



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y CARACTERÍSTICAS

FAMILIARES

PRESENTADA POR

RICHARD WILLIAM CÁCERES GÓMEZ

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

LIMA – PERÚ

2013



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

PRESENTADO POR:

RICHARD WILLIAM CÁCERES GÓMEZ

LIMA – PERÚ

2013

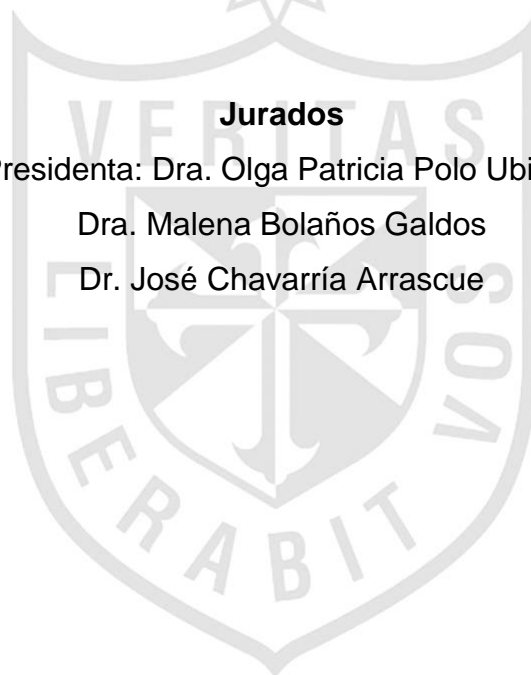


Asesor

Dra. Olga Patricia Polo Ubillus
Especialista en medicina familiar y comunitaria

Jurados

Presidenta: Dra. Olga Patricia Polo Ubillus
Dra. Malena Bolaños Galdos
Dr. José Chavarría Arrascue



SILENCIO

*Así como del fondo de la música brota una nota
que mientras vibra crece y se adelgaza
hasta que en otra música enmudece,
brota del fondo del silencio
otro silencio, aguda torre, espada,
y sube y crece y nos suspende
y mientras sube caen
recuerdos, esperanzas,
las pequeñas mentiras y las grandes,
y queremos gritar
y en la garganta
se desvanece el grito:
desembocamos al silencio
en donde los silencios enmudecen.*

Octavio Paz.

*A mi familia, quienes me dan
su apoyo en todo momento.*



*Con todo mi afecto y mi más profundo agradecimiento, por tanta generosidad y cariño, a mi
maestra, profesora y amiga: Olga Patricia Polo Ubillus, siempre estará presente en mi
memoria.*

*Siempre y sin olvidar jamás, a mis
amigos en el tiempo y la distancia.*

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS.....	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Características generales de las personas entrevistadas.....	12
TABLA 2: Características de las viviendas de las personas entrevistadas.....	13
TABLA 3: Características de las viviendas de las personas entrevistadas.....	14
TABLA 4: Características del entorno de la vivienda de las personas entrevistadas.....	15
TABLA 5: Características familiares de las personas entrevistadas.....	16
TABLA 6: Características familiares de las personas entrevistadas.....	17
TABLA 7: Características familiares de las personas entrevistadas.....	18
TABLA 8: Características generales de las personas y problemas psicosociales....	19
TABLA 9: Características de la vivienda y problemas psicosociales.....	20
TABLA 10: Características de la vivienda y problemas psicosociales.....	21
TABLA 11: Características del entorno de la vivienda y problemas psicosociales...22	
TABLA 12: Características familiares y problemas psicosociales.....	23
TABLA 13: Características familiares y problemas psicosociales.....	24
TABLA 14: Características familiares y problemas psicosociales.....	25

RESUMEN

Objetivo: Conocer el tipo de problemas psicosociales relacionados con las características de las familias atendidas en el puesto de salud José Olaya, distrito de Independencia, Lima.

Material y métodos: El diseño de la investigación cuantitativa fue de tipo observacional, retrospectivo y transversal. El estudio se realizó en el puesto de salud José Olaya del distrito de Independencia, Lima, entre junio y diciembre del 2012. La obtención de información se produjo mediante la captación de pacientes que acudieron espontáneamente al establecimiento de salud, así como en aquellos a quienes se les llevó a cabo una visita domiciliaria como parte del programa anual de actividades del puesto de salud. Se procedió a desarrollar una entrevista personal de aproximadamente 45 minutos en la cual se recopiló acerca de cada una de las variables de interés, que se registraron en instrumentos de evaluación. Para el análisis estadístico se usó medidas de tendencia central y la prueba Chi cuadrado para la asociación de variables.

Resultados: Se entrevistó a 152 personas y se encontró que el 34,9 % mostró puntajes \geq a 8 en el test GHQ-28, sugerentes de presencia de problemas psicosociales (PPS). El 78,3 % de los casos fueron mujeres; el grupo etario mayoritario fue el de 18 a 30 años; el 52 % se halló desempleado en el momento de la entrevista. El 78,9 % tuvo estudios primarios o secundarios completos o incompletos, se observó asociación estadística con los PPS ($p=0.037$); el 44,1 % fueron catalogados como en riesgo socioeconómico medio y alto (riesgo de pobreza); respecto a la vivienda, el 20,4 % estuvo en condición de alquilado o alojado en la vivienda donde habitaba. El 21,7 % vivía en una casa con más de una familia; estos eran de paredes de madera y estera en el 50 %, de techo de calamina en el 68,4 % y de piso de tierra o entablado en el 44 %. El 90 % contaba con servicios de energía eléctrica, agua y servicio de alcantarillado; en relación al entorno de la vivienda, los cuatro problemas peri domiciliarios más frecuentes fueron la presencia de vectores (moscas, mosquitos), roedores, basura cerca de la vivienda

y emisión de humos-vapores, encontrándose asociación estadística con PPS ($p=0.001$, $p=0.026$ y $p=0.048$ respectivamente).

El tipo de familia más frecuente fue la nuclear (36,2 %), seguido de la extendida (11,8 %) y monoparental (11,8 %), se observó que aquellos que pertenecían a familias reconstituidas o a equivalentes familiares mostraron PPS en mayor proporción (58,3 % y 100 %); la mayoría de familias se encontraba en plataforma de despegue (34,2 %), seguido de familias con hijo en edad escolar (21,7 %) e hijo en edad adolescente (15,8 %). El número de integrantes de las familias estuvo formada por cinco a más personas en el 56,6 %; el 61,2 % tuvieron una percepción anormal del funcionamiento de su familia, viéndose asociación estadística con la presencia de PPS ($p=0.002$); el 100 % presentó al menos un evento vital estresante el año anterior, teniendo el 48 % puntajes \geq a 150, se demostró asociación estadística con la existencia de PPS ($p=0.001$); respecto al apoyo social el 50 % tuvo puntajes mayores de 32 sugerentes de un buen apoyo social, se determinó asociación estadística con los PPS ($p=0.00001$).

Conclusión: Se demostró asociación estadística entre la existencia de problemas psicosociales y el grado de instrucción, tipo de familia, dinámica familiar, presencia de acontecimientos vitales estresantes, apoyo social; basura, roedores, o vapores en la vivienda o sus alrededores.

Palabras Clave: Problemas psicosociales, factores psicosociales, características familiares.

ABSTRACT

Objective: To know the different psychosocial problems seen in families assisted at Jose Olaya health center in the district of Independencia, Lima.

Material and Methods: An observational, retrospective and cross-sectional quantitative study was conducted at Jose Olaya health center in the Lima district of Independencia. This study was developed between June and December 2012. The information was gathered by interviewing patients at the health center (those coming for assistance) and at home (those visited as part of the center annual activities program). It was a 45-minute individual interview that allowed collecting data related to target variables, which was registered in assessment tools. Measures of central tendency and the Chi square test for the association of variables was used for statistical analysis.

Results: A 34,9 % of the 152 interviewees reached ≥ 8 on the GHQ-28 test which means people having psychosocial problems (PSP). Women represented a 78,3 %. The interviewees' majority were aged between 18 and 30. A 52 % was unemployed at the moment of the interview. Most of the interviewed (78,9 %) had complete and incomplete primary and secondary level studies, which statistically relates to the PSP ($p=0.037$). As for the poverty risk, a group of 44,1 % is at medium to high socioeconomic risk. As for housing, 20,4 % rented a place where to live and 21,7 % lived in a house with more than one family. As for the house materials, the walls were made of wood and mat (50 %), the roof of corrugated iron (68,4 %), and the floor was planked or plain ground (44 %). A 90 % had electricity, water and drainage services. As for peridomestic conditions, the four most frequent problems were vectors (flies and mosquitoes), rodents, garbage nearby and smoke and fumes, which statistically relates to the PSP ($p=0.001$, $p=0.026$ and $p=0.048$ respectively). As for the family type, they are nuclear (36,2 %), extended (11,8 %) and one-parent (11,8 %) families. Those who belonged to assembled or similar families showed a high PSP proportion (58,3 % and 100 %); most families were at a launching pad stage (34,2 %), followed by families with preschoolers (21,7 %) and teenagers (15,8 %). The number of family members was five or more (56,6 %). Most interviewees (61,2 %) had a negative perception of their family performance, which statistically relates to the PSP

($p=0.002$). All of the interviewed experienced, at least, one stressful event in the previous year reaching ≥ 150 (48 %), which statistically relates to the PSP ($p=0.001$). As for social support, 50 % surpassed 32 points which means good social support and statistically relates to the PSP ($p=0.00001$).

Conclusion: Psychosocial problems statistically relate to education level, family type, family dynamic, stressful events, social support, and peridomestic problems (garbage, rodents and smoke at home and nearby).

Keywords: Psychosocial problems, psychosocial elements, family characteristics.



INTRODUCCIÓN

A la familia se le ha identificado como el núcleo social por excelencia, ya que constituye el vínculo entre la persona y la sociedad. En el hogar y al interior de la familia es donde se materializan los efectos sociales y adquieren un significado, por consiguiente concretiza lo social; la familia es la mediadora entre lo personal y lo comunitario. ⁽¹⁾

En la concepción sistémica, la familia es contemplada como un subsistema social abierto en constante transformación, constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en donde cada uno de sus miembros interacciona como un micro grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad. La familia, según las diferentes etapas existenciales de sus integrantes, se encuentra en un equilibrio dinámico que facilita su relación emocional y física para el desarrollo tanto individual como familiar en interacción con su ámbito. ^(2,3,4,5,6)

La estructura y el funcionamiento familiar están íntimamente relacionadas con el proceso salud enfermedad y, a su vez, el proceso salud enfermedad influye en la estructura, las relaciones y funcionamiento de la familia. Un mal funcionamiento familiar puede contribuir a desarrollar una enfermedad o problema de salud, al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia. Un adecuado funcionamiento familiar puede atenuar o contrarrestar el efecto de una enfermedad o problema de salud. ⁽²⁾

El apoyo social facilita el proceso de afrontamiento y adaptación ante situaciones vitales negativas e inesperadas, los acontecimientos vitales estresantes y el apoyo social son dos factores estrechamente relacionados en el desencadenamiento de los problemas psicosociales. Se ha comprobado que los acontecimientos vitales estresantes son capaces de causar enfermedades cuando no existe suficiente apoyo social. ⁽⁶⁾

Un factor psicosocial (FPS) o acontecimiento vital estresante (AVE), es un evento negativo y no deseado que se origina en la familia o en el entorno social capaz de

originar un problema psicosocial (PPS), es la causa del estrés. No todos los individuos que sufren éstos eventos negativos son capaces de desarrollar manifestaciones somáticas, psíquicas o psicosomáticas, al parecer es necesaria la confluencia de varias circunstancias, tales como determinadas condiciones sociales, experiencias previas, creencias y cierta vulnerabilidad individual (situación emocional en que se encuentre), para que los factores psicosociales puedan producir manifestaciones clínicas. Así mismo, las relaciones interpersonales de los miembros de la familia, su capacidad de adaptación y cohesión interna, son elementos capaces de modular el efecto estresante de los acontecimientos negativos. ^(6,7,8)

Se entiende por PPS a la situación de estrés psíquica o social que produce o facilita la aparición, en los individuos afectados, de enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas; y que al mismo tiempo puede repercutir en la familia, dando lugar a crisis y disfunciones familiares con graves alteraciones de la homeostasia familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros. Los PPS pueden originar cambios en la salud, aparición de enfermedades o el agravamiento de las preexistentes. Las manifestaciones clínicas en pacientes con problemas psicosociales se caracterizan por ansiedad, depresión y síntomas referidos a distintos órganos o sistemas de manera muy variable. ^(6,8)

Se ha descrito que la frecuencia de los PPS en la población en general llega a un 25 % ⁽⁹⁾, alcanzando hasta un 67 % en poblaciones hospitalizadas. ⁽¹⁰⁾ Existe evidencia de la relación entre el ambiente en general, y vivienda en particular, con la salud mental; barrios pobres, carencia de servicios, aislamiento social, tipos de vivienda, calidad de vivienda, los que pueden influir notablemente en la salud mental de un individuo y una familia ⁽¹¹⁾; así mismo, se ha descrito que familias monoparentales, con mala percepción de la función familiar o con los altos grados de estrés y bajo apoyo social son más propensos a presentar PPS. ⁽⁷⁾

A pesar de su elevada frecuencia, los PPS no son tomados en cuenta en el diagnóstico y tratamiento de las patologías en atención primaria; a esto se une el difícil reconocimiento de la naturaleza de los PPS y los síntomas referidos relacionados con un estresor social (factor psicosocial). ⁽⁶⁾

La falta de cultura holística e integradora de los médicos en atención primaria producto de su formación basada en conceptos biomédicos tradicionales y manejo exclusivo de los mismos, en donde los aspectos psíquicos y sociales quedan fuera de su función profesional; otras veces se debe a la falta de instrumentos y técnicas específicas para detectarlos; en otros casos a la falta de tiempo en consulta de los médicos y a la actitud del paciente, en muchos casos, que no considera adecuado consultar a su médico por problemas psicosociales o falta de confianza. ⁽⁶⁾

Por otro lado, el aumento creciente de la población y de sus necesidades socioeconómicas, como es el caso de los pobladores adscritos al puesto de salud José Olaya, al igual que la crecida progresiva de crisis y conflictos familiares traducidos en el aumento progresivo de casos de enfermedades mentales y problemas de violencia y maltrato familiar y social, constituyendo estos los principales problemas de salud que afectan a los individuos y sus familias en nuestros tiempos, y por consiguiente la necesidad de generar estrategias de intervención en este sentido, para mejorar la salud y calidad de vida de la población. La población adscrita al puesto de salud José Olaya, está constituida por 14 asentamientos humanos, en donde un porcentaje considerable de familias viven en hogares sin servicios básicos ni de saneamiento ambiental o cuentan con dichos servicios de manera parcial, por horas, así mismo poseen viviendas de material precario y difícil acceso usualmente ubicadas en los cerros, correspondiendo a familias en su mayoría inmigrantes de otras zonas del país, predominantemente de la sierra, niños, adultos jóvenes y adultos sin estudios superiores y bajos recursos económicos.

El hecho que en nuestro país existe un número reducido de estudios acerca de problemas psicosociales para estimar una prevalencia aproximada de dichos problemas en nuestra población, incentiva el presente estudio. Nuestro interés consiste en investigar los tipos de problemas psicosociales relacionados con las características familiares (tipo y ciclo evolutivo familiar, presencia de disfunción familiar y recursos de apoyo) así como identificar los factores predisponentes a la afección de este tipo de problemas y establecer el perfil del paciente afectado.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo observacional, retrospectivo y transversal, realizado en el puesto de salud José Olaya que brinda servicios de salud a doce asentamientos humanos y dos centros poblados del distrito de Independencia, Lima, entre el 15 de junio al 15 de diciembre del 2012, en pacientes adscritos al mencionado centro, mayores de diecisiete años, que acudieron al establecimiento de salud para una consulta médica; así como en aquellos, a quienes se les llevó a cabo una visita domiciliaria como parte del programa anual de actividades del puesto de salud (según cronograma ya establecido al inicio del año) y aceptaron formar parte del estudio y responder a las preguntas formuladas.

Para tal fin se utilizó la ficha familiar del Ministerio de Salud, en la que se recogió información respecto a las características familiares y de la vivienda del entrevistado, así mismo se determinó el riesgo socioeconómico de la familia como bajo de 11 a 23 puntos, medio de 24 a 36 puntos o alto de 37 a 50 puntos (Anexo A).

También se utilizó una batería de instrumentos para el estudio de la familia, como el Test de FACES III que evalúa la dinámica familiar (Anexo B), la escala de estrés psicosocial de Holmes y Rahe que evalúa la presencia de eventos vitales estresantes (Anexo C), el cuestionario de DUKE – UNK que evalúa la presencia de redes de apoyo (Anexo D) y el cuestionario GHQ 28 de Goldberg que determina la presencia de problemas psicosociales cuando el puntaje es mayor o igual a 8 puntos (Anexo E).

El total de personas entrevistadas fue de 163, lo que constituye una muestra aleatoria; de éstos, 11 declinaron participar en el estudio una vez iniciada la entrevista (4 en la consulta médica y 7 durante la visita domiciliaria), obteniéndose una muestra final de 152 entrevistados. Cada entrevista tuvo una duración de 45 minutos.

Se ordenó la información según el origen de las mismas y las variables propuestas. El análisis y procesamiento de datos se efectuó tomando en cuenta las variables de interés, la tabulación se efectuó en forma manual y se vació la información a tablas

estadísticas para luego proceder a su análisis, se usó el programa SPSS 17.0. Se diseñó una base de datos en el Software Microsoft Excel 2010 para Windows Vista. Se procedió a aplicar estadística descriptiva a cada una de las variables de estudio: frecuencia, media, mediana y desviación estándar. Para estudiar la asociación de los problemas psicosociales con el resto de variables se utilizó la Prueba de X^2 . Desde el punto de vista ético se siguieron las normas del Colegio Médico del Perú y la Declaración de Helsinki.



RESULTADOS

Tabla Nº 1

Características generales de las personas entrevistadas

Características generales de los personas entrevistadas		Total	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	152	119	78,3
	Masculino		33	21,7
Estado civil	Soltero	152	24	15,8
	Casado		27	17,8
	Conviviente		74	48,7
	Separado		22	14,5
	Divorciado		3	2,0
	Viudo		2	1,3
Ubicación de la vivienda	Urbano marginal	152	152	100,0
Idioma	Castellano	152	149	98,0
	Castellano y quechua		3	2,0
Edad	18 a 30 años	152	71	46,7
	30 a 60 años		69	45,4
	Mayor de 60 años		12	7,9
Actividad laboral	Trabajador activo	152	61	40,1
	Desempleado		79	52,0
	Jubilado		2	1,3
	Estudiante		10	6,6
Seguro médico	Sin seguro	152	53	34,9
	SIS/AUS		89	58,6
	ESSALUD		10	6,6
Grado de instrucción	Analfabeto	152	9	5,9
	Primaria		29	19,1
	Secundaria		91	59,9
	Superior		23	15,1
Riesgo socioeconómico	Bajo	152	85	55,9
	Medio		66	43,4
	Alto		1	0,7

Tabla N° 2

Características de la vivienda de las personas entrevistadas

Características de la vivienda de las personas entrevistadas		Total	Frecuencia	Porcentaje
Tenencia de vivienda	Alquiler		4	2,6
	Cuidador/Alojado	152	27	17,8
	Propia		121	79,6
Tipo de vivienda	Casa unifamiliar		115	75,7
	Vivienda Multifamiliar	152	33	21,7
	Pasaje		4	2,6
Material de la pared	Madera y estera		76	50,0
	Adobe	152	2	1,3
	Estera y adobe		4	2,6
	Noble (Ladrillo y cemento)		70	46,1
Material del piso	Tierra		63	41,4
	Entablado		4	2,6
	Cemento	152	74	48,7
	Loseta- Vinílicos		9	5,9
	Láminas asfálticas		2	1,3
Material del techo	Estera		6	3,9
	Madera y barro	152	5	3,3
	Calamina		104	68,4
	Noble (Ladrillo y cemento)		37	24,3
Número de personas en un dormitorio	1 ó 2 miembros		100	65,8
	3 miembros	152	36	23,7
	4 miembros		9	5,9
	5 miembros		7	4,6

Tabla Nº 3

Características de la vivienda de las personas entrevistadas

Características de la vivienda de las personas entrevistadas		Total	Frecuencia	Porcentaje
Alcantarillado o desagüe	Sin alcantarillado o desagüe	152	4	2,6
Energía eléctrica	Sin energía		6	3,9
	Energía temporal	152	19	12,5
	Energía permanente		127	83,6
Agua de consumo	Cisterna		7	4,6
	Pozo	152	5	3,3
	Red publica		34	22,4
	Conexión domiciliaria		106	69,7
Eliminación de excretas	Aire libre		3	2,0
	Letrina	152	31	20,4
	Baño público		6	3,9
	Baño propio		112	73,7
Riesgo de caídas	Si	152	81	53,3
	No		71	46,7
Combustible para cocinar	Leña/ carbón		4	2,6
	Gas	152	133	87,5
	Ambos		15	9,9
Disposición de la basura	A campo abierto		3	2,0
	Se entierra o se quema	152	5	3,3
	Carro recolector		144	94,7
Animales en vivienda	Perro		77	50,7
	Gato		45	29,6
	Aves de corral	152	46	30,3
	Cuy		7	4,6

Tabla Nº 4

Características del entorno de la vivienda de las personas entrevistadas

Características del entorno de la vivienda de las personas entrevistadas	Frecuencia del Total de Viviendas	Porcentaje
Vectores	76/152	50,0
Ruidos	6/152	3,9
Humos o vapores	45/152	29,6
Derrumbes	12/152	7,9
Inundaciones	1/152	0,7
Basura junto a la casa	73/152	48,0
Murciélagos en la casa	1/152	0,7
Roedores	73/152	48,0

Tabla Nº 5

Características familiares de las personas entrevistadas

Características familiares de las personas entrevistadas		Total	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de familia	Nuclear	152	55	36,2
	Ampliada		13	8,6
	Extendida		18	11,8
	Monoparental		18	11,8
	Reconstituida		12	7,9
	Equivalente Familiar		2	1,3
	Vive solo		3	2
	Mas de un tipo		31	20,4
Ciclo evolutivo de la familia	Nido sin usar	152	3	2
	Crianza inicial de hijos		6	3,9
	Con hijo pre-escolar		15	9,9
	Con hijo en edad escolar		33	21,7
	Con hijo adolescente		24	15,8
	En plataforma de despegue		52	34,2
	Nido Vacio		4	2,6
	Familia anciana		1	0,7
	Mas de un tipo		14	9,2
Número de integrantes de la familia	1 a 2 miembros	152	14	9,2
	3 a 4 miembros		52	34,2
	5 a 6 miembros		48	31,6
	7 a 8 miembros		29	19,1
	9 a mas miembros		9	5,9

Tabla Nº 6

Características familiares de las personas entrevistadas

Características familiares de las personas entrevistadas		Total	Frecuencia	Porcentaje
Ingresos familiares	Menos de S/ 400.00		29	19,1
	De S/ 401.00 a 800.00 soles	152	74	48,7
	De S/ 801 a 1200.00		45	29,6
	De S/ 1201.00 a 1600.00		4	2,6
Ocupación del jefe de familia	Desocupado		17	11,2
	Trabajo eventual		88	57,9
	Empleo sin seguro	152	20	13,2
	Contratado sin seguro		4	2,6
	Contratado con seguro		20	13,2
	Profesional o productor		3	1,9
Nivel de instrucción de la madre	Ninguno		16	10,5
	Primaria		36	23,7
	Secundaria	152	82	53,9
	Técnica		17	11,2
	Profesional		1	0,7
Presencia de al menos un miembro de la familia de 18 años a 65 años desocupado	De 18 a 65 años	152	108	71,1



Tabla N° 7

Características familiares de las personas entrevistadas

Características familiares de las personas entrevistadas		Total	Frecuencia	Porcentaje
Dinámica familiar	Funcional	152	59	38,8
	Disfunción Leve		66	43,4
	Disfunción Grave		27	17,8
Adaptabilidad	Caótica	152	35	23,0
	Flexible		47	30,9
	Estructurada		59	38,8
	Rígida		11	7,2
Cohesión	Disgregada	152	65	42,8
	Semirelacionada		57	37,5
	Relacionada		21	13,8
	Aglutinada		9	5,9
Acontecimientos vitales estresantes (AVE)	Menor a 150 puntos	152	79	52,0
	150 - 300 puntos		66	43,4
	Mayor 300 puntos		7	4,6
Apoyo social	0 - 32 puntos	152	76	50,0
	Mayor 33 puntos		76	50,0
Problemas psicosociales	Ausencia (0-7 GHQ)	152	99	65,1
	Presencia (≥ 8 GHQ)		53	34,9

Tabla N° 8

Características generales de las personas y problemas psicosociales

Características generales de las personas entrevistadas		Problemas psicosociales		Chi ² (g.l)	p-valor
		Ausencia (0-7 GHQ) (%)	Presencia (≥8 GHQ) (%)		
Sexo	Femenino	76 (63.9)	43 (36.1)	X ² = 0.38 (1)	p= 0.53
	Masculino	23 (69.7)	10 (30.3)		
Estado civil	Soltero	17 (70.8)	7 (29.2)	X ² = 7.06 (5)	p=0.21
	Casado	14 (51.9)	13 (48.1)		
	Conviviente	54 (72.9)	20 (27.1)		
	Separado	12 (54.5)	10 (45.5)		
	Divorciado	1 (33.3)	2 (66.7)		
	Viudo	1 (50)	1 (50)		
Ubicación de la vivienda	Urbano marginal	99 (65.1)	53 (34.9)	---	---
Idioma	Castellano	97 (65.1)	52 (34.9)	X ² =0.003 (1)	p=0.955
	Castellano y quechua	2 (66.7)	1 (33.3)		
Edad	18 a 30 años	52 (73.2)	19 (26.8)	X ² = 4.32 (2)	p=0.115
	30 a 60 años	39 (56.5)	30 (43.5)		
	> de 60 años	8 (66.7)	4 (33.3)		
Actividad laboral	Trabajador activo	41 (67.2)	20 (32.8)	X ² = 2.85 (3)	p=0.41
	Desempleado	48 (60.8)	31 (39.2)		
	Jubilado	2 (100)	0		
	Estudiante	8 (80)	2 (20)		
Seguro médico	Sin seguro	37 (69.8)	16 (30.2)	X ² = 0.81 (2)	p=0.66
	SIS/AUS	56 (62.9)	33 (37.1)		
	ESSALUD	6 (60)	4 (40)		
Grado de instrucción	Analfabeto	2 (22.2)	7 (77.8)	X ² = 8.49 (3)	p=0.037
	Primaria	18 (62.1)	11 (37.9)		
	Secundaria	64 (70.3)	27 (29.7)		
	Superior	15 (65.2)	8 (34.8)		
Riesgo socioeconómico	Bajo	59 (69.4)	26 (30.6)	X ² = 3.14 (2)	p=0.207
	Medio	40 (60.6)	26 (39.4)		
	Alto	0	1 (100)		

Chi²= Prueba Chi cuadrado; g.l= grado de libertad

Tabla N° 9

Características de la vivienda y problemas psicosociales

Características de la vivienda de las personas entrevistadas		Problemas psicosociales		Chi ² (g.l)	p-valor
		Ausencia (0-7 GHQ) (%)	Presencia (≥ 8 GHQ) (%)		
Tenencia de la vivienda	Alquiler	2 (50)	2 (50)	X ² = 0.51 (2)	p= 0.77
	Cuidador/ Alojado	17 (62.9)	10 (37.1)		
	Propia	80 (66.1)	41 (33.9)		
Tipo de vivienda	Casa unifamiliar	79 (68.7)	36 (31.3)	X ² = 3.50 (2)	p= 0.17
	Vivienda Multifamiliar	17 (51.5)	16 (48.5)		
	Pasaje	3 (75)	1 (25)		
Material de la pared	Madera y estera	48 (63.2)	28 (36.8)	X ² = 2.48 (3)	p= 0.47
	Adobe	1 (50)	1 (50)		
	Estera y adobe	4 (100)	0		
	Noble (Ladrillo y cemento)	46 (65.7)	24 (34.3)		
Material del piso	Tierra	41 (65.1)	22 (34.9)	X ² = 1.48 (4)	p= 0.82
	Entablado	2 (50)	2 (50)		
	Cemento	48 (64.9)	26 (35.1)		
	Loseta- Vinílicos	6 (66.7)	3 (33.3)		
	Láminas asfálticas	2 (100)	0		
Material del techo	Estera	4 (66.7)	2 (33.3)	X ² = 0.51 (3)	p= 0.91
	Madera y barro	4 (80)	1 (20)		
	Calamina	67 (64.4)	37 (35.6)		
	Noble (Ladrillo y cemento)	24 (64.9)	13 (35.1)		
Número personas en un dormitorio	1 ó 2 miembros	63 (63)	37 (37)	X ² = 1.48 (3)	p= 0.68
	3 miembros	26 (72.2)	10 (27.8)		
	4 miembros	5 (55.6)	4 (44.4)		
	5 miembros	5 (71.4)	2 (28.6)		

Chi²= Prueba Chi cuadrado; g.l= grado de libertad

Tabla N° 10

Características de la vivienda y problemas psicosociales

Características de la vivienda de las personas entrevistadas		Problemas psicosociales		Chi ² (g.l)	p-valor
		Ausencia (0-7 GHQ) (%)	Presencia (≥8 GHQ) (%)		
Alcantarillado o desagüe	Si	95 (64.6)	52 (35.4)	X ² = 0.503 (1)	p= 0.478
	No	4 (80)	1 (20)		
Energía eléctrica vivienda	Sin energía	5 (83.3)	1 (16.7)	X ² = 1.31 (2)	p= 0.51
	Energía temporal	11 (57.9)	8 (42.1)		
	Energía permanente	83 (65.4)	44 (34.6)		
Agua de consumo	Cisterna	3 (42.9)	4 (57.1)	X ² = 2.50 (3)	p= 0.47
	Pozo	4 (80)	1 (20)		
	Red publica	24 (70.6)	10 (29.4)		
	Conexión domiciliaria	68 (64.2)	38 (35.8)		
Eliminación de excretas	Aire libre	2 (66.7)	1 (33.3)	X ² = 1.82 (3)	p= 0.61
	Letrina	17 (54.8)	14 (45.2)		
	Baño público	4 (66.7)	2 (33.3)		
	Baño propio	76 (67.9)	36 (32.1)		
Riesgo de caídas	No	49 (68.1)	23 (31.9)	X ² = 0.51 (1)	p=0.47
	Si	50 (62.5)	30 (37.5)		
Combustible para cocinar	Leña/ carbón	2 (50)	2 (50)	X ² = 1.50 (2)	p=0.47
	Gas	89 (66.9)	44 (33.1)		
	Ambos	8 (53.3)	7 (46.7)		
Disposición de basura	A campo abierto	3 (100)	0	X ² = 2.99 (2)	p=0.22
	Se entierra o se quema	2 (40)	3 (60)		
	Carro recolector	94 (65.3)	50 (34.7)		

Chi²= Prueba Chi cuadrado; g.l= grado de libertad

Tabla N° 11

Características del entorno de la vivienda y problemas psicosociales

Características del entorno de la vivienda de las personas entrevistadas	Problemas psicosociales		Chi ² (g.l)	p-valor	
	Ausencia (0-7 GHQ) (%)	Presencia (≥ 8 GHQ) (%)			
Vectores	No	53 (69.7)	23 (30.3)	X ² = 1.41 (1)	p= 0.233
	Si	46 (60.5)	30 (39.5)		
Ruidos	No	95 (65.1)	51 (34.9)	X ² = 0.006 (1)	p= 0.936
	Si	4 (66.7)	2 (33.3)		
Humos o vapores	No	75 (70.1)	32 (29.9)	X ² = 3.91 (1)	p= 0.048
	Si	24 (53.3)	21 (46.7)		
Derrumbes	No	93 (66.4)	47 (33.6)	X ² = 1.31 (1)	p= 0.252
	Si	6 (50)	6 (50)		
Inundaciones	No	98 (64.9)	53 (35.1)	X ² = 0.539 (1)	p= 0.463
	Si	1 (100)	0		
Basura junto a la casa	No	61 (77.2)	18 (22.8)	X ² = 10.57 (1)	p= 0.001
	Si	38 (52.1)	35 (47.9)		
Murciélago en casa	No	98 (64.9)	53 (35.1)	X ² = 0.539 (1)	p= 0.463
	Si	1 (100)	0		
Roedores	No	58 (73.4)	21 (26.6)	X ² = 4.973 (1)	p= 0.026
	Si	41 (56.2)	32 (43.8)		

Chi²= Prueba Chi cuadrado; g.l= grado de libertad

Tabla N° 12

Características familiares y problemas psicosociales

Características familiares de las personas entrevistadas		Problemas psicosociales		Chi ² (g.l)	p-valor
		Ausencia (0-7GHQ) (%)	Presencia (≥ 8 GHQ) (%)		
Tipo de familia	Nuclear	39 (69.6)	17 (30.4)	X ² = 16.26 (7)	p= 0.0228
	Ampliada	7 (53.8)	6 (46.2)		
	Extendida	11 (61.1)	7 (38.9)		
	Monoparental	9 (50)	9 (50)		
	Reconstituida	5 (41.7)	7 (58.3)		
	Equivalente familiar	0	2 (100)		
	Vive solo	3 (100)	0		
	Mas de un tipo	26 (83.9)	5 (16.1)		
Ciclo evolutivo de la familia	Nido sin usar	2 (66.7)	1 (33.3)	X ² = 9.96 (8)	p= 0.267
	Crianza inicial de hijos	5 (83.3)	1 (16.7)		
	Con hijo pre-escolar	11 (73.3)	4 (26.7)		
	Con hijo en edad escolar	23 (69.7)	10 (30.3)		
	Con hijo adolescente	15 (62.5)	9 (37.5)		
	En plataforma de despegue	28 (53.8)	24 (46.2)		
	Nido Vacío	4 (100)	0		
	Familia anciana	1 (100)	0		
	Mas de un tipo	12 (85.7)	2 (14.3)		
Número de integrantes de la familia	1 a 2 miembros	11 (78.6)	3 (21.4)	X ² = 3.12 (5)	p= 0.53
	3 a 4 miembros	33 (63.5)	19 (36.5)		
	5 a 6 miembros	32 (66.7)	16 (33.3)		
	7 a 8 miembros	16 (55.2)	13 (44.8)		
	9 a mas miembros	7 (77.8)	2 (22.2)		

Chi²= Prueba Chi cuadrado; g.l= grado de libertad

Tabla N° 13
Características familiares y problemas psicosociales

Características familiares de las personas entrevistadas		Problemas psicosociales		Chi ² (g.l)	p-valor
		Ausencia (0-7GHQ) (%)	Presencia (≥ 8 GHQ) (%)		
Ingresos familiares	Menos de S/ 400	19 (65.5)	10 (34.5)	X ² = 2.55 (3)	p= 0.46
	De S/ 401 a 800	44 (59.5)	30 (40.5)		
	De S/ 801 a 1200	33 (73.3)	12 (26.7)		
	De S/ 1201 a 1600	3 (75)	1 (25)		
Ocupación del jefe de familia	Desocupado	7 (41.2)	10 (58.8)	X ² = 6.91 (4)	p= 0.22
	Trabajo eventual	61 (69.3)	27 (30.7)		
	Empleo sin seguro	15 (75)	5 (25)		
	Contratado sin seguro	3 (75)	1 (25)		
	Contratado con seguro	11 (55)	9 (45)		
Profesional o productor	2 (66.7)	1 (33.3)			
Nivel de Instrucción de la madre	Ninguno	7 (43.8)	9 (56.2)	X ² = 6.37 (4)	p= 0.17
	Primaria	25 (69.4)	11 (30.6)		
	Secundaria	57 (69.5)	25 (30.5)		
	Técnica	10 (58.8)	7 (41.2)		
	Profesional	0	1 (100)		
Presencia de al menos un miembro de la familia de 18 años a 65 años desocupado	De 18 a 65 años	72 (66.7)	36 (33.3)	X ² =2.68(1)	p=0.07

Chi²= Prueba Chi cuadrado; g.l= grado de libertad

Tabla Nº 14

Características familiares y problemas psicosociales

Características familiares de las personas entrevistadas		Problemas Psicosociales		Chi ² (g.l)	p-valor
		Ausencia (0-7 GHQ) (%)	Presencia (≥ 8 GHQ) (%)		
Dinámica familiar	Funcional	47 (79.7)	12 (20.3)	X ² = 12.82 (2)	p= 0.002
	Disfunción Leve	41 (62.1)	25 (37.9)		
	Disfunción Grave	11 (40.7)	16 (59.3)		
Adaptabilidad	Caótica	15 (42.9)	20 (57.1)	X ² = 10.83 (6)	p= 0.013
	Flexible	36 (76.6)	11 (23.4)		
	Estructurada	40 (67.8)	19 (32.2)		
	Rígida	8 (72.7)	3 (27.3)		
Cohesión	Disgregada	35 (53.8)	30 (46.2)	X ² = 7.12 (6)	p= 0.068
	Semirelacionada	41 (80.7)	16 (19.3)		
	Relacionada	17 (80.9)	4 (19.1)		
	Aglutinada	6 (66.7)	3 (33.3)		
Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)	Menor a 150 puntos	62 (78.5)	17 (21.5)	X ² = 14.37 (6)	p= 0.001
	150 - 300 puntos	32 (48.5)	34 (51.5)		
	Mayor 300 puntos	5 (71.4)	2 (28.6)		
Apoyo social	0 - 32 puntos	38 (50)	38 (50)	X ² = 15.32 (6)	p= 0.00001
	Mayor 33 puntos	61 (80.3)	15 (19.7)		

Chi²= Prueba Chi cuadrado; g.l= grado de libertad

DISCUSIÓN

Se encontró que de 152 entrevistados, el 34.9% (53 personas) mostraron puntajes mayores o iguales a 8 en el Test GHQ-28 sugerentes de presencia de problemas psicosociales (PPS).

Numerosos estudios han reportado una elevada frecuencia de PPS en pacientes atendidos en atención primaria; Jiménez ⁽⁹⁾ describió que la frecuencia en la población en general llegaba a un 25%; mientras que Ceretti et al ⁽¹⁰⁾ reportaron una frecuencia de 67% en poblaciones hospitalizadas; Weissman et al ⁽¹²⁾ hallaron de una muestra de 388 pacientes, que el 24% presentó algún PPS.

Kilgore et al ⁽¹³⁾, determinaron a partir de encuestas e instrumentos de evaluación, la presencia de PPS en el 68% de 1270 entrevistados, siendo los problemas de salud mental la categoría más frecuente (en el 58%) de problema psicosocial. Resultados similares encontraron De la Revilla et al ⁽¹⁴⁾, observando que de 314 pacientes entrevistados, el 56% presentaba algún PPS.

En contraposición a este elevado porcentaje de PPS, varios investigadores han llamado la atención acerca de la elevada proporción de los mismos que no son detectados ni tratados por el médico general y de familia. Higgins ⁽¹⁵⁾, encontró que cerca de la mitad de los PPS permanecen desconocidos en las consultas de primer nivel de atención, datos similares describieron Gulbrandsen et al ⁽¹⁶⁾, quienes hallaron que de 1401 pacientes que fueron sometidos a un cuestionario para identificar PPS, menos de la mitad de los pacientes con PPS que acuden a su médico con un problema somático son correctamente identificados.

FACTORES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Características Generales de los Entrevistados

Sexo, edad y estado civil: De las 152 personas entrevistadas, 119 (78.3%) fueron mujeres, de las cuales 43 (36.1%) presentaron PPS; sin embargo, no se encontró asociación estadística del sexo con la presencia de PPS ($p=0.53$). En cambio

estudios realizados por De la Revilla et al ^(7,14), hallaron la presencia de PPS en mayor proporción en mujeres encontrando diferencia significativa al respecto; datos similares a este último mostraron Vásquez ⁽¹⁷⁾, Kessler ⁽¹⁸⁾, Schade ⁽¹⁹⁾ y Fernández ⁽²⁰⁾

Cabe señalar que en el presente estudio la predominancia de mujeres se debe al parecer por dos razones: a) En el caso de las que fueron captadas en una visita domiciliaria (63 entrevistas), se debe a que culturalmente las mujeres pasan un mayor tiempo que los varones en sus domicilios realizando labores del hogar, mientras que el varón se encuentra realizando actividades para el sustento de su familia fuera del hogar; b) En el caso de las que fueron captadas en una consulta médica (100 entrevistas), por la misma razón que en el caso anterior, son las mujeres que por estar en mayor tiempo en sus domicilios y tener mayor disposición y flexibilidad de tiempo que sus esposos, las que mayoritariamente acudieron a una consulta médica.

La edad media fue de 38.23 años en mujeres y 44.12 años en hombres; los grupos etáreos mayoritarios fueron el de 18 a 30 años y de 30 a 60 años, con 71 (46.7%) y 69 (45.4%) respectivamente; no se evidenció asociación estadística entre el grupo etáreo y la presencia de PPS ($p=0.11$), a pesar de que el 43.5% del grupo etáreo de 30 a 60 obtuvo un puntaje de GHQ ≥ 8 , sugerente de algún PPS. Resultados similares encontraron De la Revilla et al ^(7,14), quienes observaron que las personas entre 30 y 59 años tuvieron en mayor proporción puntajes sugerentes de PPS; en cambio Ceretti et al ⁽¹⁰⁾, mostraron que la presencia de PPS fue ligeramente mayor en el grupo etáreo de 60 a 85 años que de 30 a 60 años. Similar a este último, Rabinowitz et al ⁽²¹⁾ evaluaron 2325 pacientes mayores de 18 años con el cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28), encontrándose que el 58.7% de los mayores de 60 años tenían puntajes que reflejaban angustia, evidenciando además que la presencia de PPS aumentaba conforme se incrementaba la edad.

Respecto al estado civil de los entrevistados, 101 (66.4%) vivía junto a su pareja a través de un compromiso matrimonial formal o sentimental informal (conviviente); de estos 101 entrevistados, 68 (67.3%) no tuvieron PPS; mientras que en el grupo de divorciados o separados de su esposa, 12 (48%) presentaron algún PPS; a pesar de

esta mayor proporción que en el grupo de casados o convivientes, no hubo asociación estadística entre el estado civil y la presencia de PPS ($p = 0.21$). En cambio estudios realizados por Ceretti et al ⁽¹⁰⁾ muestran lo contrario, que el mayor número de casos de PPS se presentaron en pacientes solteros, divorciados, separados y viudos comprobados estadísticamente; esto al parecer por la carencia de soporte social en este tipo de pacientes.

Idioma, actividad laboral y seguro médico: De los 152 entrevistados, 149 (98%) hablaba solo castellano, no existiendo significancia estadística entre el idioma y la presencia de PPS. Teniendo en cuenta que un porcentaje considerable de habitantes de los asentamientos humanos y centros poblados circunscritos al puesto de salud José Olaya, son naturales de la sierra central y sierra norte del país, en los entrevistados procedentes de estos lugares se observó que la mayoría era bilingüe (castellano y quechua) y se encontraban residiendo más de cuatro años en la ciudad de Lima.

Referente a la actividad laboral, 79 (52%) de 152 entrevistados se encontraban desempleados al momento de la entrevista; de estos el 39.2% (31 entrevistados) presento PPS, cifra ligeramente superior a los que presentaban un trabajo activo, no se evidenció asociación estadística de la actividad laboral con la presencia de PPS ($p=0.41$). Una explicación al elevado número de desempleados hallados en nuestro estudio, es que un alto porcentaje de entrevistados fueron mujeres (casadas o convivientes) amas de casa sin un trabajo remunerado. Similares hallazgos describen De la Revilla et al ⁽¹⁴⁾; en cambio Daniel et al ⁽²²⁾, encontraron que el paro y la incapacidad laboral se encuentran relacionados en la génesis de los PPS.

En relación a la tenencia de un seguro médico por parte del entrevistado, 53 (34.9%) no tenía ningún tipo de seguro (SIS, EsSalud u otro), sin embargo fue el grupo con menor presencia de PPS (30.2%) en comparación de los que si tenían algún tipo de seguro médico (37.4% presentó algún PPS). No se encontró asociación estadística entre la tenencia o no de un seguro médico y la presencia de PPS ($p=0.66$).

Grado de Instrucción y Riesgo Socioeconómico: Respecto al grado de instrucción, 120 (78.9%) tuvo estudios primarios o secundarios completos o

incompletos; de estos, 72 (68.3%) no presentaron PPS, mientras que en el grupo de analfabetos se encontró que 7 entrevistados (77.8%) si tenía, encontrándose asociación estadística entre el grado de instrucción del entrevistado y la presencia de PPS, de manera significativa ($p=0.03$). Esta asociación también la encuentran De la Revilla et al ⁽¹⁴⁾, quienes hallan que a medida que aumenta el grado de instrucción y nivel cultural, el riesgo de presentar algún PPS disminuye; de igual manera Ferrara et al ⁽²³⁾, determinan que el grado de instrucción es un factor de protección para el desarrollo de PPS.

Referente al riesgo socioeconómico, 85 (55.9%) fueron catalogados como en riesgo socioeconómico bajo (riesgo de pobreza), detectándose en estos la ausencia de PPS en 59 entrevistados (69.4%); mientras que en el grupo catalogado con un mediano y alto riesgo socioeconómico (riesgo de pobreza) se detectó en 27 entrevistados (40.3%); no se encontró asociación estadística del riesgo socioeconómico con la presencia de PPS ($p=0.20$). Contrario a nuestros hallazgos De la Revilla et al ^(7,14), encontraron que pacientes con niveles socioeconómicos más bajos tiene mayor riesgo de desarrollar PPS, observándose asociación estadística entre los mismos; Varela ⁽²⁴⁾, determinó que más del 50% tenía estudios primarios incompletos o era analfabeto. Cabe señalar que en nuestro estudio no se evaluó el nivel socioeconómico sino el riesgo socioeconómico de pobreza (realizado por el Ministerio de Salud del Perú en el año 2006 ²⁵), este último no considera algunos indicadores actuales para evaluar el nivel socioeconómico.

Características Generales de la Vivienda

Tenencia y tipo de vivienda: De los 152 entrevistados, 31 (20.4%) se halló en condición de alquilado o alojado en la vivienda donde se encontraba residiendo; de estos últimos, 12 (38.7%) presentaron PPS, cifra que fue ligeramente superior a los que residían en una vivienda propia, en donde 41 (33.9%) de ellos tenía lo mismo; no se encontró asociación estadística entre la tenencia de la vivienda y PPS ($p=0.77$). Respecto al tipo de vivienda, 33 (21.7%) residían en una vivienda con más de una familia, en donde la presencia de PPS se reportó en 16 entrevistados (48.5%), cifra que fue mayor a los que residían en una vivienda con una sola familia

(31.3%), a pesar de ello no hubo asociación estadística entre el tipo de vivienda y la presencia de PPS ($p=0.17$).

Material de la vivienda y número de personas en un dormitorio: El material del lugar de residencia de los entrevistados, fue mayoritariamente de paredes de madera y estera en 76 de ellos (50%), de techo de calamina en 104 (68.4%) y de “piso” de tierra o entablado en 67 (44%); la presencia de PPS en los entrevistados con viviendas del material antes mencionada fue casi similar a los que residían en viviendas de material noble, no encontrándose significancia estadística. Referente al número de personas que ocupan un dormitorio, 100 (65.8%) de 152 entrevistados ocupaban un dormitorio solos o junto con una segunda persona; no se evidenció relación estadística entre el número de personas que ocupan un dormitorio y la presencia de PPS.

Servicios de luz, agua y desagüe en la vivienda: Al menos 137 de ellos (90%) residía en una vivienda con servicios de energía eléctrica, agua y servicio de alcantarillado; pese a esto solo 112 (73.7 %) utilizaba un baño propio para la eliminación de excretas, esto debido a que algunos de los entrevistados pese a tener una red pública de alcantarillado no contaba con la instalación intradomiciliaria de desagüe. No se evidenció asociación estadística entre la tenencia de servicios de luz, agua, desagüe y eliminación de excretas con la presencia de PPS ($p=0.51$, $p=0.47$, $p=0.47$ y $p=0.61$ respectivamente).

Riesgo de caídas en la vivienda: Más de la mitad de los entrevistados, 81 de ellos (53.3%) residía en una vivienda con construcción o ubicación insegura (la mayoría vivía en los cerros aledaños al establecimiento de salud), identificando en estos la presencia de PPS en mayor proporción de los que residían en viviendas de construcción y ubicación segura, aunque no se evidencio asociación estadística entre los mismos ($p=0.47$).

Disposición de basura: Casi la totalidad de los entrevistados, 144 (94.7%) de 152, cuenta con carro recolector de basura (2 o 3 veces a la semana) brindado por la municipalidad, para la eliminación de los desechos; la presencia de PPS en este

grupo fue casi similar al grupo que no utilizaba este servicio (34.7% y 37.5% respectivamente), no hubo diferencia estadística.

No se observó asociación estadística entre la tenencia de animales en la vivienda, el tipo de combustible utilizado para cocinar y la presencia de PPS.

En relación a las características de la vivienda, los estudios muestran resultados contrarios a lo que nosotros hallamos, como por ejemplo al analizar la calidad de la vivienda, Weich ⁽²⁶⁾, encontró una asociación significativa entre depresión y habitar en una vivienda con problemas estructurales tales como humedad, goteras en el techo, maderas estructurales podridas y presencia de plagas; Evans et al ⁽²⁷⁾, en una revisión que abarcó 27 estudios, mostraron que la totalidad de ellos indicaban que la calidad habitacional se correlaciona en forma positiva con el bienestar psicológico de sus residentes, siguiendo esta misma línea Bonnefoy et al ⁽²⁸⁾, describieron que las personas son significativamente más depresivas y ansiosas cuando viven en viviendas que no presentan suficiente protección ante agresiones externas, no tienen espacios de privacidad o sus residentes manifiestan no sentirse “libres”, carecen de luz y/o no tienen una vista agradable del exterior, el bajo nivel socioeconómico, temor a perder la vivienda, Incapacidad monetaria para cambiar de residencia y una mala imagen del barrio.

Características Generales del Entorno a la Vivienda

Respecto a las condiciones peri domiciliarias de los individuos entrevistados que puedan condicionar y actuar como probables factores psicosociales condicionantes de un problema posterior, se encontró que los cuatro problemas peri domiciliarios mas frecuentes fueron la presencia de vectores (moscas, mosquitos), roedores, basura cerca de la vivienda y la presencia de humos-vapores con una frecuencia de 50% (76/152), 48% (73/152), 48% (73/152) y 29.6% (45/152) respectivamente. Se encontró que la presencia de basura junto a la casa, roedores y humos o vapores, se asocia a PPS de manera significativa ($p=0.001$, $p=0.026$ y $p=0.048$ respectivamente).

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Tipo, ciclo y número de integrantes de la familia: Encontramos que el tipo de familia más frecuente, fue la nuclear constituida por 55 (36.2%), grupo seguido de la extendida por 18 (11.8%) y la monoparental por 18 (11.8%).

Cabe señalar que 31 (20.4%) entrevistados pertenecían a más de un tipo de familia; se observó que aquellos que pertenecían a familias reconstituidas o a equivalentes familiares mostraron PPS en mayor proporción (58.3% y 100%) que los otros tipos de familia, hallándose asociación estadística entre el tipo de familia y presencia de PPS, de manera significativa ($p=0.02$). A pesar de encontrar significancia estadística, observamos que las muestras en cada tipo de familia son pequeñas y las correcciones estadísticas al mismo no son muy consistentes.

Amarís et al ⁽²⁹⁾, obtienen similares resultados, señalando que las familias monoparentales y al mismo tiempo ampliadas y/o extensas (estructuradas sobre la base de la existencia de una sola figura parental, asumida por un adulto o, en ocasiones, por un menor que cumple sus funciones) al estar conformada por grupo relativamente grande de individuos (abuelos, abuelas, padres y madres, hijos, nietas y personas acogidas) se relacionan con la presencia de PPS, ya que la estructura de la familia constituye el marco de referencia que permite la comprensión de cómo se organizan las familias, como se estructura su jerarquía, cuales son los roles de sus miembros, cómo definen sus límites y cómo conciben el manejo de su crecimiento tanto individual como familiar, lo que da lugar a problemas económicos, sobrecarga de roles del adulto custodio, tensiones por la toma de decisiones en solitario, soledad, pérdida de amigos y cambios organizativos en el cuidado de los hijos ^(30,31,32); datos análogos encuentran De la Revilla et al ⁽⁷⁾, hallando que las familias monoparentales y en menor proporción las familias nucleares sin parientes próximos tienen mayor riesgo de presentar PPS.

Respecto al ciclo evolutivo de la familia de los entrevistados, se identificó que la mayor parte de las familias se hallaba en plataforma de despegue (34.2%), seguido de familia con hijo en edad escolar (21.7%) e hijo en edad adolescente (15.8%); no hubo diferencia estadística entre el ciclo evolutivo de la familia y la presencia de PPS

($p=0.267$). En cambio De la Revilla et al ⁽⁷⁾, observaron mayor presencia de PPS en familias en extensión con adolescentes y familias en contracción, siendo estas significativas estadísticamente. Varela ⁽²⁴⁾, determinó que en familias en dispersión y contracción se relacionaban con mayor presencia de PPS.

Referente al número de integrantes de la familia del entrevistado, se observó que 86 familias (56.6%) estaba integrada de 5 a más personas, la media del número de miembros de una familia fue de 5.4; no hubo asociación estadística entre el número de miembros de la familia y la presencia de PPS ($p=0.53$).

Tal como se explicó en párrafos anteriores, la estructura de la familia constituye el marco de referencia que permite la comprensión de cómo se organizan las familias ^(29, 30,31,32), y es a partir de esta, que se desprenderá el funcionamiento e interacción de sus miembros, estableciéndose una influencia bidireccional entre la composición-estructura y el funcionamiento de la familia ^(8,33,34,35,36,37), lo que explicaría, a nuestro entender, porque no se encontró asociación únicamente del número de integrantes de la familia con los PPS.

Ingresos, ocupación del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, presencia de mayores de edad en la familia desocupados: En relación a los ingresos familiares, 103 (67.8%) tenían igual o menos de 800 soles como ingreso mensual, no hubo diferencia estadística de estos con la presencia de PPS ($p=0.46$). Hallazgos contrarios muestran De la Revilla et al ⁽⁷⁾, evidenciando significancia estadística, en relación si mayores son los ingresos económicos menores las probabilidades de presentar PPS.

Respecto a si el jefe de familia era un trabajador activo, 17 (11.2%) se encontró desempleado, no evidenciándose asociación estadística entre el desempleo del jefe de familia y la presencia de PPS en los entrevistados ($p=0.22$), a pesar de que estos últimos (PPS) fueron más frecuentes en los jefe de familia desocupados.

En referencia al grado de instrucción de la madre, 82 (53.9%) tuvo estudios secundarios completos o incompletos; no se encontró diferencia estadística entre el grado de instrucción de la madre con los PPS.

Dinámica familiar, eventos vitales estresantes, apoyo social: De todos los entrevistados, 93 (61.2%) tuvieron una percepción anormal del funcionamiento de su familia, y de estos, 41 (44.1%) presentaron PPS, siendo en mayor proporción en aquellos con percepción de disfunción familiar grave, encontrándose asociación estadística del funcionamiento familiar con la presencia de PPS, de manera significativa ($p=0.002$).

Siguiendo la teoría circunfleja de Olson para determinar el factor asociado al funcionamiento familiar, se determinó que la adaptabilidad caótica estuvo relacionado estadísticamente con la presencia de PPS de manera significativa ($p=0.01$); de la misma manera en la cohesión disgregada y aglutinada, se mostró con mayor proporción la presencia de PPS, a pesar de esto no se encontró asociación estadística con los PPS ($P=0.06$).

De la misma manera De la Revilla et al ⁽⁷⁾, hallaron que a mayor grado de disfunción familiar mayor probabilidad de presentar PPS; para Alchaer et al ⁽³⁸⁾, reportaron que los sujetos con ansiedad y/o enfermedades psicosomáticas, tenían una asociación significativa con la presencia de disfunción familiar moderada y severa; para el caso de los pacientes con un problema psicosocial establecido Varela ⁽²⁴⁾, encontró que la percepción de una disfunción familiar fue en el 65% de los casos.

El 100% de entrevistados presentó al menos un evento vital estresante el año anterior, el 48% (73) presento puntajes mayores o iguales a 150, evidenciándose la presencia de PPS en el 49.3% (36 de 73 entrevistados) de los mismos, mostrando una asociación estadística de los eventos vitales estresantes con la presencia de PPS, de manera significativa ($p=0.001$).

Resultados similares encuentran Ferrara et al ⁽²³⁾, estimaron que casi el 45% de pacientes con un trastorno mental tenían asociado al menos un evento vital estresante en la vida; de la misma manera De la Revilla et al ^(7,14), observaron que para el desarrollo de algún PPS era determinante la presencia y número de eventos vitales estresantes; e incluso estudios como los hechos por Alchaer et al ⁽³⁸⁾, evidenciaron la asociación entre el estrés, número de eventos vitales estresantes con ansiedad y la presencia de disfunción familiar.

En relación a la presencia de apoyo social, 76 entrevistados (50%) tuvo puntajes mayores de 32 sugerentes de un buen apoyo social; de estos últimos, en 15 (19.7%) se evidenció la presencia de PPS, mostrándose asociación estadística entre el apoyo social y la presencia de PPS, de manera significativa ($p=0.00001$). Resultados similares a nuestro estudio muestran De la Revilla et al ⁽⁷⁾, describieron que las personas con bajo nivel de apoyo tienen una proporción significativa mayor de PPS; similares hallazgos obtienen López et al. ⁽³⁹⁾



CONCLUSIONES

- Primero:** Se determinó la presencia de problemas psicosociales en el 34.9% de entrevistados; y se estableció asociación estadística con el grado de instrucción, tipo de familia, dinámica familiar, presencia de acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y presencia de basura, roedores o vapores en la vivienda o sus alrededores.
- Segundo:** Se halló que el 100% de entrevistados presentó al menos un factor psicosocial o evento vital estresante durante el último año. Se encontró que a mayor número de estos (puntajes de 150 a 300) se evidenciaba mayor presencia de problemas psicosociales. Los factores relacionados al desarrollo de estos últimos son: Bajo grado de instrucción, pertenencia a familias reconstituidas o equivalentes familiares, familias con disfunción familiar grave y mala adaptabilidad, escaso apoyo social ante los eventos estresantes, presencia de basura, roedores o vapores en la vivienda o sus alrededores.
- Tercero:** El perfil del entrevistado con problemas psicosociales se relacionó con bajo grado de instrucción; procedencia de familia monoparental, reconstituida o equivalente familiar; dinámica familiar disfuncional; mala adaptabilidad individual y familiar; acontecimientos vitales estresantes; escaso apoyo social; entorno a la vivienda con presencia de basura, roedores y/o emisión de humos o vapores.

RECOMENDACIONES

1. Los factores y problemas psicosociales relacionados al individuo deberán ser abordados mediante la entrega del paquete de atención integral de salud a la persona, de acuerdo a su etapa de vida.
2. Los factores y problemas psicosociales relacionados a la familia deberán ser abordados mediante la entrega del paquete de atención integral de salud a la familia, de acuerdo a su ciclo evolutivo, hacer énfasis en actividades de promoción de salud y prevención de la disfunción familiar.
3. Para el abordaje de determinantes sociales que actúan como factores psicosociales, es fundamental la participación y trabajo conjunto de la comunidad, la municipalidad y el puesto de salud José Olaya para la solución de dichos problemas.
4. Se recomienda que el Ministerio de Salud revise y reestructure la valoración del riesgo socioeconómico de la ficha familiar, agregar indicadores utilizados por las entidades encargadas de valorar el nivel socioeconómico de las familias, debido a que se encontró que los resultados de la valoración socioeconómica de la ficha familiar en la mayoría de casos no es reflejo objetivo de las condiciones de vida y saneamiento en el ámbito del establecimiento de salud.
5. Realizar más estudios respecto a los factores psicosociales en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores pero de manera individual (por etapa de vida, separados) para una mejor comprensión y análisis de los mismos por parte del establecimiento de salud José Olaya.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez María. Estudio de la Dinámica Familiar en Jalisco. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia de Jalisco, México, Editorial Universidad Panamericana de Guadalajara, 2008.
2. Estrella E y Suárez M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA 2006. 1(1): 38 – 47.
3. McDaniel H, Campbell L, Seaburn B. Orientación Familiar en Atención Primaria. Conceptos de Teoría Familiar Sistémica. Editorial Springer-Verlag Ibérica.1998.
4. Arias Castillo Liliانا. Medicina Familiar en la Práctica.. Editorial Catorce. 2006.
5. Gómez F y Terán M. Familias. Conceptos, Funciones y Clasificaciones. Perspectiva operativa para la práctica de la Medicina Familiar. Primera edición, México, 2003.
6. Zurro M y Pérez C. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Editorial Elsevier. Sexta Edición. 2008.
7. De la Revilla L, De los Ríos Álvarez AM, Luna del Castillo JD. Factores que intervienen en la Producción de los Problemas Psicosociales. Atención Primaria 2007; 39(6); 305 -311.
8. De la Revilla L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Doyma, 1994.
9. Jiménez JP. El campo de las psicoterapias. Definiciones y desafíos. Santiago de Chile. 1992. Documento de trabajo C.P.U. N° 38191.
10. Ceretti T y Ibáñez A. Prevalencia y Diagnóstico de Problemas Psicosociales en población internada en Hospital General.. Revista Médica Uruguay 1995; 11: 176 – 186.
11. Roizblatt A, Corón M, Verdugo R, Erazo C, Miño V. Familia, Vivienda y Medio Ambiente: Algunos aspectos Psicosociales. APAL, Chile, 2006
12. Olfson M, Weissman M, Leon A. Psychological management by family physicians, et al. J Fam Pract. 1995; 41:543-50.
13. Kilgore C, Randy RR, William LS, Dana Sayre-Stanhope. Psychosocial Issues in Primary Care Physician Assistant Practice: A Descriptive Study. EdD, PA-C. J Physician Assist Educ 2008;19(4):4-13.

14. De la Revilla Ahumada L, De los Ríos Álvarez AM y Luna del Castillo JD. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los Problemas Psicosociales en la consulta del Médico de Familia. Atención Primaria. 2004;33(8):417-25.
15. Higgins E. A review of unrecognized mental illness in primary care. Arch Fam Med 1994;3:908-917.
16. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? Family Practice. 1998;15: 1-8.
17. Vázquez-Barquero JL, Wilkinson G, Williams P, Díez-Manrique JF, Pena C. Mental health and medical consultation in primary care setting. Psychol Med 1990;20:681-94.
18. Kessler RC, Brown RL, Broman CL. Sex differences in psychiatric health seeking. J Health Soc Behav 1981;22:49-55.
19. Schade Nieves Y, González CA, Beyebach M y Torres CP. Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2010; 48(1):20-28.
20. Fernández Brañas S, Almuiña Güemes M, Chil OA y Blanca Blanco M. Factores Psicosociales presentes en la Tercera Edad. Revista Cubana de Epidemiología. 2001, 39(2):77-81.
21. Rabinowitz J, Shayevitz D, Hornik T, Feldman D. Primary care physicians' detection of psychological distress among elderly patients. Am J Geriatric Psychiatry. 2005;13(9):773-80.
22. Deniel J, Bosch M, Culí N, Olmeda C. Influencia del paro sobre los problemas de salud mental. Aten Primaria 1996;18: 379-82.
23. Ferrara M, Meloni D, Caira D. Common mental disorders in primary care: prevalence and determinants of a general health questionnaire as a screening tool, et al. Epidemiol Prev. 2004; 28:338-345.
24. Varela Ruiz F. Disfunción Familiar en hiperfrecuentadores de Atención Primaria. Medicina de Familia. 2000 (2): 141-144.

25. RM N° 597-2006/ MINSA Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
26. Weich S y Col. Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *J Psychiatry*. 2002; 180:428-433.
27. Evans G, Wells N, Moch A. Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. *J Soc Issues* 2003; 59(3):475-500.
28. Bonnefoy XR, Braubach M, Moissonnier B, Monolbaev K, Röbbel N. Housing and health in Europe: preliminary results of a pan-European study. *American Journal of Public Health*. 2003. 93 (9):1559-63.
29. Amarís Macías M, Amar Amar J, Jiménez Arrieta M. Dinámica de las Familias de menores con Problemas Psicosociales: El caso del menor infractor y la menor explotada sexualmente. Colombia 2005.
30. Cafferata GL, Kasper JD. Family structure and children's use of ambulatory physician services. *Med Care*. 1985; 23:350-60.
31. Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM, Forsyth B, Speechley KN. Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary-care-pediatric practices. *Pediatrics*. 1992; 89: 480-485.
32. Steinman S, Petersen V. The impact of parental divorce for adolescents: a consideration of intervention beyond the crisis. *Adolesc Med*. 2001; 12:493-507.
33. Arias Castillo L, Bernal Ocampo DP, Cáceres Enríquez LE, Dueñas Suarez EP, Gómez Salazar BM, Llanos Castillo MV, Villarreal Vásquez F. Construyendo la Salud desde lo Local. Fundamentos y pautas para la acción local desde la Atención Primaria en Salud. Colombia. 2006.
34. María Solórzano y César Brandt. *Familiología*. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar. 2001.
35. Luz de Lourdes Eguiluz. *Dinámica de la Familia*. Editorial Pax México, 2003.
36. Anzures Carro RL, Chávez Aguilar V, García Peña MC, Pons Álvarez ON. *Medicina Familiar*. Editorial Corinter. México 2008.
37. Membrillo Luna Apolinar. *Familia. Introducción al Estudio de sus Elementos*. México. 2008.

38. Alchaer, Bahsas, Nieto y Salinas. Relación entre el Funcionalismo Familiar, el estrés y la ansiedad. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. 1994. Vol. 3 N° 3-4. Venezuela.
39. López González FM, Cuenca Montero M, Viciano Garófano D, Rodríguez Martínez MI, Martín López EM, Acosta Ferrera M y Odriozola Aranzábal G. Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud. SEMERGEN 2000; 26: 387-392.





IDENTIFICACIÓN DE LAS PERSONAS			USAR CODIGO DE RIESGO (INDIVIDUALIZAR EN ESTA TABLA)	Sexo / Edad		Grado de Instrucción				Ocupación			SEGURO MEDICO			OBSERVACIONES	Si estuvo enfermo en los últimos 3 meses (marcar SI o NO)	Si acudió al Servicio de Salud (Marcar SI o NO)			
Nº	Nombres (1 Y 2)	Apellidos (P Y M)		M	F	Anotar la edad en la columna correspondiente al sexo	letrado	primaria	secundaria	superior	técnica universitaria	estudia	trabaja		Oficio: (lo que realiza anotarlo)				NO	SI	
				si	no								SIS	ESSALUD						Otro (Sanidad, Privado)	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					

(2) DATOS GENERALES DE LA FICHA FAMILIAR (Resumen)			(3) RIESGOS FAMILIARES				OBSERVACIONES	(4) APOYO QUE RECIBE LA FAMILIA (Institución / especificar)			
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			(ANOTAR EN LA FILA SI HAY EL PROBLEMA A NIVEL DE INDIVIDUO)		FECHAS DEL RIESGO						
RED		MICRORED:									
Idioma predominante de la familia:			1	Familia monoparental (aplicable a cada uno de los Miembros)							
Tiempo de residencia de la familia en el hogar o lugar:			2	Hijos sin partida de nacimiento							
Donde residieron anteriormente (último lugar antes del actual)			3	INDIVIDUO SIN DOCUMENTO DNI							
Departamento:		Provincia:		Distrito:		4	Deserción escolar				
FAMILIOGRAMA (principalmente de las personas que viven en el domicilio)			5	Mala comunicación intrafamiliar							
			6	Violencia familiar							
			7	Dependencia funcional							
			8	Discapacidad							
			9	Gestante						(5) PARTICIPACION SOCIAL DE ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA	
			10	GESTANTE ADOLESCENTE (< 18 años)						Código Individual	
			11	GESTANTE ANOSA (> 34 años)						Código Individual	
			12	Madre adolescente						Código Individual	
			13	MUJER MEF SIN PAPANICOLAU EN EL ULTIMO AÑO						Código Individual	
			14	Sin planificación familiar						Código Individual	
15	Madre tuvo parto domiciliario						Código Individual				
16	Vacuna incompleta en < de 3a						Código Individual				
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Unidos <input checked="" type="checkbox"/> rte <input type="radio"/> Mujer <input type="checkbox"/> Separados <input type="triangle-up"/> embarazo <input type="checkbox"/> Hijos <input type="circle"/> Aborto			17	Niño < 3 años desnutrido				Código Individual			
			18	NIÑO SIN CRONTRONL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO					Código Individual		
			19	TBC / VHI (+)					Código Individual		
			20	Diabetes				Código Individual			
(8) MORTALIDAD (Alguna persona de la Familia Falleció)			21	Hipertensión Arterial				(6) PAQUETE A LA FAMILIA (NO APLICA)			
AÑO	PARENTESCO CON EL JEFE DE FAM.	CAUSA REFERIDA POR EL ENTREVISTADO	22	Depresión				Higiene y ambiente (incluye vivienda)			
			23	Otra Enfermedad Mental (Ezquizofrenia, etc)				Nutrición y alimentación saludable			
			24	Cáncer (Neoplasia Maligna)				Salud sexual y reproductiva			
			25	Otra Enfermedad Crónica em el hogar				Habilidades para la vida			
			26	Conducta sexual de riesgo				Cultura de paz y buen trato			
			27	ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN				Actividades físicas			
			28	DELINCUENCIA / PANDILLAJE				Seguridad vial y cultura de tránsito (donde corresponda)			
			29	SITUACION CRITICA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL				Prevención de enfermedades prevalentes			

DATOS SOCIOECONÓMICOS DE LA FAMILIA (sumar los valores que están en paréntesis de cada dato, para obtener el puntaje)

ESTADO CIVIL		GRUPO FAMILIAR		TENDENCIA DE LA VIVIENDA		AGUA DE CONSUMO		ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	
(5) Viudo (a)		(5) más de 9 miembros		(5) Alquiler		(5) Acequia		(5) Aire libre	
(4) Soltero c/familia		(4) 7 a 8 miembros		(4) Cuidador/alojado		(4) Cisterna		(4) Acequia, canal	
(3) Divorciado		(3) 5 a 6 miembros		(3) Plan Social		(3) Pozo		(3) Letrina	
(2) Unión estable		(2) 3 a 4 miembros		(2) Alquiler venta		(2) Red pública		(2) Baño público (red)	
(1) Soltero s/familia		(1) 1 a 2 miembros		(1) Propia		(1) Conexión domiciliaria		(1) Baño propio (red)	
ENERGIA ELÉCTRICA (EE)		NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE		OCUPACIÓN JEFE DE FAMILIA		INGRESOS FAMILIARES		N° DE PERSONAS X DORMITORIO	
(5) Sin energía		(5) Ninguna		(5) Desocupado		(5) menos de 400 NS		(5) 6 y más miembros	
(4) Lámpara (no eléctrica)		(4) Primaria		(4) Trabajo eventual		(4) de 401 a 800 NS		(4) 5 miembros	
(2) EE Temporal		(3) Secundaria		(3) Empleado sin seguro		(3) de 801 a 1200NS		(3) 4 miembros	
(1) EE permanente		(2) Técnica		(2) Contrato sin seguro		(2) de 1201 a 16000 NS		(2) 3 miembros	
		(1) Profesional		(1) profesional o productor		(1) de 1601 a más NS		(1) 1 ó 2 miembros	

PUNTAJE		BAJO= 11 al 23		MEDIANO= 24 al 36		ALTO= 37 al 50	
RESULTADO		2005=		2006=		2007=	
VIVIENDA Y ENTORNO (SOLO SI O TIENE SIS) - LO SOMBREADO PARA TODAS LAS FAMILIAS				LO SOMBREADO PARA TODAS LAS FAMILIAS			
TIPO DE VIVIENDA		MATERIAL DE PAREDES		MATERIAL DEL PISO		MATERIAL DE TECHO	
Casa unifamiliar		Madera, estera		Tierra		Estera	Vivienda con riesgo para caídas No () Si () describir
Vivienda multifamiliar		Adobe		Entablado		Paja u hojas	
Pasaje		Estera y adobe		Loseta, vinilitos o similares		Madera y barro	
Quinta		Noble (Ladrillo y cemento)		Láminas asfálticas		Calamina	
Callejón				Parquet		Noble (Ladrillo y cemento)	

ARTEFACTOS DEL HOGAR	SI	NO	COMBUSTIBLE PARA COCINAR	USO Y TENENCIA DE ANIMALES				RIESGO X ENTORNO	PROBLEMA EN LA COMUNIDAD
				SI	NO	VACUNAS			
Radio			Leña, carbón					Depósito de agua no tapada	
Televisión			Bosta	SI	NO		SI	NO	Sin alcantarillado
Teléfono			Kerosene			Perro			Vectores
DVD ó VHS			Gas			Gato			Ruidos
Refrigeradora			Electricidad			Aves de corral			Humos o vapores
Lavadora						Cabras			Derrumbes
Automóvil			DISPOSICIÓN DE BASURA			Carneros			Inundaciones
Motocicleta			A campo abierto			Cerdos			Basural junto a la vivienda
Cocina y horno eléctrico			Al río			Vacas			Agua no clorada
Horno artesanal			En un pozo	SI	NO	Intradomiciliario (zona de peste)			Murciélago en vivienda
Horno microonda			Se entierra, quema			Cuy			
			Carro recolector						
OBSERVACION									

HC Nro: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

BATERIA DE INSTRUMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR. PUEDE SER APLICADO A PARTIR DE LOS 10 AÑOS: FACES III

Como médicos familiares estamos interesados en usted, en su familia y las personas que son importantes para usted. Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral.

Familia es definida como el (los) individuos con quien (es) usted usualmente vive. Si usted vive sólo, su "familia" consiste en la (s) personas con quien (es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Debe escoger la frecuencia más aproximada con que cada situación suceden en su familia, (no lo que usted, quería que pase, sino lo que sucede actualmente). Para cada pregunta marcar sólo una X donde usted crea conveniente.

FACES III: Cohesión (Los impares): _____ Adaptabilidad (los pares) _____

ENUNCIADOS		1	2	3	4	5
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se apoyan 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 puede 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 la familia.					
8	La familia cambia de modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con 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 difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

ESCALA DE ESTRÉS PSICOSOCIAL (Holmes y Rahe)

1	Muerte del cónyuge	100
2	Separación o divorcio	70
3	Proceso judicial o problemas legales graves pudiendo terminar en encarcelamiento	68
4	Muerte de un familiar cercano	65
5	Enfermedad o accidente que requiera guardar cama	55
6	Contraer matrimonio	50
7	Quedarse sin trabajo	47
8	Retiro laboral	45
9	Reconciliación con el cónyuge	45
10	Enfermedad de un miembro de la familia o mejoría marcada de una enfermedad crónica en un miembro de la familia	44
11	Rotura de un noviazgo o de una relación familiar	42
12	Embarazo	40
13	Incorporación de un nuevo miembro a la familia	39
14	Muerte de un amigo	38
15	Cambio brusco de las finanzas familiares (en más o en menos)	38
16	Reajuste en la empresa o conflictividad laboral en la empresa en que trabaja	38
17	Cambio en el tipo de actividad laboral	38
18	Empréstito o hipoteca de más de seis mil soles	38
19	La esposa se queda embarazada	35
20	Cambio radical (en más o en menos) en el número de disputas laborales	35
21	Enamorarse o iniciar una nueva amistad íntima y profunda	34
22	El marido o la esposa pierde su empleo	33
23	Mudanza	32
24	Cambio de lugar de trabajo	31
25	Accidente o situación de violencia física	30
26	Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar	30
27	La esposa comienza a dejar de trabajar fuera de casa	29
28	Peleas o desacuerdos con vecinos o familiares no residentes en la casa familiar (o desaparición de un estado de conflictividad habitual)	28
29	Éxito personal de gran envergadura	28
30	Exámenes	27
31	Promoción en el trabajo	27
32	Peleas o desacuerdos con colegas y compañeros de trabajo (o desaparición de un estado de conflictividad habitual)	26
33	Reformas en la casa (importantes)	25
34	Deterioro notable de la vivienda o del vecindario	25
35	Cambio en las costumbres personales (de salir, vestir, de estilo de vida, etc.)	24
36	Cambio importante en las horas o condiciones de trabajo	23
37	Cambio en las opiniones religiosas	22
38	Cambio en las opiniones políticas	22
39	Modificaciones en la vida social (en más o en menos) aparte de los posibles cambios en las costumbres o hábitos	20
40	Cambio en la manera o duración del sueño	18
41	Cambio en la frecuencia de reuniones familiares	17
42	Cambio en las costumbres alimenticias o apetito	16
43	Vacaciones fuera de casa	15
44	Fiesta de navidad y reyes o su equivalente	13

CUESTIONARIO DUKE – UNC

Nombre: _____ Fecha: _____

Unidad/Centro: _____ N° Historia: _____

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

ENUNCIADOS		Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
		1	2	3	4	5
1	Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2	Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3	Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4	Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5	Recibo amor y afecto					
6	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8	Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9	Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10	Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11	Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTAJE TOTAL						

CUESTIONARIO GHQ – 28 DE GOLDBERG

Nombre: _____ Fecha: _____

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando la respuesta, según sea su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ULTIMAMENTE:

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha sentido la sensación de que está enfermo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va estallar?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual

- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- Más activo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Bastante menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- Menos tiempo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Más tiempo que lo habitual
- Mucho más tiempo que lo habitual

3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- Más satisfecho que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos satisfecho que lo habitual
- Mucho menos satisfecho que lo habitual

5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- Más útil que lo habitual
- Igual de útil que lo habitual
- Menos útil que lo habitual
- Mucho menos útil que lo habitual

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente, lo he pensado

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente, lo he pensado