

Titulillo: IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON CÁNCER

Prevalencia de Ideación Suicida y Factores de Riesgo para el Suicidio en Pacientes
Adultos con Diagnóstico de Cáncer

Trabajo de grado para optar al título de psicólogo

Diego Armando Leal Hernández¹
Lucía Sandoval Rodríguez²
Autores

Ximena Palacios Espinosa
Investigador principal

Diciembre 6 de 2012

Programa de Psicología
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario

¹ Nota de autor: Estudiante vinculado como auxiliar de investigación al proyecto: Suicidio y cáncer del programa de psicología, de la Universidad del Rosario
Envío de correspondencia a: leal.diego@ur.edu.co o a dinewbie@gmail.com

² Nota de autor: Estudiante vinculado como auxiliar de investigación al proyecto: Suicidio y cáncer del programa de psicología, de la Universidad del Rosario
Envío de correspondencia a: sandoval.alba@ur.edu.co o a lusandov@gmail.com

Contenido

Lista de tablas	3
Abstract	4
Resumen.....	4
Objetivos	7
<i>Objetivo general</i>	7
<i>Objetivos específicos</i>	7
Método	8
<i>Tipo y diseño de investigación</i>	8
<i>Variables de estudio</i>	8
<i>Población y muestra</i>	11
<i>Procedimiento</i>	12
<i>Instrumentos</i>	16
Consideraciones éticas	19
Resultados	22
Conclusiones	28
Referencias.....	31

Lista de tablas

<i>Tabla 1.</i> Caracterización de la muestra según sexo, edad, estado civil, religión, realización de prácticas religiosas, tipo de cáncer y estado del mismo	22
<i>Tabla 2.</i> Caracterización de la muestra según la presencia de efectos secundarios provocados por el tratamiento oncológico, dolor, fatiga, antecedentes psiquiátricos, duelos, impotencia frente a la enfermedad.....	23
<i>Tabla 3.</i> Proporción de pacientes que presentan intención suicida, antecedente de suicidio y/o pensamiento auto lesivo.	24
<i>Tabla 4.</i> Proporción de pacientes con ideación suicida o riesgo de suicidio, según los diferentes instrumentos aplicados.	24
<i>Tabla 5.</i> Verificación de la distribución de pacientes que puntuaron positivo en una o más de los instrumentos aplicados.	25
<i>Tabla 6.</i> Distribución de pacientes según la puntuación positiva para conducta suicida en los cuatro instrumentos utilizados	25
<i>Tabla 7.</i> Comparación perfil de individuos con ideación suicida y sujetos sin ideación suicida según los puntajes en las tres pruebas psicométricas aplicadas: BHS, SSI y BDI.	25
<i>Tabla 8.</i> Distribución de los factores biológicos presentes en los pacientes con y sin ideación suicida.	26
<i>Tabla 9.</i> Factores psicosociales presentes en los pacientes con ideación suicida y sin ella.	27
<i>Tabla 10.</i> Relación entre depresión clínica e ideación suicida	27

Abstract

Aim: to determine the prevalence of suicidal ideation and the associated factors in a voluntary sample of 114 adult oncology patients. Method: we interviewed the patients and assess the presence of suicidal ideation (Scale for Suicide Ideation), depression (Beck's Depression Inventory) and hopelessness (Beck's Hopelessness Scale). Results: we found out that the prevalence of suicidal ideation was 23,7%, we observed high levels of depression and hopelessness and we also found a significant statistical correlation between suicide ideation and depression. Conclusion: the importance of psychological intervention in all oncology patient was confirmed.

Resumen

Objetivo: determinar la prevalencia de ideación suicida y factores asociados en una muestra voluntaria de 114 pacientes oncológicos adultos. *Método:* Se entrevistaron los pacientes y se evaluó la presencia de ideación suicida (Escala de ideación suicida), depresión (Inventario de Depresión de Beck) y desesperanza (Escala de desesperanza de Beck). *Resultados:* La prevalencia de ideación suicida fue de 23,7%, se observaron altos niveles de depresión y desesperanza; así como asociación estadísticamente significativa entre ideación suicida y depresión. *Conclusión:* Se identificó la importancia de la intervención psicológica en los pacientes oncológicos

El presente informe de constituye un producto del proyecto de investigación: *Prevalencia de conducta suicida y factores biopsicosociales asociados con esta en pacientes oncológicos*, de la línea de investigación en “psico-oncología y cuidado paliativo”. Hasta el momento, el proyecto cuenta con dos productos, el primero de estos es una revisión teórica en suicidio y cáncer que dio lugar a un artículo y el segundo es un primer estudio empírico con pacientes oncológicos adultos que se realizó con base en la revisión teórica previamente mencionada. El presente producto es una ampliación del último mencionado, en el que la muestra es más grande.

Debido a que en Colombia no se conoce la prevalencia, mortalidad y demás factores asociados a la ideación e intento suicida en pacientes oncológicos, la presente investigación aportará información concerniente a la prevalencia de ideación suicida en pacientes adultos con diagnóstico de cáncer y los factores biopsicosociales relacionados, con base en los resultados de una investigación empírica realizada en el Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego, CIOSAD S.A.

Se espera que dicha información posteriormente pueda ser empleada para realizar otras investigaciones con muestras más amplias o en subgrupos de pacientes oncológicos, y de esta forma obtener un conocimiento más integral del fenómeno estudiado que permita a los profesionales de la salud intervenir en los niveles de sufrimiento que presentan los pacientes con cáncer y que dan cuenta del malestar percibido por éstos. Esta investigación, sin duda, constituye una voz de alerta para profesionales involucrados en la evaluación y tratamiento de pacientes con cáncer.

Adicionalmente, se ha planteado que el paciente potencialmente suicida generalmente presenta altos niveles de sufrimiento que pueden estar relacionados con soledad, temor y mal

cuidado (Palacios-Espinosa y Ocampo-Palacio, 2011), por lo cual al realizar esta investigación, se podrán desarrollar estrategias para evaluar este aspecto y dar apoyo emocional a estos pacientes que tienen altos niveles de sufrimiento; de igual forma esta investigación conformará una voz de alerta social ante dos fenómenos igualmente estigmatizados como lo son el suicidio y el cáncer, lo que es uno de los primeros pasos para abordar esta problemática tanto política como individualmente.

En el ámbito práctico, esta investigación permitirá aproximarse cada vez más a la comprensión de la ideación suicida en los pacientes con cáncer y por tanto, facilitará el abordaje práctico de esta problemática tanto por los profesionales de la salud mental como los oncólogos que traten a estos pacientes.

El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial (OMS, 2012), asimismo según Ferlay et al. (2008), el número de nuevos casos en Colombia en el 2008 fue de 27.600 en hombres y 30.900 en mujeres y el número de muertes debida al cáncer en el 2008, fue de 16.700 en hombres y 17.300 en mujeres.

Generalmente, en la literatura se plantea que la prevalencia de suicidios en la población oncológica es elevada con respecto a la población general (Robson, Scrutton, Wilkinson y MacLeod, 2010; Aiello-Laws, 2010), específicamente se ha observado que la tasa de suicidio en los pacientes oncológicos es dos veces mayor que en el resto de la población (Palacios-Espinosa y Ocampo-Palacio, 2011). Adicionalmente esta tasa puede llegar a ser mayor según la edad (adultos mayores) y la localización del cáncer, (Aiello-Laws, 2010) y a la vez, estar afectada por el tabú y el prejuicio que existe sobre el suicidio, el cual puede generar que las personas no

comenten toda la información o que el tipo de muerte no sea mencionado (Robson, Scrutton, Wilkinson y MacLeod, 2010; Aiello-Laws, 2010).

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida y cuáles los factores asociados con el suicidio (diagnóstico, estadio del cáncer, depresión, desesperanza, dolor, fatiga, antecedentes personales de intención suicida o de ideación suicida, antecedentes psiquiátricos, estado civil, edad, sexo, sensación de impotencia, consumo de sustancias psicoactivas y duelo) en pacientes adultos con cáncer?

Objetivos

Objetivo general

Establecer la prevalencia de ideación suicida e identificar los factores asociados con el suicidio en pacientes adultos con cáncer.

Objetivos específicos

- a. Caracterizar la muestra de pacientes evaluados.
- b. Identificar la proporción de pacientes con ideación suicida.
- c. Comparar los resultados obtenidos en las pruebas que indican conducta suicida en los pacientes con ideación suicida y sin ideación suicida.
- d. Identificar los factores biológicos (efectos colaterales, dolor, fatiga, edad y sexo) presentes en los pacientes con y sin ideación suicida.

e. Identificar los factores psicosociales (estado civil, religión, antecedentes de suicidio, sensación de impotencia, duelo, depresión y desesperanza) presentes en los pacientes con y sin ideación suicida.

f. Identificar posibles factores de riesgo en pacientes con y sin ideación suicida.

Método

Tipo y diseño de investigación

Estudio de tipo descriptivo que buscó obtener y ampliar la información de un estudio exploratorio previo sobre la ideación suicida y los factores de riesgo para el suicidio en pacientes con cáncer en el Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego, CIOSAD S.A.

Adicionalmente se buscó aumentar los datos concernientes a la prevalencia de ideación suicida y factores de riesgo para el suicidio en pacientes oncológicos.

Variables de estudio

Prevalencia de ideación suicida

Definición: La ideación suicida se definió como una representación cognoscitiva del acto suicida (Lefetz y Reich, 2006), que se presenta cuando el paciente con cáncer piensa, planea o desea persistentemente cometer suicidio, cuya presencia e intensidad se midió con los siguientes instrumentos, la Escala de Ideación Suicida (SSI) en donde una puntuación > 1 es clínicamente significativa (Beck, Kovacs y Weisman, 1979), ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck (BDI), ítem 23 de la entrevista semi-estructurada y un puntaje total mayor a 9 en Escala de Desesperanza de Beck (BHS).

2. Factores de riesgo

Definición: El factor de riesgo se definió como cualquier estímulo (condición, situación, evento, elemento) cuya presencia aumenta la probabilidad de ideación suicida en el paciente con cáncer.

Para efectos de la presente investigación, se consideraron factores de riesgo para la ideación suicida: 1) diagnóstico; 2) estadio del cáncer; 3) depresión; 4) desesperanza; 5) dolor; 6) fatiga; 7) antecedentes personales de intención suicida o de ideación suicida; 8) antecedentes psiquiátricos; 9) estado civil; 10) edad; 11) sexo; 12) sensación de impotencia; 13) consumo de sustancias psicoactivas y 14) duelo.

Operacionalización:

Diagnóstico: Órgano en el que se encuentra ubicado el tumor primario.

Fuente de verificación: Historia clínica

Estadio del cáncer: Etapa en la que se encontraba la enfermedad según clasificación internacional utilizada en la institución en la que se realizó la investigación.

Fuente de verificación: Historia clínica

Depresión: trastorno del estado de ánimo cuya presencia y grado se determinó con los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI), así: (a) leve (entre 10 y 18 puntos); (b) moderada (entre 19 y 29 puntos); (c) grave (> 30 puntos).

Desesperanza: sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea este el inmediato o el más remoto. La persona desesperanzada cree que

nunca podrá: (1) salir adelante por si mismo; (2) tendrá éxito en lo que ella intente; (3) podrá alcanzar objetivos importantes; (4) solucionar los diversos problemas que afronte en la vida. Su presencia y grado se determinaron con los resultados obtenidos en la Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) así: (a) leve (entre 4 y 8 puntos); (b) moderada (entre 9 y 14 puntos) y (d) severa (entre 15 y 20 puntos). Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida.

Dolor físico: experiencia emocional y sensorial desagradable cuya presencia e intensidad se midió con una escala numérica entre 0 y 10 en donde: (a) 0= Ausencia de dolor; (b) 1-4= Dolor leve; (c) 5-7= Dolor moderado; (d) 8-10= Dolor intenso. En tres momentos diferentes: día, semana y mes actual

Fatiga: percepción de sentirse cansado sin haber realizado actividades físicas o mentales que lo expliquen.

Fuente de verificación: autorreporte del paciente según nivel de fatiga en el día, la última semana y el último mes

Antecedentes personales de intención suicida o de ideación suicida: ocurrencia pasada de episodio(s) en el (los) que el paciente haya intentado quitarse la vida o pensado insistentemente en ello.

Fuente de verificación: autorreporte del paciente; SSI

Sensación de impotencia: sentimiento o experiencia de frustración experimentado por el paciente con respecto a su capacidad para cambiar o controlar el curso de su enfermedad y las condiciones asociadas a ella.

Estado civil: es la calidad del paciente en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confiere o le impone determinados derechos y obligaciones civiles, que se clasifica así: (a) soltero; (b) casado; (d) divorciado; (e) separado; (f) viudo.

Fuente de verificación: Autorreporte; historia clínica

Edad: tiempo que ha vivido el paciente contabilizado en años al momento de la evaluación.

Fuente de verificación: Historia clínica; documento de identidad.

Sexo: condición orgánica masculina o femenina.

Fuente de verificación: Historia clínica

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por personas adultas con diagnóstico de cáncer, del Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego CIOSAD S.A., Bogotá Colombia.

La muestra de pacientes fue no probabilística y estuvo compuesta por 114 pacientes atendido por diferentes servicios de la Clínica, hospitalización, consulta externa y quimioterapia.

Criterios de inclusión: 1) mayoría de edad (≥ 18 años); 2) vinculación vigente al Sistema General de Seguridad Social en Salud; 3) consentimiento de participación voluntaria en el estudio; 4) tener conocimiento del diagnóstico de cáncer; 5) estar en las instalaciones de la Institución al momento de la evaluación (porque está hospitalizado; porque va a recibir quimioterapia; porque va a cita de control por consulta externa).

Criterios de exclusión: 1) desorientación en persona, tiempo y/o espacio; 2) mutismo; 3) sordera; 4) intubación; 5) sedación; 6) discapacidad cognoscitiva; 7) estar medicado con

antidepresivos; 8) vómito y/o diarrea al momento de la evaluación; 9) acabar de terminar la sesión de quimioterapia o estar a menos de una hora de finalizarla; 10) malestar físico o psicológico evidente o manifiesto por el paciente.

Procedimiento

La investigación se desarrolló en diferentes fases, que se describen a continuación.

Fase 1. Entrenamiento en habilidades requeridas para la evaluación. Los investigadores que evaluaron a los pacientes, estudiantes de décimo semestre de Psicología de la Universidad del Rosario, recibieron entrenamiento durante su formación académica tanto en la realización de entrevistas como en la aplicación de pruebas. Sin embargo, para garantizar la máxima protección para los pacientes oncológicos que participaron en el presente proyecto, las estudiantes recibieron un entrenamiento adicional que les garantizó el desarrollo de competencias para la realización de la entrevista semiestructurada, la aplicación de la batería de pruebas y la intervención en crisis de primera instancia o primeros auxilios psicológicos. Por lo tanto, estaban en capacidad de proporcionarlos al paciente en el caso de que llegaran a tener una reacción de crisis durante la evaluación.

Así mismo, estas personas fueron entrenadas durante esta fase para identificar los casos que requerían de remisión al Servicio de Psicología y una vez identificado el caso, informaron de inmediato (tan pronto como terminó la evaluación) al Coordinador del Departamento de Psicología de la Institución, quien procedió a realizar el procedimiento necesario para que el paciente fuera adecuadamente valorado y manejado.

Fase 2. Selección de la muestra. Para seleccionar la muestra, los investigadores obtuvieron autorización del Director Médico de la Institución para evaluar a los pacientes tanto en las

habitaciones, si estaban hospitalizados, como en la oficina de Psicología si estaban en consulta externa o en la sala de quimioterapia si estaban recibiendo tratamiento. Esto implicó que ningún paciente tuvo que desplazarse exclusivamente para participar en el estudio. Cada participante estaba en las instalaciones de la Institución por alguna de las siguientes razones: a) estaba hospitalizado; b) iba a recibir quimioterapia; c) iba a consulta externa con su médico tratante.

Los investigadores, tuvieron acceso al censo de pacientes hospitalizados, gracias a lo cual se procedió a determinar que pacientes cumplían los criterios para ingresar a la investigación y posteriormente fueron evaluados

Fase 3. Evaluación. El proceso de evaluación se realizó según la siguiente descripción: **Paso 1.** Los investigadores se presentaron como estudiantes de Psicología de la Universidad del Rosario, que se encontraban realizando un estudio con los pacientes del CIOSAD. El investigador encargado solicitó al paciente su autorización para hablar con él en privado por unos minutos. Si el paciente accedía, se reiteraba la importancia de estar a solas en la reunión que iban a tener, solicitando respetuosamente al (los) familiar(es) y/o acompañante(s) que los esperaran en la sala de espera de la Clínica o fuera de la habitación. Los investigadores tomaron precaución de que la reunión con el paciente no interfiriera: **(a)** En la consulta modificando el turno que le correspondía al paciente, en caso de que asistiera a consulta externa. **(b)** En la administración de la quimioterapia, en caso de que fuera un paciente que asistía a sesión de tal tratamiento. **(c)** En el protocolo de manejo intrahospitalario, alterando algún procedimiento que debiera realizarse al paciente.

Paso 2. En el lugar de reunión (oficina de Psicología, sala de quimioterapia o habitación del paciente), el investigador mencionó lo siguiente con el propósito de explicar el objetivo de la investigación e invitar a la participación en ella.

“Señor (a) nombre del paciente, muchas gracias por su disposición. Como le mencioné, mi nombre es nombre del investigador, soy estudiante de último año de Psicología de la Universidad del Rosario y junto con otras cuatro personas de la Universidad, estamos realizando un estudio que esperamos nos ayude a mejorar cada vez más nuestra labor como psicólogos con los pacientes del CIOSAD y ojalá, con todas las personas que tienen cáncer. Sabemos que muchas de las personas que tienen cáncer piensan en algún momento de la enfermedad en que desean morir e incluso a veces intentan suicidarse. Justamente, el estudio que estamos haciendo pretende indagar sobre la ideación suicida y sobre otros factores psicológicos y sociales como la depresión, la desesperanza, etc., que pueden afectar a los pacientes. Nosotros queremos invitarlo a participar en este estudio. Su participación consistiría en responder una entrevista y algunos cuestionarios. Nos tardaríamos más o menos 1 hora. Si usted decide no participar, no hay problema. Si decide participar, debo aclararle que toda la información que usted me dé es confidencial y será usada con fines académicos y especialmente con la intención de ayudar a las personas que tienen cáncer. Solamente estoy en la obligación ética de informar al Departamento de Psicología si su vida está en riesgo. Además, usted se va a ser beneficiado no sólo porque estaría contribuyendo a que podamos encontrar nuevo conocimiento para apoyar a todos los pacientes con cáncer, sino porque va a tener la posibilidad de ser atendido y recibir apoyo por parte del Servicio de Psicología en caso de ser necesario; además, le entregaremos una cartilla con recomendaciones para cuidar la salud

mental y aumentar la calidad de vida; ¿Qué opina? ¿Le gustaría colaborar con nosotros teniendo esta entrevista y llenando los cuestionarios? ”.

Si el paciente accedía a participar, el investigador agradeció al paciente y procedió a leerle el consentimiento informado a él (ella) (CI) (anexo 1) y a los dos testigos.

Posteriormente se inició el proceso de evaluación realizando primero la entrevista semiestructurada (anexo 2) y posteriormente se aplicaron los cuestionarios (anexos 3, 4 y 5) Si el paciente no sabía leer ni escribir, el investigador le ayudaba en el diligenciamiento de los instrumentos. Siempre se le preguntó al paciente si prefería que le ayudaran a diligenciar los instrumentos o si deseaba hacerlo por sí mismo.

La sesión de evaluación se inició con la entrevista semiestructurada, seguida de la aplicación de la Escala de Ideación Suicida (SSI) (anexos 2 y 3), pues tal y como lo indicó el protocolo de aplicación, esta última debe diligenciarse en el curso de una entrevista semiestructurada. La SSI se diligenció solicitándole al paciente que respondiera pensando en su experiencia desde que fue diagnosticado con cáncer. Así, el investigador seleccionó, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor reflejaba las características de la ideación suicida. Si el paciente contestó con un 0 (0=ausente) a los ítems 4 y 5, pasó directamente a contestar el ítem 20; si, por el contrario, la respuesta al ítem 4 ó 5 fue 1 ó 2 (2=máxima intensidad), el paciente debió contestar todos los ítems. Sólo se contestó el ítem 21 cuando la respuesta al ítem 20 hubiese sido 1 ó 2.

La entrevista duró entre 15 y 20 minutos. Una vez finalizada ésta, el investigador procedió a solicitarle al paciente que diligenciara dos cuestionarios (BHS y BDI) (anexos 4 y 5), tarea que

tardó cerca de 30 minutos. Si el paciente lo prefería, el investigador le ayudaba a anotar las respuestas en el formato de la prueba.

Si el paciente se negaba a participar, el investigador procedió a agradecer el tiempo que había dedicado a escucharlo y manifestó que el Servicio de Psicología tiene toda la disposición de apoyarlo en lo que requiera.

En los casos que se identificó la presencia de ideación suicida, depresión y desesperanza; se recordó al paciente la obligación de remitirlo al Departamento de Psicología, para que recibiera valoración y tratamiento; siempre respetándolos procesos establecidos por la institución para tal fin. **Paso 3.** Al finalizar la sesión de evaluación, sólo para los pacientes que accedieron a participar en la investigación, el investigador agradeció su participación, le indicó que lo retroalimentaría en 10 minutos (tiempo que debió tardar el investigador en analizar los datos obtenidos). Además, recibieron una cartilla con recomendaciones para cuidar la salud mental y aumentar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. **Fase 4. Registro y análisis de los datos.** La cuarta fase del procedimiento consistió en registrar y analizar los datos obtenidos.

Instrumentos

A continuación se describen los instrumentos que se aplicaron a los participantes en el estudio. Se presentan en relación con las variables que se evaluaron a través de ellos.

Nombre: Entrevista semiestructurada para la evaluación de síntomas suicidas en pacientes con cáncer (anexo 2).

Autores: Ximena Palacios Espinosa, Nidia Yineth Preciado, Diana María Escallón y Juan Gabriel Ocampo.

Descripción: La entrevista está compuesta por dos partes: (1) información general y (2) factores de riesgo. Tiene un total de 27 ítems que debieron ser respondidos por el paciente y de ser posible, algunos de ellos verificados por el entrevistador en la historia clínica.

Variable (s) evaluada(s): Factores de riesgo para el suicidio.

Nombre: Escala de Ideación Suicida (SSI) (anexo 3)

Autores: Beck, Kovacs & Weissman (1979)

Descripción: Es una escala de 19 ítems que tiene el objetivo de cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando en suicidarse que debió ser diligenciada por el investigador en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: 1) actitud hacia la vida/muerte; 2) pensamientos o deseos suicidas; 3) proyecto de intento de suicidio; 4) realización del intento proyectado; 5) antecedentes de intentos previos de suicidio. Esta última sección tiene un valor meramente descriptivo, ya que no se contabiliza en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado; en este último caso, la entrevista debió ser retrospectiva. Para efectos de este estudio, la escala se aplicó en referencia a la vivencia del cáncer, mencionado siempre: “*desde que usted supo que tiene cáncer...*”.

Variable (s) evaluada(s): Factores de riesgo para el suicidio.

Nombre: Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (anexo 4)

Autores: Beck, Weissman, Lester & Trexler (1974)

Descripción: Esta escala mide el nivel de pesimismo del paciente y permite predecir el suicidio. Tiene 20 ítems que hacen referencia a las expectativas negativas que tiene el sujeto sobre sí mismo y sobre el futuro. La valoración de cada ítem es del tipo V-F de los cuales prácticamente la mitad tienen la clave falso. No tiene tiempo límite de aplicación, pero generalmente toma de 5 a 10 minutos. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0.

De acuerdo con Beck y Steer (1988), las puntuaciones de la Escala de Desesperanza se pueden interpretar de la siguiente manera: a) asintomática (de 0 a 3 puntos); b) leve (entre 4 y 8 puntos); c) moderada (entre 9 y 14 puntos) y d) severa (entre 15 y 20 puntos). Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida.

Esta Escala sólo estima la severidad de la desesperanza, por ello es clínicamente importante prestar atención a otros aspectos del funcionamiento psicológico particularmente a los niveles de la depresión y la ideación suicida.

En este estudio se utilizó la traducción y adaptación española de la Escala de Desesperanza de Beck reproducida en el Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica Clínica (Bobes, Paz, Bascarán, Sáinz & Bousoño, 2004).

Variable (s) evaluada(s): Desesperanza

Nombre: Inventario de Depresión de Beck versión corregida (BDI-IA) (anexo 5)

Autores: Aaron T. Beck; A. John Rush; Brian F. Shaw; y Gary Emery.

Descripción: Este inventario consta de 21 ítems que evalúan síntomas depresivos conductuales, cognoscitivos y fisiológicos. Cada ítem tiene seis alternativas de respuesta en las que el paciente debe responder con base en su experiencia de la última semana. El tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos.

Aunque es un autoinforme, puede aplicarse en forma de entrevista y permite obtener un índice de la intensidad de depresión con base en los siguientes puntajes (Beck y Steer, 1993): (a) 0-9 puntos: normal; (b) 10-16 puntos: depresión leve; (c) 17-29 puntos: depresión moderada; (d) 30-63 puntos: depresión grave.

Variable (s) evaluada(s): Depresión

Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación se elaboró respetando los principios éticos para la investigación en salud con seres humanos y en Psicología. Por lo tanto, se hará referencia a la Resolución 008430 de 1993 “Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

Este proyecto se desarrolló con el propósito de producir nuevos conocimientos sobre los procesos psicológicos de los seres humanos (artículo 4, Resolución 008430 de 1993), en específico sobre la ideación suicida y algunos factores de riesgo relacionados con el suicidio en los pacientes con cáncer.

Durante todo el proceso de evaluación, así como en el análisis y manejo de los datos obtenidos, se respetó la dignidad de todos y cada uno de los pacientes que participaron en la investigación y por la protección de sus derechos y su bienestar (artículo 5, Resolución 008430 de 1993). Por tal razón, tanto la reunión para invitar a participar al paciente en el estudio como la sesión de evaluación, se realizaron individualmente y en privado, solicitándole al familiar y/o acompañante del paciente que lo esperara en la sala de espera de la Clínica. Así mismo, se han establecido criterios de exclusión entre los que se encuentran cualquier condición que incapacite al paciente para participar o le implique sobre exigirse, esforzarse o sentirse incómodo.

Ninguno de los pacientes con cáncer participó en el estudio si no expresó su interés e intención voluntaria. En ningún momento fueron coaccionados ni obligados a participar. Sólo podrían ingresar al estudio si han dado su consentimiento y firmado el documento diseñado para tal fin (anexo 1).

En coherencia con el artículo 6, literal f de la Resolución 008430 de 1993, esta investigación fue desarrollada por estudiantes de Psicología de último año de carrera, dirigida por un Psicólogo profesional, con experiencia en Psicooncología y Maestría en Psicología Clínica y de la Salud. Estos investigadores están en capacidad de identificar a un paciente en riesgo durante la evaluación y de dar soporte emocional a través de primeros auxilios psicológicos en caso de que el paciente presentara alguna reacción de crisis durante la evaluación. Además, la evaluación se realizó siempre dentro de las instalaciones de la Clínica en donde la atención al paciente oncológico es integral.

En congruencia con el artículo 8 de la Resolución 008430 de 1993, se protegió la privacidad de los pacientes que participaron en el estudio, y sólo se reveló su identidad cuando los

resultados lo requerían; en este caso específico cuando el riesgo de suicidio era alto y su vida estaba en riesgo. Tal y como lo dicta la ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, se revelará tal información al Coordinador del Departamento de Psicología y/o al familiar del paciente "...en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona...1" (en este caso, al suicidio).

De acuerdo con el artículo 6, literal g de la Resolución 008430 de 1993, el presente proyecto de investigación no se desarrolló hasta no obtener el consentimiento informado del paciente y la autorización: (a) del Director Médico de la Clínica; (b) del Comité de Ética en Investigación de la Clínica; y (c) del Director del Programa de Psicología.

El consentimiento informado (CI) (anexo 1) fue diseñado según lo dictaminado en el artículo 16 de la mencionada resolución, por los investigadores principales y con la información contenida en el artículo 15 de la misma, fue revisado por el Comité de ética en Investigación de la Institución en la que se realizó la investigación, si éste lo acepta, firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación. En caso de que el paciente no sabía o por alguna razón física no podía firmar, imprimió su huella digital y a su nombre firmó otra persona que él designó. Finalmente, se elaboró este documento con dos copias, de las cuales se entregó una al paciente y la otra se anexó junto con los resultados de la valoración a la historia clínica de la institución

En obediencia a lo dictaminado en el título II, artículo 2, numeral 8 de la ley 1090 de 2006, al entregar a cada paciente los resultados de su evaluación, se respetó el derecho que tiene cualquier persona que sea evaluada por un psicólogo a conocer los resultados de las pruebas y su interpretación.

Según el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993, esta se consideró una investigación con riesgo mínimo pues se trató un tema sensitivo para el paciente (la ideación suicida y otros factores psicológicos relacionados). Por consiguiente, si se hubiese presentado el caso: “el investigador principal suspendería la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, sería suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten” (artículo 12, Resolución 008430 de 1993).

Resultados

A continuación se presentan los resultados de la investigación analizados con el programa estadístico SPSS versión 19.0, de acuerdo con los objetivos propuestos.

Caracterización de la muestra

Tabla 1. Caracterización de la muestra según sexo, edad, estado civil, religión, realización de prácticas religiosas, tipo de cáncer y estado del mismo

Característica	Frecuencia (n=114)	Porcentaje
Sexo		
<i>Masculino</i>	62	54.4
<i>Femenino</i>	52	45.6
Rango de edad		
<i>18 a 40 años</i>	40	35.1
<i>41 a 60 años</i>	57	50.0
<i>>60 años</i>	17	14.9
Estado civil		
<i>Soltero</i>	36	31.6
<i>Casado</i>	49	43.0
<i>Unión libre</i>	14	12.3
<i>Viudo</i>	4	3.5
<i>Separado/divorciado</i>	11	9.6
Religión		
<i>Cristiano católico</i>	87	76.3
<i>Cristiano no católico</i>	16	14.0

<i>Testigo de Jehová</i>	3	2.6
<i>Otra</i>	3	2.6
<i>Ninguna</i>	5	4.4
Practicante		
<i>Sí</i>	77	67.5
<i>No</i>	32	28.1
<i>No aplica</i>	5	4.4
Tipo de cáncer		
<i>Tejidos blandos</i>	42	36.8
<i>Gástrico y colorrectal</i>	37	32.5
<i>Seno</i>	14	12.3
<i>Aparato reproductor</i>	15	13.2
<i>Otro</i>	6	5.3
Estadío del cáncer		
<i>I</i>	4	3.5
<i>II</i>	9	7.9
<i>III</i>	28	24.6
<i>IV</i>	23	20.2
<i>No reportado</i>	50	43.9

Tabla 2. Caracterización de la muestra según la presencia de efectos secundarios provocados por el tratamiento oncológico, dolor, fatiga, antecedentes psiquiátricos, duelos, impotencia frente a la enfermedad

Característica	Intensidad	Frecuencia (n=114)	Porcentaje
Efectos secundarios			
<i>Sí</i>	-	27	23,7
<i>No</i>	-	58	50,9
<i>No responde</i>	-	29	25,4
Dolor			
<i>En el último mes</i>	Ausencia (0)	51	44,7
	Leve (1-3)	19	16,7
	Moderado (4-6)	20	17,5
	Severo (7-10)	24	21,1
<i>En la última semana</i>	Ausencia (0)	61	53,5
	Leve (1-3)	20	17,5
	Moderado (4-6)	14	12,3
	Severo (7-10)	19	16,7
<i>El día de la evaluación</i>	Ausencia (0)	79	69,3
	Leve (1-3)	15	13,2
	Moderado (4-6)	15	13,2
	Severo (7-10)	5	4,4
Fatiga			
<i>En el último mes</i>	Ausencia (0)	53	46,5
	Leve (1-3)	20	17,5
	Moderada (4-6)	24	21,1
	Severa (7-10)	17	14,9
<i>En la última semana</i>	Ausencia (0)	57	50

	Leve (1-3)	17	14,9
	Moderada (4-6)	26	22,8
	Severa (7-10)	14	12,3
<i>El día de la evaluación</i>	Ausencia (0)	59	51,8
	Leve (1-3)	43	37,7
	Moderada (4-6)	8	7,0
	Severa (7-10)	4	3,5
Antecedentes psiquiátricos			
<i>No</i>	-	111	97,4
<i>Sí</i>	-	3	2,6
Antecedentes consumo de sustancias psicoactivas			
<i>No</i>	-	97	85,1
<i>Sí</i>	-	17	14,9
Presencia de duelo			
<i>No</i>	-	73	64
<i>Sí</i>	-	41	36
	<i>Por pérdida económica (n=41)</i>	3	2,6
	<i>Por pérdida laboral (n=41)</i>	13	11,4
	<i>Por pérdida personal (n=41)</i>	25	21,9
Presencia de impotencia frente a la enfermedad			
<i>No</i>	-	63	55,3
<i>Sí</i>	-	41	41,2

Tabla 3. Proporción de pacientes que presentan intención suicida, antecedente de suicidio y/o pensamiento auto lesivo.

Conducta suicida	Frecuencia (n=114)	Porcentaje
Intención/plan (actual)		
<i>No</i>	109	95,6
<i>Sí</i>	5	4,4
Suicidio frustrado/ antecedente de suicidio		
<i>No</i>	108	94,7
<i>Sí</i>	6	5,3
Pensamiento autolesivo (actual)		
<i>No</i>	112	98,2
<i>Sí</i>	2	1,8

Tabla 4. Proporción de pacientes con ideación suicida o riesgo de suicidio, según los diferentes instrumentos aplicados.

Instrumento	Frecuencia (n=37)	Porcentaje
Entrevista (ítem de ideación suicida)	16	14

Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (puntaje total > 9)	8	7%
Escala de Ideación Suicida (puntaje total >1)	27	23,7%
Inventario de Depresión de Beck (BDI) (ítem 9 – riesgo suicida)	5	4,40%

Tabla 5. Verificación de la distribución de pacientes que puntuaron positivo en una o más de los instrumentos aplicados.

Instrumentos	Entrevista	BHS	BDI	SSI
Entrevista	16	0	4	13
BHS	0	8	0	0
BDI	4	0	5	3
SSI	13	1	3	27

Nota. n=37

Tabla 6. Distribución de pacientes según la puntuación positiva para conducta suicida en los cuatro instrumentos utilizados

Puntuación positiva para conducta suicida en...	Frecuencia (n=37)	Porcentaje
Una prueba	22	59,5
Dos pruebas	12	32,4
Tres pruebas	3	8,1
Cuatro pruebas	0	0,0
Total	37	100,0

Tabla 7. Comparación perfil de individuos con ideación suicida y sujetos sin ideación suicida según los puntajes en las tres pruebas psicométricas aplicadas: BHS, SSI y BDI.

	Pacientes con ideación suicida			Pacientes sin ideación suicida		
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo
BHS	4,00	0,00	14	2,00	0	9

SSI	2,00	1,00	18,00	0,00	0,00	0,00
BDI	15	0	28	8,00	0,00	48,00

Los pacientes que presentaron ideación suicida (27) obtuvieron medianas mayores en las pruebas de BHS (4), SSI (2) y BDI (15) que los sujetos sin ideación suicida.

Tabla 8. Distribución de los factores biológicos presentes en los pacientes con y sin ideación suicida.

Factor	Pacientes sin ideación (n=87)		Pacientes con ideación (n=27)		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Edad	18 a 40	31	35,6	9	33,3
	41 a 60	45	51,7	12	44,4
	> 61	11	12,6	6	22,2
Sexo	Femenino	45	51,7	17	63
	Masculino	42	48,3	10	37
Efectos secundarios	No	21	33,3	6	27,3
	Sí	42	66,7	16	72,7
Dolor mes	Ausencia	44	50,6	7	25,9
	Leve	13	14,9	6	22,2
	Moderado	10	11,5	10	37
	Severo	20	23,0	20	14,8
Dolor semana	Ausencia	52	59,8	9	33,3
	Leve	14	16,1	6	22,2
	Moderado	5	5,7	9	33,3
	Severo	16	18,4	3	11,1
Dolor hoy	Ausencia	61	70,1	18	66,7
	Leve	14	16,1	1	3,7
	Moderado	8	9,2	7	25,9
	Severo	4	4,6	1	3,7
Fatiga mes	Ausencia	46	52,9	7	25,9
	Leve	15	17,2	5	18,5
	Moderado	14	16,1	10	37%
	Severo	12	13,8	5	18,5
Fatiga semana	Ausencia	49	56,3	8	29,6
	Leve	12	13,8	5	18,5
	Moderado	16	18,4	10	37
	Severo	10	11,5	4	14,8
Fatiga Hoy	Ausencia	45	51,7	14	51,9
	Leve	33	37,9	10	37
	Moderado	6	6,9	2	7,4

Severo	3	3,4	1	3,7
--------	---	-----	---	-----

Tabla 9. Factores psicosociales presentes en los pacientes con ideación suicida y sin ella.

Factor		Pacientes sin ideación (n=87)		Pacientes con ideación (n=27)	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Soltero	25	28,7	11	40,7
	Casado	39	44,8	10	37
	Unión Libre	12	13,8	2	7,4
	Viudo	3	3,4	1	4
	Separado/Divorciado	8	9,2	3	11
Religión	Cristiano católico	67	77	20	74,1
	Cristiano no católico	11	12,6	5	18,5
	Testigo de Jehová	2	2,3	1	3,7
	Otras	2	2,3	1	3,7
	Ninguna	5	5,7	0	0
Practicante religión	Sí	59	72	18	66,7
	No	23	28	9	33,3
Antecedente de suicidio	No	87	100	21	77,8
	Sí	0	0	6	22,2
Impotencia enfermedad	No	50	59,5	13	50
	Sí	34	40,5	13	50
Duelo	No	59	67,8	14	51,9
	Sí	28	32,2	13	48,1
Tipo de pérdida	Económica	2	7,1	1	7,7
	Laboral	9	32,1	4	30,8
	Personal	17	60,7	8	61,5
Desesperanza (puntuación BHS)	Bajo-Ninguno	62	71,3	13	48,1
	Bajo-Mínimo	22	25,3	9	33,3
	Alto-Moderado	3	3,4	5	18,5
Depresión (puntuación BDI)	Mínima	49	56,3	9	33,3
	Leve	27	31	6	22,2
	Moderado	10	11,5	12	44,4
	Grave	1	1,1	0	0

Tabla 10. Relación entre depresión clínica e ideación suicida

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	14,596 ^a	3	,002

La prueba de Chi-cuadrado permite evidenciar una relación, estadísticamente significativa, entre la depresión clínica y la ideación suicida, con un valor p de 0,002.

Conclusiones

Con relación a los factores biológicos de la población, se encontró que en la mayoría de los casos, las personas sin ideación suicida tienen en su mayoría entre 41 y 60 años; han presentado efectos secundarios al tratamiento quimioterapéutico y reportan ausencia de dolor y fatiga. Mientras que la mayoría de sujetos en el grupo con ideación suicida, pertenece al género femenino, también ha reportado efectos secundarios al tratamiento y refieren mayores niveles de percepción de dolor en la última semana, junto con niveles moderados de fatiga en la última semana.

En el estudio de los factores psicosociales se observa que la mayoría de sujetos sin ideación suicida se encuentran casados, son católicos, realizan prácticas religiosas, no presentan antecedentes de suicidio, no tienen procesos de duelo ni percepción de impotencia ante la enfermedad. Por otra parte mayoría de individuos con ideación suicida en la muestra evaluada son solteros, católicos practicantes, tampoco tienen antecedentes de suicidio, pero cursan con procesos de duelo, nivel mínimo de desesperanza y moderado de depresión. La mitad de la muestra presenta sensación de impotencia frente a la enfermedad y la otra mitad no.

La prevalencia de ideación suicida en la muestra de pacientes oncológicos es de 23,7%, lo cual es un porcentaje bajo si se tiene en cuenta que generalmente se plantea que, la tasa de suicidio en pacientes oncológicos es dos veces mayor que en el resto de la población (Palacios-Espinosa y Ocampo-Palacio, 2011) y que en el 2011 el suicidio represento el 7% de muertes violentas en Colombia (1.889 casos y una tasa de 4 suicidios por 100.000 habitantes) (Macana, 2012), sin embargo es necesario mencionar, que dentro de los pacientes que no se encuentran en este porcentaje (23,7%), se observaron niveles altos de desesperanza y depresión, lo cual

constituye una señal de alarma para intervenir en esta población y un factor a tener en cuenta al desarrollar futuras investigaciones.

Si bien no se identificó asociación estadísticamente significativa entre los factores biológicos y psicosociales evaluados y la ideación suicida, se observó que puede existir relación significativa clínicamente entre los siguientes factores biológicos y la presencia de ideación suicida: el género femenino, haber reportado efectos secundarios por el tratamiento oncológico y niveles moderados de fatiga en la última semana; con respecto a los factores psicosociales se encontró asociación entre: estado civil (soltero), el haber presentado un antecedente de suicidio y un nivel moderado de depresión y la presencia de ideación suicida.

Con respecto a la asociación entre depresión e ideación suicida, no solo se observó una relación con significación clínica, si no que esta asociación también es estadísticamente significativa con un valor p de 0,002.

Debido a que se empleo una muestra no probabilística en la investigación, los hallazgos no son generalizables a la población oncológica colombiana, sin embargo los resultados obtenidos resaltan la importancia de continuar investigando el presente tema, con poblaciones más amplias y diversas variables que puedan estar asociadas, así como de evaluar la ideación suicida y el sufrimiento asociado en los pacientes con cáncer en la práctica profesional.

Asimismo, la presente investigación contribuye a la disminución de la normalización del sufrimiento en los pacientes con cáncer, aspecto que lleva a que los profesionales de la salud, consideren que la depresión (Zhang y Cooper, 2010) e ideación suicida, entre otras problemáticas son normales en los pacientes oncológicos (Palacios-Espinosa y Ocampo-Palacio, 2011).

Una limitación del estudio es que es probable que la tasa de ideación suicida encontrada pueda haber sido mayor que la reportada, debido a diversos factores como, el tabú o prejuicio cultural sobre el suicidio que puede inhibir a algunos individuos para reportar la ideación suicida y los aspectos asociados; el orden de aplicación de las pruebas, ya que al haber aplicado al inicio de la evaluación el SSI (instrumento para evaluar ideación suicida), puede haber sucedido que el individuo no percibiera la confianza necesaria para referir la ideación suicida abiertamente; y finalmente, el hecho de tener un estudio con participación voluntaria, lo cual hace que exista la posibilidad de encontrar ideación suicida en los sujetos que se negaron a participar en la investigación, y que ésta haya sido la causa de su negativa.

Referencias

- Aiello-Laws, L.B. (2010). Assessing the Risk for Suicide in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(6):687-691.
- Beck, A.T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). *Escala de ideación suicida (SSI)*. Recuperado de http://www.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm
- Bobes G., Paz M., Portilla, G., Bascarán, M.T., Sáiz, P. & Buosoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (3ª ed.). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Ferlay, J, Shin, HR, Bray, F, Forman, D, Mathers, C, & Parkin, DM. (2008). GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Accedido Abril 5, 2012, desde <http://globocan.iarc.fr/>
- Ley de psicología No. 1090. (2006). Bogotá D.C.
- Lefetz, C. & Reich, M. (2006). La crise suicidaire en cancérologie: évaluation et prise en charge. *Bull cancer*, 93, (7), 709-13.
- Macana, N.L.(2012) Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Forensis, datos para la vida.13(1):243-265.
- OMS. (2012). OMS | Cáncer Datos y cifras, Nota descriptiva N° 297. accedido el 5 de Noviembre de 2012, desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
- Palacios-Espinosa, X. y Ocampo-Palacio, J.G (2011) Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer. *Revista ciencias de la salud*. 9(2): 173-170.

Resolución No. 008430 de 1993 (1993). Bogotá D.C. :Ministerio de Salud.

Robson, A., Scrutton, F., Wilkinson, L. y MacLeod. F. (2010). The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-Oncology*. 19:1250-1258.

Zhang, A. y Cooper G. (2010). Recognition of Depression and Anxiety among Elderly Colorectal Cancer Patients. *Nursing Research and Practice*. 2010: 1-8.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PREVALENCIA DE CONDUCTAS SUICIDAS (IDEACIÓN, INTENCIÓN Y SUICIDIO
FRUSTRADO) Y FACTORES BIOPICOSOCIALES ASOCIADOS CON LA CONDUCTA
SUICIDA EN PACIENTES CON CÁNCER
JUSTIFICACIÓN

Afrontar el diagnóstico de cáncer es considerado un asunto difícil para muchas personas. Generalmente, los pacientes con cáncer se sienten afectados cuando les anuncian su enfermedad, cuando deben hacerse los tratamientos para el control de la enfermedad, cuando los hospitalizan, etc. Con frecuencia, se sienten tristes, agobiados e incluso pierden las esperanzas en algunos momentos. Todo eso los hace sufrir bastante. Justamente, ese sufrimiento y tristeza que experimentan, lleva a que muchos pacientes con cáncer deseen morir y consideren quitarse la vida. Con este estudio, se espera poder apoyar emocionalmente a esos pacientes que se sienten tan mal y ayudarlos a lograr una mejor calidad de vida.

Esta es una investigación desarrollada por el Programa de Psicología de la Universidad del Rosario, con los pacientes del Centro de Investigaciones Oncológicas CIOSAD S.A. La investigación está dirigida por la Doctora Ximena Palacios Espinosa, Psicóloga y profesora de la Universidad del Rosario. Además, participan en ella, la Doctora Yineth Preciado y la Doctora Diana Escallón, psicólogos, y algunos estudiantes de último año de Psicología de la Universidad del Rosario en calidad de auxiliares de investigación. Este proyecto es conocido por las directivas y el Comité de ética en Investigación del CIOSAD S.A., quienes han dado su aprobación para evaluar a los pacientes.

OBJETIVOS

Esta investigación pretende identificar cuántos de los pacientes con cáncer han pensado o han considerado en algún momento que sería mejor morir que continuar sufriendo las consecuencias de la enfermedad. Igualmente, pretende identificar qué factores están asociados con pensar en suicidarse o hacerlo.

PROCEDIMIENTO

Si usted decide participar en esta investigación, tendrá una sesión de aproximadamente una hora y media con uno de los investigadores o auxiliares de investigación. En esa reunión, el investigador le realizará una entrevista y luego se diligenciarán varias pruebas para evaluar: depresión, desesperanza, afrontamiento, apoyo social, ansiedad e ideación suicida. Todo tiene como objetivo recolectar información sobre los pensamientos relacionados con el deseo de suicidarse o de cometer el suicidio y sobre los factores asociados esto.

MOLESTIAS O RIESGOS ESPERADOS

En general, consideramos que participar en esta investigación no le generará mayores molestias. Pero puede ser que al responder la entrevista y las pruebas, se sienta triste o recuerde cosas o eventos desagradables para usted. Si usted llegara a necesitar apoyo emocional en ese momento, el investigador está en capacidad de brindarle apoyo pero además, el CIOSAD tiene todo un equipo de Psicología que puede apoyarlo para que se sienta mejor.

BENEFICIOS QUE PUEDE OBTENER AL PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

- Estamos seguros de que expresar nuestros sentimientos es benéfico. Alivia y permite sentirse mejor. Un espacio para que nos escuchen, siempre es un beneficio. Usted tendrá esa oportunidad de expresar sus sentimientos al participar en esta investigación.
- Tan pronto como termine la sesión de evaluación, el investigador le contará cuáles son los resultados que usted obtuvo y le hará unas breves recomendaciones en beneficio de su salud mental.
- Los investigadores y el Departamento de Psicología del CIOSAD, le entregarán una cartilla con recomendaciones para cuidar su salud mental y aumentar su calidad de vida.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS QUE PUEDEN BENEFICIARLO

En caso de que usted decida no participar pero sienta que desea hablar sobre el suicidio con alguien, usted puede hablar con su oncólogo para que lo remita a psicología a través de su EPS o también, puede dirigirse al Departamento de Psicología del CIOSAD y comunicarse allí con la Doctora Jennifer Canchila quien le informará cómo proceder para acceder al servicio de atención Psicológica.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Esta es una invitación a participar en esta investigación. Sabemos que lo que usted nos pueda aportar comunicándonos su experiencia, será de inmensa importancia para nuestro propósito. Usted es libre de aceptar o no esta invitación. Si decide no participar, no habrá ningún inconveniente.

En caso de que acepte participar en la investigación, debe saber que:

- Su IDENTIDAD no será revelada.
- Usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que ello le ocasione ningún problema.
- TODA la información que usted nos proporcione es totalmente CONFIDENCIAL. Es decir que no le será revelada a nadie.
- Si durante la evaluación vemos que su vida está en riesgo, los investigadores estamos en la obligación de informar al Psicólogo del CIOSAD y/o alguno de sus familiares tal situación, sin revelar ningún detalle de la información que usted nos haya proporcionado.
- Los investigadores estamos dispuestos a responder cualquier duda o inquietud que usted tenga con respecto a la investigación (procedimientos, riesgos, beneficios, etc.). Para tal efecto, puede comunicarse con la Doctora Ximena Palacios Espinosa al teléfono 3474570 ext. 309 de lunes a viernes de 7 am a 2 pm.
- Si usted requiriera de atención profesional por parte de un Psicólogo o Psiquiatra, el CIOSAD hará la remisión oportuna para que a través de su EPS le asignen una cita con uno de estos profesionales.

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, declaro que he leído y comprendido el presente documento, que me han aclarado las dudas que tuve en relación con mi participación en este estudio y que deseo participar voluntariamente en el estudio, por lo que para dejar constancia de ello, firmo este documento en presencia de dos testigos, en la ciudad de _____, el día ___ del mes de _____ del año ____.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____
 NÚMERO DE CÉDULA: _____ DE _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELÉFONO: _____

FIRMA DEL TESTIGO 1: _____
 NÚMERO DE CÉDULA: _____ DE _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELÉFONO: _____

FIRMA DEL TESTIGO 2: _____
 NÚMERO DE CÉDULA: _____ DE _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELÉFONO: _____

FIRMA DEL INVESTIGADOR: _____
 NÚMERO DE CÉDULA: _____ DE _____

Anexo 2. Entrevista semiestructurada.

Entrevista semiestructurada
Evaluación de la ideación suicida y los factores de riesgo para el suicidio en pacientes
adultos con cáncer – Versión 1. 04-Feb-2011

Preguntas	Factores que evalúa	Fuente de verificación:
PARTE I. INFORMACIÓN GENERAL		
1. Nombre: 2. Cédula de ciudadanía: 3. Edad: 4. Sexo: 5. Estado civil:	Factores sociodemográficos de riesgo	Historia clínica y autorreporte
PARTE II. FACTORES DE RIESGO		
6. Fármacos: a. ¿En la última semana ha estado tomando algún medicamento que le haya recitado su oncólogo? Sí __ no __ b. ¿Cómo se llama(n) ese (os) medicamento (s)? c. ¿Desde hace cuánto que toma ese medicamento? d. Es común que los medicamentos produzcan algunas reacciones que generan malestar a los pacientes. ¿Ese (os) medicamento(s) que usted está tomando actualmente le genera algún malestar? Sí __ no __ Si la respuesta es afirmativa, preguntar: e. ¿Qué siente? o ¿Qué le da?	Factores de riesgo relacionados con los fármacos administrados	Historia clínica y autorreporte
7. Diagnóstico: 8. Estado: 9. Intensidad del dolor: ___/10 En una escala de 0 a 10 en la que 0 es ausencia de dolor y 10 el dolor más insuportable, por favor indique: a. ¿Cuál ha sido la intensidad del dolor que ha experimentado en el último mes? b. ¿En la última semana? c. ¿Hoy? 10. Fatiga: a. Desde que está enfermo, ¿se ha sentido más cansado que antes de estarlo? Por favor describa qué siente cuando está fatigado En una escala de 0 a 10 en la que 0 es ausencia de fatiga y 10 la fatiga más insuportable, por favor indique: b. ¿Cuál ha sido la intensidad de la fatiga que ha experimentado en el último mes? b. ¿En la última semana? c. ¿Hoy?	Factores médicos de riesgo	Historia clínica y autorreporte
11. Sensación de impotencia:	Factores psicológicos	Autorreporte

<p>a. ¿Se ha sentido impotente frente a esta enfermedad? Si__ no__ Si la respuesta es afirmativa: b. ¿por qué? Si la respuesta es negativa, preguntar: c. Las personas con cáncer y otras enfermedades crónicas a veces sienten que no tienen ningún tipo de control sobre lo que les pasa. ¿Usted lo ha sentido? Si__ No__ Si la respuesta es afirmativa: d. ¿Cuándo?</p>	de riesgo	
<p>12. ¿La mayoría de las personas con cáncer tienen pensamientos suicidas pasajeros tales como: "Puede ser que haga algo si se pone muy difícil"?</p>	Se acepta que es normal al iniciar con una declaración que reconoce que la discusión incrementa el riesgo.	Autorreporte
<p>13. ¿Ha tenido pensamientos de ese tipo? * (Pensamientos de no querer vivir o deseos de que la enfermedad acelere su muerte? * 14. ¿Tiene pensamientos suicidas? * 15. ¿Ha pensado en la forma en que lo haría? * 16. ¿Piensa causarse daño? *</p>	Riesgo suicida	Autorreporte
<p>17. ¿Ha estado alguna vez deprimido? * 18. ¿Ha intentado suicidarse alguna vez? *</p>	Antecedentes personales	Autorreporte
<p>19. ¿Ha sido tratado alguna vez por problemas psiquiátricos o ha sido hospitalizado alguna vez en un Centro Psiquiátrico antes de ser diagnosticado con cáncer? *</p>		
<p>20. ¿Ha tenido algún problema con el alcohol o las drogas? *</p>	Dependencia	Autorreporte
<p>21. ¿Ha perdido recientemente a alguien cercano (familia, amigos u otras personas con cáncer)? *</p>	Duelo	Autorreporte

*Adaptado de Roth AJ, Holland JC: Psychiatric complications in cancer patients. In: Brin MC, Cebese JP, eds: Cancer Therapy in Hematology-Oncology. 1th ed. St. Louis, Mo: Mosby-Year Book, Inc., 1995, pp 899-11.

Anexo 3. Escala de Ideación Suicida (SSI).

*Escala de Ideación Suicida (SSI) con inclusión del protocolo para evaluar*SSI ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA
CON INCLUSIÓN DEL PROTOCOLO PARA EVALUAR

Nombre: Fecha: Sujeto:

El evaluador tendrá precaución de realizar esta entrevista indicándole al paciente que responda las preguntas pensando en lo que ha experimentado **desde que recibió el diagnóstico de cáncer**.

Cada ítem se puntúa de 0-2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida)

I.- CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE.**1.- Deseo de vivir.****(Pregunta a realizar: (1) Desde que usted supo que tiene cáncer ¿qué tanto desea vivir?)** Moderado a intenso (2) Débil (1) Ninguno (0)**2.- Deseo de morir.****(Pregunta a realizar: (2) Desde que usted supo que tiene cáncer ¿qué tanto desea morir?)** Moderado a intenso (2) Débil (1) Ninguno (0)**3.- Razones para vivir / morir.****Preguntas a realizar:****(3) Desde que usted supo que tiene cáncer ¿tiene razones para vivir? Sí No Si la respuesta es sí, realice la pregunta 3a; si la respuesta es no, realice le pregunta 3b****(3a) Entonces ¿Usted diría que tiene más razones para vivir que para morir? Sí No** **(3b) Entonces ¿Usted diría que tiene más razones para morir que para vivir? Sí No** Las razones para vivir son superiores a las de morir (0) Iguales (1) Las razones para morir son superiores a las de vivir (2)

Si el paciente contesta con un 0 (0=ausente) a los ítems 4 y 5, pasa directamente a contestar el ítem 20; si, por el contrario, la respuesta al ítem 4 ó 5 es 1 ó 2 (2=máxima intensidad), el paciente debe contestar todos los ítems

4.- Deseo de realizar un intento activo de suicidio.**Preguntas a realizar:****(4) Desde que usted supo que tiene cáncer ¿desea suicidarse? Sí No Si la respuesta es sí, realice la pregunta 4a. Si la respuesta es no, pase a la pregunta 5.****(4a) ¿Qué tanto lo desea?** Moderado a intenso (2) Débil (1) Ninguno (0)**5.- Intento pasivo de suicidio.****Preguntas a realizar:****Desde que usted supo que tiene cáncer:** ¿Tomaría precauciones para salvar su vida? (0) (sí No ; si la respuesta es no, realice la pregunta 5a; si la respuesta es sí pase a la pregunta 6).

5a. Entonces por favor elija una de las siguientes opciones. Desde que usted supo que tiene cáncer preferiría dejar su vida a la suerte o más bien evitaría hacer algo para seguir vivo?

¿Dejaría su vida / muerte en manos del azar; por ej.: cruzar descuidadamente una calle muy transitada? (1)

¿Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej.: dejaría de recibir quimioterapia o radioterapia para aliviarse del cáncer)? (2)

II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.

6.- Dimensión temporal: duración.

Pregunta a realizar:

(6). Desde que usted supo que tiene cáncer ¿cuánto han durado sus pensamientos o deseos de suicidarse?

Breve, períodos pasajeros (0)

Períodos más largos (1)

Continuo (crónico), o casi continuo (2)

7.- Dimensión temporal: frecuencia.

Pregunta a realizar:

(7). Desde que usted supo que tiene cáncer ¿cada cuánto ha tenido pensamientos o deseos de suicidarse?

Rara, ocasional (0)

Intermitente (1)

Persistente o continuo (2)

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.

Pregunta a realizar:

(8). ¿Qué opina usted de esos pensamientos o deseos que tiene o ha tenido de suicidarse?

Rechazo (0)

Ambivalencia, indiferencia (1)

Aceptación (2)

9.- Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

Pregunta a realizar:

(9a). ¿Siente que puede controlar la acción de suicidarse o el deseo de suicidarse?

(9b). ¿Por qué?

Tiene sensación de control (0)

No tiene seguridad de control (1)

No tiene sensación de control (2)

10.- Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej.: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

Pregunta a realizar:

(10). ¿Qué ha hecho que usted no se haya suicidado, que no haya sucumbido a sus deseos de suicidarse desde que tiene cáncer?

No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio (0)

Los factores disuasorios tienen cierta influencia (1)

Influencia mínima o nula de los factores disuasorios (2)

Si existen factores disuasorios, indicarlos: _____

11.- Razones del proyecto de intento.

(11). ¿Cuáles han sido las razones que usted ha tenido para desear suicidarse o intentar hacerlo desde que tiene cáncer?

Manipular el medio, atraer atención, venganza (0)

Combinación de ambos (1)

Escapar, acabar, resolver problemas (2)

III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.**12.- Método: especificación / planes.****Pregunta a realizar:**

(12a). Desde que usted supo que tiene cáncer ¿ha planeado cómo suicidarse? (si la respuesta a la pregunta 12a es sí, realice la pregunta 12b. Si la respuesta a la pregunta 12a es no, pase a la siguiente pregunta y marque el primer distractor)

(12b). ¿En qué consiste ese plan?

- No los ha considerado (0)
- Los ha considerado, pero sin detalles específicos (1)
- Los detalles están especificados / bien formulados (2)

13.- Método: accesibilidad / oportunidad.**Pregunta a realizar:**

(13a). ¿Tendría la oportunidad de hacerlo?

(13b). ¿Por qué?

(13c). ¿Tendría con qué o cómo hacerlo en el futuro?

(13d). ¿Por qué?

- Método no disponible; no hay oportunidad (0)
- El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente. (1)
- Método y oportunidad accesible (2)
- Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado (2)

14.- Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento.**Pregunta a realizar:**

(14a). Desde que usted supo que tiene cáncer ¿se siente capaz de suicidarse?

(14b). ¿Por qué?

- No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente (0)
- Inseguro de su coraje, competencia (1)
- Seguro de su competencia, coraje (2)

15.- Expectativas / anticipación de un intento real.**Pregunta a realizar:**

(15a). Desde que usted supo que tiene cáncer ¿considera que realmente podría encontrar la oportunidad para suicidarse?

(15b). ¿Por qué?

- No (0)
- Incierto, no seguro (1)
- Sí (2)

IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.**16.- Preparación real.****Pregunta a realizar:**

(16a). Desde que usted supo que tiene cáncer ¿ha iniciado ha prepararlo todo para suicidarse?

(16b). ¿Qué ha hecho?

- Ninguna (0)
- Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras) (1)
- Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada) (2)

17.- Notas acerca del suicidio.**Pregunta a realizar:**

(17a). Desde que usted ha deseado suicidarse ¿ha escrito alguna nota, carta, etc., para alguien despidiéndose o explicándole las razones de su muerte?

(17b). ¿Por qué?

- No escribió ninguna nota (0)
- Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla (1)
- Completada (2)

18.- Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej.: seguro, testamento, donaciones).

Pregunta a realizar:

(18a). Desde que usted ha deseado suicidarse ¿ha empezado a preparar su muerte? Si la respuesta a la pregunta 18a es sí, realice la pregunta 18b. si la respuesta a la pregunta 18 b es no, realice la pregunta 19a.

(18b). ¿Cómo lo ha hecho?

Ninguno (0)

Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados (1)

Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado (2)

19.- Engaño / encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

Pregunta a realizar:

(19a). ¿Le ha comentado a alguien la idea que tiene de suicidarse? Si la repuesta a esta pregunta es sí, realice la pregunta 19 b; si es no, realice la pregunta 20.

(19b). ¿A quién?

Reveló estas ideas abiertamente (0)

Fue reacio a revelarlas (1)

Intentó engañar, encubrir, mentir (2)

V.- FACTORES DE FONDO.

20.- Intentos previos de suicidio.

(20a). ¿Alguna vez intentó suicidarse antes de estar enfermo de cáncer?

(20b). ¿Desde que supo que tenía cáncer ha intentado suicidarse?

Ninguno (0)

Uno (1)

Más de uno (2)

Sólo se contesta el ítem 21 cuando la respuesta al ítem 20 haya sido 1 ó 2.

21.- Intención de morir asociada al último intento.

(21). ¿Qué tanto deseaba morir cuando intentó suicidarse?

Baja (0)

Moderada; ambivalente, insegura (1)

Alta (2)

PUNTUACIÓN TOTAL:

Actitud ante la vida/muerte: ____

Pensamientos/deseos suicidas: ____

Proyecto de intento: ____

Intento proyectado: ____

Factores disuasorios: ____

Intentos previos: ____

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. Si el paciente contesta con un 0 (0=ausente) a los ítems 4 y 5, pasa directamente a contestar el ítem 20; si, por el contrario, la respuesta al ítem 4 ó 5 es 1 ó 2 (2=máxima intensidad), el paciente debe contestar todos los ítems. Sólo se contesta el ítem 21 cuando la respuesta al ítem 20 haya sido 1 ó 2.

Corrección e interpretación: Cada ítem se puntúa de 0-2 (0= ausente hasta 2= máxima intensidad de la ideación suicida), y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems (como ya se ha indicado, 20 y 21 tienen solo valor descriptivo).

El rango e puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio.

Anexo 4. Escala de Desesperanza de Beck (BHS).

*Escala de Desesperanza de Beck (BHS)***ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)**

Nombre:	Fecha:	Sujeto:
---------	--------	---------

Por favor marque con una X verdadero o falso en las columnas de la derecha, según si la expresión de cada frase que aparece a continuación refleja o no su realidad dado que usted sabe que tiene cáncer.

	Verdadero	Falso
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.		
3. Cuando las cosas van mal, me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.		
5. Tengo bastante tiempo libre para llevar a cabo las cosas que quisiera poder.		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que será más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		
15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.		
18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que deseo, porque probablemente no lo lograré.		

Anexo 5. Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (1978; BDI-IA)

Copyright © Aaron Beck y The Psychological Corporation. Traducción española: C. Vázquez. Adaptación: C. Vázquez y J. Sanz. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Nombre:

Fecha:

Sujeto:

INSTRUCCIONES: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido con respecto a SU ENFERMEDAD DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1.

0 No me siento triste.

1 Me siento triste.

2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

1 Me siento desanimado respecto al futuro.

2 Siento que no tengo que esperar nada.

3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

0 No me siento fracasado.

1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1 No disfruto de las cosas tanto como antes.

2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

0 No me siento especialmente culpable.

1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3 Me siento culpable constantemente.

6.

0 No creo que esté siendo castigado.

1 Siento que quizá pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7.

0 No estoy decepcionado de mí mismo.

1 Estoy decepcionado de mí mismo.

2 Me avergüenzo de mí mismo.

3 Me detesto.

8.

- 0 No me considero peor que cualquier otro.
- 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- 2 Desearía suicidarme.
- 4 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- 0 No lloro más de lo que solía.
- 1 Ahora lloro más que antes.
- 2 Lloro continuamente.
- 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.

11.

- 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2 Me siento irritado continuamente.
- 3 No me irrito en absoluto por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- 3 He perdido todo interés por los demás.

13.

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes.
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3 Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- 0 No creo tener peor aspecto que antes.
- 1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- 2 Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- 0 Trabajo igual que antes.
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
- 3 No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- 0 Duermo tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

0 No me siento más cansado de lo normal.

1 Me canso más que antes.

2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

0 Mi apetito no ha disminuido.

1 No tengo tan buen apetito como antes.

2 Ahora tengo mucho menos apetito.

3 He perdido completamente el apetito.

19.

0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

1 He perdido más de 2 kilos.

2 He perdido más de 4 kilos.

3 He perdido más de 7 kilos.

19b. Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO

20.

0 No estoy más preocupado por mi salud que lo normal.

1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento.

2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.

3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.

21.

0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.

2 Estoy mucho menos interesado por el sexo.

3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.