado.
- Obrero no calificado.
- Cesante.
- Jubilado.
- Otro.

K) HIJOS: Descendientes.

- Número de hijos.

L) EDAD HIJOS: Edad cronológica actual de los hijos.

- 0 – 5 años 11m 29d
- 6 años – 10 años 11m 29d
- 11 años – 15 años 11m 29d
- 16 años - 20 años 11m 29d
- 21 años y más

M) OCUPACIÓN HIJOS: Situación académica o laboral actual.

- Estudiante enseñanza básica.
- Estudiante enseñanza media.
- Estudiante educación superior.
- Empleado dependiente.
- Independiente.
- Profesional dependiente.
- Profesional independiente.
- Cesante.
- Otro.

• **Red de Apoyo Social**

N) RED DE APOYO: Grupos, individuos y/o instituciones que brindan apoyo social.

- Número de contactos.
- Calidad de la red :
  - Mala ( color rojo).
  - Regular ( color amarillo).
  - Buena ( color verde).
  - Sin Relación ( color azul).

• **Características Propias de la Enfermedad**

Ñ) TRATAMIENTO: Tipo intervención quirúrgica realizada.

- Curativo.
- Paliativo.

O) ESTADO DE SALUD ACTUAL: Condición de salud del paciente.

- Mejorado.
- No mejorado.

## **ANEXO 2. RECOLECCION DE INFORMACION**

### **ITEM 1: ENCUESTA PACIENTE Y FAMILIA EN ESTUDIO.**

Nº FICHA: \_\_\_\_\_

- 1) SEXO:
1. \_\_\_ Masculino
  2. \_\_\_ Femenino
- 2) EDAD:
1. \_\_\_ 30 años – 39 años 11m 29d
  2. \_\_\_ 40 años– 49 años 11m 29 d
  3. \_\_\_ 50 años –59 años 11m 29d
  4. \_\_\_ 60 años –69 años 11m 29d
  5. \_\_\_ 70 años y más
- 2) ESCOLARIDAD :
1. \_\_\_ Educación básica completa
  2. \_\_\_ Educación básica incompleta
  3. \_\_\_ Educación media completa
  4. \_\_\_ Educación media incompleta
  5. \_\_\_ Educación superior
  6. \_\_\_ Técnico profesional
  7. \_\_\_ Analfabeto

- 3) OCUPACION:
1. \_\_\_ Empleado dependiente( particular o publico)
  2. \_\_\_ Independiente
  3. \_\_\_ Profesional dependiente
  4. \_\_\_ Profesional independiente
  5. \_\_\_ Obrero calificado
  6. \_\_\_ Obrero no calificado
  7. \_\_\_ Dueña de Casa
  8. \_\_\_ Cesante
  9. \_\_\_ Jubilado
  10. \_\_\_ Otro

- 4) ESTADO CIVIL:
1. \_\_\_ Soltero
  2. \_\_\_ Casado
  3. \_\_\_ Separado
  4. \_\_\_ Viudo
  5. \_\_\_ Otro

- 6) PREVISION:
1. \_\_\_ Fonasa A
  2. \_\_\_ Fonasa B
  3. \_\_\_ Fonasa C
  4. \_\_\_ Fonasa D
  5. \_\_\_ Isapre
  6. \_\_\_ Particulares
  7. \_\_\_ Convencionales



- 7) INGRESO MENSUAL:
1. \_\_\_ Menor a \$111.200.
  2. \_\_\_ \$111.200 – \$333.600.
  3. \_\_\_ \$333.601 - \$667.200.
  4. \_\_\_ Mayor a \$667.201.
- 8) TIPO FAMILIA:
1. \_\_\_ Nuclear
  2. \_\_\_ Extendida
  3. \_\_\_ Monoparental
  4. \_\_\_ Unipersonal
- 9) EDAD CONYUGE:
1. \_\_\_ 30 años – 39 años 11m 29d
  2. \_\_\_ 40 años – 49 años 11m 29d
  3. \_\_\_ 50 años – 59 años 11m 29d
  4. \_\_\_ 60 años – 69 años 11m 29d
  5. \_\_\_ 70 años y más
- 10) OCUPACION CONYUGE:
1. \_\_\_ Empleado dependiente( particular o público)
  2. \_\_\_ Independiente
  3. \_\_\_ Profesional dependiente
  4. \_\_\_ Profesional independiente
  5. \_\_\_ Dueña de casa
  6. \_\_\_ Obrero calificado
  7. \_\_\_ Obrero no calificado
  8. \_\_\_ Cesante

9. \_\_\_ Jubilado

10. \_\_\_ Otro

11) HIJOS:

1. \_\_\_ Número

12) EDAD HIJOS:

1. \_\_\_ 0 – 5 años 11m 29d

2. \_\_\_ 6 años – 10 años 11m 29d

3. \_\_\_ 11 años – 15 años 11m 29d

4. \_\_\_ 16 años – 20 años 11m 29d

5. \_\_\_ 21 años y más

13) OCUPACION HIJOS:

1. \_\_\_ Estudiante enseñanza básica

2. \_\_\_ Estudiante enseñanza media

3. \_\_\_ Estudiante educación superior

4. \_\_\_ Empleado dependiente

5. \_\_\_ Independiente

6. \_\_\_ Empleado público

7. \_\_\_ Profesional dependiente

8. \_\_\_ Profesional independiente

9. \_\_\_ Cesante

10. \_\_\_ Otro

14) TRATAMIENTO:

1. \_\_\_ Curativo

2. \_\_\_ Paliativo

15) ESTADO SALUD ACTUAL: 1. \_\_\_ Mejorado

2. \_\_\_ No mejorado

## ITEM 2: MODELO CIRCUMPLEJO EN LOS SISTEMAS FAMILIAR Y MARITAL.

### FACES III.

---

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

---

#### Describe a su familia:

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

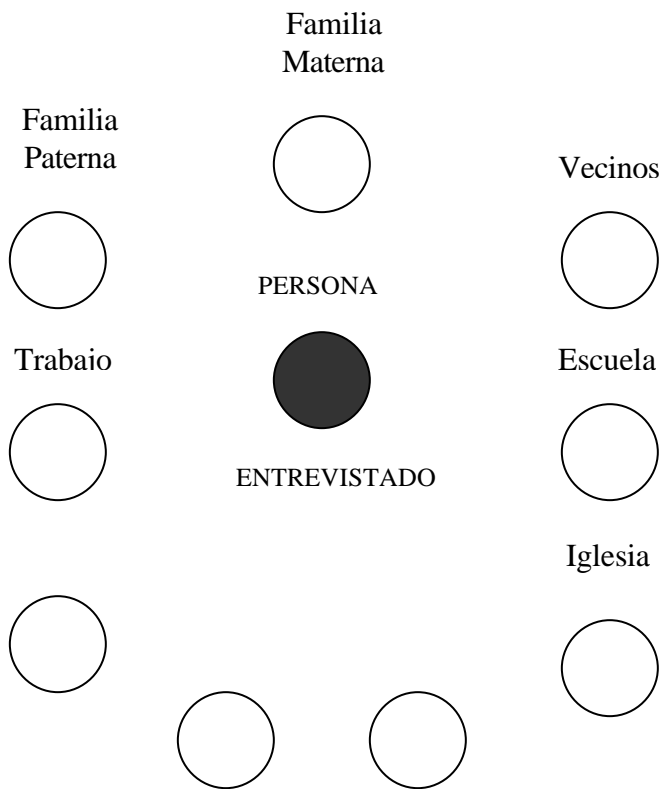
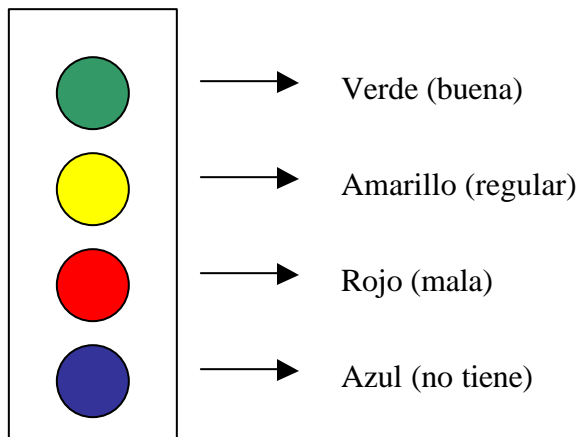
### **ITEM 3. ECOMAPA**

**OBJETIVO:** Obtener aspectos relacionados con tres medidas: tamaño, estructura y percepción por parte del entrevistado (a) sobre la calidad de la relación con cada red de apoyo.

**DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO:** El Ecomapa contiene un conjunto de figuras simbólicas que representan las relaciones con las redes de tipo primarias y secundarias, las cuales están previamente identificadas, dejando tres sin identificación para que sea llenado(a) por el entrevistado(a), en el caso de que existan otras redes que no están identificadas en el instrumento. Se diseñará un dibujo similar al de un semáforo en que lleva las cuatro categorías de la percepción del entrevistado(a) en relación a cada una de las relacionadas presentadas en el Ecomapa: mala (rojo), regular (amarillo), buena (verde) y no hay (azul). De esta manera cada entrevistado trabajará en forma autónoma marcando con un color el tipo de relación que tiene con cada red de apoyo social.

**MATERIALES:** Instrumento y lápices rojo, verde, amarillo y azul.

# ECOMAPA



#### ITEM 4. RECOLECCION DATOS FICHA CLINICA

Nº FICHA: \_\_\_\_\_

➤ NOMBRE PACIENTE: \_\_\_\_\_

➤ DIRECCION: \_\_\_\_\_

➤ DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

➤ FECHA INTERVENCION QUIRURGICA: \_\_\_\_\_

➤ TIPO INTERVENCION REALIZADA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ TIPO TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

### **ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

PROYECTO: COHESION, ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y RED SOCIAL EN PACIENTES CON CANCER GATRICO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO. VALDIVIA – CHILE 2002.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se realiza por tesistas de la Escuela de Enfermería, de la Universidad Austral de Chile.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en mi domicilio.

- Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud ni para mi familia, pudiendo a la vez negarme a contestar algunas preguntas.
- He podido hacer las preguntas que he querido acerca del estudio, y puedo retirarme de el en cualquier momento.
- Los datos son confidenciales y los resultados pueden ser publicados.

Yo, \_\_\_\_\_

doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección:

Teléfono:

Firma:

Persona con quien se conversó el consentimiento y aplicó el cuestionario.

Nombre:

Profesión:

Firma:

Fecha: