

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR. II. Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA
EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL III GOYENECHE 2018"**

Tesis presentada por los bachilleres:

HUAYHUACURI CALACHUA, JOSUÉ FREDY

PROVINCIA MENDOZA, LEYDI PATRICIA

Para optar el Título Profesional de Psicólogos

Asesorado por:

Dra. ADA HUERTA DE BERMEJO

Arequipa – Perú

2018

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑORA PRESIDENTA DEL JURADO CALIFICADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con la intención de poner a su consideración el presente trabajo de investigación, titulado “Factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida en pacientes oncológicos en el Hospital III Goyeneche, 2018” que, tras su revisión y dictamen, nos permitirá optar el Título Profesional de Psicólogos.

También pretendemos que el presente trabajo contribuya en alguna manera a realizar la participación del Psicólogo en la prevención y promoción de la salud mental, se concientice a la especialización del profesional Psicólogo en el campo de la Psicooncología, así como, pueda brindar las bases para realizar futuras investigaciones en este campo de estudio.

Arequipa, octubre del 2018

BACHILLERES:

HUAYHUACURI CALACHUA, JOSUÉ FREDY

PROVINCIA MENDOZA, LEYDI PATRICIA

AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los pacientes que participaron de manera voluntaria en la recolección de datos, por su tiempo, colaboración y apertura.

Al Hospital III Goyeneche por brindarnos la facilidad de realizar nuestra investigación en las instalaciones del Departamento de Oncología y Radioterapia, al jefe de este departamento quien nos recibió con mucho afecto, cordialidad e interés por el tema de estudio; así mismo, agradecemos al Jefe del Servicio de Psicología quien nos orientó y acompañó en la realización de las gestiones requeridas por la institución.

A nuestra asesora, quien nos acompañó, guio y compartió sus conocimientos y experiencia profesional en el campo clínico.

A nuestros padres y hermanos quienes nos impulsan a lograr nuestros objetivos personales y académicos, desplegando esfuerzos a fin de vernos realizados en todos los ámbitos de nuestra vida.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
LISTA DE TABLAS	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Objetivos.....	6
1.2.1. General	6
1.2.2. Específicos	6
1.3. Importancia del estudio	6
1.4. Limitaciones del estudio.....	7
1.5. Definición de términos	8
1.6. Variables e Indicadores	9
1.6.1. Identificación de variables	9
1.6.2. Operacionalización de variables	9

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Suicidio.....	13
2.1.1. Comportamiento suicida	14
2.1.2. Ocurrencia del suicidio	15
2.1.2.1. Estrés - Diátesis	15
2.1.2.2. Suicidio como proceso.....	16
2.1.3. Teorías acerca del suicidio.....	16
2.1.3.1. Teoría Sociológica.....	16
2.1.3.1.1. Los cuatro tipos de suicidio.....	17
2.1.3.2. Teoría Bioquímica	18
2.1.3.3. Teoría Psicológica	19
2.1.3.3.1. Teoría Psicoanalista.....	19
2.1.3.3.2. Teoría Cognitiva.....	20

2.1.3.3.3. Teoría Conductual	21
2.1.3.3.4. Teoría Humanista	21
2.1.4. Epidemiología	23
2.1.5. Riesgo suicida	26
2.1.5.1. Intentos e ideación suicida.....	26
2.1.5.2. Eventos vitales y apoyo social.....	27
2.1.5.3. Enfermedades médicas	27
2.1.5.4. Factores psicológicos y cognitivos	28
2.1.6. Enfermedad médica y suicidio	28
2.1.6.1. Ideación Suicida y Cáncer	29
2.1.7. Evaluación del suicidio	29
2.1.8. Cuestionarios y escalas estandarizadas	30
2.2. Cáncer.....	30
2.2.1. Definición.....	30
2.2.2. Epidemiología	31
2.2.3. Factores de riesgo.....	34
2.2.4. Tipos.....	36
2.2.4.1. Cuello Uterino	36
2.2.4.2. Mama	37
2.2.4.3. Próstata	38
2.2.4.4. Pulmón.....	39
2.2.4.5. Estómago	39
2.2.4.6. Páncreas.....	40
2.2.4.7. Hígado	40
2.2.4.8. Tiroides.....	41
2.2.5. Estadios	42
2.2.6. Tratamiento	43
2.2.6.1. Cirugía	44
2.2.6.2. Quimioterapia	44
2.2.6.3. Radioterapia.....	45
2.2.7. Participación del psicólogo en la atención al paciente con cáncer	45
2.2.8. Cáncer, ideación suicida y factores sociodemográficos	47

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.	Tipo y diseño de investigación	49
3.1.1.	Tipo de investigación	49
3.1.2.	Diseño de investigación	49
3.2.	Población	50
3.2.1.	Criterios de inclusión	50
3.2.2.	Criterios de exclusión.....	50
3.3.	Instrumentos	50
3.3.1.	Escala de Ideación Suicida de Beck.....	50
3.3.2.	Ficha Sociodemográfica.....	52
3.4.	Procedimientos	52

CAPÍTULO IV

RESULTADOS	54
-------------------------	-----------

DISCUSIÓN	86
CONCLUSIONES.....	91
RECOMENDACIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS.....	99

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Edad y sexo de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche.....	55
Tabla N° 2. Lugar de nacimiento y religión de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche	56
Tabla N° 3. Grado de instrucción y estado civil de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche	57
Tabla N° 4. Ocupación e ingresos económicos de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche	59
Tabla N° 5. Tipo de cáncer y tiempo de enfermedad de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche	60
Tabla N° 6. Estadio y tratamiento recibido de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche	62
Tabla N° 7. Tratamiento psicológico o psiquiátrico, apoyo familiar e ideación de muerte de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche	63
Tabla N° 8 . Frecuencia de ideación suicida en los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche	65
Tabla N° 9. Edad y sexo de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida y que asisten al Hospital III Goyeneche.....	66
Tabla N° 10. Lugar de nacimiento y religión de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida y que asisten al Hospital III Goyeneche.....	67
Tabla N° 11. Grado de instrucción y estado civil de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida y que asisten al Hospital III Goyeneche	68
Tabla N° 12. Ocupación e ingresos económicos de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida y que asisten al Hospital III Goyeneche	70
Tabla N° 13. Relación entre la edad de los pacientes oncológicos y la ideación suicida	71
Tabla N° 14. Relación entre el sexo de los pacientes oncológicos y la ideación suicida	72
Tabla N° 15. Relación entre el lugar de nacimiento de los pacientes oncológicos y la ideación suicida.....	73
Tabla N° 16. Relación entre la religión de los pacientes oncológicos y la ideación suicida	74

Tabla N° 17. Relación entre el grado de instrucción de los pacientes oncológicos y la ideación suicida.....	75
Tabla N° 18. Relaciación entre el estado civil de los pacientes oncológicos y la ideación suicida	76
Tabla N° 19. Relación entre la ocupación de los pacientes oncológicos y la ideación suicida	77
Tabla N° 20. Relación entre el ingreso económico de los pacientes oncológicos y la ideación suicida.....	78
Tabla N° 21. Relación entre el tipo de cáncer de los pacientes oncológicos y la ideación suicida	79
Tabla N° 22. Relación entre el tiempo de enfermedad de los pacientes oncológicos y la ideación suicida.....	80
Tabla N° 23. Relación entre el estadio del cáncer de los pacientes oncológicos y la ideación suicida.....	81
Tabla N° 24. Relación entre el tratamiento médico de los pacientes oncológicos y la ideación suicida.....	82
Tabla N° 25. Relación entre el tratamiento psicológico o psiquiátrico de los pacientes oncológicos y la ideación suicida.....	83
Tabla N° 26. Relación entre la ideación de muerte al momento del diagnóstico de los pacientes oncológicos y la ideación suicida.....	84
Tabla N° 27. Relación entre el apoyo familiar que tienen los pacientes oncológicos y la ideación suicida.....	85

RESUMEN

La presente investigación, tiene como objetivo identificar los factores sociodemográficos que se asocian a la ideación suicida en pacientes oncológicos atendidos en el Departamento de Oncología del Hospital III Goyeneche. La muestra está constituida por 115 pacientes con cáncer y se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck (SIS) y una Ficha Sociodemográfica de elaboración propia. El estudio fue desarrollado siguiendo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional. Entre los resultados más importantes se encontró que existe un 48.7% de evaluados que presentan ideación suicida, están diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, en el estadio II, con un tiempo de enfermedad mayor a 12 meses, son solteras, no cuentan con redes de apoyo emocional y han presentado ideas de muerte al momento de su diagnóstico. Por esta razón se propone la creación de un equipo multidisciplinario entre especialistas de salud mental, médicos oncólogos, enfermeras y trabajadores sociales para asistir de manera oportuna a las necesidades del paciente con cáncer y frenar el riesgo de suicidio.

Palabras Clave: Ideación suicida, cáncer, factores sociodemográficos.

ABSTRACT

The objective of this research is to identify the sociodemographic factors associated with suicidal ideation in cancer patients treated in the Oncology Department of Hospital III Goyeneche. The sample consisted of 115 patients with cancer and the Beck Suicidal Ideation Scale (SIS) and a self-made Sociodemographic Sheet were used. The study was developed following a quantitative approach, of descriptive correlational type. Among the most important results, it was found that 48.7% of those evaluated who have suicidal ideation, are diagnosed with cervical cancer, in stage II, with a time of illness longer than 12 months, are single, do not have networks of emotional support and have presented ideas of death at the time of diagnosis. For this reason, we propose the creation of a multidisciplinary team among mental health specialists, medical oncologists, nurses and social workers to attend in a timely manner to the needs of the cancer patient and to curb the risk of suicide.

Keywords: *Suicidal ideation, cancer, sociodemographic factors.*

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno universal e histórico, sobre él se han vertido diversas concepciones a lo largo del tiempo y en diferentes sociedades. Actualmente, es considerado como un problema de salud pública que genera un aproximado de 800000 defunciones al año (OMS, 2018).

En nuestro país, según el Ministerio de Salud (MINSA, 2018), al año se reportan más de 1000 suicidios y se presume que los intentos suicidas superan enormemente esta cifra debido a que no son reportados. El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM HD-HN, 2015) calcula que se presentan entre 1 a 3 suicidios por día y un 8.9% de peruanos, en algún momento de su vida, ha tenido deseos de quitarse la vida. Por su parte, Silva y Valdivia (2013) refieren que los trastornos del ánimo, como el trastorno bipolar y la depresión, constituyen las principales causas de suicidio, donde un 20% lo intenta y más o menos 1 de cada 10 intentos termina en muerte; a la par, también existen otros factores de riesgo como el consumo de sustancias, trastornos de personalidad, trastornos alimenticios, vulnerabilidad al estrés, dificultad para solucionar problemas o el padecimiento de una enfermedad crónica.

Para Rocamora (2013) el suicidio es una realidad poliédrica que está constituida por su etiología, motivaciones, comportamientos, los procedimientos para su cometido entre otros.

También es definida como la autoagresión voluntaria e intencional cuyo objetivo final es la muerte y es la expresión final de un conjunto de características dinámicas, continuas y de tiempo indeterminado (Valdivia, 2014). En muchos de los casos, se producen de manera impulsiva frente a situaciones estresantes de la vida como los problemas económicos, ruptura de relaciones afectivas o por la presencia de alguna enfermedad crónica.

Una de estas enfermedades es el cáncer, considerada como un conjunto de enfermedades relacionadas y se caracteriza por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes cercanas del cuerpo y propagarse a otros órganos (OMS, 2018).

A nivel mundial hasta el año 2015 se han registrado un total de 8,8 millones de defunciones, donde una de cada seis muertes se debe a esta enfermedad. Del total de casos registrados, un 70% de muertes por cáncer son en países de ingresos medios y bajos. Se estima que para el 2030 el número de nuevos casos detectados podría sobrepasar los 27 millones y el número de muertes, ascendería a los 17 millones (OMS, 2018).

En el Perú, durante el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2016, se registraron 9805 casos de cáncer, de los cuales 669 pertenecen a la ciudad de Arequipa. Mientras que, en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2017 se registraron un total de 10650 casos de cáncer, de los cuales, 7537 corresponden a casos nuevos y se registraron 1158 casos en la ciudad de Arequipa. La información recopilada muestra que esta enfermedad está presente sobre todo en poblaciones menos favorecidas que se caracterizan por tener una escasa cultura preventiva, dificultad para acceder a servicios de salud y al elevado costo de tratamiento (Boletín Epidemiológico del Perú, 2017). Esta realidad está presente en el Hospital III Goyeneche de Arequipa, donde según el Plan Operativo Institucional 2016, uno de los departamentos con mayor cantidad de atendidos por consulta externa es el servicio de oncología; dicha demanda obedece a que asisten personas provenientes del sur de país, cuyos

recursos económicos son escasos y al no haber centro especializados en sus localidades tienen que desplazarse a esta ciudad.

La enfermedad oncológica ha sido muy temida dentro de la sociedad porque está asociada a una experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, donde la mayor parte de las personas consideran que su diagnóstico estará relacionado al dolor, suplicio y muerte. Todos estos aspectos generan un alto nivel de estrés y ansiedad, pudiendo afectar no sólo a la calidad de vida sino también, en algunos casos, a la supervivencia del paciente (Oliveros, Barrera y Pinto, 2010). Para Oblitas (2010), la adquisición de una enfermedad más o menos grave, supone ante todo una situación de estrés y una amenaza contra el bienestar del individuo. El malestar incluye no sólo las propias dolencias somáticas, sino también el malestar psicológico, que puede desencadenar en autoaniquilación: el suicidio.

No todos los pacientes albergan el suicidio como posible solución, pero los que lo hacen entran en lo que se conoce como el proceso suicida, constituido por la ideación suicida - intento suicida - suicidio consumado. En relación a la ideación suicida, en un estudio realizado por Quilla (2012) en la ciudad de Arequipa, se encontró que de 200 pacientes oncológicos el 38% presentaron tales ideas; la importancia de esta variable radica en que la ideación suicida es el primer eslabón del fenómeno suicida. Por lo tanto, el paciente con cáncer podría estar más inclinado a presentar estas ideas, debido a la naturaleza de la enfermedad y sobre lo que se dice de ella.

No obstante, la situación se puede agravar si las ideas suicidas son reforzadas por otros factores propios del paciente, denominados en conjunto como factores sociodemográficos. Así, la edad, sexo, ingresos económicos, nivel educativo, estado civil, entre otros, estarían asociados, solos o en conjunto a la ideación suicida (Tellería, 2008; Vargas; 2010; Apaza, 2012; Quilla, 2012; Dávila, 2017).

Sobre la importancia de estos factores, Quilla (2012) encontró que el sexo femenino, la edad joven o ser mayor de 60 años, la falta de pareja, y el tipo de cáncer favorecen a la presencia de ideación suicida. Por otro lado, los pacientes con cáncer que no cuentan con apoyo social tienen mayor probabilidad de suicidarse que los que cuentan con el soporte de sus familiares, amigos, instituciones médicas, entre otros (Tellería, 2008; Quilla, 2012).

De este modo los estudios enfatizan la importancia de determinar qué factores sociodemográficos se relacionan con la ideación suicida en pacientes con cáncer. Tellería (2008) apoya esta idea al indicar que la detección temprana de algún trastorno emocional constituye un factor importante para prevenir el suicidio y las tendencias suicidas en paciente con cáncer. Por su parte Apaza (2012) desde un enfoque psicológico resalta la importancia del psicólogo para atender estas necesidades emocionales. Estos estudios justifican la importancia de estas relaciones para poder comprender el comportamiento suicida en los pacientes oncológicos y se propongan alternativas de prevención y acompañamiento durante el proceso de la enfermedad.

A continuación, detallamos los contenidos de la presente investigación:

En el capítulo uno se incluye el planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, importancia del estudio, limitaciones, identificación de variables e indicadores, operacionalización de variables y la definición de términos.

El capítulo dos corresponde al marco teórico donde se encuentran las bases teóricas del estudio en torno a las variables ideación suicida, cáncer y factores sociodemográficos.

El capítulo tres, está compuesto por la metodología, tipo y diseño de investigación, población y muestra, instrumentos y procedimiento realizado.

En el capítulo cuatro se incluyen los resultados con la presentación de cuadros y su respectiva interpretación.

Finalmente se desarrolla la discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Actualmente, a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) ha estimado que cerca de 800000 personas se suicidan cada año. Muchos de estos casos se producen de manera impulsiva frente a momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las situaciones estresantes de la vida, tales como los problemas financieros, la ruptura de relaciones afectivas y las enfermedades crónicas. La ideación suicida como parte inicial del complejo fenómeno suicida contempla la muerte como solución real, sin existir aún una planificación, aunque no siempre resulta en la consumación del suicidio, puede constituirse en un factor predictor del mismo.

Dentro de los factores de riesgo del suicidio, se encuentran las enfermedades físicas como el cáncer, VIH/Sida, infarto, epilepsia, Parkinson, traumatismo encéfalo craneano y esclerosis múltiple, las cuales mantienen una relación elevada con la ideación suicida debido a que la presencia de la enfermedad es vista como una situación de amenaza contra la propia vida, no sólo por las dolencias producidas sino por el malestar psicológico que

viven los pacientes, manifestado en desesperanza, crisis, ansiedad, estrés, depresión e intento de suicidio (Valdivia, 2014).

Por otro lado, para la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC, 2015), el cáncer es entendido como el crecimiento sin control de células defectuosas y la invasión de las mismas hacia otros tejidos, formando nuevos tumores y originando metástasis, poniendo en riesgo la vida de la persona y afectando directamente la salud de la misma. Cabe resaltar que el “concepto” que se maneja de la enfermedad y las características que le son asociadas, pueden generar en los pacientes diagnosticados con cáncer episodios depresivos o depresión en sus diferentes grados, así como, presentar ideación suicida y, dependiendo de algunos factores sociodemográficos como la edad, sexo, estado civil, apoyo familiar, grupo étnico, nivel de educación y otras particularidades propias del paciente, concluir en suicidio. Por lo tanto, la falta de educación, poca inversión en promoción de la salud mental y el estigma social y cultural limitan que el paciente busque ayuda de forma activa. (Valdivia, 2014).

La experiencia personal nos lleva a considerar que el ser diagnosticados con algún tipo de cáncer genera miedo, incertidumbre, preocupación y está asociada a la idea de muerte, dolor y sufrimiento, sentimientos que conllevan a percibir la enfermedad de manera negativa. Esta situación se agrava en función al estadio en el que se encuentra la persona, a su nivel económico, a sus redes de apoyo y al acceso a servicios de salud para ser atendidos de forma oportuna, generando así, impotencia y deseos de morir para no causar mayor malestar entre sus allegados.

Por otro lado, una vez aceptada la presencia de enfermedad, la persona debe enfrentar los efectos secundarios del tratamiento recibido y en este punto surge una nueva preocupación que está asociada a la recuperación y posible curación. En algunos casos

el tipo de tratamiento no da los resultados deseados, la situación se agrava, genera malestar y se vuelve a percibir la idea de muerte como salida al problema.

A nivel nacional, según el Ministerio de Salud (MINSA, 2018), anualmente se reportan más de 1000 suicidios y más de 1350 intentos de suicidio, los cuales están asociados a problemas económicos, con la pareja, con los padres, así como, por la presencia de alguna enfermedad. El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM HD – HN, 2015) calcula que en nuestro país se presentan entre 1 y 3 suicidios por día, pero un 8.9% de peruanos, en algún momento de su vida, ha tenido deseos de quitarse la vida. Se tiene de conocimiento que la causa principal del suicidio es la depresión, donde un 20% intenta el suicidio y más o menos uno de cada 10 intentos termina en la muerte; asimismo, dos tercios de los pacientes atendidos tienen la idea de no continuar viviendo, pero no intentan suicidarse.

Por otro lado, según el Boletín Epidemiológico del Perú SE 21- 2017, en el año 2016 se registraron 9805 casos de cáncer, donde el 55.8%, corresponden a casos nuevos y en el año 2017, se registraron 10650 casos de cáncer, de los cuales, 7537 equivalente al 70.8%, correspondieron a casos nuevos; este incremento se debe, entre otras causas, a que la enfermedad es diagnosticada tardíamente, existe una escasa cultura preventiva, a la dificultad para acceder a los servicios de salud y a un elevado costo del tratamiento.

Al ser considerado el suicidio en pacientes oncológicos como un tema delicado, no se cuenta con datos estadísticos a nivel mundial o nacional que brinden una información oportuna y veraz para su estudio. Dada la sensibilidad de este fenómeno y la ilegalidad de las conductas suicidas, es probable que se presente una clasificación errónea de casos, no pudiendo identificar de manera clara los casos de suicidio asociados al cáncer (OMS, 2018). Consideramos que los pacientes tienen muchas dudas sobre las implicancias de su enfermedad, situación que genera la necesidad de manifestar estas preocupaciones al

médico especialista, sin embargo, la información brindada por él no los reconforta y buscan otras fuentes, como los amigos, familiares y otros pacientes que, en lugar de aclarar sus incógnitas, les generan mayor incertidumbre. Esta situación podría generar malestar, dificultad para comunicar sus vivencias y al no contar con el acompañamiento de un especialista en salud mental, se constituiría en un factor de riesgo de ideación suicida.

Sin embargo, existen investigaciones como la de Tellería (2008), quien describió los niveles de depresión, riesgo suicida y los factores psicosociales de riesgo suicida de pacientes adultos con cáncer y cuyos resultados demuestran que, dentro de las variables sociodemográficas, el estado civil se relaciona significativamente con los niveles de riesgo suicida, es decir, que los pacientes divorciados o solteros son más propensos a cometer suicidio. En cuanto a la edad, los adultos de 40 a 65 años presentan mayor riesgo suicida y existe una mayor incidencia del cáncer en mujeres que en varones. También se encontró que los pacientes con cáncer que no cuentan con apoyo social tienen mayor probabilidad de suicidarse que los que cuentan con el soporte de sus familiares, amigos, instituciones médicas, entre otros. Respecto a la importancia de la familia ante la presencia del cáncer, la experiencia en el área de hospitalización nos permite confirmar este resultado, porque fuimos testigos de la perspectiva de vida que tiene los pacientes internados que cuentan con el apoyo familiar. Ellos manifestaban sus deseos de lucha para recuperarse, curarse y vivir porque quieren ver a sus seres queridos contentos y seguir compartir con ellos nuevas vivencias.

Por su parte, Apaza (2012), estudió los factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur. Pudo evidenciar que, dentro de los factores sociodemográficos, las personas que tienen estudios primarios y secundarios, son solteros, viudos o separados,

que se encuentran desempleados, tienen ingresos mensuales menores a los 1000 soles y pertenecen al sexo masculino, presentan mayor frecuencia de ideación suicida. Dentro de los factores clínicos, el tipo cáncer (estómago, pulmón y páncreas), el tiempo de enfermedad (mayor a 12 meses y menor a 6 meses), el estadio (IV) se asocian significativamente con la ideación suicida.

Quilla (2012), también se centró en conocer la frecuencia y los factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer en el Hospital Goyeneche. Encontró que los pacientes que presentan ideación suicida tienen edades comprendidas entre los 20 a 29 años y de los 60 a 69 años, con grado de instrucción secundaria, son solteros o viudos y pertenecen al sexo femenino. El tipo de cáncer (recto, osteosarcoma, estómago) y el tiempo de enfermedad (menor a 6 meses y mayor a 12 meses), están relacionados significativamente con la ideación suicida, en este grupo de estudio.

Finalmente, Dávila (2017) en su investigación, sobre las características clínico-epidemiológicas y frecuencia de depresión y riesgo suicida en pacientes con cáncer es estado terminal, evidenció que las personas que tienen menos de 30 años y de 70 a 79 años, pertenecen al sexo masculino, diagnosticados con cáncer de pulmón y con un tiempo de enfermedad menor a 3 meses y mayor a un año, presentan ideación suicida.

Por lo tanto, todos estos estudios nos brindan información importante sobre el tema de estudio, pero es necesario seguir ampliando nuestros conocimientos y aportar a la teoría, mediante la identificación de los factores sociodemográficos y la comprensión del comportamiento suicida en los pacientes oncológicos y así, poder identificar a la población en riesgo, proponer alternativas de prevención y sesiones de acompañamiento durante el proceso de enfermedad a familiares y pacientes.

Por todo lo anteriormente expuesto nos hemos planteado la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida en los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital III Goyeneche?

1.2. Objetivos

1.2.1. General

Identificar los factores sociodemográficos que se asocian a la ideación suicida en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital III Goyeneche.

1.2.2. Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital III Goyeneche.
- Establecer la frecuencia de ideación suicida en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital III Goyeneche.
- Precisar las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida y son atendidos en el Hospital III Goyeneche.
- Relacionar las características sociodemográficas con la ideación suicida en los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital III Goyeneche.

1.3. Importancia del estudio

El presente estudio de investigación es importante porque aporta conocimientos en el campo de la Psicología, en lo concerniente a conocer el proceso de enfermedad que atraviesan los pacientes oncológicos, así como, identificar los factores que llevan a presentar ideación suicida. De esta manera, pretendemos aportar a la teoría, contrastando nuestros resultados con la información ya existente en este campo de estudio.

También tiene relevancia social, debido a que el suicidio es un problema de salud pública que va en aumento y este grupo de estudio no está exento de presentarla. Por esta razón, conocer las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida, permitirá alcanzar información a los profesionales

competentes para la planificación y ejecución de sesiones de acompañamiento psicológico dirigidas a los pacientes y familiares que asisten a consulta externa en el Departamento de Oncología y así, evitar el suicidio consumado.

Tiene relevancia práctica porque el profesional en salud mental podrá establecer actividades preventivas y asistenciales, con la finalidad de desarrollar habilidades de afrontamiento, adaptación a la enfermedad, apoyo emocional a los pacientes y parientes cercanos, con la finalidad de fomentar una mejor calidad de vida y disminuir la experiencia de sufrimiento.

Al mismo tiempo contribuye a extender la evidencia sobre los factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida en pacientes oncológicos en nuestro medio.

1.4. Limitaciones del estudio

Una de nuestras limitaciones metodológicas, fue la elección de la población, porque la autorización para la aplicación de los instrumentos tuvo una duración de un mes, teniendo que trabajar con los pacientes que asistieron en ese periodo.

Por otro lado, no existe información actualizada y confiable en relación a registros estadísticos o tasas actualizadas sobre la ideación suicida en pacientes con cáncer ni sobre los factores que la originaron, creando un obstáculo para establecer relaciones significativas entre nuestras variables. Sin embargo, podemos contrastar nuestros resultados con investigaciones anteriores que nos sirven de soporte.

En relación a las limitaciones como investigadores tuvimos inconvenientes al momento de aplicar nuestros instrumentos. Debido a que los pacientes esperan para ser atendidos y no quieren perder su turno, por esta razón, no acceden fácilmente a participar en nuestro estudio; tampoco se dispone de un tiempo prudente para realizar las entrevistas

a los pacientes porque los consultorios, asignados para esta tarea, son de uso del personal médico y cada uno maneja diferentes horarios de atención.

1.5. Definición de términos

a) Ideación suicida

La ideación suicida se caracteriza por incluir pensamientos negativos y creencias disfuncionales. Dichos pensamientos y creencias están vinculados con el intento de suicidio, es decir, con todo acto autodañino consciente y dirigido a la autodestrucción. Ortega (como se citó en Beck, 1979).

b) Epidemiológico/sociodemográfico

Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes (OMS, 1998).

c) Cáncer

Conjunto de enfermedades relacionadas. En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se diseminan a los tejidos del derredor. Normalmente, las células humanas crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las remplazan. Sin embargo, en el cáncer, este proceso ordenado se descontrola. A medida que las células se hacen más y más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son

necesarias. Estas células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores (INC, 2018).

1.6. Variables e Indicadores

1.6.1. Identificación de variables

a) Variable 1:

Factores sociodemográficos

b) Variable 2:

Ideación suicida

1.6.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE	TIPO DE VARIABLE
VARIABLE 1: FACTORES SOCIDEMOGRÁFICOS	Sexo		Masculino	Categórica
			Femenino	Nominal
	Edad	Adolescencia	10-19 años	Numérica
		Juventud	20-24 años	
		Adulterz	25-65 años	
		Tercera edad	66+ años	
	Lugar de nacimiento		Arequipa	Categórica
			Puno	
			Cuzco	
			Tacna	
			Moquegua	
			Otros	
	Religión		Católica	

			Adventista	Categórica Nominal
			Evangélica	
			Mormón	
			Otros	
Grado de instrucción			Sin instrucción	Categórica Ordinal
			Primaria	
			Secundaria	
			Superior	
Ocupación			Casa	Categórica Nominal
			Estudiante	
			Empleado	
			Desempleado	
			Independiente	
			Jubilado	
Nivel económico	Sueldo Básico	<950 soles	>=950 soles	Numérica
Estado civil			Soltero	Categórica Nominal
			Conviviente	
			Casado	
			Separado	
			Viudo	
Tipo de cáncer			Cuello Uterino	Categórica Nominal
			Mama	
			Próstata	

		Pulmón	
		Estómago	
		Páncreas	
		Hígado	
		Otros	
	Tiempo de enfermedad	< 6 meses 7 – 12 meses >= 12 meses	Numérica de razón
	Estadio de la enfermedad	I II III IV Terminal	Categórica Ordinal
	Tratamiento médico	Cirugía Quimioterapia Radioterapia Quimio/radio Otros	Categórica Nominal
	Tratamiento psicológico o psiquiátrico	Sí No	Dicotómica
	Ideación de muerte	Sí No	Dicotómica
	Apoyo familiar	Sí	Dicotómica

			No	
VARIBALE 2: IDEACIÓN SUICIDA	Actitudes hacia la vida/muerte		Ítem 1 al 5	Categórica Nominal
	Pensamientos o deseos suicidas		Ítem 6 al 11	
	Proyecto de intento de suicidio		Ítem 12 al 15	
	Realización del intento proyectado		Ítem 16 al 20	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.Suicidio

El suicidio es el acto por el cual una persona provoca intencionalmente su propia muerte. Rocamora (2013) lo define como una realidad poliédrica ya que contempla su etiología, sus motivaciones, sus comportamientos, los procedimientos para su cometido, etc.

El suicidio es un fenómeno universal e histórico, las actitudes hacia él varían de acuerdo a las diferentes concepciones religiosas, filosóficas e intelectuales de cada época. Así en la Edad Antigua era considerado como algo despectivo y vergonzoso, sin embargo, era honorable si se hacía por lealtad a la patria. En la Edad Media el suicidio fue prácticamente condenado ya que predominaba fuertemente el pensamiento religioso, en la Edad Moderna pasa a ser más tolerable debido a los pensamientos de libertad y a partir del siglo XIX los pensamientos religiosos y morales dan paso a las explicaciones científicas de la sociología y psicología.

2.1.1. Comportamiento suicida

El comportamiento suicida es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte, que pueden o no culminar en un acto autodestructivo. Abarca un amplio espectro que va desde la simple fantasía, hasta la decisión firme de morir, el intento frustrado de muerte o el mismo suicidio consumado (Rocamora, 2013).

Dos son los elementos que integran la conducta o el comportamiento suicida: el criterio autoinflingido y el criterio de propósito de muerte. La combinación de estos dos aspectos, su ausencia o presencia, pueden determinar las diferentes formas de presentarse la conducta suicida. Las más significativas descritas por Rocamora (2013) son:

- **Ideas suicidas:** Se contempla el suicidio como “solución real” a su problemática. Evidentemente no existe ningún daño físico contra sí mismo. Son pensamientos recurrentes sobre la intencionalidad de producirse la muerte. Es un método indeterminado que contempla la muerte como posible pero todavía alejada del hecho en sí. No existe una planificación del acto suicida (el cuándo, cómo y dónde) ni del método que se va a emplear.
- **Gesto suicida o parasuicidio:** Es el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o lesión de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse, por ejemplo, las autolaceraciones, autoenvenenamientos, autoquemaduras etc. La finalidad, no es la muerte, sino conseguir algo a cambio, más cariño, un empleo, no terminar la relación de pareja, etc.

- **Crisis suicida:** Implica un paso adelante en la consumación del hecho suicida. La idea suicida ya ha tomado cuerpo y se contempla la muerte como una “salida posible” a la situación conflictiva. Es un estado psíquico en el que predominan y se activan los impulsos de muerte. En la crisis suicida la persona comienza a dar respuestas a estas tres preguntas: ¿cómo me voy a suicidar?, ¿dónde me voy a suicidar?, ¿cuándo me voy a suicidar? Cuanto más concretas sean las respuestas a esas preguntas existirá mayor riesgo suicida. El plan suicida es factible.
- **Tentativa de suicidio o intento autolítico:** Es toda conducta que busca la propia muerte, pero no se emplean los medios adecuados. Es un comportamiento que puede fallar por múltiples causas: por no tener una firme decisión de hacerlo, por los instrumentos blandos empleados, por el desconocimiento de la ineficacia de los medios, etc. Existe, el “propósito de muerte” pero el “criterio autoinflingido” no es el correcto.
- **Suicidio frustrado:** Es un tipo de tentativa de suicidio en el cual dada la seriedad de la intención y la eficacia de los medios empleados no se ha logrado la muerte por fallar en su ejecución o por un imprevisto.
- **Suicidio consumado:** La autodestrucción ha llegado hasta la muerte del sujeto.

2.1.2. Ocurrencia del suicidio

Puede ser explicada por medio de dos modelos. El primero, se denomina modelo de estrés-diátesis y el segundo, como proceso.

2.1.2.1. Estrés-Diátesis

El término diátesis se refiere a la predisposición que tienen algunas personas para contraer una enfermedad. Este modelo intenta encontrar

algunos factores que hacen que algunas personas sean más propensas a cometer suicidio. Entre estos factores tenemos: las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión o una crisis psicosocial pueden convertirse en factores estresantes, una historia familiar de actos suicidas, etc. (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006).

2.1.2.2. *El suicidio como proceso*

Se basa en las características rasgo - estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, sigue con un incremento gradual de la letalidad y finalmente alcanza su objetivo (Gutiérrez, et al., 2006).

2.1.3. Teorías acerca del suicidio

Diferentes enfoques y áreas sostienen una teoría particular respecto al suicidio, algunas encuentran que el origen y desarrollo de este fenómeno está determinado por las influencias de la sociedad.

Por otro lado, la psicología proporciona explicaciones basadas en los trastornos mentales y el enfoque biológico sostiene una variación a nivel neuronal. De este modo intentaremos explicar los diferentes enfoques acerca del suicidio.

2.1.3.1. *Teoría Sociológica*

Durkheim (1897) sostenía que el suicidio como fenómeno social no podía explicarse desde los factores meramente psicológicos o biológicos, sino que al ser un hecho social de la relación individuo - sociedad, debía tener una explicación científica en el ámbito de las ciencias sociales, según las diferentes variables sociales como la religión, situación económica, edad, etc.

Durkheim creía que una de éstas podría tener mayor importancia sobre otras a la hora de explicar el fenómeno del suicidio.

Al respecto Apaza (2012) refiere que para explicar el fenómeno del suicidio Durkheim propuso el concepto de Corrientes Sociales como aquellos hechos sociales inmateriales que son objetivos e influyen en igual grado sobre el individuo.

El objetivo de Durkheim no era encontrar una explicación individual del suicidio, sino hallar las razones por las cuales unos grupos se suicidaban más que otros y esto podría ser explicado a través de las Corrientes Sociales. Según sus estudios, se determinaron cuatro tipos de suicidio.

2.1.3.1.1. Los cuatro tipos de suicidio

Durkheim (1897) distinguió cuatro tipos de suicidio los cuales estaban determinados por el grado de integración y regulación de la sociedad en la que aparecían. El primero se refiere al grado en que se comparten los sentimientos colectivos y la regulación se asocia al grado de limitaciones externas sobre las personas:

- Mayor integración: suicidio altruista. Se da cuando la integración social es demasiado fuerte y el individuo se ve literalmente obligado a suicidarse, el suicidio tiene lugar porque el individuo siente el impulso de dar su vida por una sociedad intensamente integrada.
- Menor integración: suicidio egoísta. Se da en aquellas sociedades en las que el individuo no está totalmente integrado en la unidad social, la falta de integración le produce un

sentimiento de vacío y no encuentra los vínculos con los cuales se pueda comprometer consigo mismo.

- Mayor regulación: suicidio fatalista. Sucede cuando la regulación es excesiva, está determinado por aquellas personas cuyas pasiones están reprimidas por la disciplina y cuyo porvenir esta implacablemente limitado.
- Menor regulación: suicidio anómico. Sucede cuando dejan de actuar las fuerzas reguladoras de la sociedad, se trata de una interrupción del efecto regulador de las estructuras existentes el cual crea insatisfacción en los individuos.

2.1.3.2. Teoría bioquímica

A comienzos de la década del setenta, Marie Åsberg, en el Hospital Karolinska, en Estocolmo, demostró que existían bajos niveles del metabolito de la serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético, 5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes que habían realizado un intento severo de autoeliminación. Los niveles más bajos del metabolito, a su vez, se relacionaron con alta violencia del intento. (Dajas, 2016).

Estos primeros resultados bioquímicos llevaron rápidamente al análisis de receptores de serotonina en varias regiones cerebrales en pacientes suicidas como la corteza prefrontal, el occipital y el hipotálamo donde efectivamente se observó dicha disminución en personas con suicidio consumado.

Asimismo, algunos análisis post-mortem en cerebros de víctimas del suicidio reportan que existen anomalías en el sistema de neurotransmisión nora-adrenérgica, dopamínérgica pero en especial en el

sistema serotoninérgico. Además, las alteraciones en el sistema serotoninérgico se asocian con desordenes de ansiedad, depresión, agresividad, impulsividad y con la conducta suicida. Los estudios post-mortem evidencian una disminución de metabolitos de serotoninérgica en comparación con personas sanas. (Tovilla-Zarate y Genis, 2012).

No obstante, en lo que están de acuerdo muchos investigadores, es que la deficiencia de serotonina se da en personas con más tendencia a la violencia y que eso, cuando se sienten deprimidos, los hace mucho más propensos a quitarse la vida. En otras palabras, la combinación de la deficiencia de serotonina y depresión incrementa el riesgo de suicidio más que cualquiera de esos factores solos.

2.1.3.3. *Teorías psicológicas*

2.1.3.3.1. *Teoría psicoanalista*

Sobre el suicidio dentro del psicoanálisis, De Bedout (2008) sostiene que este fenómeno es entendido como la agresión dirigida hacia la propia persona, el suicidio se trata de un acto humano de culminación e intención autoinflingida, donde la persona se siente incapaz de dominar una situación insoportable y al estar convencido de que no hay otra salida, planea y ejecuta su muerte. En este acto confluyen odio y amor, coraje y cobardía, temor y audacia.

De Bedout (2008) también sostiene que el fenómeno del suicidio surge a partir de la tensión entre el eros y el thanatos, en la teoría psicoanalítica se entiende que el eros es la pulsión que conduce a la vida y thanatos la que conduce a la muerte, es necesario el equilibrio entre

ambos para que no se dé el suicidio, de lo contrario el predominio del thanatos conducirá a la muerte.

Por su parte Rodríguez, F., Glez. J., Gracia, R., Montes de Oca, D. (como se citó en Menninger, 1972) lo explica utilizando otros conceptos psicoanalíticos. Él sostenía que existen dentro de nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y éstas se transforman en suicidio cuando se combinan muchas circunstancias y factores, también le atribuye ciertas causas específicas al suicidio como la locura, la enfermedad y la ruina económica.

Por último, Rodríguez et al. (1990) afirman que existen tres componentes de la conducta suicida: el deseo de matar, que son impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria; el deseo de ser matado, que deriva de los sentimientos de culpa y, el deseo de morir que se traduce a menudo en el deseo de encontrar reposo y en la voluntad de alejarse de los conflictos.

2.1.3.3.2. Teoría cognitiva

Ortega (como se citó en Beck 1979) sostiene que el suicidio forma parte de un concepto más amplio como es la depresión. De acuerdo con su teoría cognitiva, las personas crean categorías mentales en función de sus experiencias. Con estas categorías los individuos perciben, estructuran e interpretan la realidad, pero al ser categorías distorsionadas tenderán a generar depresión, la cual provoca conductas suicidas ya que el individuo ha elaborado una imagen distorsionada de la realidad.

En la teoría de Beck, se sostiene la idea de que los pacientes con tendencias suicidas muestran pensamientos negativos y creencias

disfuncionales. Dichos pensamientos y creencias están vinculados con el intento de suicidio, es decir, con todo acto autodañino consciente y dirigido a la autodestrucción.

En el caso del suicida es común que las creencias generen diferentes distorsiones cognitivas como la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización, pensamiento dicotómico, culpabilidad, etiquetas globales y muchos otros. El producto inmediato de estas distorsiones son los pensamientos que orientan el comportamiento suicida.

2.1.3.3.3. Teoría conductual

Según Ortega (2018) el suicidio visto desde el condicionamiento operante es explicado como una conducta de escape como respuesta ante un estímulo aversivo. Estos estímulos, son aquellas situaciones que se catalogan como desagradables y al tener contacto con ellos, son rechazados. La respuesta del organismo es interrumpir el contacto con dicho estímulo aversivo mediante una conducta de escape.

En el caso del suicidio, la conducta de escape ocurre cuando se presentan diferentes estímulos aversivos como la pérdida del trabajo, deudas, conflictos familiares, una enfermedad médica, la soledad, etc. y para terminar con estos problemas, el sujeto opta por acabar con su vida (respuesta de escape). En términos del condicionamiento operante el suicidio es una conducta de “escape final”.

2.1.3.3.4. Teoría humanista

Según Herrera (2012) para el enfoque humanista el ser humano es entendido como un organismo portador de diversas funciones que

trabajan simultáneamente (espíritu, mente y cuerpo), es visto como un todo (visión holística) y no en partes, de este modo el suicidio constituye una amenaza contra esta totalidad, una amenaza que surge en el plano espiritual pero que afecta a los otros planos (mente y cuerpo).

Herrera (como se citó en Perls, 1975), sostiene que una de las funciones del ser humano es la agresividad, la cual es necesaria expulsarla y no reprimirla. Frente a esa agresividad es preciso encontrar canales de descarga que no sean otras personas o seres vivos; sin embargo, en algunas ocasiones las personas creen que es mejor transformar esa agresividad porque van a tener más tiempo en armonía, cuando sólo la expulsión es lo que permite el equilibrio.

La agresión es vista como una reacción o mecanismo de defensa que aparece cuando la vida está en peligro y tiene la función de preservarla; sin embargo, en el caso del suicidio, dicha agresión es dirigida hacia sí mismo generando una declinación de la misma.

Cuando una persona toma la decisión de suicidarse, quiere decir que, está pensando en atentar contra su propia vida y esto se manifiesta en agresiones a sí mismo, las cuales se convierten en el medio más importante para llegar al fin supremo que es la muerte.

Las agresiones se presentan de distintas maneras, pero la agresión contra sí mismo es generada por un vacío existencial tan grande que consideran que la única manera de solucionarlo es agrediéndose para dejar de existir, puesto que se piensa que al morir se terminaran los problemas.

Herrera (como se citó en Frankl, 1991) desarrolla el concepto de vacío existencial entendida como la pérdida del sentido de la vida, es una situación en la que el ser humano queda sin posibilidad de luchar y sin ganas de seguir viviendo, de este modo es probable que llegue al intento suicida o al suicidio consumado.

El sentido de vida es fundamental en la teoría de Frankl, debido a que el hombre cuando se impulsa a buscar algo que quiere, lo hace desde su perspectiva, lo que busca finalmente es encontrarle sentido a su existencia; esto es necesario, ya que sin sentido se cae en el vacío existencial y se llega a producir una muerte inducida por la persona misma, es decir el suicidio.

Al presentar este vacío existencial, algunas personas tienden a buscar métodos con los cuales generar agresión contra sí mismas, porque su integridad y dignidad han pasado a la historia y es donde el ser humano puede preferir morir que vivir, toman el intento suicida como un camino sin salida, porque se ve incapacitado de salir de su propio vacío (Herrera, 2012).

2.1.4. Epidemiología

Un estudio epidemiológico sobre el suicidio incluye información sobre edad, sexo, región, religión, motivo, método, causas, etc. Estos factores varían de acuerdo a la sociedad, al grupo étnico y al tiempo. La Organización Mundial de la Salud, encargada de hacer tales estudios a nivel mundial admite una gran dificultad al momento de obtener información confiable debido fundamentalmente al estigma y en otros casos a que es considerado ilegal en muchos países. Aun así, se hacen esfuerzos para conocer de cerca a esta población.

En América Latina se cuenta con el último informe elaborado por la OMS (2014) denominado Mortalidad por Suicidio en las Américas, que corresponde al periodo 2005-2009. Donde se observa que, en América Latina y el Caribe la tasa de suicidios en los hombres y en las mujeres fueron de 8,4 y 2,1 por 100.000 habitantes y en relación a la edad, la tasa más alta se encuentra en el grupo de 70 años a más en ambos sexos.

En el Perú contamos con el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao 2012, elaborado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. (INSM HD-HN, 2012).

Asimismo, contamos con el estudio: Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú. Donde los autores identifican datos relevantes sobre edad, sexo, región, tipo de suicidio, ocupación y estado civil, durante el periodo 2004-2013. Sin embargo, el estudio hace uso solo de cifras oficiales reportadas por la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), admitiendo la existencia de otros casos no registrados. (Hernández-Vásquez, Azañedo, Rubilar-González, Huarez y Grendas, 2016).

Las tasas de suicidio varían según el sexo, históricamente se ha establecido que en el mundo se suicidan los hombres tres veces más que las mujeres pero que las mujeres intentan el suicidio más que los hombres en esa misma proporción (OPS, 2014).

Esta variación obedece principalmente a la manera de abordar el estrés y el conflicto, al uso de diferentes métodos, la disponibilidad de los medios, la preferencia por alguno de ellos, disponibilidad y patrones de consumo de alcohol y diferencias en las tasas de búsqueda de atención por trastornos mentales (OPS, 2014).

En el Perú el INSM HD-HN (2012) hace énfasis en determinar los motivos que llevan al intento de suicidio, en general los principales motivos son: problemas de pareja y separación de la pareja o cónyuge, problemas con los padres, problemas con la salud física y experiencias traumáticas. En el sexo femenino fueron los más frecuentes los problemas con la pareja y los problemas con los padres; en los hombres fueron los problemas con la pareja o cónyuge y los problemas económicos. Asimismo, se destaca la prevalencia anual de deseos de morir que en la mujer es de 6.8% frente a la del hombre que es 2.2%.

Según Hernández-Vásquez et al. (2016) en el periodo 2004-2013 de 3162 casos de suicidio, el 67.2% eran hombres y el 32.8% mujeres.

Según la OPS (2014) el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad y también se sabe que por cada adulto que se suicida más de 20 tuvieron intentos suicidas. Las tasas de suicidio son más bajas entre los menores de 15 años y más elevadas entre las personas de 70 años a más, debido a que se juntan otros factores como la soledad, estado civil, padecimiento de alguna enfermedad médica, etc.

En el Perú, el grupo etario con mayor incidencia de suicidios según el estudio de Hernández-Vásquez et al. (2016) fue el que incluye edades entre 20 y 29 años, seguido de 30 a 34 años.

En Lima Metropolitana y Callao, considerando a la población adulta, Hernández-Vásquez et al. (2016) mencionan que un 23,4% ha presentado alguna vez en su vida deseos de morir (ideación suicida).

A nivel mundial en los países con ingresos altos, el ahorcamiento es el método utilizado en el 50% de los suicidios, seguido por el uso de armas de fuego, utilizado por el 18% de la población.

Las armas de fuego son utilizadas en lugares de ingresos altos como Norteamérica. En los países de ingresos bajos y medianos, debido a una mayoría rural, el suicidio se da por intoxicación por plaguicidas seguido del ahorcamiento.

En Latinoamérica, el principal método de suicidio es la asfixia, seguido por las armas de fuego y el envenenamiento. Estos tres métodos representaron más del 90% del total de suicidios. Los métodos utilizados variaron según las subregiones.

Asimismo, el método varía según el sexo, ya que los hombres emplean más frecuentemente las armas de fuego y las mujeres el envenenamiento.

En el Perú el método más frecuente es el envenenamiento (49.2%), seguido de ahorcamiento (18.1%) y armas de fuego (2.6%) y no especificados (28.8%). (Hernández-Vásquez et al, 2016).

En relación al sexo, Hernández-Vásquez et al. (2016) mencionan que la ideación suicida se presenta con mayor frecuencia en los solteros con un 42.1%, seguido de convivientes con el 24.6%, el 19.5% son casados, el 5.3% divorciados y el 5% de viudos.

2.1.5. Riesgo suicida

Independientemente del modelo, el riesgo suicida es entendido como la posibilidad de muerte. Gómez (2012) menciona que son varios los factores que elevan el riesgo suicida, estas incluyen las características demográficas, enfermedad psiquiátrica, intentos e ideas suicidas, factores genético familiares, eventos vitales negativos, bajo apoyo social percibido, enfermedades médicas, trauma psicosocial en la infancia, factores psicológicos, entre otros.

2.1.5.1. Intentos e ideación suicida

Un intento de suicidio eleva en 40 veces la posibilidad de suicidio, hay más peligro en el primer semestre tras el intento, además se han encontrado

pacientes psiquiátricos en el 80% de personas que lo han intentado y dentro de ellos se observa varios indicadores psicopatológicos como depresión, desesperanza y comorbilidad; además se presenta más en mujeres.

Por otro lado, la presencia de ideas suicidas es la señal temprana del riesgo suicida y se pueden asociar a diferentes variables psicológicas como depresión, baja autoestima y escaso control de la propia vida, este factor se hace más grave cuando se presenta reiteradas veces. Las ideas suicidas con planificación de un acto suicida se asocian a un 32% de probabilidad de llevarlo a cabo.

2.1.5.2. *Eventos vitales y apoyo social*

Casi todos los intentos de suicidio fueron antecedidos por acontecimientos difíciles, en orden de importancia están los problemas de tipo interpersonales, luego los problemas relacionados al trabajo y al empleo, problemas financieros, duelo, violencia doméstica, dificultades de vivienda, etc.

Además, los eventos vitales acompañan a cada etapa de la vida. En los adolescentes tiene importancia la disfunción familiar, abuso físico y sexual, problemas con los pares, rechazo, separación, presión grupal, etc. En la edad media tiene importancia las dificultades económicas y laborales y en la edad avanzada son relevantes las enfermedades, soledad y problemas de vivienda.

2.1.5.3. *Enfermedades médicas*

Muchas enfermedades medicas implican un mayor riesgo de suicidio, por ejemplo, el SIDA, epilepsia, enfermedades de la medula espinal, daño cerebral, corea de Huntington y diversos tipos de cáncer especialmente los que afectan al SNC. Los cuadros de depresión suelen acompañar a estas

enfermedades médicas, incrementando el riesgo. También, se encuentran asociadas la pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales.

2.1.5.4. *Factores psicológicos y cognitivos*

La desesperanza es la idea negativa sobre el futuro y tiene un valor predictor, su valoración es necesaria porque constituye un componente importante de la depresión. La ideación suicida es más intensa en aquellos en los que se presenta mayor desesperanza.

Otros factores psicológicos son la rigidez cognitiva, la consideración del suicidio como solución, dificultad para resolver problemas y la tendencia de ver la situación en dos polos (pensamiento dicotómico).

2.1.6. *Enfermedad médica y suicidio*

Tener una enfermedad más o menos grave supone, ante todo, una situación de estrés y una amenaza contra el bienestar del individuo y contra su vida normal. Este malestar incluye no solo las propias dolencias físicas sino también un malestar psicológico (Oblitas, 2010).

El padecimiento de una enfermedad aparte de las dolencias físicas también se presenta con un dolor psicológico que se manifiesta de diferentes formas; sin embargo, muchas veces no es tomada en cuenta porque no se puede observar. No obstante, cuando el dolor es intenso y prolongado, como una enfermedad crónica, puede desarrollarse un cuadro depresivo, el cual podría incidir decisivamente en la recuperación del paciente. Al respecto, Oblitas (2010) afirma que el dolor es una de las sensaciones que más influye en la respuesta psicológica ante la enfermedad; el dolor no controlado puede hacer insufrible la existencia hasta el punto de provocar la autoaniquilación.

2.1.7. Ideación Suicida y Cáncer

El cáncer puede ser considerado una amenaza debido a que, durante el proceso del mismo, los pacientes se enfrentan al estigma de tener una enfermedad que ha sido irremediablemente asociada al sufrimiento, a los efectos de su tratamiento y a la muerte. Este riesgo es mayor inmediatamente después del diagnóstico, en las personas que están recibiendo quimioterapia y más elevado en las fases terminales. (Preciado, C. y Bonilla, J., 2011).

Por otro lado, los estudios señalan que la mayoría de pacientes que padecen cáncer y llevan a cabo una conducta suicida, sufren también algún trastorno psiquiátrico, sobre todo en el contexto de una depresión mayor, un trastorno adaptativo, delirium o un trastorno orgánico del ánimo. (Martínez, B., 1998).

Respecto a la frecuencia, se da más en personas que padecen cáncer bucolaríngeo, pulmonar, gastrointestinal, de mama y urogenital debido a que estos lugares tienen un importante impacto psicológico por la desfiguración y la alteración funcional que producen, y en cuanto a sexo y edad, es más frecuente entre los varones mayores de 50 años, el riesgo de suicidio en pacientes con cáncer es dos a diez veces mayor que en la población general. (Martínez, B., 1998).

2.1.8. Evaluación del suicidio

La detección de pensamientos o de ideas suicidas se debe tomar en serio y se requiere, en muchos casos, hacerla simultáneamente junto al tratamiento porque en cualquier momento, el paciente puede llevar a cabo la ejecución de sus pensamientos. Para ello se cuenta con instrumentos que facilitarán su detección y se detallan a continuación:

2.1.8.1. Cuestionarios y escalas estandarizadas

La evaluación con instrumentos estandarizados puede complementar la información obtenida mediante la entrevista, según De la Torre, M. (2013) los instrumentos son fáciles de administrar y proporcionan datos relevantes rápidamente:

- La Escala de Ideación Suicida (SIS) (Beck, 1979)
- La Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (Beck y cols., 1974)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck y Steer, 1987)
- Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS) (Niméus, Alsén y Träskman-Bendz, 2001)
- Escala de Intención Suicida (SIS) (Beck, Kovacs y Weissman, 1979)
- Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18) (Ruiz Hernández, Navarro-Ruiz, Torrente Hernández y Rodríguez González, 2006)
- La Escala de Riesgo Suicida (Plutchik, 1989)
- SAD Person Scale (Patterson y cols., 1983)
- Reasons for Living Scale (Linehan, 1985)

2.2. Cáncer

2.2.1. Definición

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) el cáncer es entendido como un término genérico que denomina a un extenso grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo. Se caracteriza por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes cercanas del cuerpo y propagarse a otros órganos (metástasis).

Por su parte, el Instituto Nacional de Cáncer (INC, 2018) lo define como el nombre que se le da a un conjunto de enfermedades relacionadas y puede empezar en cualquier lugar del cuerpo humano, el cual está formado por trillones de células, donde es normal que éstas crezcan y se dividan para formar nuevas células, las cuales reemplazarán a las que envejezcan, se dañen o mueran. Sin embargo, en el cáncer, este proceso se descontrola y a medida que las células se hacen más anormales, las células viejas o dañadas sobreviven y las nuevas, se forman cuando no son necesarias. Es así, que las células adicionales se dividen sin interrupción y llegan a formar masas que se llaman tumores malignos o benignos. Los primeros se extienden a los tejidos cercanos o los pueden invadir y al crecer algunas células cancerosas pueden desprenderse y moverse a lugares distantes del cuerpo por medio del sistema circulatorio o linfático para formar nuevos tumores lejos del tumor principal. Mientras que los segundos pueden llegar a ser muy grandes, pero no invaden o se extienden a tejidos cercanos.

Este Instituto también la considera como una enfermedad genética, porque se generan cambios en los genes que controlan la forma como funcionan nuestras células, de manera especial la forma como crecen y se dividen. Estos cambios pueden heredarse de los padres, son resultado de errores que ocurren al dividirse las células o por un daño del ADN debido a algunas exposiciones del ambiente, por ejemplo, sustancias como los compuestos químicos en el humo de tabaco, radiación, etc.

2.2.2. Epidemiología

Gonzales-Puell (2012) sostiene que la incidencia de cáncer difiere de acuerdo a la región donde se presente, por ejemplo, en los países desarrollados es menor, mientras que en los países en vías de desarrollo los casos aumentan a pasos

agigantados y hacen temer que se convierta en una situación pandémica. Por su parte, la mejora de las técnicas de diagnóstico y tratamiento han permitido incrementar el número de casos detectados de manera precoz.

Según la OMS (2018), el cáncer es considerado como la segunda causa de muerte en el mundo. En el año 2015 se han registrado un total de 8,8 millones de defunciones, donde una de cada seis muertes se debe a esta enfermedad. Del total de casos registrados, un 70% de muertes por cáncer son en países de ingresos medios y bajos. Un tercio de las víctimas se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos, como son: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y de alcohol.

Dentro de los factores de riesgo, el tabaquismo ocupa el primer lugar, occasionando aproximadamente el 22% de defunciones. Por otro lado, las infecciones oncogénicas, entre ellas las causadas por virus de las hepatitis o por papilomavirus humanos, provocan el 25% de los casos de cáncer en países de ingresos medios y bajos.

Se evidencia que la detección de cáncer en una fase avanzada, la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes. En el año 2017, solo el 26% de los países de ingresos bajos informaron que la sanidad pública contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%.

Para el año 2030 el número de nuevos casos detectados podría sobrepasar los 27 millones y el número de muertes, ascendería a los 17 millones. A este hecho se le atribuyen algunas causas como el aumento mundial de la población, la esperanza

de vida y los malos hábitos como el tabaquismo, consumo exagerado de alcohol, falta de actividad física y exceso de peso como generadores de los principales problemas de salud pública en los países pobres y en vías de desarrollo.

Por otro lado, gracias a los datos recolectados se pudo establecer que los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son:

- Pulmonar (1,69 millones de defunciones)
- Hepático (788 000 defunciones)
- Colorrectal (774 000 defunciones)
- Gástrico (754 000 defunciones)
- Mamario (571 000 defunciones)

A nivel nacional contamos con el Boletín Epidemiológico del Perú SE 21-2017, cuyo contenido es una recopilación de datos brindados por 47 establecimientos de salud a nivel nacional. En él se menciona que durante el año 2016 se registraron 9805 casos de cáncer, de los cuales, 5474 que equivalen al 55.8%, corresponden a casos nuevos y 669 pertenecen a la ciudad de Arequipa.

Al momento del diagnóstico, el 66,6% de los casos correspondieron al sexo femenino y el 33,4% al sexo masculino, existiendo una razón mujer/varón de 2:1. La mayor frecuencia de casos en el sexo masculino se encontraba entre los 60 y 79 años de edad (49,2%); mientras que, en el sexo femenino entre los 45 y 69 años (50,2%). Los tipos de cáncer más frecuentes fueron los de cérvix (21,9%), piel (12,3%) y estómago (11,4%). En el sexo masculino, los tipos más frecuentes fueron: estómago (19,2%), piel (16,2%) y próstata (14,1%); mientras que, en el sexo femenino fueron los de cérvix (32,9%), mama (13,2%) y piel (10,4%).

Durante el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2017 se registraron un total de 10650 casos de cáncer, de los cuales, 7537 que equivalen al

70,8%, correspondieron a casos nuevos y 1158 casos se registraron en la ciudad de Arequipa. Al momento del diagnóstico, el 66% de los casos pertenecen al sexo femenino, existiendo una razón mujer/varón de 1,9:1. La mayor frecuencia de casos en el sexo masculino se concentra entre los 60 y 79 años (50,6 %); mientras que, en el sexo femenino se encuentra entre los 45 y 69 años (51,0 %), al igual que en el año 2016. Los tipos de cáncer más frecuentes independiente del sexo fueron los de cérvix (20,9 %), estómago (11,1%) y piel (10,4 %). En el sexo masculino, los más frecuentes fueron los de estómago (18,2 %), piel (14,0 %) y próstata (13,9 %); mientras que, en el sexo femenino, predominaron los de cérvix (31,6 %), mama (14,3 %) y piel (8,6 %), respectivamente.

2.2.3. Factores de riesgo

La investigación realizada por el INC (2018) ha permitido detectar ciertos factores de riesgo que pueden incrementar la posibilidad que una persona padezca de esta enfermedad. Se habla de la exposición a productos químicos, a otras sustancias o a algunos comportamientos. También se incluyen aspectos que la gente no puede controlar, como la edad o los antecedentes familiares.

La mayoría de estos factores se identifican inicialmente en estudios epidemiológicos, los investigadores trabajan con grupos grandes y comparan a las personas que padecen cáncer con las que no presentan la enfermedad. Es así, que estos estudios muestran el comportamiento y la probabilidad de haberse expuesto a ciertas sustancias que originaron algún tipo de cáncer.

A continuación, se presenta una lista que contiene los factores de riesgo de cánceres conocidos o sospechados que más se han estudiado. Entre ellos tenemos:

- Consumo de sustancias alcohólicas: un consumo elevado de bebidas alcohólicas (en mujeres más de una bebida diaria y en varones más de dos)

puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de boca, de garganta, esófago, laringe, hígado y seno.

- Dieta baja en verduras y frutas: se está investigando si existen ciertos componentes o nutrientes específicos de la dieta que estén asociados con aumentos o disminuciones del riesgo de cáncer.
- Edad avanzada: la edad media de un diagnóstico de cáncer es de 66 años y una cuarta parte de nuevos casos es diagnosticada en personas de 65 a 74 años.
- Presencia de ciertos gérmenes infecciosos, virus, bacterias y parásitos: pueden interrumpir las señales que controlan normalmente el crecimiento y la proliferación de las células, así como, debilitar el sistema inmunitario, reduciendo la capacidad del cuerpo para combatir otras infecciones.
- Problemas hormonales: estar expuesto por largo tiempo a concentraciones elevadas de estrógeno y progesterona puede originar un mayor riesgo de padecer cáncer de seno (menstruación temprana, menopausia tardía, primer embarazo a edades más avanzadas o nunca haber dado a luz).
- Inflamación crónica: puede ser causada por infecciones persistentes, por reacciones inmunitarias anormales o por estados como la obesidad; con el paso del tiempo llega a causar daño al ADN y origina el cáncer.
- Inmunosupresión: se refiere a los medicamentos consumidos para suprimir el sistema inmunitario y que no rechace el órgano transplantado, pero puede originar incapacidad para detectar y destruir las células cancerosas o combatir las infecciones que causan cáncer.
- Exposición prolongada a los rayos ultravioleta: causa envejecimiento prematuro y daño a la piel, pudiendo originar cáncer de piel.

- Obesidad y poca actividad física: existe un mayor riesgo de padecer varios tipos de cáncer, como el de seno, colon, recto, endometrio, esófago, riñón, páncreas y vesícula biliar.
- Exposición a radiación ionizante, radón y rayos X en altas concentraciones: tienen suficiente energía para dañar el ADN y causar cáncer.
- Sustancias en el ambiente que están presentes en el aire, alimentos y agua: los científicos vienen estudiando cuáles son las exposiciones que podrían causar o influir en la formación del cáncer y de esta manera identificar dónde se encuentran para poder evitarlas.
- Exposición al humo del tabaco: los productos de tabaco y el humo de segunda mano tienen muchos compuestos químicos que dañan el ADN y pueden originar cáncer de pulmón, laringe, boca, esófago, garganta, vejiga, riñón, hígado, estómago, páncreas, colon, recto, cérvix o cuello uterino, así como leucemia mieloide aguda.

2.2.4. Tipos

Se han registrado más de cien tipos de cáncer, los cuales reciben, en general, el nombre de los órganos o tejidos en donde se forman; también pueden describirse según el tipo de célula que los forma. Dentro de los cuales se encuentran el carcinoma, sarcoma, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, melanoma (INC, 2018)

Por otra parte, Fernández, Timón y Méndez (2006), han establecido las definiciones de más de 80 tipos de cáncer. Para fines académicos se van a desarrollar y considerar los tipos más frecuentes que se presentan en nuestra región.

2.2.4.1. Cuello Uterino

Afección en la cual se forman células cancerosas en los tejidos del cuello uterino. El cual está ubicado en el extremo inferior estrecho del útero,

el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto; comunica el útero con la vagina y es conocido como el conducto del nacimiento.

Este tipo de cáncer generalmente se desarrolla lentamente con el transcurso del tiempo y antes de su aparición, las células del cuello uterino atraviesan cambios conocidos como displasia, en los cuales las células que no son normales empiezan a aparecer en el tejido del mismo. Luego, las células cancerosas comienzan a crecer y esparcirse más profundamente en el cuello uterino y áreas cercanas. Se puede presentar algunos síntomas como sangrado vaginal y dolor pélvico.

Una de las causas más comunes para que se origine una infección del cuello uterino es la presencia del virus del papiloma humano (VPH). Cabe resaltar que, no todas las mujeres con infección por el VPH padecerán este tipo de cáncer. También existen otros factores de riesgo asociados, como: dar a luz a muchos niños, tener muchas parejas sexuales, mantener la primera relación sexual a una edad temprana, fumar, una dieta deficiente en vitaminas A y C, el uso de anticonceptivos orales o tener el sistema inmunitario debilitado.

2.2.4.2. *Mama*

Afección más frecuente en la mujer y la quinta causa de mortalidad por cáncer en los países desarrollados (Gonzales-Puell, 2012). Se forman células malignas en los tejidos de la mama, el cual está conformado por lóbulos, lobulillos y bulbos, los cuales están conectados por tubos delgados denominados conductos. Cada mama también posee vasos sanguíneos y linfáticos que se comunican con órganos pequeños llamados ganglios

linfáticos, los cuales van a filtrar sustancias en un líquido llamado linfa y ayudan a proteger contra infecciones y enfermedades.

Existen algunos factores asociados como la edad, antecedentes de salud, presencia de mutaciones de genes hereditarios (se representa aproximadamente entre el 5 a 10% de todos los casos), grupo étnico, haber padecido cáncer en una mama (se puede presentar en la otra mama). Estas mujeres también tienen un riesgo incrementado de padecer cáncer ovárico, y pueden tener un riesgo mayor de padecer otros tipos de cánceres. Los varones que tienen un gen alterado en relación con el cáncer de mama también tienen un mayor riesgo de padecer esta enfermedad (Fernández, et al., 2006).

2.2.4.3. *Próstata*

La próstata es una glándula que pertenece al sistema reproductor masculino localizada justo debajo de la vejiga y delante del recto. Su tamaño es como el de una nuez y rodea una parte de la uretra. (Fernández, et al., 2006).

Es el segundo tipo de cáncer más frecuente en los varones, la sexta causa de mortalidad por cáncer en varones y la décima en el mundo. Su prevalencia es mayor en países industrializados (Gonzales-Puell, 2012).

Este tipo de cáncer se caracteriza porque se forman células malignas en los tejidos de la próstata y se encuentra principalmente en varones de edad avanzada. A medida que los hombres envejecen, la próstata puede agrandarse y bloquear la uretra o la vejiga, esto puede ocasionar dificultad para orinar o interferir con la función sexual. Según Gonzales-Puell (2012), otro factor de riesgo podría estar vinculado a regímenes alimentarios demasiado grasos, así como, a una tasa demasiado elevada de calcio en el organismo.

2.2.4.4. *Pulmón*

Tienen una incidencia en 80% de los casos en países desarrollados y representa la primera causa de mortalidad por cáncer en el mundo (Gonzales-Puell, 2012).

Es una afección caracterizada por la formación de células malignas en los tejidos del pulmón. Existen dos tipos: cáncer de pulmón de células pequeñas y de células no pequeñas.

Los pulmones son un par de órganos respiratorios con forma cónica que se encuentran en el pecho, permiten el ingreso de oxígeno durante la inhalación y eliminan dióxido de carbono durante la exhalación.

Dentro de los factores de mayor riesgo para la evolución de esta enfermedad se encuentra el tabaquismo y la exposición a sustancias contaminantes. También se pueden presentar algunos síntomas como tos, dolor de pecho y dificultad para respirar (Fernández, et al., 2006).

2.2.4.5. *Estómago*

El estómago es un órgano en forma de J en la parte superior del abdomen; forma parte del sistema digestivo, el cual procesa los nutrientes de los alimentos consumidos y ayuda a eliminar los desechos del cuerpo.

La pared del estómago está compuesta por tres capas de tejido: capa interna de la mucosa, capa media muscular y capa externa serosa.

Entonces, este tipo de cáncer se origina en las células que recubren la capa de la mucosa y se disemina a través de las capas externas. El Helicobacter pylori parece ser el factor principal de riesgo de esta enfermedad, en manera especial en países en vías de desarrollo (Gonzales-Puell, 2012). También existen otros factores como la edad, dieta y afecciones

estomacales, así como, la presencia de algunos síntomas como indigestión e incomodidad o dolor estomacal.

Es considerada como la segunda causa más común de mortalidad por cáncer y la cuarta en términos de incidencia en el mundo (Gonzales-Puell, 2012).

2.2.4.6. *Páncreas*

El páncreas es una glándula de aproximadamente 15.24 cm de longitud en forma de una pera delgada de costado, se ubica detrás del estómago y enfrente de la columna vertebral. Cumple dos funciones principales: produce jugos que ayudan a la digestión o descomposición de los alimentos y produce hormonas como la insulina y el glucagón, que ayudan a controlar los niveles de azúcar en sangre (Fernández, et al., 2006).

Según Gonzales-Puell (2012), es la novena causa de mortalidad por cáncer en el mundo y el decimotercer tipo de cáncer más común; su prevalencia es mayor en varones y en países industrializados.

Este tipo de cáncer es una afección en la cual células malignas se forman en los tejidos del páncreas. Existen algunos factores de riesgo como el tabaquismo, diabetes, pancreatitis crónica y ciertas afecciones hereditarias, cáncer de colon entre otros. También se presentan síntomas como la ictericia, dolores y pérdida de peso.

2.2.4.7. *Hígado*

Es la tercera causa de mortalidad por cáncer y la sexta más común en el mundo, mantiene una prevalencia más elevada en países en vías de desarrollo y se manifiesta más frecuentemente en varones que en mujeres (Gonzales-Puell, 2012).

Es una afección donde las células malignas se forman en los tejidos del hígado, el cual es considerado como uno de los órganos más grandes del cuerpo y ocupa la sección superior derecha del abdomen dentro de la caja torácica.

El cáncer primario del hígado puede ser originado por trastornos como la hepatitis o la cirrosis, siendo uno de los factores de riesgo en las personas adultas. También se asocian algunos síntomas que incluyen un tumor o dolor en el costado derecho, dolor alrededor del omóplato derecho, pérdida de peso inexplicada, ictericia (color amarillento de la piel y la sección blanca de los ojos), cansancio inusual, náuseas y pérdida de apetito (Fernández, et al., 2006).

2.2.4.8. *Tiroides*

Enfermedad en la que se encuentran células cancerosas en los tejidos de la glándula tiroides, situada en la base de la garganta; se presenta como una masa o hinchazón en la parte del frente del cuello o en otras partes del mismo.

Esta glándula produce hormonas importantes que ayudan al cuerpo a funcionar normalmente. Se presenta más a menudo en personas que se encuentran entre las edades de 25 y 65, más en mujeres que en hombres o en personas que han estado expuestas a la radiación o que han recibido un tratamiento con radiación a la cabeza o cuello durante la lactancia o niñez, las personas que han tenido bocio (agrandamiento tiroideo) o antecedentes familiares de enfermedad tiroides tienen un mayor riesgo de desarrollarlo (Fernández, et al. 2006).

2.2.5. Estadios

Cuando se habla de estadios se hace referencia a la extensión del cáncer; nos va a permitir identificar y clasificar el tamaño del tumor y si se ha extendido (INC, 2018).

En la actualidad existen diferentes sistemas de estadificación, siendo el más utilizado el sistema TNM. La mayoría de los hospitales y centros médicos utilizan este método en sus informes de cáncer. Las siglas TNM, hacen referencia a:

- T: tamaño y extensión del tumor principal.
- N: extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos.
- M: si el cáncer ha originado metástasis.

Cuando el cáncer se describe por este sistema, también se encontrarán números después de cada letra que dan más detalles acerca de la enfermedad:

Tumor primario (T)

- TX: No puede medirse un tumor primario
- T0: No puede encontrarse un tumor primario
- T1, T2, T3, T4: Se refiere al tamaño y/o extensión del tumor principal.

En cuanto más grande es el número después de la T, mayor es el tumor o tanto más ha crecido en los tejidos cercanos.

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: No puede medirse el cáncer en los ganglios linfáticos cercanos
- N0: No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos
- N1, N2, N3: Se refiere al número y ubicación de los ganglios linfáticos que tienen cáncer. En cuanto más grande es el número después de la N, más son los ganglios linfáticos que tienen cáncer.

Metástasis distante (M)

- MX: No puede medirse la metástasis
- M0: El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo
- M1: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo

Como se puede apreciar, este sistema permite describir el cáncer de forma más detallada. Pero, para muchos cánceres, las combinaciones TNM se agrupan en cinco estadios menos detallados:

- Estadio 0: Existen células anormales presentes, pero no se han diseminado al tejido cercano. Se llama también carcinoma in situ, o CIS. El CIS no es cáncer, pero puede convertirse en cáncer.
- Estadio I, II y III: Hay cáncer presente. En cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido en los tejidos cercanos.
- Estadio IV: El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo.

2.2.6. Tratamiento

A lo largo de los últimos 20 años se ha cambiado la historia del cáncer, en torno al 50% de los pacientes pueden ser curados y esto se consigue gracias a los distintos abordajes terapéuticos, ya sean en solitario o mediante la integración de varios de ellos.

De manera tradicional, se consideraba a la cirugía como la primera opción en la mayoría de los tumores (sobre todo sólidos, localizados y abordables con la tecnología apropiada) y luego la radioterapia. Cuando no podían ser abordados quirúrgicamente, se utilizaba la quimioterapia.

Con el pasar del tiempo se dio importancia a la integración de estos tipos de tratamiento, dejando de lado la secuencia clásica: cirugía, radioterapia y, cuando las cosas van mal, quimioterapia.

A continuación, se describen cada uno de los principales tratamientos utilizados en la atención del cáncer (INC, 2018):

2.2.6.1. *Cirugía*

Es un procedimiento en el que el cirujano se encarga de extirpar el tumor o parte del cáncer del cuerpo.

Existen varios tipos de cirugía, estos difieren de acuerdo al objetivo de la cirugía, la parte del cuerpo que lo requiere, la cantidad de tejido que debe extirparse y, en algunos casos, la preferencia del paciente.

Este tipo de tratamiento es usado para extirpar tumores sólidos que están contenidos en un sitio (local), es decir, trata solo la parte del cuerpo que tiene cáncer.

2.2.6.2. *Quimioterapia*

También llamada “Quimio”, utiliza fármacos para destruir células cancerosas. Funciona al detener o hacer más lento el crecimiento de las células cancerosas y se usa para dos fines:

- Tratamiento del cáncer: Para curar el cáncer, reducir las posibilidades de que regrese, detenerlo o hacer lento su crecimiento.
- Alivio de los síntomas: Puede usarse para encoger los tumores que causan dolor y otros problemas.

Este tratamiento no solo destruye las células cancerosas que crecen con rapidez, también destruye o hace lento el crecimiento de células sanas que crecen y se dividen con rapidez. El daño a las células sanas puede causar

efectos secundarios, como llagas en la boca, náuseas, caída del pelo y fatiga, siendo este el más común entre los pacientes de oncología.

2.2.6.3. *Radioterapia*

También conocida como terapia de radiación, debido a que utiliza altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores. En dosis altas, destruye las células cancerosas o hace lento su crecimiento, al dañar su ADN, por lo tanto, estas células dejan de dividirse o mueren. Se requieren días o semanas de tratamiento antes de que el ADN esté dañado lo suficiente para que mueran las células cancerosas.

2.2.7. Participación del psicólogo en la atención al paciente con cáncer

Durante todos estos años la enfermedad oncológica ha sido muy temida dentro de la sociedad porque está asociada a una experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, donde la mayor parte de las personas consideran que su diagnóstico estará asociado al dolor, suplicio y muerte. Todos estos aspectos generan un alto nivel de estrés y ansiedad, pudiendo afectar no sólo a la calidad de vida sino también, en algunos casos, a la supervivencia del paciente (Oliveros, Barrera y Pinto, 2010).

En la actualidad, ésta no es una perspectiva realista porque el 50% de casos de cáncer son curables, mientras que el 35% mantienen una condición crónica y, en aquellos casos en los que no se puede detener la enfermedad, se disponen de cuidados paliativos que permiten una muerte digna, con el máximo nivel de bienestar y el mínimo sufrimiento (Cruzado, 2011). No obstante, es cierto que tanto el paciente como los familiares han de afrontar múltiples estresores, que se manifestarán de acuerdo al tiempo de enfermedad y constituyen desafíos constantes que llegarán a ocasionar altos niveles de sufrimiento si no se previenen o se tratan desde los momentos iniciales.

La intervención que puede ofrecer la Psicología en el ámbito de la Oncología es denominada Psicooncología, aquella capaz de promover educación, habilidades de afrontamiento, apoyo emocional a los pacientes, parientes cercanos y equipo sanitario, adhesión terapéutica, adaptación a la enfermedad, apoyo social, control de síntomas psíquicos y físicos; con la finalidad de fomentar una mejor calidad de vida, disminuir la experiencia de sufrimiento y facilitar las labores asistenciales del cuerpo médico (Arranz, 2006).

Entonces, ¿cuál será el papel del Psicólogo en las diferentes fases de intervención en el paciente con cáncer desde el punto de vista de la Psicooncología? El psicooncólogo va a intervenir a lo largo de todo el proceso de la enfermedad y será capaz de realizar actividades preventivas, asistenciales – evaluación, diagnóstico y tratamiento de aspectos psicológicos (Arranz, 2006).

En la prevención, su función está orientada a promover hábitos saludables, como la reducción del consumo del tabaco, hacer ejercicio físico y adoptar una alimentación saludable. De la misma manera buscará instaurar comportamientos de detección precoz.

Otro de los objetivos del Psicooncólogo se centra en la comprensión de la percepción de riesgo, manejo de las emociones, comunicación familiar y toma de decisiones sobre los tratamientos venideros y que enfrentarán el paciente y los allegados.

En el diagnóstico, su intervención se centra en la promoción de la comunicación médico-paciente-familia, mejora de la comunicación y apoyo familiar; así también, reducir el impacto emocional, asistir a la toma de decisiones y ayudar a resolver los problemas de organización personales y familiares asociados a la enfermedad mediante estrategias de counselling o tratamientos cognitivo-conductuales.

En la preparación a la cirugía, quimioterapia, radioterapia, trasplante de médula ósea entre otros, se aplican tratamientos basados en la información, comunicación adecuada, counselling y técnicas cognitivo-conductuales, como la inoculación de estrés y la exposición, que han probado ser tratamientos eficaces.

En la fase de supervivencia, se centra en el establecimiento de estrategias para promover la aceptación, fijar objetivos y metas vitales, así como, poner en marcha actividades que permitan la adaptación a la nueva situación, en lo personal, a nivel de pareja y en las relaciones familiares. En muchos casos se pone en marcha un entrenamiento para mejorar el bienestar emocional, autoestima, imagen corporal y sexualidad, así como recuperar o instaurar hábitos de ejercicio físico y nutrición, realización de actividades sociales o preparación para el retorno al trabajo (Cruzado, 2011).

2.2.8. Cáncer, ideación suicida y factores sociodemográficos

A lo largo de los años se han venido desarrollando una serie de investigaciones que buscan entender la relación entre las características sociodemográficas y la ideación suicida en pacientes con cáncer, con la finalidad de brindar mejores aportes en este campo de estudio.

Se encontró qué, dentro de las variables sociodemográficas, el estado civil se relaciona significativamente con la ideación suicida, es decir, que los pacientes divorciados o solteros son más propensos a cometer suicidio, debido a que tienen sentimientos de soledad y no cuentan con lazos familiares sólidos. En cuanto a la edad, los adultos de 20 a 69 años presentan mayor riesgo suicida porque presentan sentimientos de minusvalía, al dejar de realizar sus actividades de manera normal y existe una mayor incidencia del cáncer en mujeres que en varones. También, los pacientes con cáncer que no cuentan con apoyo social tienen mayor probabilidad de suicidarse que los que cuentan

con el soporte de sus familiares, amigos, instituciones médicas, entre otros (Tellería, 2008; Quilla, 2012).

También se encontró que, dentro de los factores sociodemográficos, las personas que tienen estudios primarios y secundarios, que se encuentran desempleados y tienen ingresos mensuales menores al sueldo mínimo vital presentan mayor frecuencia de ideación suicida. A su vez, el tipo cáncer, principalmente de estómago, pulmón y páncreas, el tiempo y el estadio de la enfermedad se asocian significativamente con la ideación suicida (Apaza, 2012; Dávila, 2017).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Nuestra investigación es descriptiva porque vamos a especificar las propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno a estudiar (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.1.2. Diseño de investigación

Nuestra investigación es no experimental transversal correlacional. No es experimental porque vamos a estudiar los hechos y fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, no existiendo manipulación de variables. Es transversal correlacional porque se van a establecer relaciones entre nuestras variables (Factores Sociodemográficos e Ideación suicida) en un momento determinado, sin pretender analizar relaciones de causalidad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.2. Población

Constituida por los pacientes que fueron atendidos durante el mes de setiembre por consulta externa en el Departamento de Oncología del Hospital III Goyeneche. De acuerdo a los datos brindados por la Dirección del Departamento de Oncología, en promedio son atendidos al mes 145 pacientes, de los cuales 115 cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes regulares que asisten a consulta externa
- Ambos sexos
- Edades entre los 15 años a más
- Diagnosticados con cáncer más de un mes.
- Que reciben algún tipo de tratamiento.
- Pacientes que acepten participar en el estudio

3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes por diagnosticar.
- Pacientes que fueron dados de alta y asisten a sus controles mensuales
- Pacientes que no acepten participar en el estudio

3.3. Instrumentos

Para la realización de la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

3.3.1. Escala de Ideación Suicida de Beck

La Escala de Ideación de Beck (SIS) es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y

conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionadas con la tentativa.

Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos). Consta de tres partes bien diferenciadas:

- Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).
- Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
- Otros aspectos (ítems 16 a 20).

Calificación

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad / seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En el caso que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sean iguales a 0, será indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida y no procede continuar aplicando la escala.

Cada ítem se puntúa de 0-2 y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 18 primeros ítems, ya que los ítems 19 y 20 tienen solo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1, es indicativa de riesgo de suicidio, por lo tanto, una mayor puntuación equivale a un elevado riesgo de suicidio.

Propiedades psicométricas

En el estudio sobre fiabilidad realizado por los autores sobre una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad ínter examinador de 0.834.

Para la adaptación de la Escala de ideación suicida de Beck realizada por Eugenio y Zelada (2011) se aplicó una prueba piloto de la escala a 105 pacientes viviendo con VIH del GAM “Somos Vida” del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de la ciudad de Lima. En cuanto la confiabilidad, se utilizó el índice de Consistencia Interna Alfa de Cronbach obteniendo 0.79 en la fiabilidad.

Por otro lado, en la investigación denominada “Ideación suicida y estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca” de Sánchez (2016), los resultados del instrumento presentaron una distribución normal y se encontró una confiabilidad con índices Alfa de Cronbach de 0,827 indicando que el instrumento es confiable.

3.3.2. Ficha Sociodemográfica

Instrumento de elaboración propia, que consta de 15 criterios como son: edad, género, lugar de nacimiento, grado de instrucción, estado civil, ocupación, ingresos económicos, tiempo de enfermedad, tratamiento médico, tratamiento psicológico o psiquiátrico, ideación de muerte al momento del diagnóstico y apoyo familiar. Los reactivos son preguntas abiertas y de opción múltiple; su finalidad es recolectar datos sociodemográficos de los pacientes que acuden al Departamento de Oncología.

3.4. Procedimientos

Como primer paso se gestionaron los permisos y autorizaciones tanto en nuestra escuela profesional como en el Hospital III Goyeneche; se hicieron las coordinaciones respectivas y de manera directa con las dependencias encargadas.

Después se realizó la aplicación de instrumentos en el consultorio externo del Departamento de Oncología del hospital desde las 7:00 a.m. hasta las 10:00 a.m., los cinco días de la semana durante un mes. Se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck

para determinar la presencia de ideación suicida y una ficha sociodemográfica, de elaboración propia, para la recolección de datos referidos al paciente y que fue administrada como entrevista permitiéndonos obtener mayor información acerca de las vivencias del paciente.

Una vez recolectada toda la información se procedió a la tabulación de datos en el programa Microsoft Excel 2016 y para determinar los cuadros de frecuencia, porcentajes y pruebas de Chi cuadrado, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Resultados de los Instrumentos aplicados

Para el proceso estadístico de nuestra investigación, realizamos un análisis descriptivo mediante el uso de tablas de frecuencia y porcentajes. Para la parte inferencial utilizamos la prueba Chi-cuadrada a fin de determinar si existen relaciones entre nuestras variables. El paquete estadístico fue el SPSS, versión 25.

Tabla N° 1. Edad y sexo de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche

Edad

	Frecuencia	Porcentaje
15 - 19 años	1	.9
20 – 25 años	2	1.7
25 – 65 años	91	79.1
66 a más	21	18.3
Total	115	100.0

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Varón	17	14.8
Mujer	98	85.2
Total	115	100.0

En la Tabla N° 1 se observa que la mayoría de participantes se encuentran entre los 25 a 65 años y equivale al 79.1%, seguido de personas que tienen 66 años a más con un 18.3%. Esta distribución se debe a que la edad constituye un factor de riesgo que puede incrementar la posibilidad de padecer cáncer. También se evidencia que la mayoría de evaluados son mujeres y equivale al 85.2%; mientras que el 14.8% son varones. Los estudios epidemiológicos demuestran que las mujeres exceden en número a los varones en una razón de 1,9:1; sin embargo, existe la posibilidad que durante el periodo de aplicación más mujeres hayan acudido al Departamento de Oncología.

Tabla N° 2. Lugar de nacimiento y religión de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche

Lugar de nacimiento

	Frecuencia	Porcentaje
Arequipa	27	23.5
Puno	45	39.1
Cuzco	21	18.3
Tacna	5	4.3
Moquegua	14	12.2
Otros	3	2.6
Total	115	100.0

Religión

	Frecuencia	Porcentaje
Católica	96	83.5
Adventista	7	6.1
Evangélico	12	10.4
Total	115	100.0

La tabla N° 2 nos muestra que el 39.1% de participantes provienen de la ciudad de Puno, el 23.5% de Arequipa y el 18.3% de Cusco. Esta distribución obedece a que la población proveniente de Cusco y Puno tienen como referencia a la ciudad de Arequipa porque se cuenta con centros médicos especializados y un mayor número de especialistas. La religión que mayormente profesan los pacientes es la católica con 83.5%, seguida de la evangélica que representa a un 10.4% de los entrevistados. Esta distribución refleja a grandes rasgos la proporción de las confesiones religiosas en el país.

Tabla N° 3. Grado de instrucción y estado civil de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche

Grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	7	6.1
Primaria	43	37.4
Secundaria	51	44.3
Superior	14	12.2
Total	115	100.0

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	42	36.5
Conviviente	28	24.3
Casado	28	24.3
Separado	5	4.3
Viudo	12	10.4
Total	115	100.0

En la tabla N° 3 se aprecia que la mayoría de evaluados tienen como grado de instrucción secundaria, que corresponde al 44.3%; mientras que el 37.4% sólo tiene primaria; estos resultados se pueden atribuir a un bajo nivel educativo que se manifiesta en diversos factores como el acceso a la información, atención médica, hábitos saludables, etc.

En relación al estado civil, un 36.5% son solteros, seguido del 24.3% que es conviviente y en un mismo porcentaje se encuentran los casados; esto se puede deber al estilo de vida que

llevan, reflejado en sus hábitos alimenticios, administración del tiempo, prácticas preventivas en salud y junto a otros factores podrían incrementar el riesgo de padecer cáncer.

Tabla N° 4. Ocupación e ingresos económicos de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Casa	51	44.3
Estudiante	1	.9
Empleado	3	2.6
Desempleado	1	.9
Independiente	54	47.0
Jubilado	5	4.3
Total	115	100.0

Ingresos económicos

	Frecuencia	Porcentaje
≤ 950 soles	94	81.7
> 950 soles	21	18.3
Total	115	100.0

La tabla N° 4 nos muestra que un 47% de los participantes se desempeñan de manera independiente y un 44.3% se dedica a los quehaceres del hogar. Por otro lado, la mayoría de evaluados gana igual o menos de 950 soles mensuales, siendo el 81.7%; mientras que el 18.3% gana más del sueldo mínimo vital. Tanto la ocupación como el nivel de ingresos económicos de los pacientes les permiten acceder al Seguro Integral de Salud y acudir a los establecimientos de salud especializados.

Tabla N° 5. Tipo de cáncer y tiempo de enfermedad de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche

Tipo de cáncer

	Frecuencia	Porcentaje
Cuello uterino	40	34.8
Mama	31	27.0
Próstata	7	6.1
Pulmón	8	7.0
Estómago	5	4.3
Páncreas	4	3.5
Hígado y vías biliares	1	.9
Otros	19	16.5
Total	115	100.0

Tiempo de enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
< 6 meses	46	40.0
7 a 12 meses	30	26.1
> 12 meses	39	33.9
Total	115	100.0

En la tabla N° 5 se observa que el 34.8% de participantes tiene cáncer de cuello uterino y un 27%, de mama. Ambos tipos de cáncer son más frecuentes y exclusivos del sexo femenino confirmando los datos epidemiológicos sobre la vulnerabilidad de las mujeres a adquirir estos tipos de cáncer. En relación al tiempo de enfermedad, el 40 % tiene menos de 6 meses; mientras

que el 33.9% tiene más de 12 meses. Esto se debe a una preocupación personal del paciente por confirmar o descartar una posible enfermedad y de confirmarla tendría que recibir el tratamiento establecido que se extenderá en el tiempo en función a otros factores como el tipo de cáncer y el estadio.

Tabla N° 6. Estadio y tratamiento recibido de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche

Estadio

	Frecuencia	Porcentaje
I	34	29.6
II	54	47.0
III	18	15.7
IV	9	7.8
Total	115	100.0

Tratamiento médico

	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	10	8.7
Quimioterapia	38	33.0
Radioterapia	18	15.7
Quimio/radioterapia	44	38.3
Otros	5	4.3
Total	115	100.0

La tabla N° 6 nos muestra que un 47% de los participantes se encuentran en el estadio II de su enfermedad y el 29.6% está en el estadio I, estos resultados obedecen a que principalmente la atención en consulta externa se da para pacientes recién diagnosticados. Por otro lado, la mayoría de evaluados recibe como tratamiento médico quimio y radioterapia, que equivale al 38.3%; mientras que el 33% es tratado solo con quimioterapia. El tratamiento combinado (quimioterapia y radioterapia) es utilizado para lograr mejores resultados, según los especialistas.

Tabla N° 7. Tratamiento psicológico o psiquiátrico, apoyo familiar e ideación de muerte de los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche

Tratamiento psicológico o psiquiátrico

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	16.5
No	96	83.5
Total	115	100.0

Apoyo familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	99	86.1
No	16	13.9
Total	115	100.0

Ideación de muerte

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	76	66.1
No	39	33.9
Total	115	100.0

En la tabla N° 7 se observa que el 83.5% de evaluados no ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico durante el proceso de su enfermedad, debido a que consideran que no es necesario asistir donde un profesional de la salud mental para disminuir los síntomas o poder curarse; mientras que el 16.5% sí ha recibido tratamiento, porque ven como necesario estar mentalmente saludables para poder combatir la enfermedad. También se evidencia que el 86.1% de participantes cuenta con el apoyo de algún familiar, es decir, que reciben los

cuidados, atención y acompañamiento de uno o varios allegados durante el proceso que atraviesan; mientras que el 13.9% declara que no. En relación a la ideación de muerte, está presente en el 66.1% de entrevistados, la cual se manifiesta en el momento del diagnóstico y está asociada a la percepción de gravedad que genera la palabra “cáncer”; mientras que el 33.9% no ha pensado en terminar con su vida porque piensan que su enfermedad es tratable y curable.

Tabla N° 8 . Frecuencia de ideación suicida en los pacientes oncológicos que asisten al Hospital III Goyeneche

Ideación suicida

	Frecuencia	Porcentaje
No hay ideación	59	51.3
Sí hay ideación	56	48.7
Total	115	100.0

La tabla N° 8 nos muestra que existe un 48.7% de participantes que presentan ideación suicida, debido a que durante el último mes sus actitudes hacia la vida/muerte son equilibradas, es decir, perciben que es igual vivir o morir y lo dejan a la suerte. Y en relación a los pensamientos/deseos de suicidarse existe cierta duda hacia los intereses que los detienen, como el desempleo, la falta de apoyo familiar y los bajos o escasos recursos económicos que los llevan a pensar en la muerte; mientras que el 51.3% no presenta ideación suicida.

Tabla N° 9. Edad y sexo de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida y que asisten al Hospital III Goyeneche

Edad

	Frecuencia	Porcentaje
20 – 24 años	1	1.8
25 – 65 años	44	78.6
66 a más	11	19.6
Total	56	100.0

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Varón	10	17.9
Mujer	46	82.1
Total	56	100.0

En la tabla N° 9 podemos observar que la mayoría de evaluados con ideación suicida tiene entre 25 a 65 años y equivale al 78.6%, debido a que sienten que su enfermedad está interfiriendo con su vida personal, familiar y laboral, así como, la percepción que tienen del tratamiento, considerándolo como “muy difícil de llevar” y no ven resultados satisfactorios; mientras que el 19.6% tienen 66 a más años, porque presentan sentimientos de soledad, abandono y debilidad física. En relación al sexo, el 82.1% de mujeres presentan ideación suicida porque tienen sentimientos de tristeza, desesperanza, miedo, así como, poca capacidad de afrontar su enfermedad. Cabe mencionar que la muestra estuvo constituida principalmente por mujeres influyendo en este resultado.

Por otro lado, el 17.9% de varones pensaron en terminar con su vida porque consideran que son una carga para su familia.

Tabla N° 10. Lugar de nacimiento y religión de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida y que asisten al Hospital III Goyeneche

Lugar de nacimiento

	Frecuencia	Porcentaje
Arequipa	12	21.4
Puno	24	42.9
Cuzco	10	17.9
Tacna	3	5.4
Moquegua	6	10.7
Otros	1	1.8
Total	56	100.0

Religión

	Frecuencia	Porcentaje
Católica	46	82.1
Adventista	3	5.4
Evangélica	7	12.5
Total	56	100.0

La tabla N° 10 nos muestra que existe un 42.9% de participantes con ideación suicida que provienen de Puno, debido a que tienen que viajar constantemente a sus sesiones programadas, no cuentan con un lugar fijo donde quedarse y no poseen los medios económicos para su estadía y alimentación, frecuentemente se sienten solos y existe desconocimiento del lugar. En relación a la religión, el 82.1% de entrevistados que presentan ideación suicida son católicos, esta distribución refleja a grandes rasgos la proporción de las confesiones religiosas en el país.

Tabla N° 11. Grado de instrucción y estado civil de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida y que asisten al Hospital III Goyeneche

Grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	6	10.7
Primaria	18	32.1
Secundaria	22	39.3
Superior	10	17.9
Total	56	100.0

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	23	41.1
Conviviente	17	30.4
Casado	7	12.5
Separado	1	1.8
Viudo	8	14.3
Total	56	100.0

En la tabla N° 11 se observa que 39.3% de participantes con ideación suicida tienen como grado de instrucción el nivel secundario, se debe a que los pacientes tienen poco acceso a información relacionada con su enfermedad y la incertidumbre les genera sentimientos de malestar, preocupación y miedo frente al proceso que deben de atravesar. Por otro lado, 41.1% de evaluados con ideación suicida son solteros, porque la familia constituye un factor de

protección y al no contar con lazos familiares sólidos se podrían presentar dificultades al momento de enfrentar la enfermedad.

Tabla N° 12. Ocupación e ingresos económicos de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida y que asisten al Hospital III Goyeneche

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Casa	22	39.3
Empleado	1	1.8
Desempleado	1	1.8
Independiente	30	53.6
Jubilado	2	3.6
Total	56	100.0

Ingresos económicos

	Frecuencia	Porcentaje
<= 950 soles	46	82.1
> 950 soles	10	17.9
Total	56	100.0

La tabla N° 12 nos muestra que un 53.6% de los participantes que presentan ideación suicida se desempeña de manera independientes y al ser diagnosticados tienen que dejar de hacer sus actividades diarias producto de los síntomas que presentan después del tratamiento recibido y como parte de las indicaciones del médico que los atiende; mientras que un 39.3% se dedica a los quehaceres del hogar, quienes presentan sentimientos de minusvalía y dependencia. Por otro lado, la mayoría de evaluados con ideación suicida gana igual o menos de 950 soles y equivale al 81.7% de entrevistados, esto se debería a la percepción de no contar con ingresos suficientes y necesarios para solventar sus gastos diarios.

Tabla N° 13. Relación entre la edad de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

	No hay ideación	Frecuencia	Edad				Total
			Adolescencia	Juventud	Adulvez	Tercera edad	
Ideación suicida	No hay ideación	Frecuencia	1	1	47	10	59
		%	1.7%	1.7%	79.7%	16.9%	100.0%
	Sí hay ideación	Frecuencia	0	1	44	11	56
		%	0.0%	1.8%	78.6%	19.6%	100.0%
Total		Frecuencia	1	2	91	21	115
		%	0.9%	1.7%	79.1%	18.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.069	3	.785
N de casos válidos	115		

En la tabla N° 13 se observa que 78.6% de participantes con ideación suicida son adultos, seguido del 19.6% que corresponde a las personas de la tercera edad.

El mayor porcentaje de pacientes sin ideación suicida también está constituido por adultos con un 79.7%, seguido de las personas de la tercera edad con un 16.9%

No se encontró relación entre la edad y la ideación suicida ($\chi^2=1.069$; $p= .785$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 14. Relación entre el sexo de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

Ideación suicida		Frecuencia	Sexo		
			Varón	Mujer	Total
No hay ideación		7		52	59
	%		11.9%	88.1%	100.0%
Sí hay ideación		10		46	56
	%		17.9%	82.1%	100.0%
Total	Frecuencia	17		98	115
	%		14.8%	85.2%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.819	1	.365
N de casos válidos	115		

La tabla N° 14 nos muestra que el 82.1% de mujeres presentan ideación suicida; mientras que el 17.9% de varones pensaron en terminar con su vida. En los pacientes que no presentan ideación suicida, también predomina el sexo femenino con un 88.1% y el sexo masculino con un 11.9%.

No hallamos relación entre el sexo y la ideación suicida ($\chi^2=0.819$; $p= .3655$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 15. Relación entre el lugar de nacimiento de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Lugar de nacimiento							
		Arequipa	Puno	Cuzco	Tacna	Moquegua	Otros	Total	
Ideació	No hay	Frecuencia	15	21	11	2	8	2	59
n	ideació	%	25.4%	35.6%	18.6%	3.4%	13.6%	3.4%	100.0
suicida	n								%
	Sí hay	Frecuencia	12	24	10	3	6	1	56
	ideació	%	21.4%	42.9%	17.9%	5.4%	10.7%	1.8%	100.0
	n								%
Total		Frecuencia	27	45	21	5	14	3	115
		%	23.5%	39.1%	18.3%	4.3%	12.2%	2.6%	100.0
									%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.323	5	.933
N de casos válidos	115		

En la tabla N° 15 se observa que el 42.9% de pacientes que tienen ideación suicida provienen de Puno y el 21.4% son de Arequipa. En los evaluados que no presentan ideación suicida también se aprecia que el 35.6% son procedentes de la región de Puno, seguido de la región de Arequipa con un 25.4%.

No encontramos relación entre el lugar de nacimiento y la ideación suicida ($\chi^2=1.323$; $p=.933$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 16. Relación entre la religión de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Religión				
		Católica	Adventista	Evangélica	Total	
Ideación suicida	No hay ideación	Frecuencia	50	4	5	59
	%		84.7%	6.8%	8.5%	100.0%
	Sí hay ideación	Frecuencia	46	3	7	56
	%		82.1%	5.4%	12.5%	100.0%
Total		Frecuencia	96	7	12	115
		%	83.5%	6.1%	10.4%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

			Significación
	Valor	df	asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.565	2	.754
N de casos válidos	115		

La tabla N° 16 nos muestra que el 82.1% de participantes que tienen ideación suicida son católicos y un 12.5% son evangélicos. En relación a los pacientes que no presentan ideación suicida un 84.7% son católicos y un 8.5% son evangélicos.

La prueba Chi-cuadrado demuestra que la religión no está asociada a la ideación suicida ($\chi^2=0.565$; $p= .754$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 17. Relación entre el grado de instrucción de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Grado de instrucción					
		Sin instrucción		Primaria	Secundaria	Superior	Total
Ideación suicida	No hay ideación	Frecuencia	1	25	29	4	59
	ideación	%	1.7%	42.4%	49.2%	6.8%	100.0%
Total	Sí hay ideación	Frecuencia	6	18	22	10	56
	ideación	%	10.7%	32.1%	39.3%	17.9%	100.0%
		Frecuencia	7	43	51	14	115
		%	6.1%	37.4%	44.3%	12.2%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Val			Significación asintótica (bilateral)
	or	Df		
Chi-cuadrado de Pearson	3.17	3		.053
N de casos válidos		0		

En la tabla N° 17 podemos observar que el 39.3% de pacientes con ideación suicida tienen como grado de instrucción el nivel secundario y el 32.1% tienen primaria. En los participantes que no presentan ideación suicida predomina el nivel secundario con un 49.2%, seguido del nivel primario con un 42.4%.

La prueba Chi-cuadrado demuestra que no existe una relación significativa entre el grado de instrucción y la ideación suicida ($\chi^2=3.170$; $p= .053$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 18. Relación entre el estado civil de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Estado civil					Total
		Soltero	Conviviente	Casado	Separado	Viudo	
Ideació n suicida	No hay ideación Sí hay ideación	Frecuencia %	19 32.2%	11 18.6%	21 35.6%	4 6.8%	4 6.8% 59 100.0%
			23 41.1%	17 30.4%	7 12.5%	1 1.8%	8 14.3% 56 100.0%
Total		Frecuencia %	42 36.5%	28 24.3%	28 24.3%	5 4.3%	12 10.4% 115 100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.730	4	.019
N de casos válidos	115		

La tabla N° 18 nos muestra que el 41.1% de pacientes con ideación suicida son solteros, el 30.4% son convivientes y 12.5% son casados. En los evaluados que no presentan ideación suicida, el 35.6% son casados, el 32.2% son solteros y el 18.6% son convivientes.

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la ideación suicida ($\chi^2=11.730$; $p= .019$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 19. Relación entre la ocupación de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Ocupación						Total	
		Casa	Estudiante	Empleado	Desempleado	Independiente	Jubilado		
Ideació	No hay	Frecuencia	29	1	2	0	24	3	59
n	ideación	%	49.2%	1.7%	3.4%	0.0%	40.7%	5.1%	100.0%
suicida	Sí hay	Frecuencia	22	0	1	1	30	2	56
	ideación	%	39.3%	0.0%	1.8%	1.8%	53.6%	3.6%	100.0%
Total		Frecuencia	51	1	3	1	54	5	115
		%	44.3%	0.9%	2.6%	0.9%	47.0%	4.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.085	5	.537
N de casos válidos	115		

La tabla N° 19 nos muestra que el 53.6% de evaluados se desempeñan de manera independiente y un 39.3% se dedica a los quehaceres del hogar. En cuanto a los pacientes que no presentan ideación suicida el 49.2% se hace cargo de las tareas del hogar y un 40.7% trabaja de manera independiente.

No hallamos relación entre la ocupación y la ideación suicida ($\chi^2=4.085$; $p= .537$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 20. Relación entre el ingreso económico de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

Ideación		Frecuencia	Ingresos económicos		
			<= 950 soles	< 950 soles	Total
No hay ideación		48		11	59
	%		81.4%	18.6%	100.0%
Sí hay ideación		46		10	56
	%		82.1%	17.9%	100.0%
Total		94		21	115
	%		81.7%	18.3%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.012	1	.913
N de casos válidos	115		

En la tabla N° 20 se puede apreciar que el 82.1% de pacientes con ideación suicida tienen ingresos menores o iguales a 950 soles mensuales; mientras que el 17.9% tienen ingresos económicos mayores al sueldo mínimo vital. En relación a los evaluados que no presentan ideación suicida el 81.4% tienen ingresos menores o iguales a 950 soles y el 18.6% mayores a 950 soles.

La prueba Chi-cuadrado demuestra que no existe relación entre los ingresos económicos y la ideación suicida ($\chi^2=0.012$; $p= .9135$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 21. Relación entre el tipo de cáncer de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Tipo de cáncer								Total	
		Cuello								Total	
		uterino	Mama	Próstata	Pulmón	Estómago	Páncreas	Hígado	Otros		
Ideación	No hay	Frecuencia	21	17	2	3	2	0	1	13	59
suicida	ideación	%	35.6%	28.8%	3.4%	5.1%	3.4%	0.0%	1.7%	22.0%	100.0%
Sí hay	Frecuencia	19	14	5	5	3	4	0	6	56	
	ideación	%	33.9%	25.0%	8.9%	8.9%	5.4%	7.1%	0.0%	10.7%	100.0%
Total		Frecuencia	40	31	7	8	5	4	1	19	115
		%	34.8%	27.0%	6.1%	7.0%	4.3%	3.5%	0.9%	16.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.883	7	.195
N de casos válidos	115		

La tabla N° 21 nos muestra que el 33.9% de pacientes con ideación suicida tienen cáncer de cuello uterino y el 25% de mama. Los evaluados que no presentan ideación suicida tienen en su mayoría cáncer de cuello uterino (35.6%); mientras que el 28.8% tiene cáncer de mama. No encontramos una relación significativa entre el tipo de cáncer y la ideación suicida ($\chi^2=9.883$; $p= .195$) en los pacientes oncológicos entrevistados.

Tabla N° 22. Relación entre el tiempo de enfermedad de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Tiempo de enfermedad				
		< 6 meses	7 a 12 meses	> 12 meses	Total	
Ideación suicida	No hay ideación	Frecuencia	28	11	20	59
		%	47.5%	18.6%	33.9%	100.0%
Total	Sí hay ideación	Frecuencia	18	19	19	56
		%	32.1%	33.9%	33.9%	100.0%
		Frecuencia	46	30	39	115
		%	40.0%	26.1%	33.9%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.258	2	.119
N de casos válidos	115		

En la tabla N° 22 se observa que el 33.9% de evaluados que presentan ideación suicida tienen un tiempo de enfermedad entre los 7 a 12 meses y más de 12 meses. En relación a los pacientes que no presentan ideación suicida, el 47.7% tienen menos de 6 meses con el diagnóstico; mientras que el 33.9% llevan más de 12 meses conviviendo con el cáncer.

No existe relación entre el tiempo de enfermedad y la ideación suicida ($\chi^2=4.258$; $p= .119$)

Tabla N° 23. Relación entre el estadio del cáncer de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Estadio					Total
Ideación	Suicida		I	II	III	IV	
No hay	ideación	Frecuencia	21	24	10	4	59
		%	35.6%	40.7%	16.9%	6.8%	100.0%
Sí hay	ideación	Frecuencia	13	30	8	5	56
		%	23.2%	53.6%	14.3%	8.9%	100.0%
Total		Frecuencia	34	54	18	9	115
		%	29.6%	47.0%	15.7%	7.8%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.806	3	.423
N de casos válidos	115		

La tabla N° 23 nos muestra que el 53.6% de los pacientes con ideación suicida se encuentran en el estadio II; mientras que el 23.2% están en el nivel I. En relación a los participantes que no presentan ideación suicida, el 40.7% se ubican en el estadio II y el 35.6% están en el nivel I.

La prueba Chi-cuadrado demuestra que no existe una relación significativa entre el estadio del cáncer y la ideación suicida ($\chi^2=2.806$; $p= .423$) en los pacientes evaluados.

Tabla N° 24. Relación entre el tratamiento médico de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

Ideació n	No hay ideación suicida	Tratamiento médico						Total	
		Quimio/rad					Otros		
		Cirugía	Quimioterapia	Radioterapia	ioterapia				
Ideació n	No hay ideación suicida	7	16	13	19	4		59	
n	ideación %	11.9%	27.1%	22.0%	32.2%	6.8%	100.0%		
suicida	Sí hay ideación %	3	22	5	25	1		56	
Total	Frecuencia %	10 8.7%	38 33.0%	18 15.7%	44 38.3%	5 4.3%	100.0%	115	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8.649	4	.071
N de casos válidos	115		

En la tabla N° 24 se aprecia que un 44.6% de evaluados que presentan ideación suicida reciben quimio y radioterapia a la misma vez, el 39.3% sólo reciben quimioterapia y el 8.9%, radioterapia. En los pacientes que no tienen ideación suicida el 32.2% reciben quimio y radioterapia, el 27.1% reciben quimioterapia y el 22%, radioterapia.

No encontramos una relación significativa entre el tratamiento médico y la ideación suicida ($\chi^2=8.649$; $p= .071$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 25. Relación entre el tratamiento psicológico o psiquiátrico de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Tratamiento psicológico o psiquiátrico			Total
		Sí	No		
Ideación suicida	No hay ideación	Frecuencia	7	52	59
		%	11.9%	88.1%	
Sí hay ideación		Frecuencia	12	44	56
		%	21.4%	78.6%	
Total		Frecuencia	19	96	115
		%	16.5%	83.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.905	1	.167
N de casos válidos	115		

La tabla N° 25 nos muestra que el 78.6% de pacientes que presentan ideación suicida no han recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico en ninguna etapa de la enfermedad; mientras que el 21.4% de evaluados sí recibió alguno de estos tratamientos en alguna etapa de su enfermedad.

La prueba Chi-cuadrado demuestra que no existe una relación significativa entre haber tenido un tratamiento psicológico o psiquiátrico y la ideación suicida ($\chi^2=1.905$; $p= .167$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 26. Relación entre la ideación de muerte al momento del diagnóstico de los pacientes oncológicos y la ideación suicida

	No hay ideación	Frecuencia	Ideación de muerte		
			Sí	No	Total
Ideación suicida	No hay ideación	Frecuencia	28	31	59
		%	47.5%	52.5%	100.0%
Total	Sí hay ideación	Frecuencia	48	8	56
		%	85.7%	14.3%	100.0%
		Frecuencia	76	39	115
		%	66.1%	33.9%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18.762	1	.000
N de casos válidos	115		

En la tabla N° 26 se observa que el 85.7% de evaluados que presentan ideación suicida también presentaron ideación de muerte durante el diagnóstico de su enfermedad; mientras que el 14.3% no presentaron ideación alguna. En relación a los pacientes que no presentan ideación suicida, el 52.5% no presentaron ideación de muerte; mientras que el 47.5%, sí presentaron ideación de muerte al momento del diagnóstico.

La prueba Chi-cuadrado demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre la ideación de muerte y la ideación suicida ($\chi^2=18.762$; $p< .001$) en los pacientes con cáncer evaluados.

Tabla N° 27. Relación entre el apoyo familiar que tienen los pacientes oncológicos y la ideación suicida

		Apoyo familiar			Total
		Sí	No		
Ideación suicida	No hay ideación	Frecuencia	56	3	59
		%	94.9%	5.1%	100.0%
	Sí hay ideación	Frecuencia	43	13	56
		%	76.8%	23.2%	100.0%
Total		Frecuencia	99	16	115
		%	86.1%	13.9%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.884	1	.005
N de casos válidos	115		

La tabla N° 27 nos muestra que el 23.2% de los pacientes que presentan ideación suicida no cuentan con apoyo familiar; mientras que un 76.8% sí tienen apoyo familiar. En relación a los evaluados que no presentan ideación suicida, el 94.9% sí cuenta con apoyo familiar; mientras que un 5.1% no cuenta con apoyo familiar.

La prueba Chi-cuadrado demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la ideación suicida ($\chi^2=7.884$; $p= .005$) en los pacientes con cáncer evaluados.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal Identificar los factores sociodemográficos que se asocian a la ideación suicida en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital III Goyeneche, 2018, para ello se emplearon los siguientes instrumentos: Escala de Ideación Suicida de Beck y una Ficha Sociodemográfica de elaboración propia. A continuación, se realiza el análisis de los resultados con la ayuda de investigaciones previas y de la teoría.

Dentro de las principales características sociodemográficas de los pacientes oncológicos atendidos se observa que el 85.2% son mujeres, el 79.1% tienen edades comprendidas entre 25 – 65 años y el 36.5% son solteros. Estos datos concuerdan con los registros epidemiológicos elaborados por el MINSA (2017), donde se menciona que al momento del diagnóstico el 66% de casos corresponden al sexo femenino y existe una razón mujer/varón de 1.9:1; en cuanto al rango de edad, oscila entre los 45-69 años.

En cuanto al grado de instrucción, el 44.3% tiene estudios secundarios, el 47% trabaja de manera independiente y el 81.7% tiene ingresos mensuales menores a los 950 soles. La literatura también menciona que algunos factores de riesgo para padecer cáncer son tener una edad avanzada, poseer hábitos poco saludables, no contar con acceso a servicios de salud entre otros (INC, 2018).

En cuanto al tipo de enfermedad, existe una prevalencia del cáncer de cuello uterino (34.8%), seguido del cáncer de mama (27%) y en un porcentaje menor, se presenta el cáncer de próstata (6.1%). Nuestros resultados concuerdan con los establecidos en el registro epidemiológico del MINSA (2017), donde se evidencia que los tipos de cáncer más frecuentes son los de cérvix, mama y de próstata.

Un 40% presenta un tiempo de enfermedad menor a los 6 meses y el 33.9%, mayor al año; existe un 47% de pacientes que están en el estadio II y el 38.3% recibe quimio/radioterapia.

Estos porcentajes reflejan la preocupación de la persona por confirmar o descartar la presencia de cáncer y, de confirmarla, tendría que recibir el tratamiento establecido que se extenderá en el tiempo en función a otros factores como el tipo de cáncer y el estadio.

En relación a la frecuencia de ideación suicida en los pacientes oncológicos, existe un 48.7% de participantes que la presentan, debido a que durante el último mes sus actitudes hacia la vida/muerte son equilibradas, es decir, perciben que es igual vivir o morir y lo dejan a la suerte. Y en relación a los pensamientos/deseos de suicidarse existe cierta duda hacia los intereses que los detienen, como el desempleo, la falta de apoyo familiar y los bajos o escasos recursos económicos que los llevan a pensar en la muerte; mientras que el 51.3% no presenta ideación suicida. Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Apaza (2012) y Quilla (2012), quienes observaron en sus poblaciones de estudio que existe un 29.47% y 38% de pacientes que presentan ideación suicida; mientras que el 70.53% y 62% no la presenta. La literatura también menciona que uno de los factores de riesgo suicida es el padecimiento de alguna complicación somática o enfermedad crónica, como la presencia de cáncer, VIH, etc., y al estar asociada a otros factores incrementará la probabilidad de cometer suicidio (Valdivia, 2014).

Dentro de las características sociodemográficas de los pacientes que presentan ideación suicida tenemos que un 78.6% tienen edades comprendidas entre 25 – 65 años, el 82.1% son mujeres y el 41.1% son solteros. Estos datos se asemejan a los reportados por INSM HD-HN (2012) donde se evidencia que la prevalencia de deseos de morir es de 6.8% en las mujeres frente al 2.2% en los hombres. También se cuenta con información de la OPS (2014), quienes han registrado que la ideación suicida se presenta con mayor frecuencia en edades comprendidas entre los 15 – 29 años y en personas mayores a 70 años, esto debido a la presencia de otros factores como la soledad, estado civil, el padecimiento de alguna enfermedad médica, etc. De igual manera, nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Fuentes

(2009), quien habla sobre depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer en la ciudad de Arequipa y se evidencia que existe un 30% de pacientes con cáncer que presentan ideación suicida y el grupo más afectado es el femenino (70%).

En cuanto al lugar de nacimiento, existe un 42.9% de participantes con ideación suicida que provienen de Puno, se debe a que tienen que viajar constantemente a sus sesiones programadas, no cuentan con un lugar fijo donde quedarse y no poseen los medios económicos para su estadía y alimentación. En relación a la religión, el 82.1% son católicos, esta distribución refleja a grandes rasgos la proporción de las confesiones religiosas en el país.

En cuanto al grado de instrucción el 39.3% de participantes con ideación suicida tienen estudios secundarios, el 53.6% y el 81.7% gana igual o menos de 950 soles mensuales. Nuestros resultados concuerdan con los encontrados por Apaza (2012), donde se evidencia que el 46.43% tienen nivel de instrucción secundaria, 64.29% no tienen empleo y 57.14% ganan menos de 1000 soles al mes. La literatura sostiene que existen factores de riesgo sociales y culturales que incrementan la presencia de ideación suicida, así las poblaciones menos favorecidas, con un nivel educativo bajo, desempleadas, etc., son más propensas a cometer suicidio (Valdivia, 2014). En el caso de las personas que trabajan de manera independiente se evidencia un impedimento para realizar sus actividades de manera normal, generando sentimientos de impotencia porque consideran que no pueden valerse por sí mismos.

Por otro lado, la relación entre los factores sociodemográficos e ideación suicida en pacientes oncológicos, nos muestra que no existen relaciones significativas entre el sexo ($p=.365$), edad ($p= .785$), tipo de cáncer ($p= .195$) con la ideación suicida; al igual que en la investigación de Dávila (2017), quien trabajó con pacientes con cáncer terminal que presentan depresión y riesgo suicida. Sin embargo, el estudio realizado por Quilla (2012) sobre frecuencia y factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer, evidencia que existen

factores como el sexo femenino, la edad joven o mayor de 60 años, la falta de pareja y el tipo de cáncer que están asociados a la ideación suicida.

En relación al grado de instrucción no se estableció una relación significativa entre este factor y la ideación suicida ($p=.053$). Estos resultados se diferencian de los encontrados por Apaza (2012), quien sostiene que el nivel secundario y superior tienen relación con la ideación suicida. Consideramos que estos resultados varían porque los pacientes tienen un conocimiento básico de la enfermedad que no les genera resistencia al proceso que deben atravesar y junto con otros factores como el estado civil y el apoyo familiar pueden sobrellevar su situación.

Por otro lado, el estado civil está asociado significativamente a la ideación suicida ($p=.019$), es decir, que las personas solteras tienen mayor riesgo de ideación suicida, el cual se incrementará si no cuentan con lazos familiares sólidos. Resultados similares se encontraron en la investigación de Apaza (2012) quien señala que la ideación suicida está presente en un 32,14% de pacientes solteros. Entonces, se evidencia que las personas casadas o convivientes rechazan las ideas de suicidio porque sienten que deben de luchar para superar la enfermedad y vivir por sus seres queridos, principalmente por sus hijos y pareja.

En relación a la ocupación e ideación suicida no hemos encontrado una relación significativa como se evidenció en las investigaciones de Apaza (2012) y Quilla (2012). La literatura nos indica que las personas que se desempeñan en alguna actividad laboral tienen menor riesgo de suicidio o escasa ideación suicida. En este caso, los pacientes al encontrarse en los primeros estadios de la enfermedad y por el tipo de trabajo que desempeñan, aún pueden desarrollar sus actividades de manera intermitente, ajustando sus horarios en función a las citas y tratamiento requerido porque necesitan seguir generando ingresos económicos para poder vivir.

No encontramos una relación significativa entre el tipo de cáncer, tiempo y estadio de la enfermedad, tratamiento médico ni psicológico con la ideación suicida como sí se evidencia en

los estudios de Apaza (2012) y Quilla (2012). Esta diferencia se debería a que los cánceres cuya localización afectan órganos de mayor importancia desde el punto de vista vital, tal es el caso del estómago, pulmón y páncreas generan mayor riesgo de ideación suicida que en los pacientes con cáncer cuello uterino, próstata y linfoma. Sin embargo, el tiempo, estadio y tratamiento son factores que pueden incrementar la ideación suicida. La experiencia clínica nos indica que la mayoría de personas que atraviesan por un tratamiento combinado (quimio/radioterapia) presentan algunos efectos secundarios, como: náuseas, vómitos, cansancio, caída del cabello, diarrea, dolor muscular y óseo, generando malestar físico y mental, pudiendo desencadenar en el riesgo suicida.

Por otro lado, se encontró una relación significativa entre la ideación de muerte ($p=.000$) y el apoyo familiar ($p=.005$) con la ideación suicida; nuestros resultados se asemejan a los encontrados por Tellería (2008). Podemos decir que, los pacientes que pensaron en terminar con su vida al enterarse de su diagnóstico (85.7%) son más propensos a presentar ideación suicida en alguna parte del proceso de tratamiento médico recibido, a esto se suma el tipo de cáncer, tiempo de enfermedad y estadio, como factores que pueden agravar la situación. Así mismo, los evaluados que no cuentan con apoyo familiar y que presentan ideación suicida (23.2%) tienen mayor probabilidad de suicidarse que los que cuentan con apoyo social. La literatura nos aclara que las personas que cuentan con una red adecuada de personas cercanas a su entorno tienen mayores posibilidades de superar los problemas cotidianos. Si esta red es además complementada con habilidades sociales pertinentes, garantizará el soporte adecuado para prevenir el suicidio.

En vista de los resultados encontrados, aún quedan por despejar algunas incógnitas sobre la relación de nuestras variables, dando paso así, a que nuevas investigaciones logren solidificar la información contrastada en este estudio y se puedan integrar otros elementos para fortalecer los nuevos hallazgos.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Los factores sociodemográficos que se asocian a la ideación suicida en los pacientes que asisten al Departamento de Oncología del Hospital III Goyeneche son el estado civil soltero, la ideación de muerte al momento del diagnóstico y el apoyo familiar.
- SEGUNDA:** Dentro de las características sociodemográficas que presentan los pacientes oncológicos existe una prevalencia del sexo femenino, adultos con edades comprendidas entre los 25 a 65 años, provenientes de la región Puno, que profesan la religión católica, cuentan con grado de instrucción secundaria, son solteros, de ocupación independiente y tienen ingresos económicos menores al sueldo mínimo vital.
- TERCERA:** La frecuencia de ideación suicida en los pacientes del Departamento de Oncología del Hospital III Goyeneche fue de 48.7%, que equivale a 65 pacientes.
- CUARTA:** Dentro de las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos que presentan ideación suicida existe una prevalencia de adultos con edades comprendidas entre los 25 a 65 años, mujeres, provenientes de la región Puno, de religión católica, con grado de instrucción secundaria, solteros, trabajadores independientes y que ganan menos de 950 soles mensuales.
- QUINTA:** No se encontraron relaciones significativas entre las características sociodemográficas como la edad, sexo, lugar de nacimiento, religión, grado de instrucción, ocupación, ingresos económicos, tipo de cáncer, tiempo de enfermedad, estadio del cáncer, tratamiento médico y el tratamiento psicológico con la ideación suicida.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Realizar más investigaciones dentro de esta línea de estudio en la región, tratando de abarcar a otras instituciones de salud que cuenten con el Servicio de Oncología con la finalidad de realizar comparaciones entre las poblaciones estudiadas, poder identificar los factores sociodemográficos que las caracterizan y así, trabajar con datos más heterogéneos.
- SEGUNDA:** Mejorar las condiciones de entrevista con el paciente, gestionando un espacio fijo y privado que genere confianza en él para compartir la experiencia asociada a su enfermedad; también es necesario disponer de un protocolo de entrevista estructurado que se ajuste al tiempo brindado por el paciente.
- TERCERA:** Profundizar nuestros conocimientos en la rama de la Psicooncología, ya que ésta proporciona conocimientos específicos sobre el inicio, proceso, comportamientos, cuidados, relación con el paciente, etc., de este grupo a fin de brindar una atención especializada desde nuestra profesión.
- CUARTA:** Formar parte de los equipos de trabajo constituido por los familiares y/o cuidadores para compartir nuestros conocimientos y atender de manera oportuna las necesidades propias de los pacientes oncológicos.
- QUINTA:** Realizar investigaciones más profundas y específicas de acuerdo a los factores sociodemográficos que no presentan relación con la ideación suicida con la finalidad de aportar mayores alcances científicos y teóricos a esta línea de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apaza, E. (2012). *Factores Asociados a la Ideación Suicida en Pacientes con Cáncer que reciben Quimioterapia* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/54220466.pdf>
- Apaza, R. (Comp.) (2012). *Sociología; Antología*. Arequipa, Perú: Editorial de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Arranz, P. (2006, enero). Intervención psicológica en cáncer. *INFOCOP Online*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=521
- Asociación Española Contra el Cáncer (2015). *Todo sobre el cáncer*. Recuperado de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer>
- Cruzado, J. A. (2011, febrero). La atención psicológica a los pacientes de cáncer y sus familiares. *INFOCOP Online*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3310
- Dajas, F. (2016) Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 80(2), 83-110. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02_REV1_01.pdf
- Dávila, D. E. (2017). *Características clínico-epidemiológicas y frecuencia de depresión y riesgo de suicidio en pacientes con cáncer en estado terminal en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Recuperado de <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6144/70.2153.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>

- De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida: Guía desarrollada por el centro de psicología aplicada.* Recuperado de https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio. Un estudio de sociología.* Recuperado de <http://ceiphistorica.com/wp-content/uploads/2016/04/Durkheim-%C3%89mile-El-Suicidio.pdf>
- Fernández, I., Timón, A. y Méndez, T. (2006). *Breve manual de oncología para informadores de la salud.* Recuperado de <https://es.scribd.com/document/352060369/Breve-Manual-de-Oncologia-Para-Informadores-de-Salud>
- Fuentes, M. (2009). *Depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer en Hospital Goyeneche de Arequipa* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
- Gómez, A. (2012) Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Rev. Med. Clin. Condes,* 23(5), 607-615. Recuperado de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/11_Dr--Alejandro-Gomez-C.-4.pdf
- González – Puell, S. (2012). *Psicooncología. Enfoque Integral de Ayuda a Pacientes Oncológicos.* Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco R. (2006) El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental,* 29(5), 66-74. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación.* Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20ta%20Edici%C3%B3n%20B3n.pdf

- Hernández-Vásquez, A., Azañedo, D., Rubilar-Gonzáles, J., Huarez, B. y Grendas, L. (2016). Evolución y diferencias regionales de la mortalidad por suicidios en el Perú, 2004-2013. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 751-7. Recuperado de <https://rmpesp.ins.gob.pe/index.php/rmpesp/article/view/2562/2459>
- Herrera, M. (2012). *Consideraciones sobre la tendencia suicida desde el enfoque humanista*. (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Seccional, Cali, Colombia. Recuperado de http://bibliotecadigital.usb.edu.co:8080/bitstream/10819/1169/1/Consideraciones_Tendencia_Suicida_Herrera_2012.pdf
- Hospital Goyeneche (2016). *Plan Operativo Institucional*. Recuperado de http://www.saludarequipa.gob.pe/goyeneche/doc/PLANES%20Y%20POLITICAS/2016/PLAN_OPERATIVO_INSTITUCIONAL_HG_2016.pdf
- Instituto Nacional de Cáncer (2018). *El cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/40/21>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. (2015). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao*. Recuperado de <https://peru21.pe/lima/tres-personas-suicidan-dia-peru-70-depresion-197065>
- Martínez, B. (1998). Suicidio en pacientes con cáncer. *Psiquiatría Pública*, 10 (4), 4-46. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/psiquiatra-publica/vol-10-n-4/46-suicidio-en-pacientes-con-cancer.pdf>
- Ministerio de Salud (2017). Boletín Epidemiológico del Perú. 26(21),706-708. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/21.pdf>

Ministerio de Salud (2018). Boletín Epidemiológico del Perú. 27(31), 703-705. Recuperado de
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/31.pdf>

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores, S.A.

Oliveros, E., Barrera, M. y Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 19 - 29. Recuperado de
<https://revistadepsicologiagepu.es.tl/Afrontamiento-ante-el-Diagnostico-de-C%C3%81ncer.htm>

Organización Mundial de la Salud (2014). *Mortalidad por Suicidio en las Américas*. Recuperado de
<http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Datos descriptivos del cáncer*. Recuperado de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Datos y cifras sobre el suicidio*. Recuperado de
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/

Organización Panamericana de la Salud (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas, informe regional*. Recuperado de
<http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>

Ortega, M. (2018) *Comportamiento Suicida; Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. Recuperado de <http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf>

Preciado, C. y Bonilla, J. (2011) *Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer*. Colombia. Rev. Cienc. Salud. 9 (2), 173-190. Recuperado de
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/viewFile/1688/1505>

Quilla, J. (2012). *Frecuencia y factores asociados a la ideación suicida en pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, 2012* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa. Recuperado de

<https://core.ac.uk/download/pdf/54220582.pdf>

Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer S.A.

Rodríguez, F., Glez. J., Gracia, R., Montes de Oca, D. (1990). *El suicidio y sus interpretaciones teóricas*. *Psiquis*, (11) 374-380. Recuperado de

http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf

Sánchez, A. (2016). *Ideación suicida y estrés académico en estudiantes de una universidad privada de Cajamarca* (Tesis de pregrado), Universidad Privada del Norte, Cajamarca.

Recuperado de <https://docplayer.es/92338019-Facultad-de-ciencias-de-la-salud-carrera-de-psicologia-ideacion-suicida-y-estres-academico-en-estudiantes-de-una-universidad-privada-de-cajamarca.html>

Silva, D. y Valdivia, M. (2013). Estudio comparativo de dos escalas de depresión en relación al intento de suicidio en adolescentes no consultantes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 51 (1), 10-15. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n1/art02.pdf>

Tellería, C. (2008). *Niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer* (Tesis de pregrado). Universidad Católica

Andrés Bello, Caracas. Recuperado de
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR3846.pdf>

Tovilla-Zarate, C. y Genis, A. (2012). *Los Genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida*. International Journal of Psychological Research, 5(1), 52-58. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134688>.

Valdivia, A. (Ed.). (2014). *Suicidología, Prevención, tratamiento psicológico e investigación en procesos suicidas*. Lima, Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas S.A.C.

ANEXOS

- 1. ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK (SIS)**
- 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**
- 3. MATRIZ**
- 4. AUTORIZACIÓN**

ANEXO N° 1

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE

1. Deseos de vivir ()
 0. Moderado a fuerte
 1. Poco (débil)
 2. Ningún (no tiene)
2. Deseos de morir ()
 0. Ninguno (no tiene)
 1. Poco débil
 2. Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir ()
 0. Vivir supera a morir
 1. Equilibrado (es igual)
 2. Morir supera a vivir
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo ()
 0. Ninguno (inexistente)
 1. Poco (débil)
 2. Moderado a fuerte
5. Deseo pasivo de suicidio ()
 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO

6. Duración ()
0. Breves, periodos pasajeros
 1. Periodos largos
 2. Continuos, casi continuos
7. Frecuencia ()
0. Rara, ocasionalmente
 1. Intermitentemente
 2. Persistente y continuo
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos ()
0. Rechazo
 1. Ambivalente, indiferente
 2. Aceptación
9. Control sobre la acción/deseo e suicidio ()
0. Tiene sentido de control
 1. Inseguridad de control
 2. No tiene sentido de control
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar) ()
0. No lo intentaría porque algo lo detiene
 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
 2. Ninguno o mínimo de interés en las razones que lo detienen (indicar que factor tienen)
11. Razones para pensar/desar el intento suicida ()
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza

1. Combinación de 0 – 2
2. Escapar, acabar, salir de problemas

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. Método: especificidad/oportunidad de pensar el intento ()

0. Sin considerar
1. Considerado, pero sin elaborar los detalles
2. Detalles elaborados/bien formulados

13. Método: disponibilidad /oportunidad de pensar el intento ()

0. Método no disponible, no oportunidad
 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
 2. Método y oportunidad disponible
- 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento ()

0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente
1. No está seguro de tener valor
2. Está seguro de tener valor

15. Expectativa/anticipación de un intento real ()

0. No
1. Sin seguridad sin claridad
2. Si

IV. ACTUALIZACIÓN DE INTENTO

16. Preparación real ()

0. Ninguna
1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
2. Completa

17. Nota suicida ()
0. Ninguna
 1. Solo pensada, iniciada sin terminar
 2. Escrita, terminada
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos) ()
0. No
 1. Solo pensando arreglos parciales
 2. Terminados
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida ()
0. Revela las ideas abiertamente
 1. Revela las ideas con reservas
 2. Encubre, engaña, miente
20. Intento de suicidio anteriores ()
0. No
 1. Uno
 2. Más de uno

ANEXO N° 2
FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Ficha N°	
EdadAños
Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Lugar de nacimiento	Arequipa <input type="checkbox"/> Puno <input type="checkbox"/> Cuzco <input type="checkbox"/> Tacna <input type="checkbox"/> Moquegua <input type="checkbox"/> Otros:.....
Religión	Católica <input type="checkbox"/> Adventista <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Mormón <input type="checkbox"/> Otros:.....
Grado de instrucción	Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>
Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
Ocupación	Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>
Ingresos económicos	< 950 soles <input type="checkbox"/> >=950 soles <input type="checkbox"/>
Tipo de Cáncer	Cuello Uterino <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> Hígado y vías biliares <input type="checkbox"/> Otros:
Tiempo de enfermedadAñosMeses
Estadio de la enfermedad	I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Terminal <input type="checkbox"/>

Tratamiento recibido	Cirugía () Quimioterapia () Radioterapia () Hormonoterapia () Biológica ()
Tratamiento psicológico o psiquiátrico	Si () No ()
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD	
¿Cómo reaccionó al enterarse de su diagnóstico?	Descripción:
¿Cuánto sabe sobre su enfermedad?	Descripción:
¿Qué piensa sobre su tratamiento?	Descripción:
Desde que se enteró de su enfermedad, ¿en algún momento pensó terminar con su vida?	Si () No () ¿Qué hizo?
¿Cuenta con el apoyo de algún familiar?	Si () No () ¿Quién?

ANEXO N° 3

MATRIZ

LEYENDA

CATEGORÍA	RANGO		VALOR
EDAD E	ADOLESCENTE	10-19	1
	JUVENTUD	20-24	2
	ADULTEZ	25-65	3
	ADULTO MAYOR	66-+	4
SEXO S	MASCULINO		1
	FEMENINO		2
LUGAR NACIMIENTO LN	AREQUIPA		1
	PUNO		2
	CUZCO		3
	TACNA		4
	MOQUEGUA		5
	OTROS		6
RELIGIÓN R	CATÓLICA		1
	ADVENTISTA		2
	EVANGÉLICO		3
	MORMÓN		4
	OTROS		5
GRADO INSTRUCCIÓN GI	SIN INSTRUCCIÓN		1
	PRIMARIA		2
	SECUNDARIA		3
	SUPERIOR		4
ESTADO CIVIL EC	SOLTERO		1
	CONVIVIENTE		2
	CASADO		3
	SEPARADO		4
	VIUDO		5
OCUPACIÓN O	CASA		1
	ESTUDIANTE		2

	EMPLEADO	3
	DESEMPLEADO	4
	INDEPENDIENTE	5
	JUBILADO	6
INGRESOS ECONÓMICOS IE	<= 950	1
	>950	2
TIPO DE CÁNCER TC	CUELLO UTERINO	1
	MAMA	2
	PRÓSTATA	3
	PULMÓN	4
	ESTÓMAGO	5
	PÁNCREAS	6
	HÍGADO Y VÍAS BILIARES	7
	OTROS	8
ESTADÍO DE LA ENFERMEDAD ES	I	1
	II	2
	III	3
	IV	4
	TERMINAL	5
TRATAMIENTO MÉDICO TM	CIRUGÍA	1
	QUIMIOTERAPIA	2
	RADIOTERAPIA	3
	QUIMIO/RADIO	4
	OTROS	5
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO TPP	SI	1
	NO	2
IDEACIÓN DE MUERTE IM	SI	1
	NO	2
APOYO FAMILIAR AF	SI	1
	NO	2
IDEACIÓN SUICIDA IS	<1 NO	1
	>=1 SI	2

	E	S	LN	R	GI	EC	O	IE	TC	TE	E	TM	TPP	IM	AF	IS
1	3	2	1	1	2	1	5	1	8	1	1	2	2	2	1	1
2	4	2	2	1	1	3	5	1	1	1	3	5	2	1	1	1
3	3	2	5	1	4	4	5	1	2	1	1	5	2	2	1	1
4	3	2	4	1	4	3	5	1	1	3	2	2	1	1	1	2
5	4	2	1	1	3	2	1	1	8	3	2	4	2	1	1	2
6	4	2	5	1	2	3	1	1	8	1	1	4	2	1	2	1
7	4	2	1	1	2	3	3	1	1	1	1	4	2	1	1	1
8	4	2	1	1	3	5	1	1	5	2	2	1	2	1	1	2
9	3	2	2	1	2	3	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1
10	3	2	2	2	2	1	1	1	8	3	3	4	2	2	1	2
11	3	2	2	1	3	1	1	1	4	2	4	2	2	1	1	2
12	3	2	2	1	2	5	5	1	7	1	1	2	2	2	1	1
13	3	2	2	1	2	3	5	1	6	1	1	2	2	1	1	2
14	3	2	3	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2
15	4	2	4	3	5	5	4	1	1	2	2	4	2	1	1	2
16	3	2	1	1	2	2	1	1	2	3	3	4	2	2	1	1
17	3	2	2	1	3	1	5	1	2	3	1	4	1	2	2	1
18	4	2	2	1	3	4	1	1	2	3	3	2	2	1	1	1
19	4	1	6	1	3	3	6	2	8	1	4	2	2	2	1	1
20	3	2	2	1	2	2	5	1	1	1	1	5	2	2	1	1
21	3	2	1	3	2	4	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1
22	3	1	2	1	2	3	5	1	5	1	1	5	2	1	1	2

23	3	2	3	1	2	3	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1
24	3	2	1	1	3	1	5	1	2	2	2	4	2	1	2	2
25	3	2	1	1	3	1	5	1	1	3	2	4	2	2	1	2
26	2	2	2	1	3	1	1	1	8	3	1	4	2	1	1	2
27	3	2	2	3	3	2	1	1	4	2	1	3	2	1	2	2
28	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	4	2	2	1	2
29	4	2	3	1	2	1	5	1	2	1	1	4	2	2	1	2
30	3	2	3	1	3	1	5	1	2	1	1	2	2	2	1	2
31	3	2	3	1	3	5	1	2	2	3	1	4	1	2	1	2
32	3	2	3	1	4	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2
33	3	2	1	1	3	2	1	2	2	3	1	3	2	2	1	2
34	4	2	3	1	3	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2
35	3	2	3	1	1	2	1	1	1	3	3	4	2	1	1	2
36	3	2	2	1	4	1	1	2	2	1	2	4	2	1	1	2
37	3	2	3	1	3	3	5	1	4	1	3	2	1	1	1	1
38	3	2	3	1	2	3	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1
39	4	2	2	1	1	5	1	1	5	1	4	2	2	1	1	2
40	3	2	1	1	3	3	1	1	2	3	2	3	2	1	1	1
41	1	2	2	1	3	1	2	1	5	3	4	4	2	1	1	1
42	4	2	1	1	2	1	6	2	6	2	3	2	1	1	1	2
43	3	2	2	1	3	3	1	2	1	1	2	4	2	2	1	1
44	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
45	3	1	2	1	3	3	5	1	3	2	2	2	2	1	1	2
46	3	2	1	1	3	1	5	1	2	3	2	4	2	2	1	1
47	3	2	3	1	3	2	5	2	2	3	2	4	2	2	1	1

48	3	2	3	1	2	3	1	1	8	3	1	3	1	1	1	1
49	3	2	5	2	2	2	1	1	1	3	2	4	1	1	2	1
50	3	2	5	2	2	2	1	1	1	3	2	4	1	1	2	2
51	3	2	2	1	2	5	5	1	1	3	2	4	2	1	1	1
52	4	2	4	1	2	5	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1
53	3	2	3	1	4	3	5	2	2	3	2	4	2	1	1	1
54	3	2	2	3	2	2	5	1	1	3	2	4	2	1	2	2
55	3	1	5	3	2	3	5	1	3	2	2	3	2	1	1	1
56	3	2	2	1	3	1	5	1	1	3	2	4	1	1	2	2
57	3	2	1	1	4	1	5	1	2	2	2	2	2	1	1	2
58	3	2	3	3	3	2	1	1	1	3	2	3	2	1	1	1
59	3	1	2	1	3	1	5	1	3	2	2	2	2	1	2	2
60	3	2	5	1	2	1	3	2	5	2	3	2	2	1	1	1
61	3	2	1	1	3	2	1	1	2	3	2	4	2	1	1	1
62	3	2	1	1	3	1	6	1	2	2	2	2	2	2	1	1
63	3	2	3	1	2	1	5	1	1	2	2	2	1	1	2	2
64	3	2	5	1	3	3	5	1	4	1	3	2	1	1	1	1
65	3	2	2	1	4	1	5	2	2	1	2	2	2	1	1	2
66	2	2	1	1	3	1	5	1	4	1	3	3	2	1	1	1
67	3	2	2	1	4	1	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2
68	3	2	3	1	2	3	1	2	1	1	2	4	2	2	1	1
69	3	2	3	1	3	2	5	2	2	3	2	4	2	2	1	1
70	3	2	2	3	2	2	5	1	1	3	2	4	2	1	2	2
71	3	1	5	3	2	3	5	1	3	2	2	3	2	1	1	2
72	3	1	6	1	4	1	5	2	8	1	2	4	2	1	1	2

73	3	2	2	1	1	2	1	1	8	1	1	2	2	1	1	2
74	4	1	2	3	2	1	5	1	8	1	2	2	2	1	1	1
75	3	2	2	1	3	1	5	1	1	1	4	2	2	1	1	2
76	3	2	1	1	3	3	1	1	8	1	2	3	2	1	1	1
77	3	2	1	1	3	4	5	2	1	3	2	4	2	2	1	1
78	3	1	2	1	2	5	5	1	3	1	3	2	2	1	2	2
79	3	2	3	1	3	1	5	1	2	1	1	2	2	1	1	2
80	3	2	2	2	3	1	1	1	8	1	1	3	2	2	1	1
81	3	2	3	1	1	5	1	1	1	1	4	4	2	1	1	2
82	3	1	2	1	3	2	1	1	4	1	4	2	2	1	1	2
83	3	2	2	1	2	5	1	1	2	2	3	3	2	1	1	1
84	3	1	2	1	3	2	5	1	8	1	4	1	2	1	1	1
85	3	2	1	3	3	4	5	1	1	3	2	4	2	1	1	2
86	3	1	5	1	4	1	5	1	4	2	2	4	2	1	1	2
87	3	2	5	1	4	2	5	1	1	3	2	4	1	1	1	2
88	3	2	4	1	2	2	1	1	2	3	3	3	1	1	1	1
89	3	1	2	1	3	1	5	2	8	2	4	4	2	1	1	1
90	3	1	3	1	3	2	5	1	8	2	2	2	2	2	1	1
91	3	2	5	1	4	1	5	1	1	2	3	4	2	1	1	1
92	3	2	4	1	2	2	5	1	2	1	3	4	2	1	1	2
93	3	2	6	1	3	1	1	1	2	3	2	4	2	2	1	1
94	3	1	5	1	3	1	5	1	4	2	2	2	2	1	2	2
95	4	2	1	1	1	1	1	1	6	2	2	2	1	1	2	2
96	3	2	1	1	3	1	6	1	2	2	2	2	2	2	1	1
97	3	2	1	1	3	2	1	1	2	3	2	4	2	1	1	2

98	3	2	2	2	3	1	1	1	8	1	1	3	2	2	1	1
99	3	2	1	1	3	3	1	1	8	1	1	1	2	2	1	1
100	3	2	2	3	2	2	5	1	1	3	2	4	2	1	1	2
101	3	2	3	1	2	3	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1
102	4	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
103	3	2	2	2	3	1	1	1	8	1	1	3	2	1	1	1
104	3	1	5	3	2	3	5	1	3	2	2	3	2	1	1	1
105	4	2	1	1	2	1	6	2	6	2	2	2	1	1	2	2
106	3	2	2	1	3	3	1	1	1	1	2	4	2	2	1	1
107	4	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
108	3	1	2	1	3	3	5	1	3	2	2	2	2	1	1	2
109	3	2	1	1	3	1	5	1	2	2	2	2	2	2	1	1
110	3	2	5	1	3	2	5	1	2	2	2	4	2	1	1	2
111	3	2	1	2	2	2	5	1	8	2	2	3	1	1	1	2
112	4	2	2	1	4	3	1	2	2	3	2	2	1	2	1	1
113	3	2	1	1	3	2	5	2	1	1	1	1	2	2	1	1
114	4	2	2	1	1	5	5	1	1	3	3	3	2	1	1	2
115	4	2	2	1	2	5	1	1	1	3	3	4	2	1	1	2



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

"Año de la Igualdad y no Violencia Contra las Mujeres"

PROVEIDO DE AUTORIZACION N° 169-2018-GRA/GRS/GR-HG-DG-OADI.-

Visto el expediente N° 9128-2018, con la aceptación de la Jefatura del Departamento de Medicina y con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta Dirección AUTORIZA que los estudiantes:

**LEYDI PATRICIA PROVINCIA MENDOZA
JOSUÉ FREDY HUAYHUACURI CALACHUA**

Egresados de la Escuela profesional de Psicología, de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, realicen su Investigación, aplicando los Instrumentos necesarios, para elaborar su Proyecto de Tesis titulado **"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON TRASTORNO DEPRESIVO EN EL HOSPITAL III GOYENECHE, 2018"**. Según informa el jefe del Departamento de Medicina del Hospital III Goyeneche.

Arequipa, 27 de Agosto del 2018

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE

Dr. Leonardo O. Chirinos Ramírez
DIRECTOR DEL HOSPITAL III GOYENECHE

LOCHR/BEP/CVCH
CC. Archivo

CASOS

- **CASO N° 1**

JOSUÉ FREDY HUAYHUACURI CALACHUA

- **ANEXOS**

- **CASO N° 2**

LEYDI PATRICIA PROVINCIA MENDOZA

- **ANEXOS**

CASO N° 01

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : J.C.C.C.
Fecha de nacimiento : 14 de julio de 1986
Edad : 31 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : Secundaria
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Informantes : Entrevistado
Lugar de entrevista : Servicio de Psicología del Hospital Goyeneche
Fecha de entrevista : 13 20, 27 de noviembre de 2017 y
4 de diciembre 2017
Nombre del examinador : Bach. Josué Huayhuacuri Calachua

II. MOTIVO DE CONSULTA

Evaluado acude por orden del Poder Judicial debido a una denuncia por agresión contra la libertad sexual en contra de una menor de edad de 9 años, en el momento de la agresión paciente estaba bajo los efectos del alcohol.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

Juan acude al consultorio por mandato judicial debido a agresión contra la libertad sexual, inicia consumo de alcohol desde el último año de educación primaria y durante la adolescencia el consumo se hace más frecuente (semanalmente). Durante los últimos años de la educación secundaria y posterior a ella el consumo se intensifica más en cuanto a cantidad y frecuencia. Por otro lado, no tiene interés en los asuntos académicos, en el hogar

intenta ser responsable mostrando madurez y aportando económicamente, sin embargo, las relaciones con la familia no son las más satisfactorias; y en el trabajo por sus características, Juan suele juntarse con sus compañeros para celebrar o simplemente estar entre amigos, sin embargo, en estas reuniones está siempre presente el consumo de alcohol y aunque trata de ser responsable con las exigencias laborales, casi siempre no tiene mucho éxito. El día de la denuncia Juan se encontraba tomando cerveza desde el día anterior, aquella tarde de domingo terminando de tomar y despidiéndose de sus amigos, se paró y sintiéndose bien para caminar se dirigió sólo en dirección a su domicilio, en el camino estando mareado observa a una menor de edad de aproximadamente 9 años, a la que toca en sus partes íntimas, la menor asustada corre a una tienda donde se encontraban sus tíos a los que les cuenta todo lo ocurrido, los tíos junto con otros vecinos de la zona van en busca del sujeto referido para hacer justicia con sus propias manos, al momento que lo identifican, los vecinos intentan agredirlo unos con sus manos y otros con palos, pero pasados unos minutos son interrumpidos por una patrulla de serenazgo que acude al lugar de los hechos y junto con la menor, el sujeto es conducido a la comisaría para rendir sus manifestaciones.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

ETAPA PRENATAL

Juan es el hijo mayor de una pareja, cuando nació, la madre tenía 20 años y el padre era mayor en 10 años, madre tuvo un embarazo normal, se desconocen más datos.

ETAPA NATAL

El embarazo duró nueve meses aproximadamente, el parto fue de forma natural y la atención fue proporcionada por personal médico de un establecimiento de salud.

ETAPA POST NATAL

Desde que nació no recibió muchos cuidados por parte de la madre, quien trabajaba todo el día y el padre estaba siempre de viaje, asistió a una guardería donde generalmente se sentía

solo y como era el hijo mayor no tenía con quien jugar. Empezó a caminar a los dos años aproximadamente.

ETAPA PRE ESCOLAR Y ESCOLAR

- **Inicial**

Juan asistió desde los 4 años a un jardín, se adaptó con cierta dificultad al nuevo ambiente ya que su relación con los otros niños era escasa y en ocasiones problemática, tendía a seguir a otros niños, no obstante, era demasiado inquieto en comparación con los otros niños.

- **Primaria**

La primaria la estudió en una I.E. del Cercado, empezó a leer y escribir en el primer año de primaria sin mayor dificultad, en general obtuvo un rendimiento escolar regular, sin embargo, en los últimos años empezó a mostrar cierto disgusto por el estudio y empezó a salir a bailar con algunos amigos, culminó la primaria a los 11 años de edad.

- **Secundaria**

Empieza la secundaria a los 12 años en el Politécnico Rafael Loayza donde los deseos por estudiar eran cada vez menores y en casa no había nadie que le exigiera ni orientara hacia la disciplina y el estudio, prefería estar con sus amigos y hacer travesuras siendo poco responsable con las demandas académicas, frecuentemente venían a buscarnos algunos amigos de la primaria para salir a bailar y otras veces a tomar y para salir del colegio lo hacía por medio de mentiras o evadiéndose. Por estas conductas repite el tercer y cuarto año. Culmina la secundaria a los 18 años.

Desarrollo y función sexual

Aspectos fisiológicos

Se percató de las diferencias entre hombre y mujer a los 4 años, terminando la primaria empezó a relacionarse más con las niñas llegando a sentir cierta atracción por ellas. Los

cambios propios de la adolescencia los percibió entrando a la secundaria, sin embargo, nunca recibió orientación sexual por parte de los padres, sino a través de sus amigos. En la secundaria llega a tener dos enamoradas que conoce en sus salidas de baile y es con la segunda con quien inicia su vida sexual. Se masturba regularmente.

Aspecto psicosexual y vida matrimonial

Tenía mayor apego hacia la madre, aunque ella no siempre estaba presente y no mostraba mucho afecto hacia él, no tiene actitudes hacia el padre porque éste falleció cuando Juan tenía cuatro años de nacido.

Actualmente está con pareja sentimental seis años menor que él con la que convive hace cinco años y tienen una hija de cuatro años. La intimidad con su pareja es irregular. Tiene el deseo de casarse, pero sus condiciones económicas se lo impiden por ahora, sin embargo, su hija a quien le tiene mucho afecto le da motivos para ser un mejor padre y esposo. No ha tenido relaciones extramatrimoniales.

Historia de la recreación y de la vida

Los juegos preferidos desde niño eran los que involucraban competencia y fuerza, por ello prefería el futbol. En la adolescencia conoce amigos del mismo sexo y del sexo opuesto quienes lo buscaban para salir a bailar. Sale regularmente a tomar con los amigos de trabajo con los que mantiene una buena relación. Básicamente dos grupos influyen sobre él, la familia y los compañeros de trabajo.

Relaciones sociales

Tanto en la adolescencia como en la etapa de servicio militar conformaba siempre un grupo de amigos que tenían en común el salir a tomar y bailar. Por otro lado, en la familia por ser el hermano mayor adopta el rol de jefe del hogar manteniendo relaciones aceptables con ellos. Fuera de la familia solo tiene el grupo social de su centro laboral

los cuales ejercen una fuerte influencia sobre él, Juan se caracteriza por no tener inclinaciones al liderazgo ya que prefiere hacer lo que el grupo diga.

Actividad laboral

Empezó a trabajar a los 11 años vendiendo periódicos y ayudando en talleres mecánicos para ayudar con los gastos de la casa. En la adolescencia trabajó como cobrador de combi y a la vez aprendía en su centro de estudios el oficio relacionado a la mecánica automotriz y reparación de llantas. Actualmente trabaja en un taller reparando llantas.

Historia militar

Al año siguiente de haber terminado la secundaria sin saber qué hacer concretamente y en busca de algo útil para su vida, optó por realizar el servicio militar permaneciendo dos años en una institución castrense. Este nuevo ambiente le exigía orden y disciplina con las que no estaba familiarizado y a pesar de las normas buscaba salir en horarios prohibidos para ir a tomar con los amigos. En éste periodo tuvo un incidente en el que estando bajo los efectos del alcohol le rompe la cabeza a otro soldado.

Religión

Juan se reconoce como católico, aunque no participa activamente de las prácticas religiosas.

Hábitos e influencias nocivas o toxicas

- Alimentación: El paciente tiene un buen apetito, aunque en situaciones de estrés, o preocupación por falta de tiempo debido al trabajo llega a suspender una o dos comidas por lo que no es muy cuidadoso con su alimentación.
- Sueño: Los hábitos de sueño son irregulares debido a que suele salir a tomar y llegar a casa por la madrugada.
- Aseo: Se baña cuando tiene tiempo y cuando ve la necesidad ya que por su trabajo no dispone de tiempo y no es una prioridad para él.

- Alcohol: Consume alcohol con mucha frecuencia (1 a 2 días seguidos) e intensidad (media caja de cerveza).
- Cigarrillo: Eventualmente junto con el consumo de alcohol.
- Otras sustancias tóxicas: No hay evidencia de otras sustancias.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS

Enfermedades y accidentes

No tuvo accidentes ni enfermedades que hayan sido consideradas de riesgo. Tuvo una pelea con un compañero de cuartel al que le rompió la cabeza, sin embargo, Juan salió casi intacto.

Personalidad Premórbida

Desde niño no tuvo la atención y afecto de los padres, tuvo poca conciencia sobre responsabilidad, era agresivo, mentiroso y no se sujetaba a las reglas. Con el transcurso de los años las conductas se fueron reforzando y muchas veces actuaba de forma impulsiva, con poco control de sí mismo, no tomaba decisiones propias, ya que obedecía lo que decía el grupo.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Composición familiar:

Actualmente vive con su pareja, su hija, su madre y un hermano menor. Juan se dedica a la reparación de llantas en un taller, la pareja es ama de casa, su madre se dedica a la venta de artículos de limpieza y su hermano enseña danza. El padre falleció cuando Juan tenía 4 años.

Dinámica familiar:

Dinámica familiar con carencias afectivas y económicas ya que no se cuenta con el apoyo del padre, la relación con su esposa es regular y tiene una actitud indiferente frente al

problema, la relación con su mamá es regular, además tiene interés en la formación de su menor hija, la relación con su hermano es buena.

Condición socioeconómica:

Vivienda de material noble, alquilada, con 4 habitaciones, cuenta con todos los servicios básicos; agua, luz, desagüe, económicamente dependen de los ingresos de Juan y del hermano. El nivel económico es bajo.

Antecedentes patológicos

El padre tenía problema con el consumo de alcohol.

VI. RESUMEN

Juan de 31 años natural de Arequipa acude a consulta por orden del poder judicial a raíz de una denuncia por agresión contra la libertad sexual de una menor de edad. Persona crece con la ausencia de ambos padres, era un niño inquieto en comparación a otros niños. En primaria tenía un bajo rendimiento escolar debido a que nadie le exigía preocuparse por el estudio, empieza el consumo de alcohol desde los once y lo hacía evadiéndose del colegio. En la secundaria los deseos por estudiar eran cada vez menores, conoce amigos de otros colegios con quienes sale a bailar y tomar cerveza evadiéndose del colegio en horas del recreo. Por estas conductas repite el tercer y cuarto año de secundaria, en este periodo inicia su vida sexual sin embargo nunca recibió orientación sexual por parte de los padres, Termina la secundaria a los 18 años.

Realiza el servicio miliar donde no estaba familiarizado con el orden y la disciplina y a pesar de esto logra evadirse para ir a tomar con los amigos. Actualmente tiene pareja sentimental que es seis años menor que él con la que convive hace cinco años y tienen una hija de cuatro años. por ser el hermano mayor adoptó el rol de jefe del hogar manteniendo relaciones aceptables con ellos. Actualmente trabaja en un taller reparando llantas. Es consumidor de alcohol con mucha frecuencia (1 a 2 días seguidos) e intensidad (media caja

de cerveza) y eventualmente junto con el consumo de cigarro. Dinámica familiar con carencias afectivas y económicas, el nivel económico es bajo.

*Josué Huayhuacuri Calachua
Bach. en psicología*

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : J.C.C.C.
Fecha de nacimiento : 14 de julio de 1986
Edad : 31 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : Secundaria
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Informantes : Entrevistado
Lugar de entrevista : Servicio de Psicología del Hospital Goyeneche
Fecha de entrevista : 13 20, 27 de noviembre de 2017 y
4 de diciembre 2017
Nombre del examinador : Bach. Josué Huayhuacuri Calachua

II. PORTE COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Juan no aparenta la edad referida, es de contextura delgada, talla mediana, cabello negro y tez oscura. Su tono de voz es bajo, se expresa con relativa fluidez. Su postura es erguida y su marcha coordinada, sus movimientos son regulares y armónicos. Evidencia descuido en su arreglo e higiene personal. Durante la entrevista mantiene un contacto visual corto con el entrevistador, su expresión facial denota cierta preocupación, y se mostró poco colaborador con la información solicitada.

III. ATENCIÓN CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

ATENCIÓN

Paciente que se muestra reservado en la entrevista, responde cuando se le solicita información, no realiza preguntas al evaluador. Su atención sostenida es apropiada. En cuanto a tu atención dividida presenta cierta dificultad ya que no suele mantener la ilación del relato de manera secuencial.

CONCIENCIA

El paciente se encuentra lúcido, tiene conciencia de lo que sucede a su alrededor con respecto a otras personas, reconoce familiares y el motivo por el que asiste al consultorio. Estuvo atento al curso de la entrevista, no presenta somnolencias, ni fluctuaciones en su atención.

ORIENTACIÓN

Se encuentra orientado en el tiempo, reconoce la fecha, el día y el año en que se encuentra, así mismo reconoce el lugar donde se encuentra, lo que evidencia su orientación en tiempo y espacio. Refiere su nombre, edad y ocupación y la de familiares cercanos, lo que nos indica que se encuentra orientado también respecto a su persona.

IV. LENGUAJE

Lenguaje fluido, pronunciación clara, tono de voz baja, con cierta aceleración y omisión en momentos donde narra algún suceso que le genere tensión. El contenido va en relación a lo que siente sobre el problema; mantiene el curso de la conversación, con sucesos narrados sin seguir una secuencia. Su vocabulario está acorde a su grado de instrucción y nivel sociocultural. Lenguaje comprensivo sin alteraciones.

V. PENSAMIENTO

El curso de su pensamiento es lógico, manteniendo la idea del tema de conversación, se sustenta en ideas de duda acerca de su problema, y cierto alivio por el apoyo brindado por sus familiares.

VI. PERCEPCIÓN

Sus procesos perceptivos se encuentran conservados, sin presencia de alteraciones, presentando una adecuada discriminación de estímulos, tanto somáticos, gustativos, visuales, auditivos y táctiles.

VII. MEMORIA

Su memoria remota y reciente se encuentra conservada, es capaz de recordar hechos de su historia personal, así como de acontecimientos recientes, sin embargo, no recuerda todo lo que sucedió el día en el que fue denunciado.

VIII. FUNCIÓN INTELECTUAL

Con respecto a sus funciones intelectuales su capacidad de comprensión, razonamiento y juicio se encuentran relativamente conservados, necesitando en ocasiones la aclaración sobre ciertas indicaciones de la evaluación, niveles de cálculo y abstracción, según el grado instrucción y nivel sociocultural.

IX. ESTADO DE ÁNIMO

Durante la entrevista, se observó cierta tranquilidad y poca preocupación, su expresión facial refleja poca preocupación ante la situación. No manifiesta sentimientos de angustia por lo ocurrido. Su estado de ánimo es de pasividad.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

El paciente no posee conciencia del problema de fondo, sin embargo, manifiesta sentirse arrepentido por lo ocurrido, ya que ha impactado en su vida personal, familiar y social,

tiende a dar poco valor a sus errores, mostrando cierta autosuficiencia con respecto al problema, indicando que no lo considera como tal y que lo puede controlar.

XI. RESUMEN

Juan es un adulto de contextura delgada, que no aparenta la edad que tiene, de talla mediana, cabello negro y tez oscura, tono de voz baja y se expresa con relativa fluidez. Su postura es erguida y marcha coordinada, sus movimientos son regulares y armónicos, con descuido en su arreglo e higiene personal. Paciente lucido, se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Lenguaje fluido, pronunciación clara, tono de voz baja, con cierta aceleración y el curso de su pensamiento es lógico. Sus procesos perceptivos, memoria remota y reciente se encuentran conservados, sus funciones intelectuales, su capacidad de comprensión, razonamiento y juicio se encuentran relativamente conservados, tiene cierta tranquilidad y poca preocupación, su estado de ánimo es de pasividad. El paciente no posee conciencia del problema de fondo.

*Josué Huayhuacuri Calachua
Bach. psicología*

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : J.C.C.C.
Fecha de nacimiento : 14 de julio de 1986
Edad : 31 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : Secundaria
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Informantes : Paciente
Lugar de entrevista : Servicio de Psicología del Hospital Goyeneche
Fecha de entrevista : 13 20, 27 de noviembre de 2017 y
4 de diciembre 2017
Nombre del examinador : Bach. Josué Huayhuacuri Calachua

II. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

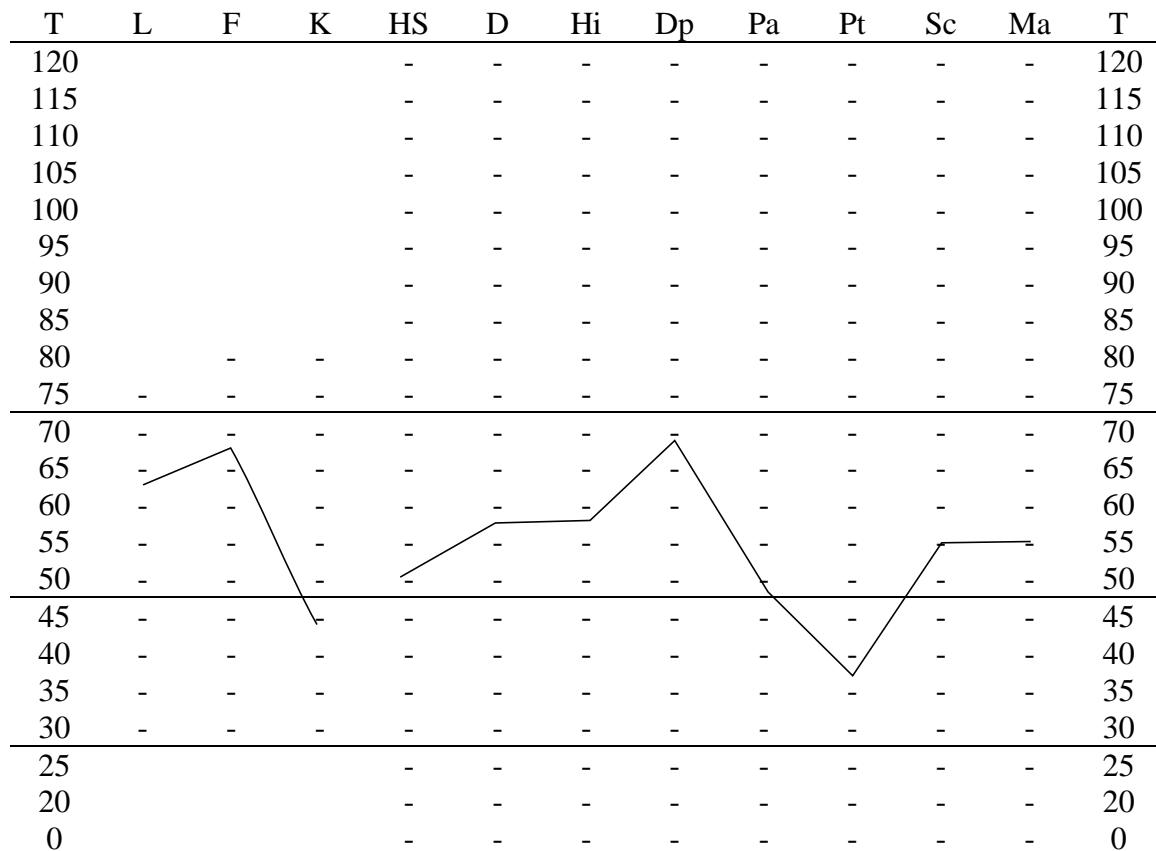
Durante la evaluación se observa que hay cierta tranquilidad y poca preocupación por el problema. No manifiesta sentimientos de angustia, su estado de ánimo es pasivo y mantiene un escaso contacto visual con el entrevistador. Colabora con la evaluación haciendo todo lo que se le indica.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Inventario Multifásico de la Personalidad - MINIMULT
2. Test de La Figura Humana de Karen Machover
3. K.BIT - Test Breve de Inteligencia de Kaufman, (*Alan S. Kaufman y Nadeen L. Kaufman*).

IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Inventario Multifásico de la Personalidad MINIMULT



Resultado cuantitativo:

	L	F	K	HS	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Sc	Ma
Puntaje Directo	3	4	4	4	4	7	9	2	6	8	6
Puntaje Equivalente	8	11	10	10+	20	21	25+	8	16+	24+	18+
Añadir K				12			27		17	25	19
Puntaje T	63	68	46	52	58	58	69	50	38	55	55

Resultado cualitativo:

L: El paciente tiende a la necesidad de mostrarse socialmente ajustado, en ocasiones, aun a costa de su propia individualidad.

F: Presenta fuerte tensión interna y la tendencia a la exageración de la propia problemática, frecuentemente ocasionada por la sensación de impotencia para manejarla por sí mismo.

K: Persona que busca algún tipo de ayuda, puede tener una pobre autoestima y probablemente esté interesado en asuntos relativos a problemas emocionales.

1 Hs: Escasa preocupación por la salud física corporal, sin ninguna o poca sensación de problemas somáticos como fatiga, cansancio y molestias físicas.

2 D: Concepción de la vida de tipo promedio con mezcla de optimismo y pesimismo, reducción de autocritica.

3 Hi: Necesidad del paciente de mostrarse independiente al tratar de romper cualquier relación en la que pueda sentirse sometida.

4 Dp: Con tendencia a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que demanda de su grupo, con tendencia a conseguir de inmediato lo que desea, en ocasiones sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos y sin capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades.

6 Pa: Respeta la opinión de los demás sin verse afectado en su sensibilidad, reacciona aparentemente sin molestarte, relajado en sus responsabilidades.

7 Pt: Falta de valoración de las experiencias, incapacidad para cambiar pautas de comportamiento que pueden ser problemáticas para el sujeto.

8 Es: Tendencia del sujeto a autodescribirse y mostrarse realista y capaz de llevar a cabo sus planes para alcanzar sus metas, adecuada capacidad para la socialización.

9 Ma: Nivel normal de energía y actividad.

Resumen del análisis cualitativo

Juan presenta fuerte tensión interna y exageración de la propia problemática, busca algún tipo de ayuda y puede tener una pobre autoestima y probablemente esté interesado en asuntos relativos a problemas emocionales. Tiene tendencia a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que demanda de su grupo, consigue de inmediato lo que desea, en ocasiones no reflexiona lo suficiente sobre las consecuencias de sus actos y no tiene la capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades.

K.BIT - Test Breve de Inteligencia de Kaufman, (Alan S. Kaufman y Nadeen L. Kaufman)

Resultado Cuantitativo:

SUBTEST	PUNTAJE DIRECTO	PUNT. TIPICA	SUMA DE PUNT. TIPICAS	C.I. COMPUESTO DEL K.BIT	CATEGORIA DESCRIPTIVA
Vocabulario	54	79 ± 12	163	76±10	debajo del promedio
Matrices	29	84 ± 11			

Resultado cualitativo:

El paciente obtuvo una puntuación típica de 163, correspondiente a un C.I. Compuesto de 76 ± 10 y un centil de 5; lo que lo ubica en un nivel intelectual inferior o debajo del promedio, lo que quiere decir que tiene cierta dificultad para resolver problemas, ya sea en el trabajo o en las relaciones personales.

Test de La Figura Humana de Karen Machover

Resultado cualitativo:

Juan Carlos es una persona con deficiencias en el contacto con el medio social y emocional, con reacción a la crítica, con tendencia a la introversión y a la inmadurez emocional con cierto menosprecio propio, vanidad y rigidez con su entorno, falta de confianza en el control social, presenta también indicadores de consumo de alcohol,

sexualidad inmadura, tendencia a la agresividad, hostilidad, terquedad y rigidez, predominio de los impulsos sobre la razón. Y falta de dirección en la vida.

V. RESUMEN

Juan tiene un C.I. compuesto de 76 ± 10 , lo que lo ubica en un nivel intelectual debajo del promedio, lo que quiere decir que tiene cierta dificultad para resolver problemas, ya sea en el trabajo o en las relaciones personales.

Presenta fuerte tensión interna y exageración de la propia problemática, busca algún tipo de ayuda, tiene pobre autoestima y probablemente esté interesado en asuntos relativos a problemas emocionales. Tiene tendencia a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que demanda de su grupo, consigue de inmediato lo que desea, en ocasiones no reflexiona mucho sobre las consecuencias de sus actos y no tiene la capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades.

Juan es una persona con deficiencias en el contacto con el medio social y emocional, reacción a la crítica, tiende a la introversión y a la inmadurez emocional con cierto menospicio propio, vanidad y rigidez con su entorno, presenta indicadores de consumo de alcohol, agresividad, sexualidad inmadura, hostilidad, terquedad y rigidez, predominio de los impulsos y falta de dirección en la vida.

*Josué Huayhuacuri Calachua
Bach. psicología*

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : J.C.C.C.
Fecha de nacimiento : 14 de julio de 1986
Edad : 31 años
Lugar de nacimiento : Arequipa
Sexo : Masculino
Grado de instrucción : Secundaria
Procedencia : Arequipa
Religión : Católica
Informantes : Evaluado
Lugar de entrevista : Servicio de Psicología del Hospital Goyeneche
Fecha de entrevista : 13 20, 27 de noviembre de 2017 y
4 de diciembre de 2017
Nombre del examinador : Bach. Josué Huayhuacuri Calachua

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que acude por orden del Poder Judicial debido a una denuncia por agresión contra la libertad sexual hacia una menor de edad, en el momento de la agresión paciente estaba bajo los efectos del alcohol.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

1. Observación
2. Entrevista
3. Pruebas psicológicas
 - Inventario Multifásico de la Personalidad - MINIMULT
 - Test de La Figura Humana de Karen Machover

- K.BIT - Test Breve de Inteligencia de Kaufman, (*Alan S. Kaufman y Nadeen L. Kaufman*)

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Juan de 31 años natural de Arequipa acude a consulta por orden del Poder Judicial a raíz de una denuncia por agresión contra la libertad sexual de una menor de edad. Persona crece con la ausencia de ambos padres, era un niño inquieto en comparación a otros. En primaria tenía un bajo rendimiento escolar debido a que nadie le exigía preocuparse por el estudio, empieza el consumo de alcohol desde los once y lo hacía evadiéndose del colegio. En la secundaria los deseos por estudiar eran cada vez menores, conoce amigos de otros colegios con quienes sale a bailar y tomar cerveza evadiéndose del colegio en horas del recreo. Por estas conductas repite el tercer y cuarto año de secundaria, en este periodo inicia su vida sexual sin embargo nunca recibió orientación sexual por parte de los padres, Termina la secundaria a los 18 años.

Realiza el servicio miliar donde no estaba familiarizado con el orden y la disciplina y por eso consigue evadirse para ir a tomar con los amigos. Actualmente tiene pareja sentimental que es seis años menor que él con la que convive hace cinco años y tienen una hija de cuatro años. por ser el hermano mayor adoptó el rol de jefe del hogar manteniendo con ellos relaciones poco aceptables. Actualmente trabaja en un taller reparando llantas. Es consumidor de alcohol con mucha frecuencia (1 a 2 días seguidos) e intensidad (media caja de cerveza) y eventualmente junto al consumo de cigarro. Dinámica familiar con carencias afectivas, el nivel económico es bajo.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Juan es un adulto de contextura delgada, que aparenta mayor edad de la que tiene, talla mediana, postura erguida y marcha coordinada con movimientos regulares y armónicos; cabello negro y tez oscura, con descuido en su arreglo e higiene personal. Tiene tono de

voz baja, se expresa con relativa fluidez, pronunciación clara con cierta aceleración y el curso de su pensamiento es lógico. Paciente lucido, se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona. Sus procesos perceptivos, memoria remota y reciente se encuentran conservados, sus funciones intelectuales, su capacidad de comprensión, razonamiento y juicio se encuentran relativamente conservados, tiene cierta tranquilidad y poca preocupación, su estado de ánimo es de pasividad. El paciente no posee conciencia del problema de fondo.

Durante el examen psicométrico se observa que hay cierta tranquilidad y poca preocupación por el problema. No manifiesta sentimientos de angustia y colabora con la evaluación haciendo todo lo que se le indica.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El paciente tiene un C.I. compuesto de 76 ± 10 , lo que lo ubica en un nivel intelectual debajo del promedio, esto quiere decir que tiene cierta dificultad para resolver problemas, ya sea en el trabajo o en las relaciones personales.

Juan tiende a minimizar los problemas, no es consciente de sus actos cuando está bajo los efectos del alcohol, no tiene cuidado de su apariencia personal y le cuesta decir no a las invitaciones del grupo.

Tiene problemas en el contacto con el medio social debido fundamentalmente a que no puede negarse frente a una invitación, reacciona a la crítica sin permitir que lo contradigan, su círculo social es limitado por lo que tiende a la introversión, tiene cierto menosprecio hacia sí mismo porque no muestra mucha preocupación por su apariencia personal, es consumidor frecuente de alcohol que le ha generado problemas, los cuales han impactado sobre su capacidad intelectual, también presenta mayor predominio de sus impulsos manifestando agresividad, hostilidad y rigidez, lo que le ha ocasionado problemas con otras personas.

Asimismo, se ve en la necesidad de buscar ayuda de alguien que le indique lo que debe hacer, tiene poca autoestima que se refleja en el descuido de su salud, tiene dificultades para enfrentarse a los problemas debido al miedo e inseguridad. No le preocupa el cuidado de su organismo ya que no reflexiona sobre las consecuencias del consumo excesivo, va en búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia de parte de un grupo, consigue de inmediato lo que desea sin reflexionar lo suficiente acerca de las consecuencias de sus actos y no tiene la capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades.

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente caracterizado por tener capacidad intelectual inferior al promedio. Presenta parcial conciencia de la enfermedad, consumo frecuente de alcohol, agresividad, hostilidad y rigidez, baja autoestima, inmadurez emocional, introversión, menospicio y pobre control de impulsos; asimismo no cuenta con el apoyo familiar, el entorno laboral promueve el consumo de alcohol y actualmente viene llevando una denuncia.

VIII. PRONÓSTICO

El pronóstico es reservado por las características y rasgos que presenta el paciente como la parcial conciencia de la enfermedad, el pobre control de impulsos, inmadurez emocional, menospicio, agresividad, además de no contar con el apoyo familiar, ser vulnerable al grupo social y seguir una denuncia.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia de pareja
- Psicoterapia Familiar

Arequipa, viernes 05 de enero de 2018

*Josué Huayhuacuri Calachua
Bach. psicología*

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: J.C.C.C.
Fecha de nacimiento	: 14 de julio de 1986
Edad	: 31 años
Lugar de nacimiento	: Arequipa
Sexo	: Masculino
Grado de instrucción	: Secundaria
Procedencia	: Arequipa
Religión	: Católica
Informantes	: Paciente
Lugar de entrevista	: Servicio de Psicología del Hospital Goyeneche
Fecha de entrevista	: 13 20, 27 de noviembre de 2017 y 4 de diciembre 2017
Nombre del examinador	: Bach. Josué Huayhuacuri Calachua

II. DIAGNÓSTICO

Paciente caracterizado por tener capacidad intelectual inferior al promedio. Presenta parcial conciencia de la enfermedad, consumo frecuente de alcohol, agresividad, hostilidad y rigidez, baja autoestima, inmadurez emocional, introversión, menospicio y pobre control de impulsos; asimismo no cuenta con el apoyo familiar, el entorno laboral promueve el consumo y actualmente viene llevando una denuncia.

OBJETIVOS

- Aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo en relación al consumo de alcohol.
- Enseñar al individuo a evitar las recaídas en el consumo.

- Adquirir un estilo de comunicación assertiva y eficaz, que permita construir y mantener relaciones interpersonales y rechazar el alcohol.
- Manejar las situaciones de riesgo con el objetivo de disminuir o cesar el consumo de alcohol
- Aumentar la motivación intrínseca del sujeto en un tiempo breve de intervención.
- Proporcionar la oportunidad de practicar respuestas a las situaciones de exposición en un entorno controlado y seguro.

III. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Técnica de Motivación Para el Cambio basadas en el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.

IV. TIEMPO DE EJECUCIÓN

El plan psicoterapéutico se dividió en 6 sesiones, las mismas que se realizaran un día a la semana, con la duración de 45 minutos. Se desarrollarán de acuerdo a los avances del paciente.

V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

SESIÓN 1: ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO	
Objetivo	Aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo en relación al consumo de alcohol.
Desarrollo de la técnica	Teniendo en cuenta los factores de vulnerabilidad hacia la recaída, se inicia el abordaje con un análisis de los mismos (comorbilidad biológica y/o psiquiátrica, factores de riesgo intrapersonales e interpersonales y cálculo realista de la exposición a estímulos relacionados con el alcohol que el

	<p>sujeto experimentará dadas sus condiciones de vida), para trabajar con recursos específicos de enfrentamiento y manejo de esas situaciones de riesgo, mediante una combinación de técnicas de prevención de recaídas, de manejo del humor y de los estados de recaídas.</p>
--	--

SESIÓN 2: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	
Objetivo	Enseñar al individuo a evitar las recaídas en el consumo.
Desarrollo de la técnica	<p>Esta aplicación de prevención de recaídas consiste en una combinación de análisis de estilos de vida, entrenamiento en habilidades y reestructuración cognitiva.</p> <p>Se trabaja con el paciente la información para aumentar el conocimiento de la enfermedad y la concientización, la capacitación para la identificación y el afrontamiento de situaciones de riesgo y promover el cambio de hábitos.</p> <p>Las estrategias que utiliza este modelo son: identificación de situaciones de riesgo individuales (internas y externas), entrenamiento en habilidades para hacer frente a dichas situaciones de modo que aumente la competencia del sujeto, reestructuración cognitiva de los mitos relacionados con el efecto positivo del alcohol, manejo de los deslices o recaídas, reestructuración de la percepción del proceso de recaída, análisis de los hábitos de vida y desarrollo de</p>

	hábitos saludables, utilización de técnicas de control de estímulos y de manejo en situaciones de emergencia
--	--

SESIÓN 3: ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES O HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Objetivo	Adquirir un estilo de comunicación asertiva y eficaz, que permita construir y mantener relaciones interpersonales y rechazar el alcohol.
Desarrollo de la técnica	<p>Se trabaja en el paciente la habilidad de rechazar una copa, ofrecer respuestas positivas, realizar una crítica eficazmente, recibir críticas acerca del consumo de alcohol.</p> <p>Es desarrollar habilidades de escucha, aumentar las habilidades de conversación, desarrollo de apoyos para la sobriedad y aprender estrategias efectivas de resolución de conflictos. Adicionalmente se puede completar el trabajo con habilidades de expresión de sentimientos, lenguaje no verbal, asertividad, etc.</p> <p>La técnica de entrenamiento en habilidades sociales es aplicable y eficaz, incluso en pacientes con mayor comorbilidad y severidad, cuando el objetivo es retrasar las recaídas significativamente.</p>

SESIÓN 4: TÉCNICAS DE AUTOCONTROL	
Objetivo	Manejar las situaciones de riesgo con el objetivo de disminuir o cesar el consumo de alcohol.
Desarrollo de la técnica	Se pueden mencionar la auto observación y auto registro, establecimiento de objetivos, refuerzo de objetivos conseguidos, análisis funcional de las situaciones de consumo y aprendizaje de estrategias alternativas de enfrentamiento.

SESIÓN 5: INTERVENCIONES MOTIVACIONALES	
Objetivo	Aumentar la motivación intrínseca del sujeto en un tiempo breve de intervención.
Desarrollo de la técnica	Los elementos de este tipo de abordaje son: establecer una escucha reflexiva y empática, proveer de información personalizada, promover un discurso automotivador, proporcionar un menú de opciones posibles, ofrecer consejo, implicar al paciente en la responsabilidad y toma de decisiones de su tratamiento y aumentar la percepción de autoeficacia.

SESIÓN 6: EXPOSICIÓN A ESTÍMULOS	
Objetivo	Proporcionar la oportunidad de practicar respuestas a las situaciones de exposición en un entorno controlado y seguro.

Desarrollo de la técnica	<p>La exposición repetida a esos estímulos en un entorno controlado permitiría reducir la intensidad de dicha reacción y simultáneamente aumentar la práctica en la utilización de estrategias de afrontamiento, aumentando su capacidad de respuesta.</p> <p>La técnica de exposición a estímulos, en combinación con estrategias de afrontamiento, ejecutada por un experto, se muestra eficaz en la reducción de la frecuencia e intensidad de consumo.</p>
--------------------------	--

VI. AVANCES TERAPÉUTICOS

A la fecha se aplicó tres sesiones.

VII. LOGROS OBTENIDOS

1. Se logró aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de riesgo en relación al consumo de alcohol.
2. Se enseñó al paciente estrategias para evitar las recaídas en el consumo.
3. Se proporcionó información sobre el estilo de comunicación asertiva y eficaz, que permitirá construir y mantener relaciones interpersonales adecuadas a fin de rechazar el consumo de alcohol.

*Josué Huayhuacuri Calachua
Bach. psicología*

K•BIT**Test Breve de Inteligencia de Kaufman**

Alan S. Kaufman y Nadeen L. Kaufman

HOJA DE ANOTACIÓN

Apellidos C. C.
 Hombre S. Otra _____ Sexo M

Lugar de nacimiento _____

Lugar de residencia _____

Estudios _____
 (Especificar los actuales o nivel más alto alcanzado)

Ocupación Propia _____

De los padres _____
 (para menores de 18 años)

Examinador _____

	Año	Mes	Día
Fecha de examen	17	11	27
Fecha de nacimiento	86	07	14
Edad cronológica	37	04	13

17 11 27

SUBTESTS	Punt. directa	Punt. Típica ± banda de error 90% intervalo de confianza	Centil	Categoría descriptiva	Otros datos
Vocabulario expresivo	40				
Definiciones	14				
VOCABULARIO	54	79±9	8	Bajo	
MATRICES	29	84±11	14	Medio bajo	

Suma de las puntuaciones típicas de los subtests

Trasladar la suma a la casilla del CI compuesto del K•BIT

163

RESULTADO COMPUESTO	Suma de p. típicas de los subtests	Punt. Típica ± banda de error 90% intervalo de confianza	Centil	Categoría descriptiva	Otros datos
CI COMPUESTO DEL K•BIT	163	76±10	5	Bajo	

Comparación de las puntuaciones típicas de los subtests	Puntuación típica de Vocabulario	Puntuación típica de Matrices	Diferencia de puntuaciones típicas	Nivel de confianza (rodear)
	79	84	5	NS 5% 1%

Subtest 1. VOCABULARIO

Parte A

Vocabulario expresivo

ÍTEM	RESPUESTA	PUNT.	ÍTEM	RESPUESTA	PUNT.
		(rodear)			(rodear)
Edades 4-5 → 1. Cama	_____	1 0	Edades 11-12 → 26. Cactus	_____	1 0
2. Tenedor	_____	1 0	27. Cangrejo	_____	1 0
3. Rana	_____	1 0	28. Candado	_____	1 0
4. Escalera	_____	1 0	29. Buzón	_____	1 0
5. Humo	_____	1 0	30. Pinzas	_____	1 0
Edades 6 → 6. Paraguas	_____	1 0	Edades 13-30 → 31. Ancla	Ancla	① 0
7. Piano	_____	1 0	32. Enchufe	Perno	1 ①
8. Hoja	_____	1 0	33. Calculadora	Calculadora	① 0
9. Tambor	_____	1 0	34. Anzuelo	Ganchos de pescar	1 ①
10. Autobús	_____	1 0	35. Silla montar	Silla de caballo	1 ①
Edades 7 → 11. Martillo	_____	1 0	36. Esc. Mecánica	Escala eléctrica	① 0
12. Fuente	_____	1 0	37. Embudo	Embudo	① 0
13. Búho	_____	1 0	38. Compás	Compas y lápiz	① 0
14. Lámpara	_____	1 0	39. Saltamontes	Saltamontes	① 0
15. Pinguino	_____	1 0	40. Balanza	Balanza	① 0
Edades 8 → 16. Pluma	_____	1 0	41. Microscopio	Microscopio	① 0
17. Linterna	_____	1 0	42. Extintor	Extingüidor	① 0
18. Ventana	_____	1 0	43. Hexágono	Polígonos	1 ①
19. Regla	_____	1 0	44. Yunque	Yunque	① 0
20. Tornillo	_____	1 0	45. Salvavidas	Pequeño	1 ①
Edades 9-10 → 21. Puente	_____	1 0			
22. Lupa	_____	1 0			
23. Grapadora	_____	1 0			
24. Calendario	_____	1 0			
25. Prismáticos	_____	1 0			

Comentarios y observaciones

Ítem techo = el más alto aplicado.
Errores = nº de ítems puntuados con 0.

Ítem techo	45
Menos errores	5
Puntuación directa	40

Subtest 1. VOCABULARIO

Parte B

Definiciones

ÍTEM	RESPUESTA	PUNT.
(Rodear)		
EJEMPLO A	<u>Análogo</u>	
EJEMPLO B		
1. Jardín	<u>Jardín</u>	1 0
2. Amanecer	<u>Amanecer</u>	1 0
3. Arar	<u>Arar</u>	1 0
4. Granizo	<u>Granizo</u>	1 0
5. Delicioso	<u>delicioso</u>	1 0
6. Ventana	<u>Ventana</u>	1 0
7. Lio	<u>—</u>	1 0
8. Esquinal	<u>—</u>	1 0
9. Primo, prima	<u>Primo</u>	1 0
10. Escribir	<u>escritura</u>	1 0
11. Agradecer	<u>—</u>	1 0
12. Experimento	<u>—</u>	1 0
13. Cordial	<u>—</u>	1 0
14. Prescindir	<u>—</u>	1 0
15. Simpático	<u>símpatico</u>	1 0
16. Caricatura	<u>—</u>	1 0
17. Rencor	<u>—</u>	1 0
18. Atentado	<u>atentado</u>	1 0
19. Suficiente	<u>—</u>	1 0
20. Energía	<u>energía</u>	1 0

ÍTEM	RESPUESTA	PUNT.
(Rodear)		
21. Elevado	<u>Elevado</u>	1 0
22. Infortunado	<u>Infortunado</u>	1 0
23. Hipócondriaco	<u>—</u>	1 0
24. Estorbar	<u>—</u>	1 0
25. Constante	<u>—</u>	1 0
26. Consentir	<u>—</u>	1 0
27. Conversación	<u>Conversación</u>	1 0
28. Insensato	<u>—</u>	1 0
29. Sobresaliente	<u>—</u>	1 0
30. Enmendar	<u>entender</u>	1 0
31. Indeleble	<u>—</u>	1 0
32. Verosímil	<u>—</u>	1 0
33. Clandestino	<u>—</u>	1 0
34. Prepotente	<u>—</u>	1 0
35. Conectar	<u>—</u>	1 0
36. Enigma	<u>—</u>	1 0
37. Fanático	<u>—</u>	1 0

Comentarios y observaciones:

Ítem techo

33

Menos errores

19

Puntuación directa

14

Subtest 2. MATRICES

ÍTEM	RESPUESTA	PUNT. (rodear)	ÍTEM	RESPUESTA	PUNT. (rodear)
Ejemplo A	A		25. A	<u>D</u>	1 0
1. A	<u>C</u>	1 0	26. H	<u>D</u>	1 0
2. C	<u>E</u>	1 0	27. D	<u>B</u>	1 0
3. E	<u>D</u>	1 0	28. H	<u>H</u>	1 0
4. D	<u>A</u>	1 0	29. C	<u>C</u>	1 0
5. A		1 0	30. F	<u>C</u>	1 0
6. C	<u>C</u>	1 0	31. B	<u>C</u>	Ancha
7. B	<u>B</u>	1 0	32. G	<u>F</u>	Peine
8. D	<u>D</u>	1 0	33. G	<u>C</u>	Calculadora
9. E	<u>C F</u>	1 0	34. G	<u>G</u>	Ganchos de pescar
Ejemplo B	C		35. C	<u>C</u>	Silla de caballo
Edades 6 a 10 seguir con el ítem 10					
Edades 11 a 90 seguir con el ítem 15					
10. A	<u>A</u>	1 0	36. E	<u>B</u>	Errección eléctrica
11. F	<u>F</u>	1 0	37. C	<u>F</u>	Embudo
12. B	<u>E</u>	1 0	38. D	<u>A</u>	Compas y Línea
13. F	<u>F</u>	1 0	39. A	<u>E</u>	Soldadura o soldadura
14. C	<u>C</u>	1 0	40. H	<u>E</u>	Balanza
15. B	<u>B</u>	1 0	41. A	<u>A</u>	Microscopio
16. A	<u>A</u>	1 0	42. H	<u>B</u>	Extinguidor
17. H	<u>H</u>	1 0	43. B	<u>A</u>	Poliófono
18. C	<u>C</u>	1 0	44. A	<u>E</u>	Yunque
19. G	<u>G</u>	1 0	45. B	<u>C</u>	
20. A	<u>A</u>	1 0	46. B	<u>C</u>	
21. D	<u>D</u>	1 0	47. A	<u>B</u>	
22. F	<u>F</u>	1 0	48. G	<u>B</u>	
23. E	<u>E</u>	1 0			
24. E	<u>E</u>	1 0			
Comentarios y observaciones					
<hr/> <hr/> <hr/>					

Ítem techo	48
Menos errores	19
Puntuación directa	29

8

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINI-MULT
HOJA DE RESPUESTA

APELLIDOS	PATERNO	MATERO	NOMBRES
			J. C. C.

SEXO

FECHA DE NACIMIENTO

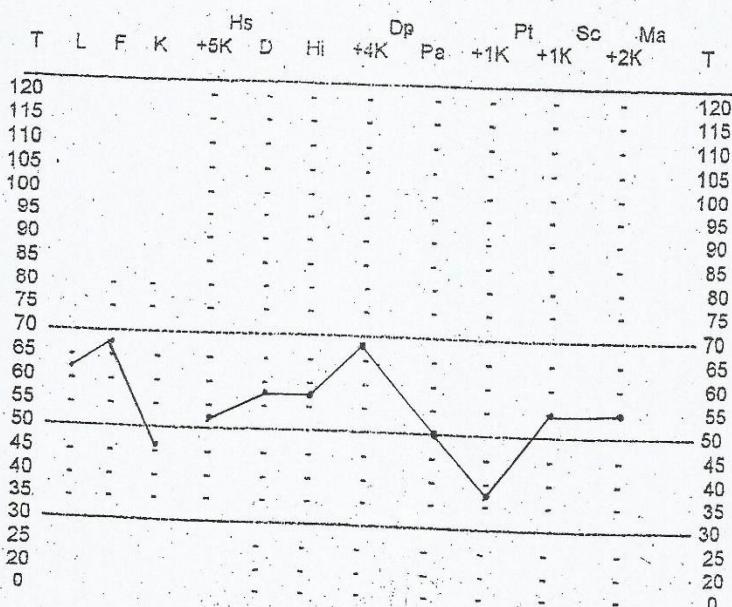
M	F	ANO	86	MES	D7	DIA	14	FECHA DE APLICACIÓN		
---	---	-----	----	-----	----	-----	----	---------------------	--	--

Marque con un aspa(X) la Letra V (verdadero) o F (falso), según sea su respuesta.

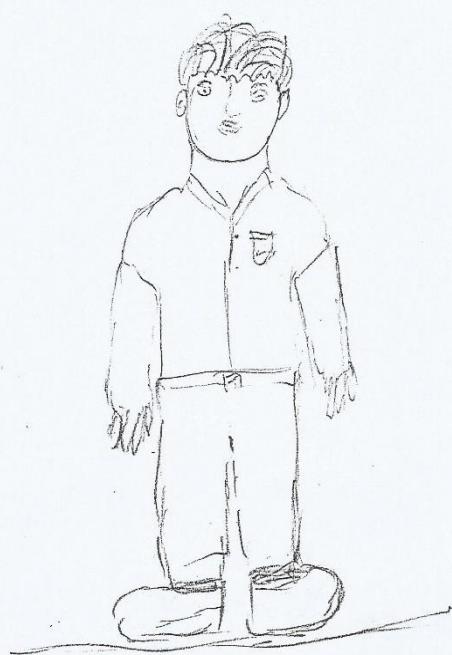
01	V	F	11	V	F	21	V	F	31	V	F	41	V	F	51	V	F	61	V	F	
02	V	F	12	V	F	22	V	F	32	V	F	42	V	F	52	V	F	62	V	F	
03	V	F	13	V	F	23	V	F	33	V	F	43	V	F	53	V	F	63	V	F	
04	V	F	14	V	F	24	V	F	34	V	F	44	V	F	54	V	F	64	V	F	
05	V	F	15	V	F	25	V	F	35	V	F	45	V	F	55	V	F	65	V	F	
06	V	F	16	V	F	26	V	F	36	V	F	46	V	F	56	V	F	66	V	F	
07	V	F	17	V	F	27	V	F	37	V	F	47	V	F	57	V	F	67	V	F	
08	V	F	18	V	F	28	V	F	38	V	F	48	V	F	58	V	F	68	V	F	
09	V	F	19	V	F	29	V	F	39	V	F	49	V	F	59	V	F	69	V	F	
10	V	F	20	V	F	30	V	F	40	V	F	50	V	F	60	V	F	70	V	F	
																			71	V	F

	L	F	K	Hs	D	Hu	Dg	Pa	Pt	Es	Ma
	1	+	5K	2	3	4+4K	6	7+1K	8+1k	9+2K	
Puntuación directa	3	4	4	4	4	7	9	2	6	8	6
Puntuación MM	8	11	10	10+2	20	21	25+2	R	161	2441	1841
Añadir K				12		22		14	25	19	
Puntaje T.	63	68	46	52	58	58	69	50	38	55	55

DIAGNÓSTICO:



W





CASO N° 02

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

- ❖ Nombres y Apellidos : B. D. Q. P.
- ❖ Edad : 13 años
- ❖ Sexo : Femenino
- ❖ Fecha de nacimiento : 15 de enero del 2005
- ❖ Lugar de nacimiento : Puno
- ❖ Grado de Instrucción : Segundo de Secundaria
- ❖ Estado Civil : Soltera
- ❖ Ocupación : Estudiante
- ❖ Religión : Católica
- ❖ Informantes : Madre, padre y entrevistada
- ❖ Fecha (s) de evaluación : 06, 10 y 11 de abril del 2018
- ❖ Lugar de evaluación : Centro de Espiritualidades “EMAÚS”
- ❖ Examinadora : Bach. Leydi Patricia Provincia Mendoza

II. MOTIVO DE CONSULTA

Los padres refieren que se sienten preocupados porque su hija ha cambiado mucho y se hace cortes con el cíter, en sus muñecas y antebrazos.

La menor refiere que asiste a consulta a petición de sus padres que se encuentran preocupados por los cortes que tiene en las manos y antebrazos.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Hasta sexto grado de primaria la entrevistada ayudaba en los quehaceres de la casa, comía bien, estaba pendiente de sus progenitores, tenía un buen rendimiento académico y mantenía buenas relaciones con sus compañeros (as) de salón. Después de algunos meses de ingresar al colegio se hicieron presentes algunos cambios en su comportamiento, ya

no quería comer, renegaba mucho al llegar a casa, no quería ayudar con las tareas del hogar, sus notas empezaron a bajar, tuvo problemas con algunas de sus compañeras porque sentía que sus ideas y opiniones no eran tomadas en cuenta y siempre la fastidiaban. Un acontecimiento importante que la marcó durante ese año fue que su padre le dijo “estaríamos mejor si no hubieras nacido”.

Al percibir estos cambios sus padres decidieron comprarle un celular con la condición de que mejore sus calificaciones y ayude en casa. Notaron que su hija se esforzaba, cumplía con la entrega de sus tareas, sacaba buenas notas, apoya en las tareas del hogar y, al finalizar el año le entregaron lo que prometieron. Hasta que, a inicios del año pasado, al ver que la menor pasaba mucho tiempo con el celular y estaba descuidando sus estudios y sus deberes, su mamá se lo decomisó y tuvieron una discusión; se fue a su habitación y se cortó superficialmente los brazos con un cíter. Su padre estaba de viaje y llegó esa noche a casa, ambas le contaron sobre la discusión, así que, conversaron y pactaron un nuevo acuerdo. Pasados unos días, se dieron cuenta que su hija tenía algunos cortes en los brazos, le preguntaron lo que pasó, le explicaron las consecuencias de hacerlo, le ofrecieron su ayuda y apoyo frente a algún problema que esté atravesando.

Pasado este episodio, las cosas volvieron a la normalidad hasta que, en el mes de marzo, ambas (madre e hija) tuvieron otra discusión por la compra de un short que quería la menor para una presentación estudiantil; como no pudo adquirirlo, se prestó dicha prenda de su prima y luego se fue a casa para terminar sus tareas. Al verse sola en casa y tras el episodio vivido, se volvió a cortar los brazos.

Después de unos días, su madre le hizo la promesa de ir a comprar un short y un polo a cambio de que ayude a su abuela en un puesto que tiene en el mercado. Esa tarde al encontrarse con ella le enseñó las marcas que tenía en el brazo indicando que su gato le había arañado. La abuela se contactó con su hija para contarle lo acontecido.

Cabe resaltar que la relación con su abuela no es buena, debido a que siempre le para riñendo; tampoco se lleva bien con su hermana menor, la mayor parte del tiempo paran peleando y se le dificulta poder hablar durante la cena porque le prestan más atención a ella. También empezó a mentir para que su padre no le ayude a hacer sus tareas, evitando así jaladas de cabello, reñidas y la frase “no puede hacer las cosas bien”. También existe un sentimiento de culpabilidad por los problemas familiares y discusiones que tienen sus padres. En las noches se encierra en su habitación después de comer, hace sus tareas, juega en su celular y se duerme.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

ETAPA PRENATAL

La paciente es la primera hija de pareja, embarazo deseado y no planificado, cuando su madre tenía 22 años y su padre 28 años. Su madre se hizo todos los controles prenatales, no consumió alcohol ni otras sustancias nocivas. Siempre contó con el apoyo de su esposo.

ETAPA NATAL

Nació a los nueve meses de gestación, parto vía vaginal y sin complicaciones; con un peso de 3.300 Kg. y una talla de 49 cm; lloró al nacer y su coloración fue normal.

ETAPA POST – NATAL

NIÑEZ

Su desarrollo psicomotor, fue apropiado, gateó a los 6-7 meses, caminó al año; no presentó enfermedades graves durante su niñez. Sus primeras palabras las pronunció al año y no se evidenciaron problemas para hablar.

Usó pañales hasta los 2 años aproximadamente, tanto en el día como en la noche. Sus ciclos de sueño y vigilia fueron adecuados, duerme de 7 a 8 horas hasta la actualidad, no presenta pesadillas o terrores nocturnos.

Se mostró como una niña tranquila, no hacía berrinches ni pataletas cuando no obtenía lo que quería; algunas veces jugaba con su hermana y cuando ella enfermó se quedó al cuidado de su abuela. Su padre y su madre las trataban con cariño y paciencia.

ESCOLARIDAD

Estudió en el jardín de niños a los 4 años, no se evidenció ninguna dificultad, le gustaba asistir porque tenía varios amigos (as) con quienes jugaba. A la edad de 6 años ingresa a una escuela nacional, durante toda la primaria mantuvo un buen rendimiento académico y la relación con sus pares era buena; le gustaba organizar y guiar a sus compañeros (as) en los juegos, paseos y actuaciones. A los 12 años postuló a un colegio nacional, ingresó satisfactoriamente; pero en el transcurso del año tuvo un descenso en su rendimiento académico, durante el primer trimestre obtuvo notas entre 16-18, en cambio en el segundo trimestre, oscilaban entre 12 y 15, en el tercer trimestre sus notas volvieron a subir de 14 a 16, producto de la recompensa que recibiría. Durante este primer año evidenció problemas de exclusión y aislamiento por parte de sus compañeras, quienes no toman en cuenta sus ideas ni opiniones, esta situación le producía tristeza, miedo, desánimo y preocupación. Este segundo año está decidida a superar sus calificaciones.

DESARROLLO Y FUNCIÓN SEXUAL

La entrevistada se interesó por saber cómo nacen los bebés a los 5 años, a esta edad también se percató de las diferencias entre ambos sexos (varones y mujeres). Sus padres le explicaron en qué consisten esas diferencias.

Durante su infancia siempre se relacionó con niñas y niños, teniendo más apego hacia su mismo sexo, nunca se le dificultó hacer nuevas amistades, siempre mostró rasgos de liderazgo.

Como parte de su ingreso a la adolescencia, tuvo su menarquia a los 12 años, presenta cólicos premenstruales y siente mucha incomodidad cada vez que tiene su menstruación.

En esta etapa ha llegado a interesarse por las dietas, recetas para bajar de peso y tips para no engordar, muchas veces no quiere comer ni tomar agua.

HISTORIA DE LA RECREACIÓN Y DE LA VIDA

Durante su infancia se mostró como una persona activa, despierta y siempre sobresalió en el grupo. Poseía la capacidad para hacer amigos con facilidad y ponía a relucir sus dotes de lideresa; era capaz de guiar al grupo y ordenar a sus amigos y amigas en los diferentes juegos.

Cuando nació su hermana, pudo darse cuenta que las cosas habían cambiado; percibía que sus padres se preocupaban más por la bebé que por ella, la situación se agravó cuando se enteraron que su hermana tenía una enfermedad renal y debían de llevarla de emergencia a otra ciudad. La evaluada se sintió abandonada, triste y sola; fue así que desarrolló una actitud negativa y de rechazo hacia su hermana, no le gustaba hacerla jugar ni atenderla, siempre paraban peleando; pero con sus compañeros(as) de la escuela mantenía buenas relaciones sociales.

HÁBITOS E INFLUENCIAS NOCIVAS O TÓXICAS

- **ALIMENTICIOS:** Durante su infancia comía entre 3 a 5 veces al día; al ingresar a la adolescencia presenta un rechazo hacia la comida, pero no llega al vómito; en casa la obligan a desayunar, en el colegio almuerza poco, evita consumir agua, carbohidratos u otros alimentos entre comidas y toma el jugo de medio limón después del desayuno y almuerzo.
- **SUEÑO:** Sus ciclos de sueño y vigilia siempre fueron normales, duerme de 7 a 8 horas hasta la actualidad, no presenta pesadillas o terrores nocturnos. Comparte la habitación con su hermana.
- **ASEO:** Se baña sola, dos veces a la semana. La mayor parte del tiempo se mantiene aliñada y limpia.

- **ALCOHOL:** No se evidencian señales de su consumo.
- **CIGARRO:** No presenta señales de su consumo.
- **OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS:** No se evidencian señales de su consumo.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS

Enfermedades y accidentes

A la edad de 4 años tuvo sarampión y se tomaron en cuenta todas las indicaciones del médico para superar la enfermedad, no presentó ninguna reacción desfavorable. Es considerada como una persona poco enfermiza.

Tuvo algunas caídas al aprender a manejar bicicleta, los golpes se evidencian en las cicatrices que tiene en sus rodillas.

Personalidad Premórbida

Siempre fue una niña tranquila, no hacía berrinches ni pataletas cuando no obtenía lo que quería; era una persona activa, despierta y siempre sobresalió en el grupo, ya que poseía la capacidad para hacer amigos con facilidad, guiaba y organizaba a sus compañeros del jardín y de la escuela en los diferentes juegos, paseos y actuaciones. Ante sus padres era respetuosa, hacía caso a sus indicaciones, no era traviesa y siempre la trataron con cariño y paciencia.

A la edad de 9 años se enteró que su hermana padecía una enfermedad renal y debían de llevarla de emergencia a otra ciudad para que la atiendan. Sus padres decidieron dejarla al cuidado de su abuela porque la situación se agravó y debían de quedarse más tiempo del programado esperando que el tratamiento funcione y que su hija menor se recupere. A raíz de este acontecimiento, la evaluada se sintió abandonada, triste y sola; fue así que desarrolló una actitud negativa y de rechazo hacia su hermana, no le gustaba hacerla jugar ni atenderla, la mayor parte del tiempo, paraban peleando.

Al cumplir los 12 años, se evidencian cambios en su comportamiento, ya no quería ayudar con las tareas del hogar, sus notas empezaron a bajar y no quería ir al colegio. A los 13 años se muestra tímida, reservada y se dificulta poder hacer nuevas amistades; siente que sus compañeras la excluyen, rechazan y no valoran sus opiniones, por estas razones se aleja del grupo. Cada vez que sus compañeras la ignoran, no toman en cuenta sus ideas ni opiniones y cuando discute con su madre y no obtiene lo que quiere se hace cortes con el cíter en manos y brazos como un medio de desahogo.

ANTECEDENTES FAMILIARES

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Padre de 41 años, de profesión Técnico en Electrónica, trabaja en un proyecto en el área de informática fuera de la ciudad y viaja mensualmente.

Madre de 35 años, se dedica a la docencia, se desempeña como profesora de Religión en un colegio nacional.

Hermana de 5 años, estudiante, asiste a un jardín cerca a su domicilio.

Abuela de 55 años, de ocupación comerciante, se dedica a vender verduras en un puesto en el mercado.

DINÁMICA FAMILIAR

Es la hija mayor de pareja, vive en su casa propia junto con su padre, madre y hermana. Sus papás se organizan para preparar el desayuno y la comida, lavar la vajilla, llevar y recoger a su hermana; la menor a veces les ayuda con algunas tareas del hogar como la limpieza de la sala y cocina, también se encarga de ordenar su cuarto y tender su cama.

Como ambos trabajan todo el día, no pueden reunirse para almorzar y cada vez que su papá se encuentra en la ciudad, se encarga de llevar a su hermana al jardín, su mamá la recoge y la lleva a casa de su abuela, donde se encuentran para almorzar. En la tarde ayuda a vender en el puesto que tiene su mamá en el mercado, pasada las seis de la tarde

retornan a casa, su mamá prepara la cena, se reúnen en familia y después de la comida cada uno realiza sus actividades personales.

En el aspecto de pareja, ambos discuten con frecuencia por temas económicos como las deudas y pagos por realizar, así como, por las actitudes que demuestra su hija día a día y por las medidas que toma la mamá en ausencia del papá. Tratan de buscar soluciones por medio de la creación de acuerdos que beneficien a todos, aunque la palabra de su progenitor pesa a la hora de tomar decisiones.

Por otro lado, la relación que tiene con los miembros de su familia no es buena. Con su madre paran discutiendo, la mayor parte del tiempo, por el incumplimiento de sus deberes y el uso excesivo del celular. Su padre es poco paciente a la hora de ayudarle con sus tareas, por eso evita pedir ayuda. Su hermana es muy molestosa y paran peleando. Su abuela le riñe mucho y esto le desagrada.

Frente a la situación actual, su madre muestra interés por conocer lo que le ocurre a su hija, le brinda consejos, apoyo y quiere ayudarla a superar lo que está viviendo.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

Actualmente vive en la casa de sus padres que es de material noble y cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe, luz e internet.

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

Dentro de su familia se evidencia la enfermedad de su hermana, relacionada con un problema renal, por la cual tuvieron que intervenirla hasta en tres oportunidades.

V. RESUMEN

La menor es traída a consulta por sus padres quienes se sienten preocupados por los cambios de comportamiento que viene atravesando y los cortes que tiene en muñecas y antebrazos.

Es la primera hija de pareja, embarazo deseado y no planificado, cuando su madre tenía 22 años y su padre, 28 años. Nació a los nueve meses, parto vía vaginal y sin complicaciones; lloró al nacer y su coloración fue normal. Su desarrollo psicomotor fue el esperado para su edad.

Ingresó al jardín a los 4 años, le gustaba asistir porque jugaba con sus compañeros(as); a los 6 años asiste a una escuela nacional, tuvo un buen rendimiento académico y le gustaba organizar y guiar a sus compañeros (as) en los juegos, paseos y actuaciones. A los 9 años se entera que su hermana tiene una enfermedad renal y debe ser trasladada a otra ciudad, situación que le genera sentimientos de tristeza, soledad y rechazo hacia su hermana porque percibe que sus padres se preocupaban más por ella.

A los 12 años ingresó a un colegio nacional, pero en el transcurso del año tuvo un descenso en su rendimiento académico y se evidenciaron problemas de exclusión y aislamiento por parte de sus compañeras, situación que le produjo tristeza, miedo, desánimo y preocupación. Al ingresar a la adolescencia, se empieza a interesar por las dietas, recetas para bajar de peso y tips para no engordar, muchas veces no quiere comer ni tomar agua.

La menor no tiene buenos lazos familiares, la relación con sus padres es un poco conflictiva, existe una autoridad patriarcal, para peleando con su hermana menor y cada vez que discute con su madre, no obtiene lo que quiere, cuando no toman en cuenta sus ideas se hace cortes con el cíter en manos y brazos como un medio de desahogo. Su madre al conocer la situación, muestra interés por ayudarla y apoyarla. Su vivienda es de material noble y cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe, luz e internet.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

- ❖ Nombres y Apellidos : B. D. Q. P.
- ❖ Edad : 13 años
- ❖ Sexo : Femenino
- ❖ Fecha de nacimiento : 15 de enero del 2005
- ❖ Lugar de nacimiento : Puno
- ❖ Grado de Instrucción : Segundo de Secundaria
- ❖ Estado Civil : Soltera
- ❖ Ocupación : Estudiante
- ❖ Religión : Católica
- ❖ Informantes : Madre, padre y entrevistada
- ❖ Fecha de evaluación : 06 de abril del 2018
- ❖ Lugar de evaluación : Centro de Espiritualidades “EMAÚS”
- ❖ Examinadora : Bach. Leydi Patricia Provincia Mendoza

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Aparenta la edad referida, de contextura regular (50 kg. apróx.) y estatura mediana (155 cm apróx.), tez trigueña, cabello castaño liso, ojos cafés, postura encorvada y marcha rígida; aliñada parcialmente y regular estado de higiene. Presenta cortes superficiales y cicatrices en sus manos y antebrazos. Su tono de voz es débil y monótono, su expresión facial refleja inseguridad, tristeza y miedo; en cuanto a su fluidez verbal es tranquila.

Durante la entrevista se muestra colaboradora y respetuosa, responde adecuadamente todas las preguntas. Mantiene poco contacto ocular con la entrevistadora.

III. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

CONCIENCIA

Se muestra lucida y alerta, no se evidencia somnolencia, mantiene el hilo de la conversación, comprende las pautas y orientación que se le dan.

ATENCIÓN

Su atención voluntaria es apropiada, escucha atentamente y responde las preguntas formuladas; su atención selectiva está conservada porque se concentra y presta atención a la actividad que está desarrollando.

ORIENTACIÓN

Se encuentra orientada en tiempo, lugar y persona, indica el día, mes, año, lugar y datos personales de interés.

IV. LENGUAJE

El curso de su lenguaje es conveniente, no se evidencia verborrea o escasa comunicación; su habla es coherente y la estructura de sus frases es correcta. Su tono de voz es normal con entonaciones cuando quiere enfatizar lo que está narrando.

Su lenguaje escrito es organizado y correcto; su lenguaje comprensivo le permite responder las preguntas de manera coherente y siguiendo un mismo curso.

V. PENSAMIENTO

El curso del pensamiento es correcto, existe ilación en sus ideas y en la forma cómo las expresa; la velocidad de su pensamiento es organizada y coherente.

El contenido del pensamiento está alterado, presenta ideas de culpabilidad, que son reforzadas por las constantes peleas de sus progenitores y la frase “estaríamos mejor si no hubieras nacido”, expresada por su padre.

VI. PERCEPCIÓN

No presenta alteraciones sensoriales de ningún tipo (olfativas, visuales, auditivas, gustativas, táctiles).

VII. MEMORIA

Su memoria biográfica posee la capacidad de recordar acontecimientos importantes de su vida, como el nacimiento de su hermana y el inicio de su enfermedad, el alejamiento de su madre, los juegos de su infancia, el nombre de sus compañeros del jardín y de la escuela, entre otros. A nivel de su memoria reciente no presenta alteraciones, puede relatar con facilidad las actividades que realizó durante el día anterior y en el transcurso de la mañana.

Su memoria semántica y procedimental son correctas, es capaz de recordar el significado de las palabras e interpretar refranes y responde y lleva a cabo las instrucciones brindadas por la entrevistadora.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Su funcionamiento intelectual es adecuado, es capaz de responder coherentemente a las preguntas formuladas, resuelve los problemas planteados con facilidad, responde de forma correcta el significado de los refranes, mostrando un adecuado razonamiento, comprensión y capacidad de abstracción. Así mismo, su memoria está conservada.

IX. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Su rostro refleja inseguridad, miedo y tristeza; manifiesta sentirse culpable por las constantes peleas que tienen sus padres. Se entristece cada vez que menciona los malos tratos que recibe de sus compañeras, la poca valoración de sus ideas, opiniones y la exclusión; acciones que la llevaron a causarse lesiones en manos y antebrazos, con un cúter.

Se torna colérica cada vez que habla de la relación que tiene con su abuela, debido a las constantes riñas que recibe por parte de ella; también le disgusta el trato que tiene su padre, cada vez que le ayuda a hacer sus tareas porque siempre le dice “no puedes hacer las cosas bien”.

En ocasiones se muestra alegre, de manera especial cuando recuerda a sus compañeras(os) del jardín, de la primaria y las buenas relaciones que mantuvo en su infancia. Disfruta pasar su tiempo libre navegando en Internet y utilizando las redes sociales, a través de su celular.

X. GRADO DE COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA O DE LA ENFERMEDAD

Tiene conciencia parcial de su enfermedad, debido a que considera que lo que hace no es correcto, pero no la percibe como un problema grave.

XI. RESUMEN

La menor aparenta la edad referida, de contextura regular y estatura mediana, postura encorvada y marcha rígida, alineada parcialmente; presenta cortes superficiales y en sus manos y antebrazos. Su tono de voz es débil, su expresión facial refleja inseguridad, miedo y tristeza; su fluidez verbal es tranquila y mantiene la ilación de sus ideas. Durante la entrevista se muestra colaboradora, respetuosa y mantiene poco contacto ocular con la evaluadora.

Su atención voluntaria, selectiva y lenguaje demuestran que se mantiene lucida, alerta y orientada en tiempo, lugar y persona.

El contenido del pensamiento se caracteriza porque presenta ideas de culpabilidad, que son reforzadas por la frase “estaríamos mejor si no hubieras nacido”, expresada por su madre.

Su memoria biográfica, reciente, semántica y procedimental son correctas. Su estado de ánimo es de tristeza, ira y en ocasiones de alegría. Disfruta pasar su tiempo libre navegando en Internet y utilizando las redes sociales, a través de su celular.

Tiene conciencia parcial de su enfermedad, porque no la percibe como un problema grave.

Bach. Leydi Patricia Provincia Mendoza

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- ❖ Nombres y Apellidos : B. D. Q. P.
- ❖ Edad : 13 años
- ❖ Sexo : Femenino
- ❖ Fecha de nacimiento : 15 de enero del 2005
- ❖ Lugar de nacimiento : Puno
- ❖ Grado de Instrucción : Segundo de Secundaria
- ❖ Estado Civil : Soltera
- ❖ Ocupación : Estudiante
- ❖ Religión : Católica
- ❖ Informantes : Madre, padre y evaluada
- ❖ Fecha de evaluación : 18 de abril del 2018
- ❖ Lugar de evaluación : Centro de Espiritualidades “EMAÚS”
- ❖ Examinadora : Bach. Leydi Patricia Provincia Mendoza

II. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Durante la evaluación se muestra colaboradora, sigue las instrucciones e indicaciones que se le brindan.

Se evidencia su disposición, tranquilidad y confianza a la hora de realizar cada una de las pruebas. No se apresura por contestar los reactivos, los lee, se toma su tiempo y responde con calma.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Pruebas Psicológicas:
 - Test de Matrices Progresivas de Raven.
 - Test de la Figura Humana D.F.H.

- Escala de Adaptación de Magallanes – EMA.
- Cuestionario de Depresión para Niños – C.D.S.

IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN

Análisis Cuantitativo

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	8	67	Término medio, Normal
B	8	67	
C	9	75	
D	7	58	
E	8	67	
TOTAL CI	40	50	

Análisis Cualitativo

La evaluada posee una capacidad intelectual de 40 (percentil 50), ubicándola en la categoría Término medio o Promedio.

Cuenta con las capacidades adecuadas y necesarias para enfrentar las diferentes situaciones que se le presenten en su vida personal, familiar y académica.

B. TEST DE LA FIGURA HUMANA D.F.H. DE ELIZABETH MÜNSTERBERG

MÜNSTERBERG

Análisis Cualitativo

Presenta dificultades para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas, sus relaciones interpersonales son pobres. Existe una tendencia al retraimiento, a encerrarse dentro de sí.

Muestra una conducta tímida y retraída, con ausencia de agresividad manifiesta y de liderazgo; presenta sentimientos de inadecuación o de culpa, por no lograr actuar correctamente.

También presenta tensión y un rígido intento por su parte, de controlar sus propios impulsos sexuales.

C. ESCALA DE ADAPTACIÓN DE MAGALLANES – EMA

Análisis Cuantitativo

ESCALAS	P.D.	P.C.	INTERPRETACIÓN
Adaptación Familiar			
Padre	34	10	Muy bajo
Madre	36	5	Muy bajo
Adaptación Escolar			
Profesores	29	40	Medio
Compañeros	21	15	Bajo
Genérica	14	25	Bajo
Adaptación Personal			
	25	10	Muy bajo

Análisis Cualitativo

La relación entre la evaluada y sus padres no es muy buena, existen brechas entre ellos, que dificultan una convivencia armónica.

Dentro de su adaptación escolar, la relación con sus profesores (as) es adecuada, no presenta problemas con las figuras de autoridad; respeta las normas y pautas de cada docente. Pero tiene un bajo nivel de ajuste con sus iguales, tiende a aislararse del grupo porque no valoran sus ideas u opiniones.

En adaptación personal, presenta una puntuación muy baja, que indica que está atravesando una situación de crisis personal, asociada a un mal autoconcepto, baja

asertividad y escasa autoestima. Con riesgo a desencadenar un Trastorno de Ansiedad, Estrés o Depresión.

D. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS – C.D.S.

Análisis Cuantitativo

ESCALA	P.C.	NIVEL
Total Positivo	52	Alto
Ánimo – Alegría	19	Medio
Positivos varios	33	Alto
Total Depresivo	133	Medio
Respuesta afectiva	21	Medio
Problemas sociales	22	Medio
Autoestima	23	Medio
Preocupación por la muerte/salud	16	Medio
Sentimiento de culpabilidad	23	Medio
Depresivos varios	28	Medio

Análisis Cualitativo

La evaluada a pesar de expresar sentimientos de alegría, diversión y felicidad ocasionalmente, evidencia importantes manifestaciones y actitudes depresivas.

V. RESUMEN

La menor posee una capacidad intelectual de 40 (percentil 50), que equivale a la Categoría Promedio, cuenta con las capacidades necesarias para enfrentar las diferentes situaciones personales, familiares y académicas que se le presenten a lo largo de su vida. Pero se evidencia una dificultad para crear estrategias que le permitan resolver problemas, debido a su falta de confianza, a sus sentimientos de culpabilidad y poco control de sus emociones.

Presenta dificultades para conectarse con el mundo circundante y con los demás, teniendo unas relaciones interpersonales pobres, de manera especial con su padre y compañeras de salón, debido a los malos tratos que recibió de ambas partes.

Muestra una conducta tímida y retraída, con ausencia de agresividad manifiesta y de liderazgo; tiene sentimientos de inadecuación o de culpa, por no lograr actuar correctamente.

A pesar de manifestar sentimientos de alegría, diversión y felicidad, que son expresados ocasionalmente, está atravesando por un período de crisis personal, que está relacionado con un pobre autoconcepto, baja asertividad, escasa autoestima y está acompañado de importantes manifestaciones y actitudes depresivas que son reflejadas en el sentimiento de culpabilidad por las constantes peleas que tienen sus padres, al recordar los malos tratos que recibe por parte de sus compañeras, la poca valoración de sus ideas, opiniones, la exclusión, su disgusto por el trato que tiene su padre hacia ella cada vez que le ayuda a hacer sus tareas y que está representado por la frase no puedes hacer las cosas bien.

Bach. Leydi Patricia Provincia Mendoza

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS GENERALES

- ❖ Nombres y Apellidos : B. D. Q. P.
- ❖ Edad : 13 años
- ❖ Sexo : Femenino
- ❖ Fecha de nacimiento : 15 de enero del 2005
- ❖ Lugar de nacimiento : Puno
- ❖ Grado de Instrucción : Segundo de Secundaria
- ❖ Estado Civil : Soltera
- ❖ Ocupación : Estudiante
- ❖ Religión : Católica
- ❖ Informantes : Madre, padre y entrevistada
- ❖ Fecha (s) de evaluación : 06, 10, 11 y 18 de abril del 2018
- ❖ Lugar de evaluación : Centro de Espiritualidades “EMAÚS”
- ❖ Examinadora : Bach. Leydi Patricia Provincia Mendoza

II. MOTIVO DE CONSULTA

Los padres refieren que se sienten preocupados porque su hija ha cambiado mucho y se hace cortes con el cíter, en sus muñecas y antebrazos.

La menor refiere que asiste a consulta a petición de sus padres que se encuentran preocupados por los cortes que tiene en las manos y antebrazos.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas:
 - Test de Matrices Progresivas de Raven.

- Test de la Figura Humana D.F.H.
- Escala de Adaptación de Magallanes – EMA.
- Cuestionario de Depresión para Niños – C.D.S.

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

La menor es traída a consulta por sus padres quienes se sienten preocupados por los cambios de comportamiento que viene atravesando y los cortes que tiene en muñecas y antebrazos.

Es la primera hija de pareja, embarazo deseado y no planificado, cuando su madre tenía 22 años y su padre, 28 años. Nació a los nueve meses, parto vía vaginal y sin complicaciones; lloró al nacer y su coloración fue normal. Su desarrollo psicomotor fue el esperado para su edad.

Ingresó al jardín a los 4 años, le gustaba asistir porque jugaba con sus compañeros(as); a los 6 años asiste a una escuela nacional, tuvo un buen rendimiento académico y le gustaba organizar y guiar a sus compañeros (as) en los juegos, paseos y actuaciones. A los 9 años se entera que su hermana tiene una enfermedad renal y debe ser trasladada a otra ciudad, situación que le genera sentimientos de tristeza, soledad y rechazo hacia su hermana porque percibe que sus padres se preocupaban más por ella.

A los 12 años ingresó a un colegio nacional, pero en el transcurso del año tuvo un descenso en su rendimiento académico y se evidenciaron problemas de exclusión y aislamiento por parte de sus compañeras, situación que le produjo tristeza, miedo, desánimo y preocupación. Al ingresar a la adolescencia, se empieza a interesar por las dietas, recetas para bajar de peso y tips para no engordar, muchas veces no quiere comer ni tomar agua.

La menor no tiene buenos lazos familiares, la relación con sus padres es un poco conflictiva, existe una autoridad patriarcal, para peleando con su hermana menor y cada

vez que discute con su madre, no obtiene lo que quiere, cuando no toman en cuenta sus ideas se hace cortes con el cíter en manos y brazos como un medio de desahogo. Su madre al conocer la situación, muestra interés por ayudarla y apoyarla. Su vivienda es de material noble y cuenta con los servicios básicos de agua, desagüe, luz e internet.

V. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

La menor aparenta la edad referida, de contextura regular y estatura mediana, postura encorvada y marcha rígida, aliñada parcialmente; presenta cortes superficiales y en sus manos y antebrazos. Su tono de voz es débil, su expresión facial refleja inseguridad, miedo y tristeza; su fluidez verbal es tranquila y mantiene la ilación de sus ideas. Durante la entrevista se muestra colaboradora, respetuosa y mantiene poco contacto ocular con la evaluadora.

Su atención voluntaria, selectiva y lenguaje demuestran que se mantiene lucida, alerta y orientada en tiempo, lugar y persona.

El contenido del pensamiento se caracteriza porque presenta ideas de culpabilidad, que son reforzadas por la frase “estaríamos mejor si no hubieras nacido”, expresada por su padre.

Su memoria biográfica, reciente, semántica y procedimental son correctas. Su estado de ánimo es de tristeza, ira y en ocasiones de alegría. Disfruta pasar su tiempo libre navegando en Internet y utilizando las redes sociales, a través de su celular.

Tiene conciencia parcial de su enfermedad, porque no la percibe como un problema grave.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluada posee una capacidad intelectual de 40 (percentil 50), que equivale a la Categoría Promedio, puede enfrentar diferentes situaciones, pero se evidencia una

dificultad para crear estrategias que le permitan resolver problemas, debido a su falta de confianza, a sus sentimientos de culpabilidad y poco control de sus emociones.

La menor denota timidez, tensión, inseguridad, retraimiento, es poco comunicativa y desconfiada, se le dificulta la socialización y poder establecer relaciones interpersonales con sus coetáneos. Se muestra poco reacia a manifestar sus sentimientos al exterior y presenta dificultades de contacto y relación, de manera especial con su padre y compañeras de salón, debido a los malos tratos que recibió de ambas partes.

Presenta sentimientos de alegría, diversión y felicidad, los que son expresados ocasionalmente, en especial cuando recuerda a sus compañeros(as) del jardín, de la primaria y las buenas relaciones que mantuvo en su infancia. A la actualidad, está atravesando por un periodo de crisis personal, que está relacionado con un pobre autoconcepto, baja assertividad, escasa autoestima y está acompañado de importantes manifestaciones y actitudes depresivas que son reflejadas en el sentimiento de culpabilidad por las constantes peleas que tienen sus padres, al recordar los malos tratos que recibe por parte de sus compañeras, la poca valoración de sus ideas, opiniones, la exclusión, el disgusto por el trato que tiene su madre hacia ella cada vez que le ayuda a hacer sus tareas y que está representado por la frase no puedes hacer las cosas bien. A esto se le añade la relación conflictiva que tiene con su hermana que se evidencia en las constantes peleas y rechazo, así como, en el resentimiento que tiene por quitarle el afecto de sus padres cuando era niña.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

La menor posee una capacidad intelectual que equivale a la Categoría Promedio; se caracteriza por ser tímida, reservada, insegura, emocionalmente inestable y con poco control de sus impulsos. Estos rasgos que son manifestados en su falta de confianza, pobre autoconcepto, baja autoestima, poca assertividad y sentimiento de minusvalía, la

llevan a autolesionarse. También presenta dificultades en sus relaciones interpersonales, específicamente con su padre y compañeras, situación que le genera sentimientos de rechazo y tristeza.

VIII. PRONÓSTICO

Es favorable por su edad, tiene conciencia de su problema y cuenta con el soporte materno; factores que le permitirán superar y enfrentar su situación actual.

IX. RECOMENDACIONES

Se le recomendó iniciar:

- ✓ Psicoterapia individual para fortalecer su autoestima, autoconcepto, autoconfianza y de esta manera mejorar sus relaciones interpersonales.
- ✓ Psicoterapia familiar para brindar un soporte emocional de los padres y mejorar la relación afectiva con su hermana.

Puno, 20 de abril del 2018

Bach. Leydi Patricia Provincia Mendoza

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS GENERALES

- ❖ Nombres y Apellidos : B. D. Q. P.
- ❖ Edad : 13 años
- ❖ Sexo : Femenino
- ❖ Fecha de nacimiento : 15 de enero del 2005
- ❖ Lugar de nacimiento : Puno
- ❖ Grado de Instrucción : Segundo de Secundaria
- ❖ Estado Civil : Soltera
- ❖ Ocupación : Estudiante
- ❖ Religión : Católica
- ❖ Lugar de consulta : Centro de Espiritualidades “EMAÚS”
- ❖ Examinadora : Bach. Leydi Patricia Provincia Mendoza

II. DIAGNÓSTICO

La menor posee una capacidad intelectual que equivale a la Categoría Promedio; se caracteriza por ser tímida, reservada, insegura, emocionalmente inestable y con poco control de sus impulsos. Estos rasgos que son manifestados en su falta de confianza, pobre autoconcepto, baja autoestima, poca asertividad y sentimiento de minusvalía, la llevan a autolesionarse. También presenta dificultades en sus relaciones interpersonales, específicamente con su padre y compañeras, situación que le genera sentimientos de rechazo y tristeza.

III. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer su autoestima, autoconcepto y autoconfianza, de esta forma mejorar las relaciones y contacto que tiene con su medio circundante.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

A continuación, se detalla cada una de las fases que conforman este plan psicoterapéutico:

PRIMERA SESIÓN: AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO	
OBJETIVO	Reconocer los aspectos positivos y limitaciones de la paciente para lograr valoración y respeto a sí misma.
TÉCNICA	Espejo autovaloración
DESARROLLO	<p>Se realizará la dinámica “A través del espejo”, que consiste en mirarse en el espejo e ir describiendo todo lo que ve: su rostro y características físicas.</p> <p>Después se le pedirá que piense ¿cómo es? Y de esta forma ir armando su autoconcepto.</p> <p>A partir de la información brindada, se hará un recuento de sus rasgos físicos, cualidades y/o habilidades, limitaciones y se hablará de los aspectos que le gustaría cambiar o modificar.</p>
TIEMPO	60 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">✓ 2 sofás✓ 1 espejo✓ 1 mesa de centro

SEGUNDA SESIÓN: AUTOCONFIANZA	
OBJETIVO	Fortalecer su autoconfianza mediante el reconocimiento de sus habilidades, destrezas y capacidades.

TÉCNICA	Espejo autovaloración
DESARROLLO	<p>Se realizará la dinámica “A través del espejo”, aplicada en la sesión anterior. Se le pide que identifique sus cualidades y habilidades, todos aquellos aspectos que considera que son positivos y que puede hacer mejor que nadie.</p> <p>Se le confrontará, cada vez que mencione algún aspecto negativo y cuando no se atreva a decir lo que piensa.</p> <p>A partir de la información brindada, se reforzarán los puntos fuertes o fortalezas que posee, ya sean rasgos físicos, cualidades y/o habilidades y se hablará de la importancia de evaluar también los puntos débiles, para convertirlos en puntos a favor y que permitirán un mejor autoconcepto y poder enfrentar las situaciones con más confianza.</p>
TIEMPO	60 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 sofás ✓ 1 espejo ✓ 1 mesa de centro

TERCERA SESIÓN: PENSAMIENTOS Y ESTADO DE ÁNIMO I	
OBJETIVO	Comprender cómo nuestros pensamientos afectan nuestro estado de ánimo
TÉCNICA	<p>Psicoterapia racional</p> <p>Apoyo</p>

DESARROLLO	<p>La sesión iniciará dando a conocer algunos aspectos importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué son los pensamientos? ✓ ¿Cómo los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo? <p>Para complementar esta parte, en base a algunos ejemplos y situaciones se le hará ver lo que realmente sucede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Una persona suele pensar: "Tengo miedo", "Soy un cobarde", "soy feo" o "la gente no me quiere, no valgo" ✓ Mientras que un pensador flexible dirá: "A veces tengo miedo, pero también a veces soy valiente". "Soy miedosa pero hay personas que son más miedosas que yo". "No seré la más linda del mundo, pero tampoco soy, la más fea". "Tengo otras cualidades que me hacen una persona agradable". <p>Después se le enseñará a identificar diferentes tipos de pensamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pensamientos constructivos versus destructivos. ✓ Pensamientos necesarios versus innecesarios. ✓ Pensamientos positivos versus negativos. ✓ Pensamientos dañinos o contraproducentes. <p>Para finalizar esta sesión se identificarán estos pensamientos contraproducentes que lo único que le</p>
-------------------	--

	originan es temor y miedo. De esta forma se busca generar un cambio en la paciente.
TIEMPO	60 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 sofás y una mesa de centro ✓ Hojas bond

CUARTA SESIÓN: PENSAMIENTOS Y ESTADO DE ÁNIMO II	
OBJETIVO	Usar los pensamientos de la paciente para cambiar su estado de ánimo
TÉCNICA	<p>Psicoterapia racional</p> <p>Alternancia ideativa</p>
DESARROLLO	<p>Se iniciará esta sesión haciendo un recuento de lo tratado anteriormente y preguntándole “¿cómo se ha sentido durante estos días y cómo se siente hoy?”. Luego se trabajará el tema: “Aumentando pensamientos que producen un mejor estado de ánimo”. En este apartado se le brindan algunas sugerencias para aumentar pensamientos que le permitan sentirse mejor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “Aumentar en la mente el número de pensamientos buenos”: Hacer una lista de pensamientos buenos que tiene acerca de ella misma y de la vida en general. ✓ “Felicitarse mentalmente”: Otras personas no notan la mayoría de las cosas que realiza uno, por lo tanto,

	<p>es importante para uno mismo reconocerlas y darnos crédito por ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “Detener todo lo que estás haciendo”: Es bueno tomar un descanso y darnos mentalmente un tiempo para nosotros mismos, permitir a la mente tomar un respiro, realizar los ejercicios de relajación aprendidos en la primera sesión. ✓ “Proyección al futuro”: Imaginarse así mismo en el futuro, en un tiempo en el que las cosas serán mejores. <p>Después se trabajará con el apartado “Disminuyendo los pensamientos que nos hacen sentir mal”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ “Interrumpe tus pensamientos”: Identificar el pensamiento que afecta nuestro estado de ánimo y decirte a ti misma “Este pensamiento está arruinando mi estado de ánimo, por lo tanto, voy a pensar en un acontecimiento feliz”. ✓ “Tiempo para preocuparse”: Programar un tiempo para preocuparse cada día, donde se enfoque en pensamientos necesarios. ✓ “Reírse de los problemas”: En base al sentido del humor, buscar el lado gracioso de los problemas para enfrentarlos de una manera más tranquila y amena. ✓ “Considerar lo peor que puede pasar”.
--	--

	Para finalizar se le pedirá a la paciente que elabore un lista de todos los pensamientos que tiene.
TIEMPO	60 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 sofás ✓ 1 mesa de centro ✓ Hojas bond

QUINTA SESIÓN: COMUNICARME SIN TEMOR	
OBJETIVO	Manifestar los sentimientos hacia sus padres y hermana.
TÉCNICA	Silla vacía
DESARROLLO	<p>Se inicia la sesión con el ejercicio de respiración aprendida en la primera parte. Se le explicará a la paciente la dinámica de la presente sesión y la función que cumple la silla vacía. En un primer momento se le pide que visualice a su hermana sentada en esa silla y con ayuda de la evaluadora vaya respondiendo a cada pregunta que se le hace y siga las instrucciones. De la misma forma se trabajará con la visualización de su madre y padre.</p> <p>La paciente utilizará las dos sillas y se “pondrá en el lugar” de su hermana y padres; dando origen a una especie de diálogo entre los tres que permitirá saber cómo se sienten tras conocer la noticia.</p>
TIEMPO	60 minutos
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 3 sofás ✓ 1 almohada

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

La psicoterapia está programada para un tiempo no menor a 6 meses, que se realizará una vez por semana, siendo estas de 60 minutos y que se prolongarán de acuerdo a los avances que tenga la paciente.

VI. AVANCES TERAPÉUTICOS

Pudo identificar sus características físicas, habilidades, capacidades, limitaciones, dificultades y todos aquellos aspectos que le originan una falta de confianza en sí misma. También se trabajó la sesión de pensamientos y estado de ánimo I, logró identificar los pensamientos que le generan tristeza, miedo, cólera y los viene contrastando con sus contrarios, es decir, como lograr que un pensamiento negativo se vuelva positivo.

Bach. Leydi Patricia Provincia Mendoza

PERFIL DE INTELIGENCIA GENERAL

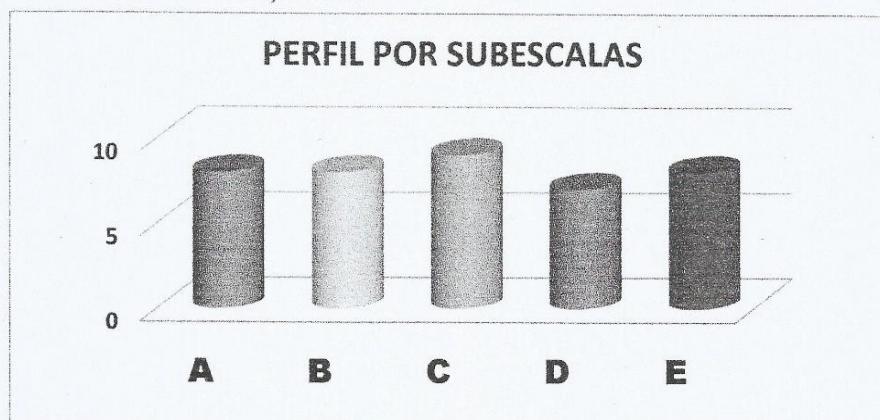
Nombre B.D.Q.P.

Edad 13 Sexo FEMENINO
Grado 2° SECUNDARIA Sección 0
Fecha 18/04/2017

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	8	67	
B	8	67	
C	9	75	
D	7	58	
E	8	67	
TOTAL CI	40	50	Término medio, Normal

INTERPRETACION

B.D.Q.P. de 13 años de edad
Tiene un Puntaje de 40 que lo ubica en el Percentil 50
Nos indica que se ubica en la categoría de:
Término medio, Normal



LEYDI PATRICIA PROVINCIA MENDOZA



Esquirolo: Timidez / dependencia materna, difícil socialización y comunicación con los demás.

Llaves acto: Fríedad / Sentimientos en su exteriorización al exterior.

Dificultades / control y relajación

EMA - HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres: *J. P. G. D.*

Edad: ... 13 ... Sexo: **M**

Año de Estudios: ... 2º Sec. Institución Educativa:

Fecha de evaluación: ... 18/04/10 ...

Fecha de nacimiento: ... / ... / ...

Evaluador: ... *Bach. Legdi. Provincia. Mendoza*

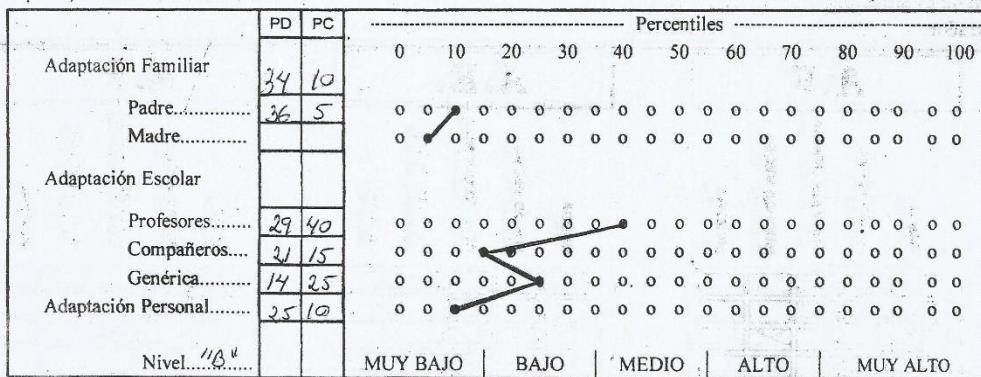
A.F.

A.E.

A.P.

	NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala		P.D.	P.C.	Interpretación
A.F.	A.P. 1 → 20	34	10	Muy bajo
	A.M. 21 → 40	36	5	Muy bajo
A.E.	A.Pr. 1 → 14	29	40	Medio
	A.C. 15 → 25	29	15	Bajo - MB
A.P.	A.G. 26 → 31	14	25	Bajo
	A.P. 1 → 19	28	10	Muy bajo



Interpretación:

1) Adopción al padre y a la madre: Se evidencia que la relación entre Diana y sus padres no es del Todo bien, existiendo brechas o dificultades.

2) Adaptação escolar: Se rebaña con los profesores es normal, no evidencia problemas con las figuras de autoridad.

Bojo navel de ojete con sus iguales

Bajo nivel de ajuste a la escuela → Implica que

- Diana no tiene a valoros posteriormente ser
educador, nota considera estel para su desen
~~Vimenes~~ ~~seal~~.

3) Adeptación personal: Presenta una postura muy baja, que es indicadora de una situación de ansiedad personal que puede estar asociada con mal autocuidado, baja autoestima y sensación de soledad; con evidentes rasgos de trastornos de ansiedad, estrés y depresión.

C.D.S.

PROTOCOLO DE RESPUESTA

Apellidos y Nombres: ...Q. P. B. D.

Edad: 13: Sexo: (M) (X) Fecha: 18/04/18

Evaluador(a), Bach. Leydi Provincia Mendoza.

- | | |
|---|-------------------|
| A | Muy de acuerdo |
| B | De acuerdo |
| C | No estoy seguro |
| D | En desacuerdo |
| E | Muy en desacuerdo |

MARCA SÓLO UNA RESPUESTA

	A	B	C	D	E
1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33
34
35
36
37
38
39
40

	A	B	C	D	E
33	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

AA 19

RA 21

	A	B	C	D	E
9	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41
42
43
44
45
46
47
48

	A	B	C	D	E
41	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

PS 22

AE 23

	A	B	C	D	E
17	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49
50
51
52
53
54
55
56

	A	B	C	D	E
49	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
53	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
54	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

PM 16

SC 23

DV 29

	A	B	C	D	E
25	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

57
58
59
60
61
62
63
64
65
66

	A	B	C	D	E
57	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
59	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
60	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
61	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
62	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
63	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
64	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PV 33

TP 52

21+22+23+16+23+29
TD 133

	Nivel
AA = 19	Medio
RA = 21	Medio
PS = 22	Medio
AE = 23	Medio
PM = 16	Medio
SC = 23	Medio
DV = 28	Medio
PV = 33	Alto
TP = 52	Alto
TD = 133	Medio

Interpretación

TP Se presentan importantes manifestaciones depresivas.

Los sentimientos de alegría, diversión y felicidad son manifestados ocasionalmente.

→ Total Positivo

TD = Total Depresivo

Refleja algunas actitudes depresivas