



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura, 2018”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

AUTORA:

Bach. Barriga Mendoza, Katherine Cristina.

ASESOR:

Dr. Vela Miranda, Oscar Manuel.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

PIURA – PERÚ

2018

El Jurado en cargo de evaluar la tesis presentada por don (a)
Barriga Mendoza Katherine Cristina
cuyo título es: Clima Social Familiar e Ideación suicida en pacientes
con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de
Piura 2018.

Reunido en fecha, escucho la sustentación y la resolución de preguntas por es estudiante,
otorgándole el calificativo de: 15 (Número)..... quince (Letras).

Trujillo (o Filial) Piura, 14 de Diciembre Del 20...18.


PRESIDENTE


SECRETARIO


VOCAL



Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a aquellas personas que luchan constantemente para vencer el Cáncer, ya sea dentro o fuera de los hospitales; donde su valentía y su fortaleza son los primares que los impulsan a continuar en esta extenuante tarea.

De manera especial, se la dedico a mi madre quien afronta esta lucha con optimismo y fortaleza, donde a pesar del momento difícil que atraviesa, continúa adelante dando muestra de que todo esfuerzo viene con su recompensa.

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial, a todo el personal de la Institución de Salud donde apliqué mi Investigación, por el espacio, acceso y tiempo brindado para culminar con la aplicación de mis escalas.

Así mismo, agradezco a todas aquellas personas que con su ayuda y motivación ayudaron a la concretización del presente trabajo. De manera especial a la Dra. Julia Parra Villalonga, Mayra Palacios Alzamora y Edwin Vite Zapata; quienes sin ningún apremio contribuyeron en esta incesante labor.

Por otro lado, quiero dar gracias infinitas a mi familia, en especial a mi hijo. Gracias por su comprensión, tolerancia, por el tiempo otorgado durante todo este período. Y gracias a Dios por ser nuestra guía y fortaleza en todo momento.

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, **KATHERINE CRISTINA BARRIGA MENDOZA**, identificada con D.N.I. 47158024, estudiante de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo filial Piura; declaro bajo juramento lo siguiente:

- Que el trabajo académico titulado: “Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de la ciudad de Piura, 2018” es exclusivamente de mi autoría; el mismo que cuenta con 81 folios presentados, con el fin de obtener el título profesional de Licenciada en Psicología.
- La información recabada es verás y auténtica, señalando las fuentes de búsqueda y haciendo uso del parafraseo para una investigación clara y precisa que englobe el tema a sustentar.
- Los resultados obtenidos son datos alcanzados por el paciente respecto a la realidad actual que vivencia en torno a su contexto familiar. Cabe resaltar, que dichos pacientes oncológicos firmaron el consentimiento informado aprobando dicha evaluación, respaldando su privacidad y confidencialidad tal como lo señala el Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos del Perú.

De hallar material falseado o de plagio, me someto al proceso disciplinario que establece la Universidad César Vallejo, a efectos del proceso de Investigación y Normas Académicas establecido por dicho plantel.

Piura, Julio del 2018

Barriga Mendoza, Katherine Cristina

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Ante ustedes, presento la tesis titulada: “Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de la ciudad de Piura, 2018”, con la finalidad de determinar la relación entre ambas variables antes mencionadas, en cumplimiento con el Reglamento de Grados y Títulos para optar por el grado de Licenciada en Psicología.

En el Capítulo I, se plantea la realidad problemática, trabajos previos, teorías relacionadas al tema, la formulación del problema, justificación y objetivos generales y específicos. En el Capítulo II, se especifica el método empleado, el diseño de investigación, la operacionalización de variables, la población y muestra, técnicas e instrumentos utilizados, método de análisis de datos y los aspectos éticos considerados dentro del proceso de investigación. Así mismo, en el Capítulo III, se presentan los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, los mismos que se encuentran interpretados textualmente y graficados mediante tablas correlacionales: las mismas que son analizadas en la Discusión presentada en el Capítulo IV. Por otro lado, en el Capítulo V, se puntualizan las conclusiones obtenidas de los resultados presentados anteriormente. Mientras que, en el Capítulo VI se muestran las recomendaciones y en el Capítulo VII, se citan las fuentes bibliográficas de donde se obtuvo la información seleccionada. Finiquitando con la última parte donde se anexan todos los elementos de verificación de la investigación realizada.

Esperando haber cumplido con los requisitos técnicos y científicos señalados por la Escuela de Psicología, espero que dicha investigación se ajuste a las exigencias establecidas por parte de la Institución, obteniendo una aprobación merecida.

La Autora

ÍNDICE

PÁGINAS PRELIMINARES

Jurado Calificador	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de Autoría	v
Presentación	vi
Índice.....	vii

RESUMEN	ix
----------------------	----

ABSTRACT	x
-----------------------	---

I. INTRODUCCIÓN	11
------------------------------	----

1.1. Realidad Problemática	11
----------------------------------	----

1.2. Trabajos Previos	15
-----------------------------	----

1.3. Teorías relacionadas al tema	20
---	----

1.4. Formulación del Problema	32
-------------------------------------	----

1.5. Justificación del Estudio	32
--------------------------------------	----

1.6. Hipótesis	33
----------------------	----

1.6.1. Hipótesis General	33
--------------------------------	----

1.6.2. Hipótesis Específicas.....	33
-----------------------------------	----

1.7. Objetivos	33
----------------------	----

1.7.1. Objetivo General	33
-------------------------------	----

1.7.2. Objetivos Específicos	33
------------------------------------	----

II. MÉTODO	35
-------------------------	----

2.1. Diseño de Investigación	35
------------------------------------	----

2.2. Variables, Operacionalización.....	36
---	----

2.3. Población, Muestra y Muestreo.....	39
---	----

2.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad..	40
2.5. Métodos de análisis de datos.....	45
2.6. Aspectos Éticos.....	45
III. RESULTADOS.....	46
IV. DISCUSIÓN.....	55
V. CONCLUSIONES.....	59
VI. RECOMENDACIONES.....	61
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
ANEXOS.....	67
ANEXO 01: Instrumento 01.	68
ANEXO 02: Instrumento 02.	72
ANEXO 03: Matriz de Consistencia.	74
ANEXO 04: Consentimiento Informado.	78
ANEXO 05: Carta de Inicio de Prácticas en la Institución donde se aplicó la Investigación.	79
ANEXO 06: Constancia de permiso por parte del servicio de Psicología	80
ANEXO 07: Constancia de permiso por parte del servicio de Oncología de la Institución de Salud.	81

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se ha enmarcó dentro de una línea de investigación de Violencia partiendo desde el objetivo principal que era analizar la relación entre El Clima Social Familiar y la Ideación Suicida, teniendo como núcleo a los pacientes que reciben tratamiento oncológico dentro en una Institución de Salud de la Ciudad de Piura. El diseño empleado para dicho estudio fue Correlacional de tipo No experimental – Transversal dado que se fija en un tiempo determinado y donde se busca establecer la relación existente entre las variables Clima Social Familiar e Ideación Suicida. Si bien la población se encontraba conformada por 757 pacientes atendidos en dicha institución, tal como lo señala el Censo hospitalario de dicha institución de salud, por el acceso y disponibilidad de los pacientes se tuvo que fragmentar la población y trabajar con una muestra de 150 pacientes que actualmente reciben tratamiento oncológico, realizando un muestreo No Probabilístico por Conveniencia, trabajando con un nivel de significancia estadística del 0.05. Donde los resultados obtenidos fue la relación entre dichas variables de estudio.

Palabras Clave: Clima Social Familiar, Ideación Suicida, Pacientes Oncológicos, Cáncer.

ABSTRACT

The present research work has been framed with a line of investigation of Violence starting from the main objective that was to analyze the relations between the Family Social Climate and the Suicidal Ideation, having as a core the patients that receive oncological treatment inside in a Health Institution of the City of Piura. The design used for this study was Correlational of the Non-experimental - Transversal type given that it is set at a specific time and where the relationship between the variables Family Social Climate and Suicidal Ideation is established. Although the population was made up of 757 patients treated in said institution, as indicated by the hospital census of said health institution, due to the access and availability of the patients, the population had to be fragmented and a sample of 150 patients worked. who currently receive oncological treatment, performing a No Probabilistic Sampling for Convenience, working with a level of statistical significance of 0.05. Where the results obtained was the relationship between said study variables.

Keywords: Family Social Climate, Suicidal Ideation, Oncological Patients, Cancer.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800 000 personas al año llegan al acto de suicidarse, donde por cada suicidio, hay más de una tentativa en lo que respecta al intento de suicidio no consumado, siendo el factor individual de riesgo más importante en el mundo (OMS, 2018). En el Perú, entre cada 2 y 3 personas se suicidan diariamente, donde el grupo de población más afectado por los suicidios son los varones, entre ellos los adultos jóvenes y los adultos mayores, cuya tasa de eliminación alcanza 5 por cada 100 000 habitantes (MINSAL, 2017). Para Cutipé, director de Salud Mental del Ministerio de Salud, el sector vulnerable se encuentra conformado por aquella población que no cuenta con una red de soporte familiar o una comunidad que sea lo suficientemente protectora o sensible al sufrimiento de estas personas, ya sean propias de su entorno o ajenas a él, donde el 90% de las personas que piensan en la autoeliminación muestran señales de alerta antes de llegar a tomar dicha decisión.

Por otro lado, y sin ser tan lejanos a la problemática de coyuntura internacional y nacional que abarca la salud física y mental en nuestra sociedad actual, vemos diariamente a personas con episodios depresivos por falta de afrontamiento o escases de recursos internos y externos para hacer frente a las situaciones que se tornan difíciles de superar. Como es el caso de los pacientes que padecen de Cáncer, específicamente de aquellos que reciben tratamiento dentro de las instituciones de salud en los diferentes sectores. Así vemos como el Cáncer es una constante dentro de la salud pública que no discrimina raza, sexo o estatus social y que perjudica a miles de personas a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el 2030 el 21.3 millones de habitantes habrán desarrollado dicha enfermedad y el 13.1 millones de personas habrán muerto a causa de esta. Así lo estima el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, 2005).

Si bien, existen Instituciones como el Ministerio de Salud (MINSAL), el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), la Asociación de Damas de ayuda al enfermo con cáncer (ADANEN) y sectores privados como

ONCOSALUD; existe una ineficiente investigación sobre los indicadores de soporte emocional que favorezcan al cuidado del paciente con cáncer, así como de las familias que rodean a éstos, dejando de lado la evaluación psicológica complementaria al bienestar emocional del enfermo, donde se separa el cuidado físico del mental, siendo este segundo el más importante para paliar con el sufrimiento emocional de quienes lo padecen.

Cabe resaltar, que el Ministerio de Salud (MINSA) y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), llevan a cabo “El Plan Esperanza” que integra actividades en cuanto a prevención y promoción, logrando una detección temprana de la enfermedad, tratamiento y soporte complementario que requiere el paciente oncológico. A esto se le añade, que el paciente debe contar con requisitos de afiliación al SIS para poder acceder a la atención.

Desde la perspectiva de salud pública, se debe considerar que el “Plan Esperanza” sólo es una estrategia para la prevención y control del cáncer en el Perú, diseñado como parte de un esquema integral dentro de la lógica del proceso salud - enfermedad (INEN, 2005). Analizando lo antes mencionado, no se hace mención acerca de la importancia de la asistencia psicológica en la difícil tarea de sobrellevar el sufrimiento, minimizar el dolor y fomentar la comunicación y confianza entre Médico – Paciente, sin minimizar el rol que cumple la familia en función a la recuperación del paciente dentro de todo el tratamiento.

Los pocos estudios realizados a nivel regional indican que la asistencia psicológica que se brinda dentro de los hospitales, ya sea como visitas hospitalarias o como tratamiento ambulatorio, superpone una intervención ineficaz y poco fructífera, dado al tiempo limitado de visita. Así mismo, en lo que respecta al cuidado de la salud, a nivel de prevención no existen programas establecidos que potencien el equilibrio y soporte emocional de los pacientes y sus familiares, repercutiendo gravemente en su salud psicológica debido a la distorsión del pensamiento que muchas veces presenta el enfermo de cáncer y al afrontamiento que tiene la familia frente a la enfermedad.

Por otro lado, se hace referencia al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), en donde se realiza visitas domiciliarias a los pacientes que por diversos motivos no pueden acercarse a la Institución de Salud. Dentro de estas visitas, el psicólogo realiza atenciones e intervenciones según sea el caso, estableciendo espacios de comunicación entre paciente y familia, haciendo un análisis global según sea su percepción.

El hecho de que el psicólogo pueda lograr formar un solo equipo con el paciente para un adecuado manejo de la enfermedad, fortalece el vínculo de confianza que facilita la intervención en las fases de mayor dificultad (Fase recidiva), permitiendo identificar precozmente situaciones de riesgo o desadaptativas que interfieran en el pensamiento o conducta del individuo, detectando a tiempo los elementos estresores que repercuten en él, así como sus desencadenantes.

Según las investigaciones realizadas en otros países, señalan que el peligro de suicidio aumenta cuando el paciente piensa que sería mejor para sus familiares que él estuviera muerto (tal como lo señala el ítem 19 del test de Zung – Depresión), manifestando el deseo de morir ante una crisis de desesperanza. Es importante evaluar cuidadosamente a los pacientes con pensamientos suicida, más aun cuando la persona cuenta con los medios suficientes para ejecutarlo.

Así mismo, para GeoSalud (2017), en su artículo “Evaluación y Tratamiento de Pacientes Suicidas con Cáncer” manifiesta que la frecuencia en que se realizan los suicidios puede ser más alta que la tasa de suicidios de la población, evidenciando un índice elevado durante los primeros meses después de descubierto el diagnóstico, disminuyendo con el paso del tiempo. Esto dependerá del soporte brindado por la familia y del apoyo recibido en el tratamiento durante todo el proceso de recuperación (p.1)

El diagnóstico, tratamiento e intervención inmediata de los episodios depresivos, estrés agudo, sentimientos adversos como la ira, resentimiento y

angustia; desencadenan en el paciente desesperación agudizando el problema. Y si a esto se lo suma, una intervención superflua sin que el especialista ahonde en el tema y no establezca un lazo de confianza entre terapeuta y paciente, la ineficacia de la intervención se hará más que evidente.

Se debe considerar que los pacientes con cáncer suelen presentar depresión y estrés agudo debido a los procedimientos a los cuales son sometidos de forma quincenal o mensual para su recuperación. Sin embargo, cuando ellos observan que el tiempo avanza y su salud no mejora, tienden a presentar un pensamiento distorsionado de la vida. Muestran lo que se denomina ideación suicida.

Según Apaza E. (2012) en su tesis “Factores Asociados a la ideación suicida en relación a los pacientes que padecen cáncer”, existen factores que intervienen en el desarrollo de este pensamiento: como el tipo de cáncer, el número de procedimientos y la fase de avance de la enfermedad, para identificar y oportunamente corregir los patrones de pensamientos negativos que podría estar presentando, ya sea por falta de apoyo por el grupo familiar, por el insuficiente afrontamiento al dolor causado o por la ineficacia de los tratamientos aplicados. Según los datos que presenta dicho artículo, la ideación suicida en estos casos, suele ser de un 29.47% del total.

Considerando lo antes dicho y teniendo en cuenta la influencia del entorno familiar en el proceso de recuperación, nos vemos en la necesidad de revalorar su importancia ante una base psicológica que implica el fortalecimiento e integración entre Médico – Paciente – Familia, de modo que esta última tenga una participación activa dentro de todo el proceso.

El propósito de la siguiente investigación es establecer la relación entre el clima social familiar y la ideación suicida en los pacientes que recién reciben tratamiento oncológico en una Institución de Salud, permitiendo brindar información relevante para establecer soluciones posteriores que sean de beneficio para los pacientes y sus familiares, contribuyendo al desarrollo y avance de la investigación en esta unidad hospitalaria.

1.2. Trabajos Previos

Internacionales:

Zhang & Brown (2011), Desarrollaron una tesis denominada: Propiedades Psicométricas de la escala para la ideación del suicidio en China, (Universidad Normal de Beijing en China); donde el objetivo de dicha investigación era examinar las propiedades psicométricas del SSI. La muestra escogida para dicho estudio fue realizada con estudiantes de secundaria ($n= 292$) en China rural, donde el instrumento a validar era La Escala de Ideación Suicida en China. Los resultados indicaron que las Mujeres ($M=5.66$, $SD=5.58$) tenían puntuaciones totales de SSI significativamente más altas que los hombres ($M=4.14$, $SD= 4.39$, $t=2.55$, $p<0.01$). Dicha investigación presenta una confiabilidad interna (alfa de Cronbach= 0.85 ; confiabilidad de mitad de Guttman= 0.83), encontrándose también correlaciones ítem – total de moderadas a moderadamente alta. Por otro lado, en lo que respecta a la validez los resultados indicaron que independientemente de si los puntajes de ansiedad rasgo eran más altos o más bajos, los grupos con puntajes altos de desesperanza tenían puntajes promedios de ideación suicida significativamente más altos ($F=35.68$, $df=1$, $p<0.00$). Concluyendo que el SSI posee una alta fiabilidad interna y altas correlaciones ítem – total; indicando que la versión china del SSI tiene excelentes propiedades psicométricas para medir la ideación suicida dentro de la población china. Además de encontrarse que el SSI está positivamente correlacionado con la depresión y negativamente relacionado con la autoestima y el apoyo social.

Park, Han, Kim & Yoon (2013). En su investigación: Predictores de ideación suicida en personas mayores que reciben servicio de atención domiciliaria, donde el objetivo de estudio era examinar los predictores de ideación suicida en personas mayores que utilizan el servicio de atención domiciliaria. Se utilizó un diseño transversal con una muestra de 697 sujetos, donde los participantes fueron seleccionados al azar entre las edades de 50 años a más, los cuales utilizaban servicios de atención domiciliaria en la provincia de Jeollabuk-do. Los instrumentos utilizados en dicho estudio fueron la Escala de Depresión Geriátrica, la Escala de Ideación suicida, la escala multidimensional de Apoyo Social Percibido y el Anexo II de la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud. Los

análisis de regresión jerárquica revelaron que la depresión, el apoyo social percibido y la discapacidad eran predictores significativos de ideación suicida. Por otro lado se encontró que el apoyo social menos percibido de los miembros de la familia se relacionó con los niveles más altos de ideación suicida. Así mismo, se observó que las asociaciones entre varias categorías de discapacidad e ideación suicida desaparecieron después de controlar la depresión. En tal estudio se concluyó que las estrategias preventivas deben centrarse en la depresión, el apoyo social y la discapacidad debiendo enfatizar los encuentros con personas mayores que reciben servicios de atención domiciliaria.

Wenzel & Hyman (2015), En su investigación: Terapia Cognitiva para pacientes suicidas: Estado Actual. (Universidad de Pennsylvania en Estados Unidos), con un diseño longitudinal, donde el objetivo de estudio evaluar a los pacientes como apropiados para la aplicación del protocolo de terapia cognitiva con una base de experiencia de una crisis suicida reciente, la misma que se define como un intento de suicidio o una ideación suicida aguda. Se trabajó con una muestra de 120 pacientes, los mismos que habrían intentado suicidarse dentro de las 48 horas anteriores hallados dentro de un departamento de emergencia. Éstos fueron escogidos aleatoriamente para recibir terapia cognitiva ambulatoria más la atención habitual, donde el criterio de exclusión fue que alguno de los participantes padezca de un trastorno médico que impida su participación dentro de la psicoterapia ambulatoria, donde se propuso un tratamiento mediante una terapia cognitiva, que se suscita como base para una intervención psicológica. Ellos reformulan la teoría de enviar a todos los pacientes suicidas o con ideación suicida a un tratamiento netamente psiquiátrico y proponen la alternativa de recibir un tratamiento psicológico que se pueda intervenir a poblaciones y contextos específicos. A la conclusión que llega, es que la terapia cognitiva disminuye el comportamiento suicida en relación a los cuidados que comúnmente reciben los pacientes. Así mismo, reduce la ideación suicida y el comportamiento en adolescentes suicidas. El estudio señala que los pacientes que están en riesgo de un posible suicidio son aquellos que se encuentran en las diferentes áreas de hospitalización y que existe una escasez para la prevención de futuros intentos de suicidio. Para ello, se adaptó un protocolo de terapia cognitiva dirigido a pacientes internados por intento de suicidio (PACT), en donde por medio de una prueba piloto

se compruebe la eficacia de una intervención temprana y oportuna para la ejecución en las áreas hospitalarias. De esta forma se comprobará los resultados y la viabilidad del tratamiento.

Sheena (2015), En su investigación denominada: Terapia de comportamiento cognitivo para pacientes con cáncer, (Universidad de Florida, Agricultura y Mecánica, Tallahassee en Florida). Enfatizó la importancia de cómo nuestro pensamiento afecta la forma en que nos sentimos partiendo desde una base de terapia de comportamiento cognitivo con el objetivo de cambiar los pensamientos y las conductas; en donde el paciente trabaja con un profesional de Terapia cognitiva conductual para desarrollar habilidades para reconocer, contrarrestar y manejar pensamientos y creencias problemáticos. El diseño de estudio fue longitudinal, donde los estudios posteriores indicadores que, después de una intervención promedio de 6 semanas los participantes podían controlar su nivel de fatiga y tenían una calidad de vida significativa. El estudio reveló que el 69% de los pacientes que participaron en el grupo de tratamiento informaron menos dolor y menos angustia, reduciendo la impotencia y la desesperanza.

Nacionales:

Apaza (2012). En su investigación denominada: Factores asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia. Donde el objetivo principal de dicha investigación fue determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la ideación suicida en pacientes con cáncer que reciben quimioterapia en un Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, considerando dentro de los objetivos específicos el establecer los factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida, precisar los factores clínicos y establecer la frecuencia de ideación suicida suscitada en dichos pacientes. El diseño de estudio fue de tipo descriptivo relacional donde se establece relación entre ambas variables. Se trabajó con un muestreo por conveniencia, con un total de 95 pacientes asistentes en los meses de Setiembre, Octubre e inicios de Noviembre, contando con criterios de inclusión y exclusión. Entre los instrumentos utilizados se encontraron el Cuestionario de Factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia

y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los resultados obtenidos son que el género femenino es más usual en la población de estudio con un 63,16% y que el género masculino se relaciona con la ideación suicida de forma significativa en un $p < 0,05$. Así mismo, se concluyó que el 70,53% del total no presenta ideación suicida, mientras que el 29,47% sí presentó. Concluyendo de esta manera en que los factores sociodemográficos asociados a la ideación suicida en pacientes que padecen dicha enfermedad son los hombres con nivel secundario y superior, solteros, viudo/separado, desempleados y con un nivel económico bajo. Por otro lado, los pacientes presentan una ideación de 29,47%, donde los pacientes han perdido el deseo de vivir mostrando deseos pasivos en la mayoría de los casos.

Castellanos & Soza (2014), En su investigación denominada: Ideación Suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe. (Chiclayo, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo en Perú). La hipótesis de dicha investigación era corroborar si existen diferencias entre los niveles de ideación suicida en los pacientes con VIH y TBC de los distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe, siguiendo un estudio Descriptivo Comparativo. La población estuvo conformado por 122 pacientes; donde 74 de ellos pertenecían al programa TARGA (pacientes con VIH) y 48 a Estrategias de Salud Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (pacientes con TBC), donde las edades regían entre los 18 a 75 años. El instrumento utilizado para dicho estudio comparativo fue la Escala de Ideación Suicida (SSI). Dentro de los resultados que se obtuvieron se encontró que el estudio señala que, el 73% de los pacientes con TBC presentaron niveles medios en lo que respecta a ideación suicida; mientras que el 15% de los pacientes con VIH indicaron haber planificado, en más de una ocasión, un intento de suicidio. Por otro lado, el 1% de los pacientes con VIH, refirieron haberlo realizado, teniendo un intento fallido durante el tiempo de detección de la enfermedad. Concluyendo en que se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ideación suicida en ambos pacientes con diagnóstico diferente, presentándose en mayor prevalencia este pensamiento en los pacientes con TBC con un nivel medio, mientras que en los pacientes con VIH, se ubicaron dentro de un nivel bajo en la mayor parte de los casos.

Ríos & Yamamoto (2016), En su investigación denominada: Clima Social e Ideación Suicida en pacientes de dos establecimientos de Salud de Lima parte este, Perú - 2016. El objetivo general de la investigación fue determinar la relación significativa entre el clima social familiar e ideación suicida en dos establecimientos de salud de Lima este. El estudio sigue un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental y de corte transversal. La muestra fue de 50 pacientes de dos establecimientos de Salud, aplicado a mujeres entre los 13 y 21 años. Dentro de los instrumentos aplicados se encontraron La Escala de Clima Social Familiar de Moos y Trickett (FES) y La Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI). En los resultados se encontró que, existe relación entre las variables donde la variable de Ideación Suicida se encuentra relacionada con cada una de las dimensiones del Clima Social Familiar. En tal sentido, un Clima Social Familiar favorable disminuirá el riesgo de ideación suicida en los pacientes fortaleciendo la comunicación, el apoyo moral, afecto mutuo entre los miembros que forman parte del vínculo familiar. Así mismo, el 26% de los pacientes presentan un nivel alto en lo que respecta a riesgo suicida, observando que el 41.9% de las mujeres marcan una tendencia en manifestación de riesgo suicida a diferencia de los hombres que presentaron un índice del 31.6%. Por otro lado, solo el 14.8% del total de los participantes, presentaron un nivel alto en lo que respecta a Clima Social Familiar, indicando que este grupo posee un esquema familiar estructurado, con grado de responsabilidad y control entre sus miembros, manifestando lo contrario al resto de familias.

Locales:

Landa (2011), En su investigación denominada: Relación entre depresión, ideación, intento y riesgo suicida en pacientes que padecen enfermedades terminales de los hospitales de la ciudad de Piura: aplicado a pacientes crónicos en fase terminal. (Universidad César Vallejo - Piura). Se utilizó un muestreo por conveniencia, con un diseño de estudio Comparativo entre las variables señaladas. Se obtuvo que el 63% de los que habían sido evaluados presentaban depresión severa, el 51.3% presentaban ideación suicida en un rango alto, el 82.5% representaba al grupo de bajo riesgo en lo que respecta a intento suicida; recalcando, que existe una relación significativa entre las variables depresión,

intento y riesgo con ideación suicida, observándolo en los porcentajes antes señalados.

Palacios (2014), En su investigación denominada: Relación del Clima Social Familiar e Ideación Suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV, Piura. (Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote en Piura). Donde el objetivo general fue determinar la relación del Clima Social Familiar e Ideación Suicida en personas con VIH, con una línea de investigación Cuantitativo – Descriptivo – Correlacional. Se aplicó a personas entre las edades de 33 a 40 años y nos indica que, si existe una relación entre el Clima Social Familiar e Ideación Suicida, siendo ambas variables dependientes la una a la otra. Los instrumentos aplicados fueron La Escala de Clima Social Familiar (FES) y La Escala de Ideación Suicida (SSI). Según el estudio realizado, los resultados obtenidos fueron, de un 40% dentro en una categoría promedio con respecto al Clima Familiar; mientras que, en ideación suicida, un 48% de personas se encontró en un nivel bajo, considerando un 19% dentro de un rango medio. Por otro lado, refiere que se establece una relación significativa entre las dimensiones del Clima Social Familiar, encontrándose una relación significativa con la variable de Ideación. Como conclusión resuelve que el porcentaje del Clima Social Familiar en el Centro de ASPOV es medio, mientras que el nivel de Ideación Suicida es relativamente bajo.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Clima Familiar

1.3.1.1. Teoría del Clima Social de Moos

Moos (1991), argumentaba que tres dimensiones apuntaban a todos los entornos creados socialmente, siendo éstos muy diferentes, incluyendo el entorno educativo. A través de esta investigación demostró que los tipos básicos de las dimensiones se caracterizan según los diversos entornos en los que se encuentra el individuo.

Zavala (2001), refiere que la Escala del Clima Social Familiar se basa en un marco teórico de la psicología ambientalista, la cual presenta características referente a la relación establecida entre hombre – medio

ambiente, ambiente físico, reacción del individuo dentro del entorno, conducta y estímulos percibidos (Citado por Kemper, 2000).

1.3.1.2. El Ambiente según Moos

La Psicología ambiental parte de una base donde la conducta humana se suscita dentro de un espacio o contexto significativo para el individuo. Tal contexto, es de notable trascendencia en el estudio de la conducta humana (Cassullo, 1998, p.7).

Para Moos (1974), el concepto de ambiente funciona como concluyente en el bienestar de la persona, en donde éste asume el rol del ambiente percibido; mientras que el medio ambiente funciona como educador del comportamiento humano.

Dentro del concepto de ambiente, se ha contemplado un conjunto de variables ecológicas y físicas, dimensiones según la estructura del grupo y características de los miembros, así como dimensiones psicosociales que forman parte del núcleo familiar (Citado por Pezúa 2012).

1.3.1.3. Escala del Clima Social Familiar (FES)

Muchos autores coinciden en afirmar que la interacción existente entre los miembros de la familia es producto del Clima que se propicia en él por lo que autores como Moos, Freedman y Bronfembrenner, coinciden en que existen elementos referentes al funcionamiento de las familias que evidencian una relación significativa entre clima y la conducta entre sus miembros, partiendo del núcleo al medio exterior.

Para Freedman (1980), la interacción que se desarrolla en la familia junto a los elementos estructurales que la condicionan, son los portadores de un clima que favorece al desarrollo personal e íntegro de los que la conforman, favoreciendo al fortalecimiento de emociones y al modo de afrontamiento a situaciones complejas que manifiesten un peligro intermitente en el pensamiento del individuo. De este modo se comprueba como la conducta ejercida en el medio es producto de las situaciones que se propicien dentro de la familia, repercutiendo en gran medida en la interacción y reacción con sus pares (Citado por Ríos y Yamamoto, 2016, p. 15).

En lo que respecta a la Escala, son tres las dimensiones o caracteres afectivos que se toman en cuenta, en donde se describe las características psicosociales de un determinado grupo sobre el medio ambiente que lo rodea.

Las dimensiones en la que se encuentra dividida la escala son tres, donde se desprende de cada una de ellas sub escalas:

- Dimensión de Relaciones.
- Dimensión de Desarrollo Personal.
- Dimensión de estabilidad y cambio de sistemas.

En general, todas las dimensiones evalúan la interrelación entre los miembros de la familia, evaluando aspectos como comunicación, integración e interacción.

1.3.1.3.1. Dimensiones de la escala del Clima Social Familiar (FES)

Entre las dimensiones que considera la Escala del Clima Social Familiar (FES) se encuentran:

➤ Dimensión de Relaciones:

Esta dimensión expresa el grado de comunicación y de libre expresión que existe entre los miembros del entorno familiar. Aquí encontramos 3 sub escalas que califican la dimensión de relaciones:

- ✓ Cohesión (CO): Es el grado de compromiso, ayuda y apoyo brindado entre los miembros de la familia.
- ✓ Expresividad (EX): Es la medida en que los miembros de la familia son alentados a actuar abiertamente en distintas situaciones.
- ✓ Conflicto (CT): Es el nivel de sentimientos como la ira, agresión y conflicto expresados abiertamente del uno al otro dentro del ambiente familiar.

➤ Dimensión de Desarrollo:

En la dimensión de desarrollo encontramos 5 sub escalas que lo califican:

- ✓ Autonomía (AL): Es la medida en que los miembros del grupo familiar son asertivos y autosuficientes, capaces de tomar sus propias decisiones.

- ✓ Actuación (AC): Es la medida en que las actividades (escuela o trabajo) se ven orientadas a los logros y competitividad.
- ✓ Intelectual – Cultura (IC): Es el interés mostrado en el ámbito político, social, intelectual y cultural.
- ✓ Social – Recreativo (SR): Es la participación en actividades sociales recreativas.
- ✓ Moralidad – Religiosidad (MR): Es el énfasis puesto en cuestiones y valores ético – religiosos.

➤ Dimensión de Estabilidad:

Dentro de la dimensión de Estabilidad se encontraron 2 sub escalas referentes a:

- ✓ Organización (OR): Es el grado de organización y estructura en la planificación de la familia con respecto a actividades y responsabilidades ejercidas dentro de la misma.
- ✓ Control (CN): Establece las reglas y los procedimientos utilizados para actuar en la vida familiar.

1.3.2. Ideación Suicida

1.3.2.1. Definición de Suicidio

Definido por Mengual e Izeddin (2012) como la epidemia del siglo XXI, instaurado como la primera causa de muerte violenta en el mundo, como una forma de violencia auto infringida. Concepto que surge de la necesidad de distinguir entre la agresión a uno mismo y el hecho de agredir a otra persona. Según el informe mundial sobre violencia y salud de la OMS, define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o amenaza contra uno mismo, contra otra persona, grupo o comunidad que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones, donde el uso intencional de la fuerza o poder físico incluye el descuido y todo los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de autoagresión (Citado por Krug y Cols, 2003).

Brent conceptualiza la conducta suicida como un proceso continuo, originándose en la ideación suicida y posteriormente, con el intento de

suicidio; donde intervienen elementos familiares, psicológicos y antecedentes psiquiátricos, mostrando gran relevancia entre los patrones de conducta asociados al riesgo suicida. (Citado por Larraguibel, 2000).

Así mismo, Bobadilla (2004), menciona que la ideación suicida es cuando el individuo, de modo persistente, piensa, planea o realiza el suicidio.

Para Pérez (2005) el significado de la terminología suicidio proviene de dos expresiones latinas: “sui” y “occidere” que reunidas conforman la conceptualización de “matarse a sí mismo”. El suicidio, por tanto, viene a ser el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas del proceso suicida, las mismas que son el deseo suicida, la idea suicida y el acto en sí (Citado por Apaza, 2012).

Por otro lado, Villardón (2009) señala que la ideación suicida implica, desde pensamientos sin motivo en pensamientos como “la vida no tiene sentido” hasta las ideas suicidas con un plan de realización o amenazas. Mingote, Jiménez, Osorio y Palomo (2004) explican que, esta conducta se evidencia cuando la persona piensa, planifica o desea cometer suicidio de forma frecuente (Citado por Ríos G. y Yamamoto, A., 2016).

1.3.2.2. Factores de riesgo que posibilitan la conducta suicida

Dentro de los factores de riesgo que hacen posible que se ejecute una conducta suicida se encuentra el momento de la crisis suicida. La crisis suicida es producto de la interacción entre variables intrapersonales, ambientales, sociales y situacionales viéndose reflejado en el comportamiento del paciente sin diferenciar edad, sexo, raza, religión y estatus social (Citado por Ortiz – Roselló, 2008).

Domenech (2005) apunta que los intentos de querer suicidarse o también conocidos como pensamientos fugaces, han sido pensados y proyectados tiempo atrás, alimentándolo de esa manera y pudiéndolo terminar en suicidio concretado. Por ello Jiménez (2008) objeta que la conducta e ideación suicida se puede observar como una gama de patrones conductuales y pensamientos que van en un camino continuo de severidad desde aquellos pensamientos de querer dejar de existir (ideación suicida

leve) hasta amenazas de quitarse la vida, intentos moderados, llegando inclusive a los intentos de suicidio completados. (Citado por Ríos G. y Yamamoto, A., 2016).

Para Beck, Rush, Gary y Shaw (1979), la intencionalidad suicida rige de forma progresiva, iniciando desde los deseos de querer morir, seguida de la planificación de modo en que la persona desea acabar con su vida, presentado a la vez desesperanza, desligamiento de la sociedad, falta de capacidad para solicitar ayuda profesional ante tal situación hasta llegando a tener sentimientos de inutilidad y creyéndolo se aísla del mundo externo que la rodea. (Citado por Ríos G. y Yamamoto, A., 2016).

Enfocando las definiciones antes mencionadas a la investigación encontramos que los factores de suicidio en los pacientes, surgen por situaciones que tienen un impacto negativo en el desarrollo de la persona, ya sean originadas en contextos de abandono (rechazo, enojo, ira, alivio, culpa, responsabilidad, incredulidad identificación y vergüenza) o en circunstancias que conlleven al individuo a la búsqueda del soporte familiar, las cuales al no hallarse bien cimentadas conllevan a acciones suicidas. (Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. Pág. 5).

Según la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011), existen tres factores de riesgo sobre ideación suicida:

➤ Historia Familiar

Se hallan factores que implican riesgo como: una inadecuada relación con los progenitores y conflictividad con entre los mismos. (Terman citado por Domenech, 2005).

➤ Eventos Vitales estresantes o Situaciones de pérdidas

- ✓ Pérdidas Personales tales como: divorcio, separación o muerte de algún miembro de la familia.
- ✓ Pérdidas Financieras: dinero o trabajo.
- ✓ Problemas Legales: conflicto entre padres, juicios en base a tenencia, violencia, entre otros.

➤ Factores Socio - Familiar y Ambiental

El apoyo socio - familiar muestra una evidente relación con la conducta suicida, indicando niveles altos de personas que viven solos o carecen de apoyo familiar o social, entrando a episodios depresivos que conllevan a la desesperanza. (Buendía, Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004, citado por Ríos y Yamamoto en 2016).

1.3.2.3. Tipos de suicidio

Para la Dra. Ortiz – Roselló en su libro “Introducción a la Evaluación Clínica” señala que existen seis tipos de suicidio suscitados en la clínica del paciente. Siendo estos los siguientes:

- Suicidio Agudo: En el suicidio agudo la persona es la que toma medidas específicas para quitarse la vida mediante conductas como ahorcarse, envenenarse o estrellarse, entre otros.
- Suicidio Crónico o silencioso: Este tipo de suicidio va de forma gradual, siendo el objetivo a fin terminar con su vida. Aquí el paciente utiliza estrategias como dejar de comer, no tomar medicamentos necesarios, consumir alcohol o drogas; primando la auto negligencia.
- Suicidio indirecto: La persona busca exponerse a situaciones que impliquen riesgo. Por ejemplo, transitar por un área de contaminación buscando contagiarse y enfermarse, complicando su estado de salud actual, trayendo consigo la muerte.
- Ideación Suicida Pasiva: Es aquella persona que tiene el pensamiento de muerte de manera recurrente pero no concreta el hecho, es decir no toma ninguna medida para seguir sus deseos suicidas.
- Atentado Suicida: Se toman acciones no logrando el objetivo suicida.
- Eutanasia o Muerte asistida: Se considera que es la acción de provocar la muerte a una persona enferma, de tal modo que se evite el sufrimiento.

Así mismo, Diekstra y Garnefski (1995) señalan que la ideación suicida puede ser expresada en forma de pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido, de valoración de la vida, breves pensamientos de muerte que inclusive llegan a concretizar planes para posteriormente matarse, evidenciando una preocupación obsesiva con la explícita idea de

suicidarse. Por tal motivo, las cogniciones pueden variar partiendo de pensamientos fugaces, tales como " la vida no vale la pena vivirla" hasta la construcción de imágenes autodestructivas persistentes y recurrentes (Venceslá y Moriana, 2002).

1.3.2.4. Dimensiones de la Escala de Ideación Suicida (SSI)

Según Beck, existen 4 indicadores que señalan la intencionalidad suicida (Guevara, 2006):

➤ Actitud hacia la vida o muerte

Asume a la muerte como un proceso natural, abordada dentro de un contexto cultural - familiar; el mismo que refleja temores, esperanza, expectativa, conciencia comunitaria y muerte de sí mismo.

➤ Pensamientos o deseos suicidas

Los pensamientos forman parte importante dentro de los patrones conductuales que presenta el paciente después de recibido el diagnóstico, evidenciando indicadores que sean síntomas de depresión o señales que denoten que la persona no está afrontando la enfermedad de la manera más idónea.

Cabe resaltar, que en esta dimensión se hacen presentes las ideas suicidas, acompañadas de creencias irracionales las cuales van sujetas al contexto cultural familiar.

➤ Proyecto del intento suicida

Según Beck, 1979 (citado en Guevara, 2006), el proyecto del intento suicida es la disposición que muestra el individuo para acabar con su vida, mediante un plan preparado estratégicamente.

➤ Desesperanza

Según Bobadilla (2004), desesperanza es el sentimiento de carecer de expectativa o perspectiva al futuro, que va acompañado de ausencia y enfoque de trascendencia, prevaleciendo una visión negativa de la realidad en un contexto determinado.

Si bien, la ideación suicida tiene como objetivo causar daño por medio de pensamientos intrusos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, existen circunstancias que condicionan a dicha acción (ambiente o contexto social).

1.3.3. Aspectos Psicológicos del Paciente con tratamiento Oncológico

1.3.3.1. Perfil Psicológico del Paciente con Cáncer

El impacto psicológico que genera enterarse que se padece de una enfermedad oncológica va a depender de muchas variables tales como: el estadio clínico de la enfermedad, edad, sexo, nivel cultural, etapa del ciclo vital, soporte familiar, social, respaldo económico, creencia religiosa, etc. (Citado por Galarza G. & Sánchez, C., 2017)

Con mayor o menor resistencia el paciente con cáncer comienza a reelaborar el sentido de muerte, el cual conforme avance el proceso se hace más evidente. Según el Modelo de Kübler-Ross (1926 - 2004), describe las fases del perfil psicológico como parte del proceso de la enfermedad:

- Primera Fase: Negación

Siendo la reacción inicial negar la situación vivida, la misma que genera la amenaza de tornarse insoportable. El paciente sufre una alteración en su psique sintiendo perder el control, el mismo que se ve degradado por el afrontamiento a la enfermedad, específicamente frente al diagnóstico.

En esta primera fase, surgen expresiones como: “no es verdad”, “el doctor se ha equivocado”, “esto no me puede estar ocurriendo”, etc.

- Segunda Fase: Ira, Enojo, Rabia

En esta segunda fase, el paciente se ve inmerso dentro de un cúmulo de preguntas, las mismas que generan emociones intensas evidenciándose por medio de sentimientos de ira, rabia, cólera y hostilidad; que podrían dar lugar a una agresión activa o pasiva contra cualquier figura de autoridad inclusive con ellos mismos. La capacidad de formar un pensamiento racional se ve bloqueada impidiendo tomar decisiones saludables y adaptativas por parte del paciente y su familia.

Las expresiones que surgen son: “¿Por qué a mí?, ¿qué hice?, ¿por qué me tuvo que suceder esto?, etc.

- Tercera Fase: Pacto o Regateo

En esta fase, el paciente busca realizar un pacto o negociación de forma secreta, como una forma de pedir con humildad que sus deseos sean cumplidos. Muchas veces estas negociaciones van dirigidas hacia la parte espiritual o hacia el médico, siempre dirigidas al “Ser Superior”. Según se señala, esta aceptación aparente sería una negación encubierta.

Los pensamientos generados giran entorno a: “curarse”, “sanare” o “portarse bien”, entre otros.

- Cuarta Fase: Depresión

Es la fase donde el paciente va siendo consciente del proceso que atraviesa. Surgen sentimientos de obsesión, incertidumbre, angustia, desolación, culpa, tristeza, minusvalía, soledad, etc.; las mismas que van suscitando reacciones o síndromes depresivos. Muchas veces el paciente presenta conductas de aislamiento, apatía y pérdida de energía para realizar sus actividades diarias. Se dice que un diagnóstico a tiempo permitirá identificar los pensamientos distorsionados que se presenten en este estadio, como es el caso de la ideación suicida.

- Quinta Fase: Aceptación

En esta fase el paciente y los familiares van afrontando la enfermedad, disminuyendo el sufrimiento de todo lo vivido, rescatando sus fortalezas y las ganas de continuar adelante; valiéndose de sus recursos internos y tomando a la enfermedad como una experiencia de unión entre sus miembros, con mayor tranquilidad y sosiego.

- Sexta Fase: Decatexis o Depresión Preparatoria

Generalmente surge en los pacientes en fase terminal. Aquí el “agonizante” está aún con vida pero su conciencia se encuentra sumergido en una realidad en la que sólo él vive. Se tiene presente que el duelo es el despidido de un ser querido hacia un más allá, una nueva dimensión, una realidad diversa donde no hay más sufrimientos. Se preparan para el desenlace final.

1.3.3.2. Efectos Psicológicos frente a los tratamientos

Según el artículo “Signos y Síntomas del pensamiento suicida” (2016), las ideas suicidas suscitadas en el proceso de estrés al cual es sometido el paciente viene acompañado de pensamientos de muerte, los cuales suelen ser intrusivos e indicativos de un padecimiento de una enfermedad mental. Este tipo de pensamientos inadaptados surgen ante respuesta al estrés y a la capacidad que tiene una persona para lidiar con esta etapa tensional vivida.

Así observamos que dentro de los procedimientos que se consideran en el tratamiento para hacer frente al cáncer, se encuentran los siguientes:

➤ Cirugía:

Si bien la cirugía es el método más efectivo para tratar el cáncer, la repercusión emocional que ocasiona la pérdida parcial o total de un órgano, genera un impacto agravante en la vida del paciente. Por lo general, en los varones se asocia a su rol varonil y a su sexualidad; mientras que en las mujeres, gira en torno a su reproductividad y a las secuelas que podría generar la cicatriz que deja el post operatorio.

Según la Dra. Galarza, Psicooncóloga del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), posterior a la cirugía suelen presentarse cuadros depresivos a largo plazo, debido a las secuelas de los tratamientos quirúrgicos que pueden dañar la vida sexual y producir infertilidad, como en el caso de los hombres jóvenes con cáncer de testículo.

➤ Quimioterapia:

El tratamiento de quimioterapia suele ocasionar en los pacientes cambios físicos que afectan su imagen corporal generando una serie de signos y síntomas de cuadros mixtos de ansiedad y depresión.

El componente psicológico juega un papel importante dentro del soporte y valoración del individuo para sí mismo. Por lo general, en las mujeres, el cambio en su aspecto como la caída del cabello, cambio en la coloración del cuerpo o de las uñas, náuseas, etc., representa un quiebre en su imagen corporal, a cómo su medio la califica y observa desde su propia percepción de descalificación personal. Mientras que, en los varones ven su

preocupación y miedo por las secuelas que traen consigo los procedimientos de quimioterapia, como su capacidad de erección o deseo sexual, sintiéndose poco atractivos para sus parejas.

Por otro lado, se ve manifestado el desgaste emocional que afronta el paciente dentro de su estado de recuperación, viendo un cuerpo maltratado por los químicos recibidos afectando su capacidad de resiliencia para continuar con el proceso.

➤ Radioterapia:

Muchos de los temores frecuentes en los pacientes varones se ven relacionados con el miedo a que su aparato sexual sufra quemaduras debido a la exposición frecuente a la máquina o esta se caiga, por error, encima del paciente. Por ello, surge la necesidad de manejar información que sirva como método psicoeducativo para la preparación emocional dirigida al paciente, de forma que se disminuyan los síntomas ansiosos, se reestructure las creencias irracionales y cuadros de fobias.

1.3.3.3. Conductas autolesivas

Para Bentley, Casiello – Robbins, Vittorio, Sauer – Zavala y Barlow (2015), las autolesiones se entienden como la forma problemática de regulador emocional, las mismas que se dan en mayor énfasis en personas con trastorno emocional, como depresión, estrés post traumático y otro tipo de trastornos como el trastorno obsesivo compulsivo.

Nock y Prinstein (2004), plantearon que las conductas autolesivas no suicidas obtenían un beneficio a nivel intrapersonal (reduciendo el estrés agudo) o a un nivel interpersonal (recibiendo apoyo de otras personas como su grupo social); donde el sistema de refuerzo vendría a ser automático.

En concreto se entiende que las conductas autolesivas vienen precedidas por un intenso y agudo afecto negativo y que la conducta lesiva disminuye ese afecto negativo, disminución que se convierte en reforzador automático; es decir, para el enfermo lesionarse disminuirá temporalmente el malestar. Por ejemplo, Un paciente con tratamiento oncológico que está sufriendo emocionalmente y que opta por pellizcarse. El pellizco va a suponer una importante “distracción emocional” cuando empieza,

bloqueando otras fuentes de malestar. El fin de pellizcarse va a generar una fuente de alivio. El pellizco servirá como una estrategia de regulación emocional, el mismo que disminuirá el sufrimiento y aportará satisfacción momentánea. (Franklin, 2013) (Citado por Pérez Nieto, 2015).

1.4. Formulación del Problema

¿Existe relación entre el Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura?

1.5. Justificación del estudio

Esta investigación se realiza teniendo en cuenta la problemática existente en las Instituciones de Salud, tanto públicas como privadas, concerniente a los pacientes del área de oncología, donde se presentan altos niveles de ansiedad y depresión después de haber recibido los procedimientos de quimioterapia y post operatorio, donde la familia adquiere una participación importante en lo que respecta a soporte emocional, contribuyendo al afrontamiento de la enfermedad y a la recuperación del paciente.

Por consiguiente, la investigación se dirige a profesionales especialistas en salud mental, para un adecuado manejo y abordaje del tema, mediante la mejora de la dinámica familiar, la atención prestada al grupo familiar y al paciente que la padece.

Por su importancia clínica y social, los resultados recabados en este estudio servirán para demostrar que existe una relación entre el Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico, donde la información recabada servirá para la implementación de posteriores talleres y programas de intervención con pacientes que presentan ideación suicida o realización del intento fallido, con el fin de identificar de forma temprana e intervenir de manera adecuada ante este tipo de situaciones.

Finalmente, este estudio contribuirá a la ampliación del conocimiento científico, sirviendo como base de futuras investigaciones en el ámbito nacional.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General

Existe relación entre el Clima Social Familiar e Ideación Suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.

1.6.2. Hipótesis Específicas

- Existen niveles del Clima Social Familiar en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.
- Existen niveles de ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.
- Existe relación entre la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.
- Existe relación entre la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.
- Existe relación entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.

1.7.2. Objetivos Específicos

- Describir los niveles del Clima Social Familiar de los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.
- Describir los niveles de ideación suicida de los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.
- Determinar la relación entre la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.

- Determinar la relación entre la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.
- Determinar la relación entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.

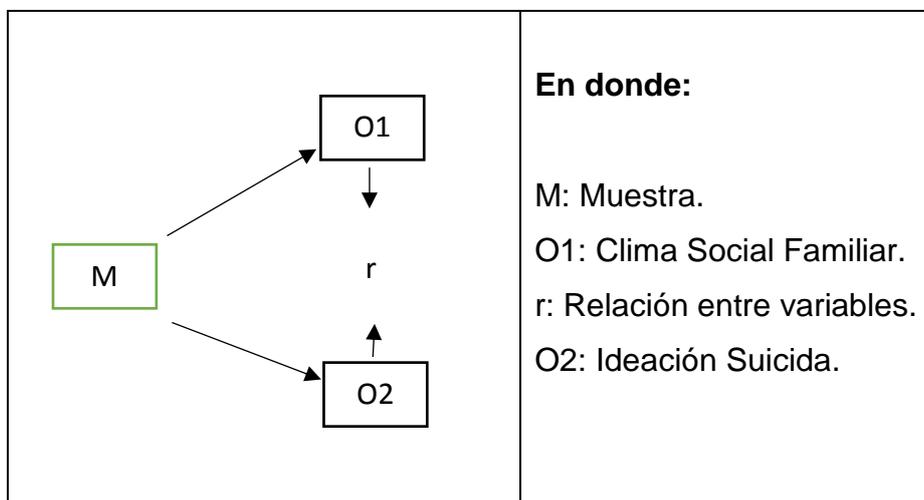
II. MÉTODO

2.1. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es No experimental de tipo transversal dado que no se manipulan las variables de forma deliberada y se recolectan datos obtenidos de los fenómenos observados en su ambiente natural; teniendo como propósito explorar un contexto determinado dentro de un momento específico (Sampieri, Collado y Lucio et al. 2003, p.269; 272).

Así mismo, el modelo empleado es Correlacional porque tiene como propósito evaluar la relación existente entre la variable de Clima Social Familiar e Ideación Suicida dentro de un sector determinado, siendo la población a estudiar aquellos pacientes que reciben tratamiento oncológico en una Institución de Salud de la ciudad de Piura.

Cabe resaltar, que los estudios cuantitativos correlacionales, miden el grado de relación entre variables, analizando posteriormente la correlación, siendo éstas expresadas en hipótesis sometidas a un proceso específico. (Hernández, 2003, p. 121).



2.2. Variables, Operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Clima Social Familiar	“Es la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de la interacción entre los miembros del grupo familiar; en donde, se tiene como puntos bases, la comunicación, la libre expresión, el conflicto entre miembros, el valor que tiene cada representante dentro del núcleo familiar y el control de la presión ejercida sobre cada uno de ellos”	El índice de Clima Familiar se medirá a través de la Escala de Clima Social Familiar (FES) que evaluará las relaciones entre los miembros del grupo familiar mediante tres dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad. Se puntuará de la siguiente manera:	Relaciones	- Grado de comunicación y libre expresión.	Escala Nominal
			Desarrollo	- Interacción y participación entre los miembros del grupo familiar.	
			Estabilidad	- Nivel de presión ejercida entre	

	(Moos, 1997)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relaciones: 0 – 17 : Bajo 18 – 19 : Moderado 20 – 27 : Alto ❖ Desarrollo: 0 – 25 : Bajo 26 – 28 : Moderado 29 – 45 : Alto ❖ Estabilidad: 0 – 10 : Bajo 11 – 12 : Moderado 13 – 18 : Alto 		los miembros de la familia.	
Ideación Suicida	“Se considera que la persona deprimida llega al suicidio por la presencia de la triada cognitiva (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro) que le lleva a no contemplar	El índice de Ideación suicida se medirá a través de la Escala de Ideación Suicida (SSI) que evaluará la seriedad del intento, conducta y pensamiento suicida,	Actitud hacia la vida o muerte	- Niveles de desesperanza.	Escala Nominal
			Pensamientos/deseos suicidas	- Creencias irracionales.	

	<p>salida alguna a sus problemas". (Beck, 1979)</p>	<p>mediante cuatro dimensiones: Actitud hacia la vida o muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento suicida y desesperanza. Se puntuará de la siguiente manera: 0 – 17 : Bajo 18 – 30 : Medio 31 – 36 : Alto</p>	<p>Proyecto de intento de suicidio</p>	<p>- Ideación suicida.</p>	
			<p>Desesperanza</p>	<p>- Número de intentos suicidas realizados o fallidos.</p>	

2.3. Población, Muestra y Muestreo

2.3.1. Población

Relación entre el Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura, 2018.

Población:

Según el Censo hospitalario de una Institución de Salud de Piura realizado el 2 de Enero al 2 de Noviembre del 2017, arroja que la población en el Área de Oncología está conformada por 757 pacientes, entre hombres y mujeres, donde el rango de edad fluctúa dentro de los 18 a los 85 años de edad, en un nivel socioeconómico medio – bajo, siendo pacientes que cuentan con un seguro social, el mismo que cubre sus atenciones médicas y el tratamiento operatorio y post operatorio como es el caso de cirugía y quimioterapia, según lo requiera el paciente.

De los 757 pacientes atendidos, se han registrado 204 ingresos (pacientes nuevos), de los cuáles sólo una cantidad específica pertenece a la provincia de Piura y los demás, a los distritos aledaños.

2.3.2. Muestra

Se trabajó con una muestra de 150 pacientes que reciben tratamiento oncológico.

2.3.3. Muestreo

El muestro empleado en la investigación, sigue un procedimiento no probabilístico por conveniencia o intencional debido al acceso y disponibilidad evidenciado por parte de la población a estudiar. (Kinnear y Taylor, 1998, p. 405).

2.3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Pacientes que reciben tratamiento oncológico: Pre operatorio y post operatorio (cirugía oncológica y quimioterapia).
- Pacientes de ambos sexos entre los 18 y 80 años.
- Pacientes de una Institución de Salud de Piura.

- Pacientes que firmen el consentimiento informado y deseen participar en la investigación.
- Pacientes que convivan con sus familiares.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que vivan solos.
- Pacientes que no reciban tratamiento oncológico, y asistan sólo a control o monitoreo.
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado y no deseen ser evaluados.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Los instrumentos que se emplearán para la recolección de datos y posterior correlación de las variables de estudio serán la Escala de Clima Social Familiar (FES) de R.H. Moss, B.S. Moos y E.J. Trickett y la escala de Ideación Suicida de Aaron Beck.

2.4.1. Ficha Técnica del Clima Social Familiar

Nombre	: Escala de Clima Social Familiar (FES)
Autor	: R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett.
Adaptación	: Por TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984.
Aplicación	: Adolescentes y adultos.
Duración	: 20' aproximadamente (administrado de forma individual y colectiva).

Procedencia: Universidad de Stanford, 1974. Revisada en 1982. Con una adaptación en Lima por César Ruiz Alva y Eva Guerra Turín – Lima en 1993.

Significación: Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Dimensiones: Relaciones (Cohesión – Expresividad – Conflicto), Desarrollo (Autonomía – Actuación – Intelectual/Cultural – Social/Recreativo – Moralidad/Religiosidad) y Estabilidad (Organización – Control).

Instrucciones para la Corrección e Interpretación: Para la corrección del cuestionario, se colocará la plantilla transparente sobre la hoja de respuestas. Para calcular la puntuación directa, contará de manera lineal las V (verdadero) y F (falso) que coincidan con la plantilla transparente. Seguido, se colocará la Sub escala que se evalúa y se registrará el Puntaje obtenido (PD). Previo a ello, se anotarán las sub escalas que integran cada dimensión. Cada acierto tiene un valor de 1 punto.

2.4.1.1. Puntuación, dimensiones e ítems de calificación

Puntuación

Relación	0 – 17	Bajo
	18 – 19	Moderado
	20 – 27	Alto
Desarrollo	0 – 25	Bajo
	26 – 28	Moderado
	29 – 45	Alto
Estabilidad	0 – 10	Bajo
	11 – 12	Moderado
	13 – 18	Alto

Dimensiones e ítems de calificación

Relación	Cohesión	1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81
	Expresividad	2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82
	Conflictos	3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83
Desarrollo	Autonomía	4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84
	Actuación	5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85
	Intelectual/ Cultural	6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86
	Social/ Recreativo	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87
	Moralidad/ Religioso	8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88
Estabilidad	Organización	9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89
	Control	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90

2.4.1.2. Validez y Confiabilidad

Validez

En la adaptación realizada por Fernández Ballesteros (1987), se realizaron análisis diferenciales para esta escala, con variables como: grado de parentesco (padre, madre, hijos, otros), número de miembros examinados en la misma familia, edad media de la entidad familiar y sexo. En relación al Análisis factorial desarrollada en la adaptación española, se pudieron definir las siguientes dimensiones:

- FACTOR 1: Definido como relaciones internas exigidas para un buen clima en la familia. Aquí se encuentran las sub escalas de Cohesión, Expresividad, Inexistencia de conflicto, organización, moralidad y actuación.
- FACTOR 2: Señala una estabilidad de la familia y se subraya la inclusión de organización, control, actuación, moralidad y un pequeño peso de inexistencia de conflicto.
- FACTOR 3: Dimensión de relaciones externas, señalando a 18 entidades externas a la misma familia, tales como lo intelectual – cultural y lo social – recreativo.

Confiabilidad

En las investigaciones realizadas por Williams y Antequera (1995), la confiabilidad demostró ser satisfactoria, donde cuya evaluación se rigió bajo el Análisis de consistencia interna y el método de Test – Retest. Según los resultados obtenidos en la primera etapa, la confiabilidad total de la escala se encontró alrededor de 0.69. Así mismo, los índices de consistencia interna de las dimensiones no son elevados pero sí satisfactorios para dicha escala.

Por otro lado, el indicador de Test – Rest oscila entre 0.31 y 0.80.

2.4.2. Ficha Técnica de la Escala de Ideación Suicida de Beck

Nombre : Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).

Autores : Beck, Kovacs y Weissman (1979).

Aplicación : Adolescentes y adultos.

Duración : 5' a 10' aproximadamente (administrado de forma individual y colectiva).

Momento de aplicación: Evaluación pre tratamiento, durante el tratamiento y evaluación post tratamiento.

Significación: Valorar la seriedad del intento suicida y analizar el riesgo subsecuente de nuevos intentos suicidas.

Dimensiones que mide: Actitud hacia la vida/ muerte, Pensamientos o deseos suicidas, Proyecto de intento de suicidio y Realización del intento proyectado.

Descripción de la Prueba: Scale for Suicide Ideation o Escala de Ideación Suicida (SSI), es un cuestionario heteroaplicado que fue elaborada por Aaron Beck, Kovacs y Weissman en 1979. Su finalidad fue cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o grado de seriedad e intensidad con el que el paciente piensa o tiene la idea de suicidarse. La escala original consta de 21 ítems, con respuestas SI y NO, donde la puntuación oscila entre 1 a 2 puntos.

Instrucciones para la Corrección e Interpretación: Para la corrección, por cada ítem se tiene que seleccionar la respuesta que mejor refleje su estado en el momento actual o la última semana antes de la evaluación. El puntaje total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas las cuales rigen entre 1 y 2 puntos. La suma total es de acuerdo a la suma de los valores asignados en cada ítem, utilizando una plantilla para dicha calificación.

Adaptación del SSI: Eugenio y Zelada (2011), aplicaron un piloto de la escala a 105 pacientes de la ciudad de Lima, en donde primero se procedió a sacar los puntajes por dimensiones después de haber realizado la codificación de cada uno de los ítems. Según esta adaptación la prueba consta de 1 a 18 ítems.

Según el puntaje total obtenido de la evaluación, éstos se interpretan de la siguiente manera:

- 0 a 17: riesgo de suicidio en un nivel bajo.
- 18 a 30: riesgo de suicidio en nivel medio.

- 31 al 36: riesgo de suicidio en un nivel alto.

2.4.2.1. Puntuación, dimensiones e ítems de calificación

Puntuación

0 – 17	Bajo
18 – 30	Medio
31 – 36	Alto

Dimensiones e ítems de calificación

Actitud hacia la vida/muerte	1, 2, 3, 4, 5
Pensamientos o deseos suicidas	6, 7, 8, 9
Proyecto de intento suicida	10, 11, 12, 13
Desesperanza	14, 15, 16, 17, 18.

2.4.2.2. Validez y Confiabilidad

Validez

Eugenio y Zelada, aplicaron el método de contrastación de hipótesis T de students con los puntajes (ordenados de mayor a menor rango), obteniendo como resultado la validez de la prueba en un nivel de significancia de 0.01 ($p < 0.01$). Así mismo se realizó el análisis factorial en donde se encontraron cuatro factores principales en la adaptación de la escala, los mismos que coinciden con los propuestos por Beck (2004), en donde el análisis factorial muestra la existencia de cuatro factores subyacentes primordiales.

Confiabilidad

Para demostrar la confiabilidad de la investigación se utilizó el índice de consistencia interna Alpha de Cronbach (método de varianzas de ítems), obteniendo 0.79, lo que coincide con Beck (2004); y donde la consistencia interna era de 0.82, coincidiendo con Eugenio y Zelada de una consistencia elevada de 0.79. Encontrándose la misma consistencia en las dimensiones, siendo el instrumento confiable. Así mismo, para la adaptación y análisis de contenido, se utilizó el modelo de Alpha de Cronbach mediante el método de las varianzas de los ítems, obteniendo 0.886, coincidiendo con Beck (2004).

2.5. Métodos de análisis de datos

Para el análisis y procesamiento de datos, se utilizará el método estadístico SPSS; mientras que para el contraste de las hipótesis y así poder hallar la correlación entre las variables de estudio se utilizó la prueba estadística Tau - b de Kendall para variables ordinales, siendo la categorización de ambos instrumentos cuadrados perfectos.

2.6. Aspectos éticos

Se contará con la autorización de las autoridades correspondientes de la Institución de Salud donde se ejecutará la investigación.

Antes de la aplicación de las escalas, se procederá a entregarles a los pacientes el Consentimiento Informado en donde se le explicará acerca del trabajo a realizarse y del propósito que tiene la investigación.

Se les indicará que la hoja de Consentimiento informado es para que ellos autoricen, como objeto de estudio, el permiso a participar de las evaluaciones posteriores, indicando que el propósito es investigar la relación existente entre el clima familiar y el pensamiento distorsionado que suelen presentar los pacientes con cáncer, manifestada en ideas suicidas, ya sea por falta de afrontamiento a la enfermedad o por un inadecuado soporte emocional brindado por la familia.

Así mismo, se les indicará que su participación formará parte importante de los resultados obtenidos, contribuyendo a futuras investigaciones y propuestas que sean de beneficio, tanto para ellos como para sus familiares. Se le recalcará que si no deseara participar, él o ella quedarán fuera del proceso de investigación, sin que esto le ocasione ningún daño o perjuicio.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de Objetivos

Para el hallar el grado de significancia del objetivo general se utilizó la prueba estadística Tau-b de Kendall para variables ordinales, obteniéndose correlaciones negativas bajas estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Esto indica que a mayor presencia de ideas suicidas, el clima social familiar en sus diferentes dimensiones desciende o es desfavorable.

Por lo tanto, se acepta el objetivo general que indica que existe relación significativa entre el Clima Social Familiar e ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Tabla 1

Correlación entre el Clima Social Familiar e ideación Suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Correlaciones			
	Clima Social Familiar	Estadísticos	Idea Suicida
Tau_b de Kendall	Relaciones	Coeficiente de correlación	-,290
		Sig. (bilateral)	,000
	Desarrollo	Coeficiente de correlación	-,239
		Sig. (bilateral)	,002
	Estabilidad	Coeficiente de correlación	-,132
		Sig. (bilateral)	,094

Los resultados por dimensiones del clima social familiar, identificaron que en Relaciones el 57% obtuvo un nivel bajo y el 30% de tipo alto; en Desarrollo el 66% también obtuvo un nivel bajo, el 19% alto y el 15% a nivel medio; y en la dimensión Estabilidad el 49% obtuvo niveles bajos, el 40% nivel medio y el 11% de tipo alto.

Tabla 2

Clima social familiar en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Estadísticos descriptivos			
Dimensiones del Clima Social Familiar	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones	Alto	45	30%
	Medio	20	13%
	Bajo	85	57%
	Total	150	100%
Desarrollo	Alto	28	19%
	Medio	22	15%
	Bajo	100	66%
	Total	150	100%
Estabilidad	Alto	17	11%
	Medio	60	40%
	Bajo	73	49%
	Total	150	100%

En relación a ideación suicidas, el 89% alcanzó un nivel medio y el 11% un nivel alto. En la dimensión Actitud hacia la vida se observó que el 83% de pacientes mostró un nivel alto y solo el 17% de tipo bajo; por otro lado, se evidencia que en Deseos suicidas el 61% mostró un nivel alto; en proyecto de intento suicida, el 63% alcanzó un nivel medio; y en Desesperanza el 74% un nivel alto.

Tabla 3

Ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Estadísticos descriptivos			
Variable	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ideación suicida	Alto	17	11%
	Medio	133	89%
	Total	150	100%
Actitud hacia la vida	Alto	125	83%
	Medio	25	17%
	Total	150	100%
Deseos suicidas	Alto	91	61%
	Medio	59	39%
	Total	150	100%
Proyecto de intento suicida	Alto	55	37%
	Medio	95	63%
	Total	150	100%
Desesperanza	Alto	111	74%
	Medio	39	26%
	Total	150	100%

De los 133 pacientes oncológicos que obtuvieron un nivel medio de ideas suicidas, el 51% de ellos alcanzó un nivel bajo en la dimensión Relaciones del clima social familiar; el 34% mostró un nivel alto y el 15% un nivel moderado. Sin embargo, 17 pacientes mostraron una alta frecuencia (nivel alto) de ideas suicida, los cuales mostraron un bajo nivel para la dimensión Relaciones.

Tabla 4

Análisis entre la dimensión Relaciones e ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Tabla de contingencia					
Dimensión	Niveles	Ideación Suicida		Total	
		Alto	Medio		
Relaciones	Alto	f	0	45	45
		%	0%	34%	30%
	Bajo	f	17	68	85
		%	100%	51%	57%
	Medio	f	0	20	20
		%	0%	15%	13%
Total	f	17	133	150	
	%	100%	100%	100%	

En la Tabla 5, se puede observar que el 100% (17) pacientes oncológicos mostraron un nivel bajo en la dimensión Desarrollo, pero un nivel alto para ideación suicida. Por otro lado, el 62% de pacientes con un nivel medio en ideas suicidas y a la vez un bajo nivel en la dimensión Desarrollo; el 21% alcanzó un nivel alto para Desarrollo y al mismo tiempo un nivel medio en ideación suicida.

Tabla 5

Análisis entre la dimensión Desarrollo e ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Tabla de contingencia					
Dimensión	Niveles	Ideación Suicida		Total	
		Alto	Medio		
Desarrollo	Alto	f	0	28	28
		%	0%	21%	19%
	Bajo	f	17	83	100
		%	100%	62%	67%
	Medio	f	0	22	22
		%	0%	17%	15%
Total	f	17	133	150	
	%	100%	100%	100%	

De los 133 pacientes que mostraron un nivel medio en ideación suicida, el 47% de ellos mostró un nivel bajo en estabilidad, el 41% un nivel medio y el 13% alto. Por consiguiente, de los 17 pacientes con ideación suicida alta, el 65% mostró un nivel bajo en Estabilidad, y el 35% un nivel medio.

Tabla 6

Análisis entre la dimensión Estabilidad e ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Tabla de contingencia					
Dimensión	Niveles	Ideación Suicida		Total	
		Alto	Medio		
Estabilidad	Alto	f	0	17	17
		%	0%	13%	11%
	Bajo	f	11	62	73
		%	65%	47%	49%
	Medio	f	6	54	60
		%	35%	41%	40%
Total	f	17	133	150	
	%	100%	100%	100%	

3.2. Contraste de Hipótesis

Se analizaron las correlaciones entre las dimensiones de Ideación suicida y la dimensión Relaciones del clima social familiar, evidenciándose así correlaciones bajas estadísticamente significativas entre actitud hacia la vida y desesperanza con la dimensión Relaciones. Por otro lado, se encontraron correlaciones negativas moderadas entre deseos suicidas e intentos suicidas con dicha dimensión del clima social familiar.

Por ello, se acepta la hipótesis específica que establece: Existen relaciones significativas entre la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar e las dimensiones de ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura

Tabla 7

Correlación entre la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar y las dimensiones de ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Correlaciones			
Contraste	Ideación Suicida	Estadísticos	Relaciones
Tau_b de Kendall	Actitud hacia la vida	Coeficiente de correlación	-,344
		Sig. (bilateral)	,000
	Deseos Suicidas	Coeficiente de correlación	-,438
		Sig. (bilateral)	,000
	Intento Suicida	Coeficiente de correlación	-,441
		Sig. (bilateral)	,000
	Desesperanza	Coeficiente de correlación	-,333
		Sig. (bilateral)	,000

En la Tabla 8 se pueden apreciar una correlación negativa muy baja no significativa entre actitud hacia la vida y la dimensión Desarrollo ($t=-,147$; $p>0,05$). Sin embargo, entre las dimensiones deseos suicidas, intento suicida y desesperanza, con la dimensión Desarrollo, las correlaciones fueron negativas bajas estadísticamente significativas ($p<0.05$).

Tabla 8

Correlación entre la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y las dimensiones de ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Correlaciones			
Contraste	Ideación Suicida	Estadísticos	Desarrollo
Tau_b de Kendall	Actitud hacia la vida	Coeficiente de correlación	-,147
		Sig. (bilateral)	,063
	Deseos Suicidas	Coeficiente de correlación	-,289
		Sig. (bilateral)	,000
	Intento Suicida	Coeficiente de correlación	-,373
		Sig. (bilateral)	,000
	Desesperanza	Coeficiente de correlación	-,286
		Sig. (bilateral)	,000

En Tabla 9, se pueden evidenciar correlaciones negativas moderadas entre las dimensiones actitud hacia la vida y deseos suicidas y la dimensión Estabilidad, las cuales fueron estadísticamente significativas. Por otro lado, se observaron correlaciones negativas bajas entre la dimensión estabilidad del clima social familiar, y las dimensiones intento suicida y desesperanza, las cuales también fueron significativas.

De esta manera, se acepta la hipótesis específica que indica: Existen relaciones significativas entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar e las dimensiones de ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Tabla 9

Correlación entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y las dimensiones de ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

Correlaciones			
Contraste	Ideación Suicida	Estadísticos	Estabilidad
Tau_b de Kendall	Actitud hacia la vida	Coeficiente de correlación	-,401
		Sig. (bilateral)	,000
	Deseos Suicidas	Coeficiente de correlación	-,435
		Sig. (bilateral)	,000
	Intento Suicida	Coeficiente de correlación	-,335
		Sig. (bilateral)	,000
	Desesperanza	Coeficiente de correlación	-,313
		Sig. (bilateral)	,000

IV. DISCUSIÓN

La investigación surgió en base al alto índice de pacientes con cáncer que evidencian malestar y conflicto emocional respecto al afronte que tienen, tanto ellos como sus familiares hacia la enfermedad; donde el rol de la familia gira entorno al agotamiento emocional manifestado en actitudes negativas hacia el propio familiar enfermo, suscitando que en él emerjan pensamientos negativos como el de hacerse daño o dejar de existir, para no ser un obstáculo más en su propio núcleo familiar. Para ello, se tomó en cuenta dos variables de estudio, Clima Social Familiar e Ideación Suicida, evaluando la relación existente y el nivel de significancia hallado entre ambas variables. La población estudiada fue el servicio de Oncología de hospitalización, en pacientes que reciben tratamiento dentro de una Institución de Salud de Piura.

Dentro de los resultados, en lo que se refiere a la relación entre Clima Social Familiar e Ideación Suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura, se encontró que existe relación negativa entre ambas variables, indicando que a mayor presencia de ideas suicidas, el clima social familiar desciende o es desfavorable. En este sentido, un clima familiar favorable disminuirá el riesgo de que el paciente genere una ideación suicida debido a que donde exista apoyo entre sus miembros, comunicación, afecto y se establezcan vínculos favorables, los pacientes sentirán el respaldo afectivo brindado disminuyendo el riesgo de ideación suicida. Tal como hace referencia Freedman (1980), la interacción desarrollada en la familia favorece al desarrollo personal e íntegro de sus miembros, fortaleciéndolos el nivel emocional y modo de afrontamiento a situaciones complejas que representen peligro en el bienestar del individuo. De este modo se comprueba que la conducta ejercida del medio es producto de las situaciones que se propicien dentro del entorno familiar el mismo que es percibido como una situación de amenaza, repercutiendo en gran medida en la interacción y reacción con sus pares.

En cuanto a la hipótesis si existen niveles significativos del Clima Social Familiar en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura, se encontró que existen niveles significativos reflejados en las tres dimensiones señaladas. Relaciones con el 30% de la población evaluada

presentó un 57% ubicándose dentro de un nivel bajo y el 30% en un nivel alto indicando que el grado de comunicación entre sus miembros se encuentra degradado donde la expresión en vez de ser elocuente y fluida, en algunas ocasiones, se torna conflictiva y limitada evidenciando posibles problemas en lo que respecta al apoyo brindado, escasa motivación y positivismo hacia el estado del paciente y de expresión de sentimientos como ira, agresión y conflictos expresados entre los miembros de la familia. En la dimensión Desarrollo, el 66% de la población obtuvo un nivel bajo, el 19% alto y el 15% a nivel medio demostrando que por lo general, el entorno se muestra incapaz de tomar decisiones que a percepción de los propios miembros del núcleo familiar, sean objetivas y rijan en bienestar del paciente. Mientras que, en la dimensión Estabilidad el 49% se halló en niveles bajos, el 40% nivel medio y el 11% en un nivel alto, reflejando desorganización en lo que respecta a planificación de actividades, compartición de tareas, falta de estructuración y control para actuar asertivamente en relación con el paciente.

Dentro de la hipótesis existen niveles significativos de ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura, se encontró que existen niveles significativos en lo que respecta a . Ideación suicida donde el 89% de la población estudiada alcanzó niveles medios y el 11% evidenció niveles altos. En la dimensión Actitud hacia la vida se observó que el 83% de pacientes mostró un nivel alto y solo el 17% de tipo medio reflejado en los temores del paciente, el concepto de muerte enlazado con la enfermedad actual, falta de expectativa debido al estado en el que se encuentra y la percepción en base a las creencias que tiene el paciente respecto al concepto de sí mismo. Por otro lado, se evidencia que en pensamientos o deseos suicidas, el 61% mostró un nivel alto demostrando la prevalencia de pensamientos irracionales que rigen patrones conductuales contenidos de agresividad, ira, llanto y frustración. En Proyecto de intento suicida, el 63% alcanzó un nivel medio denotando una posible predisposición por parte de la población, para acabar con su vida mediante un plan en proceso o ya planificado, considerado dentro de un estadio de desesperanza y agotamiento emocional. Y en la dimensión Desesperanza, el 74% se halló dentro de un nivel alto presentando la carencia

de expectativas hacia el futuro acompañado de una visión negativista de la realidad vivida, tal como lo señala Bobadilla (2004), donde el pensamiento irracional y las conductas disruptivas son generadas por el contexto en el que se encuentran suponiendo un gran impacto emocional y alterando el comportamiento dentro de la misma sintomatología presentada.

Respectivamente a la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar e Ideación suicida, se evidencian correlaciones bajas estadísticamente significativas entre actitud hacia la vida ($t = -.344, p = 0.00$) y desesperanza ($t = -.333, p = 0.00$). Por otro lado, se encontraron correlaciones negativas moderadas entre pensamientos o deseos suicidas ($t = -.438, p = 0.00$) y proyecto del intento suicida ($t = -.441, p = 0.00$); indicando que se acepta la hipótesis específica; es decir, a mayor relación entre los miembros del núcleo familiar reduce la intencionalidad suicida. Tal como lo cita Ríos, G. & Yamamoto, A. (2016), en su investigación denominada “Clima Social e Ideación Suicida en pacientes de dos establecimientos de Salud de Lima parte este, 2016”; donde recalca que un Clima Social Familiar favorable disminuirá el riesgo de ideación suicida en los pacientes fortaleciendo la comunicación, el apoyo moral y afecto mutuo entre los miembros que forman parte del vínculo familiar.

En cuanto a la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar e Ideación Suicida, se encontró relación negativa entorno a Deseos suicidas ($t = -.289, p = 0.00$), intento suicida ($t = -.373, p = 0.00$) y desesperanza ($t = -.286, p = 0.00$), las mismas que fueron correlaciones negativas pero significativas. En tanto, a la relación con Actitud hacia la vida o muerte ($t = -.147, p = 0.063$) se halló una correlación negativa No significativa ($p > 0.05$). Indicando que a mayor Desarrollo donde muestra la capacidad para tomar decisiones de forma asertiva y congruente, su capacidad de autonomía y de independencia rige en torno a la disminución de ideación y proyección suicida, de manera que a mayor actitud positiva de influencia familiar menor será el estado de aislamiento o de depresión que se suscite en el paciente. Tal como Galarza G. & Sánchez, C. (2017) lo citan textualmente, “el impacto psicológico generado al enterarse que se padece una enfermedad oncológica va a depender de muchas variables, tales como el estadio clínico de la enfermedad, el sexo, el nivel cultural, la etapa del ciclo vital,

el soporte familiar y social, el respaldo económico con el que se cuente, el nivel de creencias, entre otros factores que propician o disminuyen el riesgo de que el paciente genere o suscite ideación suicida. Corroborando de tal manera que la actitud de vida o muerte que se pueda tener no repercute en demasía. No obstante, el que el paciente disminuya el impacto socioemocional obtenido del medio percibo constituirá un porcentaje mayor de daño tanto físico como emocional.

Referente a la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar e Ideación suicida, también se encontró correlaciones negativas con una intensidad moderada entre las dimensiones actitud hacia la vida ($t=-.401$, $p=0.00$) y deseos suicidas ($t=-.435$, $p=0.00$), las mismas que fueron significativas estadísticamente, lo que indica que a mayor estabilidad familiar menor será la presencia de ideación suicida. Por otro lado, se observaron correlaciones negativas bajas entre la dimensión estabilidad del clima social familiar, y las dimensiones intento suicida ($t=-.335$, $p=0.00$) y desesperanza ($t=-.313$, $p=0.00$), las cuales también fueron significativas. De esta manera, se acepta la hipótesis específica que indica la relación existente entre Estabilidad del Clima Social Familiar y las dimensiones que presenta ideación suicida. Respecto a esto, se observa que la estabilidad familiar se basa en la estructura y organización de la misma, de acuerdo al control que sus miembros ejercen sobre ella o viceversa. Mientras mayor sea el interés que presentan los integrantes de la familia, la planificación de actividades y responsabilidades compartidas entre sus miembros, se podrá brindar un adecuado soporte emocional al paciente, haciendo frente al momento que atraviesa como algo circunstancial y temporáneo.

En conclusión, el Clima Social Familiar guarda estrechamente relación con la ideación suicida manifestada por el paciente que recibe tratamiento oncológico, donde al visualizar su estructura familiar degradada por el poco afronte al estado en el que se encuentra, disminuye sus expectativas y se aísla del núcleo familiar y social, llegando a tener sentimientos de ira y frustración propiciando la tentativa de ideación suicida.

V. CONCLUSIONES

En la investigación sobre El Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura, se mencionan las siguientes conclusiones a las que se llegó:

- ❖ En relación al objetivo general, se encontró que el Clima Social Familiar se relaciona significativamente con la Ideación Suicida, en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura. Por ello, se concluye que un adecuado Clima social familiar que experimenten los pacientes podría reducir significativamente la presencia de ideas o deseos de muerte.
- ❖ Las dimensiones del Clima Social Familiar, identificaron que en Relaciones el 57% de la población se encontró en un nivel bajo, mientras que el 30% se ubicó dentro de un nivel alto. En la dimensión Desarrollo, el 66% obtuvo un puntaje bajo, el 19% un nivel alto y el 15% se ubicó dentro de un nivel medio. Mientras que, en la dimensión Estabilidad, el 49% obtuvo niveles bajos, el 40% se encontró en un nivel medio y el 11% obtuvo puntuaciones altas.
- ❖ En relación a la escala de ideación suicida, el 89% de la población alcanzó un nivel medio y el 11% un nivel alto. Mientras que, en la dimensión Actitud hacia la vida o muerte, el 83% de los pacientes que reciben tratamiento oncológico, presentó un nivel alto y sólo el 17% se halló en un nivel medio. En Pensamientos o deseos suicidas, el 61% mostró un nivel alto. Por otro lado, en lo que respecta a Proyecto de intento suicida, el 63% alcanzó un nivel medio. Mientras que, en la dimensión Desesperanza, el 74% se ubicó dentro de un nivel alto.
- ❖ Respecto al tercer objetivo específico, se encontró que la dimensión Relaciones guarda una relación significativa en correlación negativa con la ideación suicida, evidenciándolo en actitud hacia la vida ($t= -.344, p=0.00$) y desesperanza ($t= -.333, p=0.00$). Por otro lado, se encontraron correlaciones negativas moderadas entre pensamientos o deseos suicidas ($t= -.438, p=0.00$) y proyecto del intento suicida ($t= -.441, p=0.00$); indicando que se acepta la hipótesis específica.

- ❖ Continuando con el cuarto objetivo específico de la investigación, los resultados obtenidos confirman una correlación negativa pero significativa con las dimensiones Deseos suicidas, intento suicida y desesperanza. No obstante, en la dimensión Actitud hacia la vida o muerte, se encontró una correlación negativa muy baja siendo ésta no significativa ($t = -.147$; $p > 0.05$).
- ❖ Finalmente, respecto al último objetivo específico, se pueden evidenciar correlaciones negativas moderadas entre las dimensiones actitud hacia la vida o muerte y deseos suicidas, las mismas que fueron estadísticamente significativas. Por otro lado, se observaron correlaciones negativas bajas entre intento suicida y desesperanza pero igualmente significativas. De tal forma que se acepta la hipótesis que indica que si existen relaciones significativas entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar e las dimensiones de ideación suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura.

VI. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se sugiere las siguientes recomendaciones:

- ❖ Plantear un programa de intervención de salud mental a los pacientes que reciben tratamiento oncológico, donde se brinde soporte socioemocional de acuerdo a los datos obtenidos en la investigación, reforzando los recursos internos y externos con los que cuenta el paciente.
- ❖ Realizar un seguimiento a los pacientes, mediante las visitas hospitalarias brindadas por el servicio de Psicología, donde se maneje un registro de pacientes, observación del estado anímico y posible diagnóstico que pueda evidenciar el paciente hospitalizado en dicha área.
- ❖ Promover la participación de la Unidad médica (Médico – Paciente – Familia), fortaleciendo la comunicación asertiva, empatía, vínculo afecto y motivación como medidas para la inclusión del apoyo familiar dentro del contexto en el que se desarrolla el tratamiento del paciente.
- ❖ Realizar estudios posteriores, como monitoreo, para evaluar el avance que va obteniendo cada paciente conforme a lo antes mencionado.
- ❖ Establecer espacios de atención Psicológica a los familiares de dichos pacientes, con el fin de ser un soporte para los cuidadores y fortalecer su estima y optimismo frente a la situación en la que viven; permitiendo de esta manera, que como familiares, se incluyan dentro del proceso de recuperación del paciente.
- ❖ Realizar una adaptación de la Escala de Ideación Suicida a la población hospitalaria y/o centros comunitarios que requieran ayuda profesional, enmarcada dentro del contexto regional.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apaza, E. (2012). Factores Asociados a la ideación suicida en relación a los pacientes que padecen cáncer. Universidad Católica de Santa María. Arequipa – Perú. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/54220466.pdf>
- Bados, A y García, E. (2010). La técnica de la Reestructuración Cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Barcelona – España.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). Terapia cognitiva de la depresión 19ª edición. España.
- Beck, A., Kovacs y Weissman (1979). The Scale for Suicide Ideation: Journal of Consulting and Clinical Psychology.
- Blackwell P. y Coowley R. (2005). The Family Environment Scale: comparison with the construct of Expressed Emotion. Estados Unidos. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6427.1995.tb00020.x/pdf>
- Cassullo, G. (1998). Algunas Consideraciones acerca del Clima Social y su Evaluación. Módulo I. Cátedra I. Universidad de Buenos Aires. Argentina.
- Castellanos, R., Soza, F. (2014). Ideación suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los distritos de Pueblo Nuevo y de Ferreñafe. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo – Perú. Recuperado de http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/334/1/TL_CastellanosSirlopuRuperto_SozaCarrilloFiorella.pdf

- Chávez, L. (2016). El Clima Social Familiar y su relación con la convivencia escolar de los niños y niñas de 5 años de la I.E. N°80050 “José Félix Black”, Paiján – 2012. Universidad Cesar Vallejo. Trujillo – Perú.
- Chun-Kai, F., Ming-Chih, C., Pei-Jan, C., Ching-Chi, L., Gon-Shen, C., Johnson, L.,...,Yu - Chan,Li. (2014). A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cáncer. Department of Psychiatry and Suicide Prevention Center, Mackay Memorial Hospital. Taiwan. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4218975/>
- Díaz, G. & Yaringaño, J. (2010). Clima Familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. Lima – Perú.
- Galarza, G. y Sánchez, J. (2017). Manual de Cáncer Urológico: Aspectos Psicológicos en Pacientes con Cáncer Urológico. Lima – Perú.
- GeoSalud (2017). Evaluación y Tratamiento de Pacientes Suicidas con Cáncer. Estados Unidos. Recuperado en https://www.geosalud.com/cancerpacientes/cuidados_medicos_de_a_poyo/depresion_pg_01_introduccion.html
- Guerra, E. (1993). Escala del Clima Social Familiar (FES). Adolescentes y adultos. Individual o colectiva. Lima – Perú.
- Hospital San Juan Capestrano. En su artículo: Causas y Síntomas del Pensamiento Suicida. Puerto Rico. Recuperado de <http://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/pensamiento-suicida>
- Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. (1937). Efectos del suicidio en las Familias y en los proveedores de atención de la Salud. Estados Unidos. Recuperado en <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pdq#section/all>

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (2004). Estudio de incidencia y Mortalidad. Vol. IV y V. Lima – Perú. Recuperado en http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/Registro%20de%20C%C3%A1ncer%20Lima%20Metropolitana%202010%20-%202012_02092016.pdf
- Kinnear & Taylor (1998). Capítulo III: Metodología. México. Pág. 54. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lemg/lemaitre_w_n/capitulo3.pdf
- Landa, A. (2011). Relación entre depresión, ideación, intento y riesgo suicida en pacientes que padecen enfermedades terminales de los hospitales de la ciudad de Piura: aplicado a pacientes crónicos en fase terminal. Universidad César Vallejo. Piura – Perú.
- Ministerio de Salud (2018). En su artículo: Riesgo de Suicidio es 8 veces mayor entre las mujeres que sufren violencia. Perú 21. Lima – Perú. Recuperado de <https://peru21.pe/vida/salud/ministerio-salud-riesgo-suicidio-8-veces-mayor-mujeres-sufren-violencia-375090>
- Moos, R., Moos, B. y Trickett, J. (1974). Escalas de Clima Social: Proyecto de apoyo a la evaluación Psicológica clínica.
- Moreno, N., y Vargas, S. (2011). La terapia Cognitivo en el manejo de pacientes Oncológicos. Universidad de la Sabana. (Colombia)
- Olaz, F. y Medrano, L. (2014). Metodología de la investigación para estudiantes de psicología. Manual de entrenamiento y práctica. Córdoba – Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Suicidio. Estados Unidos. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Palacios, M. (2014). Relación entre el Clima Social Familiar e Ideación Suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura – Perú. Recuperado de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/120/PALACIOS_ALZAMORA_MAYRA_VANESSA_CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_IDEACION_SUICIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Park, Han, Kim & Yoon (2013). Predictors of suicidal ideation in older individuals receiving home – care services. China. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23939813>
- Pérez Nieto, M. (2015). Lo que la conducta autolesiva esconde. Universidad Camilo José Cela. Madrid – España. Recuperado de <http://rasgolatente.es/conducta-autolesiva-suicidio/>
- Ríos, G. & Yamamoto, A. (2016). Clima Social Familiar e Ideación suicida en pacientes de dos Establecimientos de Salud de Lima zona este, 2016. Lima – Perú.
- Ruiz, C., Guerra, E. (1993). Escala FES de Clima Social en la Familia. Lima – Perú.
- Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2003). Metodología de la Investigación. 5° edición. México. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Sausa, Mariella. (2017). Ministerio de Salud: Riesgo de suicidio es 8 veces mayor entre las mujeres que sufren violencia. Perú 21. Lima - Perú. Recuperado de <https://peru21.pe/vida/salud/ministerio-salud-riesgo-suicidio-8-veces-mayor-mujeres-sufren-violencia-375090>

- Sheena, D. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Patients with Cancer. Universidad de Florida, Agricultura y Mecánica. Florida – Estados Unidos. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4577033/pdf/jadp-06-054.pdf>
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones Prácticas Para la implementación de la terapia cognitiva. Colombia.
- Wenzel, A. & Hyman, L. (2015). Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. Universidad de Pennsylvania. Estados Unidos. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574874/pdf/nihms498070.pdf>
- Zhang, J. y Brown, G. (2011). Psychometric Properties of the Scale for Suicide Ideation in China. Universidad Normal de Beijing. China. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210860/pdf/nihms333280.pdf>

ANEXOS

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA DE R.H. MOOS

EDAD:.....

SEXO:

INSTRUCCIONES:

Las frases siguientes se refieren a su familia. Después de leer cada frase deberá marcar con una aspa (X) de lo que usted cree corresponde a su familia. Deberá escoger entre Verdadero (V) o Falso (F), pensando lo que sucede la mayoría de las veces. Debe recordar que se trata de su familia y que no hay respuestas correctas o incorrectas.

N°	ÍTEM	V	F
1	En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros		
2	Los miembros de la familia guardan, a menudo, sentimientos para sí mismos		
3	En nuestra familia discutimos mucho		
4	En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta		
5	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos		
6	A menudo hablamos de temas políticos o sociales		
7	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre		
8	Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la Iglesia, templo, etc.		
9	Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente		
10	En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces		
11	Mucha vez da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato		
12	En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos		
13	En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojo		
14	En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno		
15	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida		
16	Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos		
17	Frecuentemente vienen amigos a comer a casa o a visitarnos		
18	En mi casa no rezamos en familia		
19	En mi casa somos muy ordenados y limpios		
20	En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir		
21	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa		
22	En mi familia es difícil "desahogarse" sin molestar a todo el mundo		
23	.En casa a veces nos enojamos tanto que golpeamos o rompemos algo		
24	En mi familia cada uno decide sus propias cosas		

25	Para nosotros no es importante el dinero que gane cada uno		
26	En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente		
27	Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, básquet, etc.		
28	A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas		
29	En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos		
30	En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones		
31	En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión		
32	En mi casa comentamos nuestros problemas personales		
33	Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enojos		
34	Cada uno entra y sale de casa cuando quiere		
35	Nosotros aceptamos que haya competencia y que "gane el mejor"		
36	Nos interesan poco las actividades culturales		
37	Vamos a menudo al cine, competencias deportivas, excursiones, etc.		
38	No creemos en el cielo, ni en el infierno		
39	En mi familia la puntualidad es muy importante		
40	En casa las cosas se hacen de una forma establecida		
41	Cuando hay que hacer algo en casa es raro que se ofrezca algún voluntario		
42	En casa, si a alguno se le ocurre hacer algo en el momento, lo hace sin pensarlo demasiado		
43	Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras		
44	En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente		
45	Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor		
46	En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales		
47	En mi casa, todos tenemos uno o dos hobbies		
48	Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal		
49	En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente		
50	En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas		
51	Las personas de nuestra familia nos apoyamos de verdad unas a otras		
52	En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado		
53	En mi familia a veces nos peleamos a golpes		
54	Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en si misma cuando surge un problema		
55	En casa, nos preocuparnos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares		
56	Alguno de nosotros toca un instrumento musical		
57	Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela		
58	Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe		
59	En casa nos asegurarnos de que nuestras habitaciones queden limpias		

60	En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor		
61	En mi familia hay poco espíritu de grupo		
62	En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente		
63	Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz		
64	Las personas de la familia se estimulan unos a otros para defender sus propios derechos		
65	En nuestra familia nos esforzamos muy poco para tener éxito		
66	Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas		
67	Los miembros de la familia asistimos a veces a cursos o clases particulares que nos interesan		
68	En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal		
69	En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona		
70	En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera		
71	Realmente nos llevamos bien unos con otros		
72	Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos		
73	Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otro		
74	En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás		
75	“Primero el trabajo, luego la diversión”, es una norma en mi familia		
76	En mi casa, ver la televisión es más importante que leer		
77	Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos		
78	En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante		
79	En familia el dinero no se administra con mucho cuidado		
80	En mi casa las normas son bastantes inflexibles		
81	En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno		
82	En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo		
83	En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz		
84	En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa		
85	En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio		
86	A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura		
87	Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio		
88	En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo		
89	En mi casa, la mesa se levanta siempre inmediatamente después de comer		
90	En mi familia uno no puede salirse con la suya		

ADAPTACIÓN ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES) DE R.H.

MOOS

Sexo : Masculino () Femenino () Edad : _____

Lugar de : Costa () Sierra () Selva: ()

Procedencia

Religión : Católica () Adventista () Otros: _____

Grado de Instrucción : Secundaria () Técnico () Universitaria ()

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta una serie de frases, que usted tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia. Si usted cree que respecto a su familia, la frase es VERDADERA o casi siempre VERDADERA marcará con una (X) en el espacio correspondiente a la V (verdadero) Si usted cree que respecto a su familia, la frase es FALSA o casi siempre FALSA marcará con una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría

Respuestas										Sub escala	PD
1	11	21	31	41	51	61	71	81			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			
2	12	22	32	42	52	62	72	82			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			
3	13	23	33	43	53	63	73	83			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			
4	14	24	34	44	54	64	74	84			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			
5	15	25	35	45	55	65	75	85			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			
6	16	26	36	46	56	66	76	86			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			
7	17	27	37	47	57	67	77	87			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			
8	18	28	38	48	58	68	78	88			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			
9	19	29	39	49	59	69	79	89			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			
10	20	30	40	50	60	70	80	90			
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F			

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Sexo : Masculino () Femenino () Edad : _____

Familiar con algún problema patológico : Si () No () N° de Generación ()

Lugar de procedencia : Costa () Sierra () Selva: ()

Religión : Católica () Adventista () Otros: _____

Grado de instrucción : Secundaria () Técnico () Universitaria ()

SSI

INSTRUCCIONES:

Los siguientes ítems contienen una lista de preguntas las cuales tendrá que leer detenidamente y marcar con un aspa (x) la alternativa que crea conveniente. Trate de ser lo más honesto y serio al momento de responder las interrogantes.

N°	ÍTEM	SI	NO
1	¿Tiene deseos de morir?		
2	¿Tiene razones para querer morir?		
3	¿Siente que su vida ha perdido sentido?		
4	¿Se siente útil en esta vida?		
5	¿Cree que la muerte trae alivio a los sufrimientos		
6	¿Ha tenido pensamientos de terminar con su vida?		
7	¿Ha tenido deseos de acabar con su vida?		
8	¿Tiene pensamiento suicida con frecuencia?		
9	¿Logra resistir a esos pensamientos?		
10	¿Ha pensado en algún método específico?		
11	¿El método es accesible a usted?		
12	¿Ha comentado con alguien sobre algún método de suicidio?		
13	¿Ha realizado algún intento de suicidio?		
14	¿Pensaría en llevar a cabo algún intento de suicidio?		
15	¿Tiene posibilidades para ser feliz en el futuro?		
16	¿Siente que tiene control sobre su vida?		
17	¿Pierde las esperanzas cuando le pasa algo		

ADAPTACIÓN DE LA ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

Sexo : Masculino () Femenino () Edad : _____

Familiar con : Si () No () N° de Generación () _____

algún problema patológico

Lugar de : Costa () Sierra () Selva: () _____

procedencia

Religión : Católica () Adventista () Otros: _____

Grado de : Primaria () Técnico () Universitaria () _____

Instrucción Secundaria ()

18	¿Piensa que su familia rara vez le toma en cuenta?		
----	--	--	--

INSTRUCCIONES:

Los siguientes ítems contienen una lista de preguntas las cuales tendrá que leer detenidamente y marcar con un aspa (x) la alternativa que crea conveniente. Trate de ser lo más honesto y serio al momento de responder las interrogantes. Recuerde Contestar todas las preguntas y sin emplear mucho tiempo en cada una de ellas.

1		2		3		4		5	
SI	NO								
6		7		8		9		10	
SI	NO								
11		12		13		14		15	
SI	NO								
16		17		18					
SI	NO	SI	NO	SI	NO				

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Problema General	Objetivo General	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Técnicas	Instrumento
Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de la ciudad de Piura, 2018”	Existe relación significativa entre el Clima Social Familiar e Ideación Suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.	Determinar si existe relación significativa entre el Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una	Clima Social Familiar	“Es la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de la interacción entre los miembros del grupo familiar; en donde, se tiene como puntos bases, la comunicación, la libre expresión, el conflicto entre miembros, el valor que tiene	El índice de Clima Familiar se medirá a través de la Escala de Clima Social Familiar que evaluará las relaciones entre los miembros del grupo familiar mediante tres dimensiones.	Dimensiones - Relaciones. - Desarrollo. - Estabilidad.	Evaluación Psicométrica	Escala de Clima Social Familiar (FES)

		Institución de Salud de Piura.		cada representante dentro del núcleo familiar y el control y presión ejercida sobre cada uno de ellos” (Moos, 1997)				
--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--

Título	Problema General	Objetivo General	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Técnicas	Instrumento
Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de la ciudad de Piura, 2018”	Existe relación significativa entre el Clima Social Familiar e Ideación Suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de Piura.	Determinar si existe relación significativa entre el Clima Social Familiar e ideación suicida en los pacientes con tratamiento oncológico de una	Ideación Suicida	“Se considera que la persona deprimida llega al suicidio por la presencia de la triada cognitiva (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro) que le lleva a no	El índice de Ideación suicida se medirá a través de la Escala de Ideación Suicida que evaluará la seriedad del intento, conducta y pensamiento suicida, mediante las cuatro dimensiones.	Dimensiones - Actitud hacia la vida o muerte. - Pensamientos o deseos suicidas. - Proyecto de intento de suicidio. - Desesperanza.	Evaluación Psicométrica	Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)

		Institución de Salud de Piura.		contemplar salida alguna a sus problemas". (Beck, 1979)				
--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Clima Social Familiar e ideación Suicida en pacientes oncológicos de una Institución de Salud de Piura, 2018”

Yo _____, he recibido información acerca de la investigación a realizarse por parte de la Interna de Psicología Katherine Cristina Barriga Mendoza, cuyo propósito es investigar la relación existente entre el clima familiar y el pensamiento distorsionado que suelen presentar los pacientes con cáncer, manifestada en ideas suicidas, ya sea por falta de afrontamiento a la enfermedad o por un inadecuado soporte emocional brindado por la familia.

Así mismo, manifiesto haber recibido información relevante por parte de la investigadora, y siendo consciente de que éste tipo de investigaciones contribuye al beneficio de posteriores propuestas de intervención y conocimiento a nivel educativo, decido participar en la averiguación de manera libre y voluntaria; expresando mis opiniones, sentimientos y pensamientos, sabiendo que la información brindada es estrictamente confidencial y de uso académico.

Dando conformidad a lo antes mencionado, confirmo mi participación mediante mi firma.

Firma del Participante

D.N.I.

*Si el paciente no deseara participar, se le excluirá del proceso de investigación, sin que esto le ocasione ningún daño o perjuicio.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

BODAS DE PLATA

"Año del diálogo y la reconciliación nacional"

Piura, de 23 de abril del 2018

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 009-CLI IV-2018-I/ CI - DEP-UCV- PIURA

Señora,

Mg. Julia Parra Villalonga
Psicóloga del Hospital José Cayetano Heredia
Castilla

Presente.-

Sirva la presente para hacerle llegar el saludo institucional de la Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo – Filial Piura, y a la vez presentarle a la practicante de Psicología:

Srta. Katherine Cristina Barriga Mendoza

Quien está siendo enviada a la institución que usted preside para realizar actividades de Prácticas Pre-Profesionales IV, quien deberá cumplir con 30 horas cronológicas semanales de labor efectiva durante el periodo comprendido desde el 02 de abril al 28 de setiembre del presente año. La estudiante de Psicología de XI ciclo cuenta por parte de la Escuela con asesoría y supervisión especializada en el **ÁREA CLÍNICA**.

Seguros de que la labor psicológica que desempeñará la practicante de psicología será de beneficio para ambas instituciones, me despido de usted haciendo propicia la oportunidad para reiterarle la seguridad de mi consideración más distinguida.

Atentamente,



Dr. Walter Abanto Vélez
Director de la Escuela de Psicología
UCV Piura



Mg. José Melanio Ramírez Alva
Coordinador de Prácticas Pre Profesionales
Escuela de Psicología- UCV Piura

Mg. Julia Parra Villalonga
Psicóloga Clínica
C.P.P 0933 R.N.E. 0030
Hospital Cayetano Heredia

UCV.EDU.PE

Piura, 21 de Julio del 2018

CONSTANCIA

Dra. Julia Parra Villalonga, Jefa a cargo del área de Psicología del Hospital III "José Cayetano Heredia" EsSalud - Piura,

Hace Constar que:

La Srta. Katherine Cristina Barriga Mendoza, interna de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo - Piura, aplicó el Proyecto de Investigación denominado "Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de la ciudad de Piura, 2018" a los pacientes hospitalizados ubicados en el Área de Medicina y Especialidades correspondiente al servicio de Oncología del Hospital III "José Cayetano Heredia" - EsSalud.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Mg. Julia Parra Villalonga

Mag. Julia Parra Villalonga
Psicóloga Clínica
C.R.P. 0933 R.N.E. 0030
Hospital Cayetano Heredia


Piura, 21 de Julio del 2018

AUTORIZACIÓN

ASUNTO: Autorización para la aplicación del Proyecto de Investigación en el área de Oncología.

Dr.

Omar Palacios Alburqueque
Oncólogo del Hospital III "José Cayetano Heredia" EsSalud – Piura.

Por el presente me dirijo a usted, para saludarlo muy cordialmente y a la vez comunicarle que esta gerencia, autoriza a la interna de Psicología, la Srta. Katherine Cristina Barriga Mendoza, la aplicación del Proyecto de Investigación denominado "Clima Social Familiar e Ideación Suicida en pacientes con tratamiento oncológico de una Institución de Salud de la ciudad de Piura, 2018" en el servicio de Oncología, con fines estrictamente educativos, contribuyendo al futuro de nuevas investigaciones y de un abordaje preciso en beneficio de los pacientes pertenecientes a dicha área.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,



Omar Palacios Alburqueque
MÉDICO ONCOLOGO
C.M.P. 38813 - R.N.E. 36554

Dr. Omar Palacios Alburqueque

INTRODUCCIÓN

1. Realidad Problemática

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800 000 personas al año llegan al acto de suicidarse, donde por cada suicidio, hay más de una tentativa en lo que respecta al intento de suicidio no consumado, siendo el factor individual de riesgo más importante en el mundo (OMS, 2018). En el Perú, entre cada 2 y 3 personas se suicidan diariamente, donde el grupo de población más afectado por los suicidios son los varones, entre ellos los adultos jóvenes y los adultos mayores, cuya tasa de eliminación alcanza 5 por cada 100 000 habitantes (MINSa, 2017). Para Cutipé, director de Salud Mental del Ministerio de Salud, el sector vulnerable se encuentra conformado por aquella población que no cuenta con una red de soporte familiar o una comunidad que sea lo suficientemente protectora o sensible al sufrimiento de estas personas, ya sean propias de su entorno o ajenas a él, donde el 90% de las personas que piensan en la autoeliminación muestran señales de alerta antes de llevar a

Resumen de coincidencias

27 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

- | | | | |
|---|---|-----|---|
| 1 | repositorio.upeu.edu.pe
Fuente de Internet | 8 % | > |
| 2 | repositorio.uladach.edu.pe
Fuente de Internet | 4 % | > |
| 3 | Entregado a Universida...
Trabajo del estudiante | 3 % | > |
| 4 | repositorio.ucv.edu.pe
Fuente de Internet | 2 % | > |
| 5 | www.scribd.com
Fuente de Internet | 1 % | > |
| 6 | www.uv.es
Fuente de Internet | 1 % | > |



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

la Escuela de Psicología

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Barriga Mendoza Katherine Cristina

INFORME TITULADO:

Clima social familiar e ideación suicida
en pacientes con tratamiento psicológico de una
Institución de salud de Piura

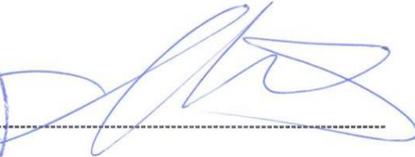
PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

Licenciado en Psicología

SUSTENTADO EN FECHA: 21 de diciembre

NOTA O MENCIÓN: 15 (Quince)




FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

Yo,

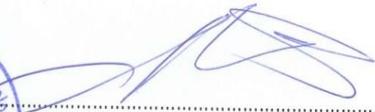
..... Oscar Manuel Vela Miranda
 docente de la Facultad Humanidades y
 Escuela Profesional Psicología de la Universidad César Vallejo Piura
 (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

" Clima Social familiar e ideación suicida en pacientes
con tratamiento oncológico de una institución de
Salud de Piura 2018."

..... del (de la) estudiante Barriga Mendoza Katherine Cristiana
 constato que la investigación tiene un índice de similitud de 27 %
 verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha 12 de diciembre 2018



 Firma

Nombres y apellidos del (de la) docente

DNI: 79 215051

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

