

Ideación suicida y algunos factores biopsicosociales asociados con estas en pacientes
adultos con leucemia, linfomas, cáncer gástrico o cáncer colorrectal
Informe de investigación

Trabajo de grado para optar por el título de psicólogo

Andrés Mauricio Novoa Castellanos¹

María Paola Nieto Ladino²

Silvia María Vergara Arregocés³

Ximena Palacios Espinosa

Investigador principal

Diana María Escallón

Nidia Yineth Preciado

Co-investigadores

Programa de Psicología

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario

¹ Estudiante vinculado como auxiliar de investigación al proyecto: Suicidio y cáncer

² Estudiante vinculada como auxiliar de investigación al proyecto: Suicidio y cáncer

³ Estudiante vinculada como auxiliar de investigación al proyecto: Suicidio y cáncer

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

Acta de Aprobación del trabajo de grado

Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por

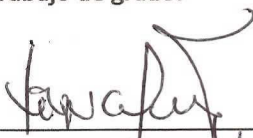
1. María Paola Nieto Ladino
2. Andrés Mauricio Novoa Castellanos
3. Silvia María Vergara Arregocés

Titulado: Ideación suicida, intención suicida y algunos factos biopsicosociales asociados con
leucemias y linfomas en pacientes oncológicos

Cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

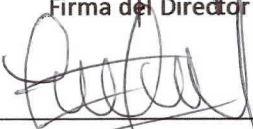
Esta acta se firma a los 4 días del mes de diciembre de 2012

Comité de trabajo de grado:



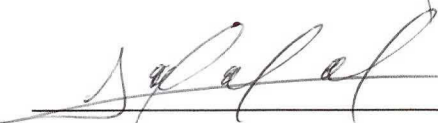
Firma del Director

4/12/2012.
Fecha



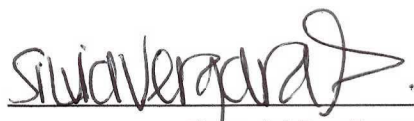
Firma del Estudiante

4/12/2012
Fecha



Firma del Estudiante

4/12/2012
Fecha



Firma del Estudiante

04/12/12
Fecha



Firma del Coordinador de T.G.

04-Dic-2012.
Fecha

Contenido

Resumen	4
Introducción y Justificación	5
Problema.....	7
Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos.....	8
Propósitos	9
Metodología.....	9
Tipo de estudio	9
Población y muestra	10
Variables	10
Estudio de tipo exploratorio descriptivo, motivo por el cual se detallaron los factores a estudiar	10
Instrumentos.....	16
Procedimiento	21
Aspectos éticos	26
Resultados	29
Conclusiones.....	49
Referencias	60
 <u>Anexo 1.</u> Entrevista semiestructurada para la evaluación de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio frustrado) y los factores asociados con esta en pacientes con cáncer adultos	63

Anexo 2. Escala de Ideación Suicida (SSI).....	64
Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck (BDI)	68
Anexo 5. Duke.....	71
Anexo 6. Entrevista de apoyo social.....	73
Anexo 7. Escala de afrontamiento para el cáncer (MAC)	75
Anexo 8. Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)	77
Anexo 9. Consentimiento informado	79

Resumen

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto en la población mundial, debido a que genera alteraciones en las áreas de ajuste de los individuos, su núcleo familiar y social circundante. El presente estudio tiene como objetivo establecer la prevalencia de ideación suicida en pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y cáncer gástrico (colorectal). Fue un estudio exploratorio descriptivo, de la línea de investigación en Psicooncología y Cuidado Paliativo a la cual pertenece el proyecto: “Conducta suicida (ideación suicida, intención suicida y suicidio frustrado) y factores biopsicosociales asociadas a esta en pacientes con cáncer”. La población que participó en este estudio fueron pacientes adultos del Centro de Investigaciones oncológicas de la clínica San Diego CIOSAD. De esta investigación se puede concluir que la prevalencia de ideación suicida en pacientes con estos tipos de cáncer es de 4.9% (N=10). Los factores asociados a la ideación suicida fueron: número de hijos, dolor y ansiedad en la última semana y estrato socioeconómico

Abstract

Cancer is one of the diseases with major impact in the world population, given that it generates alterations in the patient environment. The present study has the aim to establish the prevalence of suicide ideation in patients with Leukemia, Lymphoma and gastric cancer. It was a descriptive exploratory research, attached to the investigation line on psychooncology and palliative care that are part of the project: “Conducta suicida (ideación suicida, intención suicida y suicidio frustrado) y factores biopsicosociales asociadas a esta en pacientes con cáncer”. The population that participated on the study was mainly adults from “Centro de Investigaciones oncológicas de la clínica San Diego CIOSAD”. From this research, its possible to conclude that the prevalence of suicide

ideation in patients with this type of cancer is; 4.9% (N=10). The factors associated with suicide ideation were: number of children, pain and anxiety in the last week and socioeconomic level.

Introducción y Justificación

El presente informe es el resultado del desarrollo de un estudio empírico que se adhiere a la línea de investigación en Psicooncología y Cuidado Paliativo, al cual pertenece el proyecto: “Conducta suicida (ideación suicida, intención suicida y suicidio frustrado) y factores biopsicosociales asociadas a esta en pacientes con cáncer”. Este estudio, versa directamente sobre esta problemática en pacientes adultos con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y cáncer de vías digestivas, específicamente gástrico y colorrectal.

El cáncer es una enfermedad que ocurre cuando un tipo de células ha perdido el mecanismo normal de crecimiento, de interacción con otras células y de su ciclo de vida. En otras palabras el tipo de célula crece de una manera que el cuerpo no puede controlarla. Además de lo anterior, “en el cáncer, las células, que crecen sin control, desarrollan tamaños y formas anormales, ignoran sus límites típicos dentro del cuerpo, destruyen sus células vecinas y pueden esparcirse hacia otros órganos o tejidos” (Miller, Hoogstraten, Staquet y Winkler, 1981; p 207).

En la actualidad, los datos sobre suicidio en pacientes con cáncer en Colombia son escasos, por no afirmar que inexistentes. Un primer estudio teórico vinculado a la línea de investigación mencionada, indicó que en el resto del mundo el suicidio en estos pacientes presenta altas tasas (Palacios y Ocampo, 2011). En el primer estudio empírico derivado de la revisión teórica, realizado por Diana Escallón, Yineth Preciado (como auxiliares de investigación) y Ximena Palacios-Espinosa (como directora de trabajo de

grado e investigadora principal) y aún no publicado, se encontró que existen en los pacientes oncológicos altos índices de depresión, desesperanza, dolor y fatiga, y aunque no son concluyentes respecto a la influencia directa de estos sobre la ideación suicida, si son un buen indicador del estado psicológico del paciente y puede aportar en la prevención de ideación o conductas suicidas.

La presente investigación es el segundo estudio empírico del proyecto en mención y busca establecer la prevalencia de ideación suicida en pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal). Y adicionalmente, amplió la evaluación de posibles factores asociados a esta conducta (depresión, ansiedad, afrontamiento, apoyo social, entre otros.).

La importancia de este estudio radica en dos aspectos; el primero de ellos en que al tener datos específicos sobre el suicidio en pacientes con cáncer se está contribuyendo a conocer una problemática específica de alto impacto emocional para esta población. El segundo aspecto es aportar datos a los profesionales de la salud que trabajan con pacientes con cáncer para que esta sea una variable considerada siempre en la evaluación y la intervención del paciente y contribuir de esta manera a mejorar sus percepciones de bienestar y su calidad de vida.

En Colombia, según datos los Instituto Nacional de Cancerología 2008, en el 2002 se presentaron 2.081 casos nuevos de cáncer y 1.181 muertes en menores de 15 años por esta misma enfermedad; de este número total, las leucemias aportaron 814 casos nuevos y en muertes la cifra fue de 608, en proporción similar para niños y niñas. En el 2005 según datos estadísticos vitales del Dane, se registraron 18.400 muertes en menores de 15 años, en donde 833, correspondiente a un 4,5%, fueron causadas por cáncer; de este total 377, que corresponde a un 45%, son causadas por Leucemias de cualquier tipo.

Problema

El cáncer en últimos años ha sido objeto de estudio debido a su alta prevalencia, su impacto tanto a nivel personal y/o familiar y la elevada tasa de mortalidad. La Psicología por su parte se interesa por evaluar cuáles son los factores biopsicosociales y el riesgo de conductas suicidas que surgen a partir del diagnóstico de esta enfermedad. Las investigaciones asociadas al tema de suicidio en pacientes oncológicos demuestran que en esta población la tasa de suicidio es dos veces mayor comparada con la población en general. Sin embargo es necesario dirigir las investigaciones a los diferentes grupos o tipos de cáncer debido a sus diferentes manifestaciones y complicaciones.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de ideación suicida y cuáles los factores biopsicosociales asociados con esta en pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal) que asisten a una Clínica privada de la ciudad de Bogotá?

Objetivos

Objetivo general

Identificar la prevalencia de ideación suicida y cuáles los factores biopsicosociales asociados con esta en pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal).

Objetivos específicos

1. Identificar la proporción de pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal) que presentan factores de riesgo asociados con la ideación suicida.
2. Identificar la proporción de pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal) con ideación suicida
3. Comparar el perfil de pacientes con ideación suicida y sin ideación suicida, según los puntajes en las pruebas aplicadas.
4. Identificar los factores biológicos (efectos colaterales de la quimioterapia, quejas físicas, edad, sexo, dolor físico, fatiga, comorbilidad médica) presentes en los pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal) con ideación suicida y sin ella.
5. Identificar los factores psicosociales (ocupación, nivel educativo, hijos, estado civil, estrato socioeconómico, religión, antecedentes personales de intención o ideación suicida, sensación de impotencia, aislamiento social, cuidado recibido, conflicto familiar, afrontamiento, comorbilidad psiquiátrica (depresión y ansiedad), desesperanza, apoyo social, duelo presentes en pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal) con ideación y sin ella.
6. Identificar los posibles factores de riesgo para el suicidio presentes en pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal) con ideación suicida y sin ella.

Propósitos

Con esta investigación se pretende resaltar la importancia de la valoración psicológica dentro del protocolo de manejo a pacientes oncológicos, con el fin de detectar precozmente los factores de riesgo asociados a conductas suicidas (intención, ideación y suicidio frustrado), como la depresión, ansiedad, baja red de apoyo social, afrontamiento, etc.

De igual forma la investigación permite que en caso de encontrar pacientes con factores de riesgo y conductas suicidas, se pueda realizar la intervención psicológica pertinente con fines terapéuticos y preventivos.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio de tipo exploratorio descriptivo que buscó obtener información sobre un fenómeno poco estudiado en Latinoamérica y en especial en Colombia, la ideación suicida y los factores de riesgo para el suicidio en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal, leucemias y linfomas. Adicionalmente, buscó contribuir a la descripción del objeto de estudio, identificando tanto la prevalencia de ideación suicida como de factores de riesgo para el suicidio en pacientes oncológicos. Con el desarrollo de este estudio se generaron nuevas hipótesis de investigación que podrán ser comprobadas y desarrolladas con los datos regidos en esta aproximación al tema de suicidio en pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal)

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 49 personas adultas con cáncer, pacientes activos del Centro de Investigaciones Oncológicas. Clínica San Diego CIOSAD S.A. Bogotá Colombia.

La muestra de pacientes fue no probabilística y estuvo compuesta por 49 personas, seleccionadas por conveniencia entre los pacientes hospitalizados, en quimioterapia y en urgencias (que no habían iniciado quimioterapia), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión que se presentan a continuación.

Criterios de inclusión: (1) mayoría de edad (≥ 18 años); (2) vinculación vigente a al sistema general de seguridad social de 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 por urgencias). (6) tener cáncer gástrico, de colon, de recto, leucemia o linfoma.

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.

Variables

Estudio de tipo exploratorio descriptivo, motivo por el cual se detallaron los factores a estudiar.

1. Prevalencia de ideación suicida

Definición: La ideación suicida se definió como una representación cognoscitiva del acto suicida (Lefetz & Reich, 2006), que se presenta cuando el paciente con cáncer piensa, planea o desea persistentemente cometer suicidio, cuya presencia e intensidad se midió con la Escala de Ideación Suicida (SSI) (Beck, Kovacs & Weisman, 1979) en donde una puntuación > 6 es clínicamente significativa.

Operacionalización: Número de pacientes con ideación suicida en la población de estudio.

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. Se evaluaron dos grupos de estos: 1) biológicos y 2) psicosociales.

- Biológicos: efectos colaterales de la quimioterapia, quejas físicas, edad, sexo, dolor físico, fatiga, comorbilidad médica.

Efectos colaterales: efectos secundarios que el paciente ha presentado luego de comenzar el tratamiento oncológico y como consecuencia de este. Que se clasifican en (a) sí; (b) no y (c) ¿cuáles?

Fuente de verificación: Autoreporte

Quejas físicas: malestar físico y nivel de intensidad percibido por el paciente. Que se clasifica en: (a) alto, (b) medio; (c) bajo o (d) ninguno.

Fuente de verificación: Autoreporte

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

Dolor físico: experiencia emocional y sensorial desagradable cuya presencia e intensidad se midieron 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.

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

Fuente de verificación: autorreporte del paciente

Comorbilidad médica: patologías físicas y/o fisiológicas que presenta el paciente además de su diagnóstico de cáncer, y el tiempo de evolución, que cursan simultáneamente.

Fuente de verificación: Autoreporte; Historia clínica

- Psicosociales: ocupación, nivel educativo, hijos, estado civil, estrato socioeconómico, religión, antecedentes personales de intención o ideación suicida, sensación de impotencia, aislamiento social, cuidado recibido, conflicto familiar, afrontamiento, comorbilidad psiquiátrica (depresión y ansiedad), desesperanza, apoyo social, duelo.

Depresión: trastorno del estado de ánimo cuya presencia y grado se determinaron 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 determinarán 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).

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

Ocupación: actividad laboral donde el paciente debe cumplir ciertas obligaciones, funciones y tareas a cambio de remuneración económica. Que se clasifica en: (a) empleado; (b) desempleado; (c) independiente; (d) jubilado/ pensionado y (e) otro.

Fuente de verificación: Autoreporte

Nivel educativo: escolaridad del paciente

Fuente de verificación: Autoreporte

Hijos: descendencia del paciente. Debe indicar el número de hijos que tiene.

Fuente de verificación: Autoreporte

Estrato socioeconómico: nivel de clasificación del paciente en cuanto a bienes económicos y calidad de vida. **Alto, bajo....**

Fuente de verificación: Autoreportes

Religión: actividad humana que encierra creencias y prácticas relacionadas con la moral, la existencia y la espiritualidad del paciente. se clasifica en: practicante (a) sí y (b) no.

Fuente de verificación: Autoreportes

Aislamiento social: retiro o privación por parte del paciente de su grupo social habitual. Se mide a través de 4 preguntas: ¿Desde que usted supo que está enfermo de cáncer prefiere estar solo? ; ¿Por qué? ; ¿Desde que usted supo que está enfermo de cáncer ha dejado de verse o se ve menos que antes con la gente con la que se veía antes?; ¿Por qué?

Fuente de verificación: Autoreporte

Conflicto familiar: situación de tensión en la familia del paciente. Se evalúa a través de tres preguntas: ¿Desde que está enfermo de cáncer ha tenido conflictos / problemas familiar?; ¿Cuáles?; ¿Por qué?

Fuente de verificación: Autoreporte

Duelo: proceso emocional del paciente después de una pérdida. Se mide a través de 8 preguntas: ¿Ha muerto recientemente alguien cercano (familia, amigos u otras personas con cáncer?); ¿Quién?; ¿Hace cuanto?; ¿Cómo se ha sentido desde entonces?; ¿Ha tenido alguna pérdida (económica, personal, laboral, etc.) recientemente?; ¿Qué perdió o a quién perdió?; ¿Hace cuanto?.

Fuente de verificación: Autoreporte

Comorbilidad psiquiátrica: presencia simultánea de un trastorno mental en el paciente. se evalúa con dos preguntas: ¿Ha sido tratado alguna vez por problemas psiquiátricos o ha sido hospitalizado alguna vez en un centro psiquiátrico antes de ser diagnosticado con cáncer?; ¿ Qué enfermedad le diagnosticaron?

Fuente de verificación: Autoreporte; Historia clínica

Afrontamiento: estilo con el cual el paciente se enfrenta a determinadas situaciones. Se mide por medio de 40 frases que evalúan 5 escalas; (1) Subescala de Depresión: Los resultados sugieren cierta tendencia a adoptar una actitud pesimista hacia la enfermedad; (2) Subescala de Preocupación Ansiosa: Los resultados sugieren la presencia de sentimientos de ansiedad y tensión relativos a la enfermedad; (3) Subescala de Espíritu de Lucha: Los resultados sugieren tendencia a confrontar y a afrontar activamente la enfermedad;(4) Subescala de Evitación Cognitiva: Los resultados refieren tendencia a evitar la confrontación cognitiva con la enfermedad; (5) Subescala Fatalismo: Los resultados sugieren que hay presencia de percepción de falta de control ante la enfermedad y una actitud de resignación., con un rango de respuesta donde el paciente indica en cada en frase si: definitivamente no se aplica (1), no se aplica (2), se aplica(3) y definitivamente no aplica (4).

Fuente de verificación: Autoreporte

Apoyo social: conjunto de recursos humanos con los que el paciente cuenta para hacer frente a una situación social. Se evalúa con 11 ítems con un rango de respuesta tipo likert de 1 “mucho menos de lo que deseo” a 5 “tanto como deseo”.

Fuente de verificación: Autoreporte

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 1).

Autores: adaptado de Roth AJ, Holland JC

Descripción: La entrevista está compuesta por dos partes: (1) factores sociodemográficos y (2) conducta suicida, antecedentes psiquiátricos, comorbilidad psiquiátrica actual, factores de riesgo para la conducta suicida, duelo, sensación de impotencia, conflicto familiar, percepción de fatiga y dolor. Tiene un total de 13 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 2)

Autores: Beck, Kovacs & Weissman (1979)

Descripción: Es una escala de 21 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.

El evaluador deberá tener precaución de realizar esta prueba indicando al paciente que conteste las preguntas pensando en lo que ha experimentado desde el momento que recibió el diagnóstico de cáncer.

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

Nombre: Escala de Desesperanza de Beck (BHS) (anexo 3)

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:

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 4)

Autores: Aaron T. Beck; traducción Española C. Vázquez..

Descripción: Este inventario consta de 21 ítems que evalúan síntomas depresivos conductuales, cognoscitivos y fisiológicos. Cada ítem tiene cuatro 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

Nombre: Cuestionario de apoyo social funcional Duke- UNC (versión en español) (anexo 5).

Autores: Remor Eduardo

Descripción: Este cuestionario consta de 11 ítems con un rango de respuesta tipo likert de 1 “mucho menos de lo que deseo” a 5 “tanto como deseo”. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. A mayor puntuación mayor apoyo social. Comprende dos subescalas que se refieren a apoyo social de: confianza (posibilidad de contar con personas para comunicarse y expresar preocupaciones)- ítems 1,4, 6, 7, 8, 10. Y afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía) – ítems 2, 3, 5, 9, y 11. A mayor puntuación mayor apoyo social percibido.

Variable (s) evaluada(s): apoyo social percibido

Nombre: evaluación del apoyo social percibido y la red de apoyo social-entrevista (anexo 6)

Autores: Ximena palacios Espinosa

Descripción: este cuestionario consta de tres partes, la parte 1 de 5 ítems que miden el apoyo social percibido para este se solicita al paciente que indique el grado en que se ha sentido apoyado, considerando que: 1= no he sentido ningún apoyo; y el 5 = me he sentido muy apoyado. Para la parte 2. Red de apoyo social con 7 ítems de preguntas abiertas, donde el paciente tiene la libertad de dar la información que desee. Parte 3. Aislamiento social de 4 ítems también de preguntas abiertas. Para la calificación se tiene en cuenta solo la primera parte con la suma de los ítems. La segunda y tercera parte se cuenta de forma cualitativa para el análisis.

Variable (s) evaluada(s): Apoyo social percibido, red de apoyo social y Aislamiento social.

Nombre: Escala de ajuste mental al cáncer MAC (anexo 7)

Autores:

Descripción: Esta prueba cuenta con 40 frases que evalúan 5 escalas; (1) Subescala de Despresión: Los resultados sugieren cierta tendencia a adoptar una actitud pesimista hacia la enfermedad. (2) Subescala de Preocupación Ansiosa: Los resultados sugieren la presencia de sentimientos de ansiedad y tensión relativos a la enfermedad; (3) Subescala de Espíritu de Lucha: Los resultados sugieren tendencia a confrontar y a afrontar activamente la enfermedad; (4) Subescala de Evitación Cognitiva: Los resultados refieren tendencia a evitar la confrontación cognitiva con la enfermedad (5) Subescala Fatalismo: Los resultados sugieren que hay presencia de percepción de falta de control ante la enfermedad y una actitud de resignación., con un rango de respuesta donde el paciente indica en cada frase si: definitivamente no se aplica (1), no se aplica (2), se aplica(3) y definitivamente se aplica (4). Para la calificación se suman los ítems por escala y Se tienen cuenta los siguientes criterios para definir si están por encima o por debajo de la norma: Espíritu de lucha: 16-64 (Se considerará positivo si > 47), Depresión (desesperanza): 6-24 (Se considerará negativo si >11), Preocupación ansiosa: 9-36 (Se considerará negativo si > 25), Fatalismo: 8-32 (Se considerará negativo si > 22) y Evitación: 1-4 (Se considerará negativo si > 3). La Puntuación máxima general de la prueba es: 160

Variables evaluadas: depresión, preocupación ansiosa, espíritu de lucha, evitación cognitiva y fatalismo

Nombre: Escala de ansiedad y depresión en el hospital HAD (anexo 8)

Autores: Zigmond A. S. y Snaith R.P. 1983

Descripción: esta escala consta de 14 ítems, donde los pares miden depresión y los impares la ansiedad. Se suman los ítems de cada variable por separado. Cada ítem cuenta con 4 opciones de respuesta en donde el paciente indica la respuesta que más se

ajusta a cómo se sintió durante la semana previa a la evaluación. Si en los resultados ya sea en cualquiera de las dos variables que mide la escala si se puntúa por encima de 9 existe sospecha de presentar depresión o ansiedad asociada al hospital.

Variables evaluadas: depresión y ansiedad en el hospital

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, intervención en crisis o primeros auxilios psicológicos y la aplicación de la batería de pruebas. Así mismo, los estudiantes fueron entrenados durante esta fase para identificar los casos que requerían de remisión al Servicio de Psicología y una vez identificado el caso, informaran 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) se encontraba en la sala de urgencias. Para la selección de pacientes se contó con la ayuda de practicantes de psicología de esta institución, al igual que con la ayuda de la psicóloga y coordinadora de práctica de dicha institución. **Fase 3. Pilotaje.** En una investigación anterior se habían piloteado el BDI y el BHS. En esta oportunidad se aplicaron otros instrumentos que fueron piloteados con cuatro pacientes; no se presentaron dificultades para su diligenciamiento por lo que no hubo necesidad de hacer modificaciones ni ajustes a los mismos. En consecuencia se incluyeron estos pacientes dentro de la muestra definitiva. **Fase 4. 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 administración de la quimioterapia, en caso de que fuera un paciente que asistía a sesión de tal tratamiento. En consecuencia, el investigador se ocupó de coordinar con el jefe de la sala de quimioterapia el horario en el que se podría evaluar al paciente antes o durante la quimioterapia (con una hora de disponibilidad). Nunca después. En los casos en que se

realizó la evaluación antes de la sesión de quimioterapia, se procedió como se describió en el literal (a). En los casos en que fue durante la quimioterapia, se procedió a evaluar al paciente en la sala de niños siempre y cuando ésta se encontrara desocupada. **(b)** En el protocolo de manejo intrahospitalario, alterando algún procedimiento que debiera realizarse al paciente que se encontraba hospitalizado. En consecuencia, el investigador se ocupó de verificar con el jefe de piso si era viable realizar la evaluación en un momento determinado, durante una hora. **Paso 2.** En el lugar de reunión (sala de quimioterapia o habitación), 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 nuestros pacientes. Nosotros queremos invitarlo a participar en este estudio. Su participación consistiría en responder a 7 cuestionarios y tener una pequeña entrevista conmigo. Nos tardaríamos más o menos una hora y media. 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 será beneficiado no sólo porque estaría contribuyendo a que podamos encontrar nuevo conocimiento para apoyar a todos nuestros 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 de nuestros pacientes ¿Qué opina? ¿Le gustaría *colaborarnos 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 9) y a los dos testigos.

Posteriormente se inició el proceso de evaluación realizando primero la entrevista semiestructurada y posteriormente se aplicaron los cuestionarios. 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 que incluyó la Escala de Ideación Suicida (SSI), 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 la entrevista, el investigador procedió a solicitarle al paciente que diligenciara dos cuestionarios (BHS, BDI, BDI-IA, DUKE-UNC, Evaluación del apoyo social percibido y de la red de apoyo social- entrevista, MAC y HAD), 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 algunos casos los pacientes presentaron llanto y emociones negativas, por lo que el investigador proporcionó primeros auxilios psicológicos y una vez logró estabilizar al paciente, informó de inmediato (tan pronto como terminó la evaluación o la reunión) al Coordinador del Departamento de Psicología para que el paciente fuera evaluado por este Servicio. Todos los pacientes que participaron en este estudio, fueron retroalimentados con respecto a los datos obtenidos en las pruebas y durante la entrevista. Entonces, el investigador tuvo máximo 15 minutos para verificar cuáles fueron los resultados generales y retroalimentar al paciente de manera verbal, al igual que sobre el significado de estos resultados para la vida. Para los casos donde el paciente obtenía resultados significantes en las variables estudiadas, se hizo la remisión pertinente al servicio de psicología CIOSAD.

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 30 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.

Aspectos éticos

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.

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 presentará 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) 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 en duplicado quedando un ejemplar en poder del paciente.

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

Caracterización de la muestra

Tabla 1. Caracterización de la muestra

Característica	Frecuencia (n=49)	Porcentaje
Sexo		
Masculino	20	40,8
Femenino	29	59,2
Rango de edad		
18 a 40 años	22	44,9
41 a 60 años	20	40,8
>60 años	7	14,3
Estado civil		
Soltero	19	38,8
Casado	12	24,5
Unión libre	14	28,6
Viudo	2	4,1
Separado/divorciado	2	4,1
Religión		
Cristiano católico	39	79,6
Cristiano no católico	6	12,2
Testigo de Jehová	2	4,1
Ninguna	2	4,1
Practicante		
Sí	42	85,7
No	5	10,2
Dato perdido	2	4,1
Tipo de cáncer		
Tejidos blandos (leucemiaso linfomas)	27	55,1
Cáncer de vías digestivas (gástrico, colon o recto)	22	44,9

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=49)	Porcentaje
Efectos secundarios			
Sí	-	23	46,9
No	-	11	22,4
No responde	-	15	30,6
Dolor			
En el último mes	Ausencia (0)	15	30,6
	Leve (1-3)	11	22,4
	Moderado (4-6)	9	18,4
	Severo (7-10)	14	28,6
En la última semana	Ausencia (0)	22	44,9
	Leve (1-3)	13	26,5
	Moderado (4-6)	7	14,3
	Severo (7-10)	7	14,3
El día de la evaluación	Ausencia (0)	33	67,3
	Leve (1-3)	9	18,4
	Moderado (4-6)	4	8,2
	Severo (7-10)	3	6,1
Fatiga			
En el último mes	Ausencia (0)	17	34,7
	Leve (1-3)	12	24,5
	Moderada (4-6)	9	18,4
	Severa (7-10)	11	22,4
En la última semana	Ausencia (0)	20	40,8
	Leve (1-3)	9	18,4
	Moderada (4-6)	14	28,6
	Severa (7-10)	6	12,2
El día de la evaluación	Ausencia (0)	27	55,1
	Leve (1-3)	10	20,4
	Moderada (4-6)	8	16,3
	Severa (7-10)	4	8,2
Antecedentes psiquiátricos			
No	-	49	100
Sí	-	0	0
Antecedentes consumo de sustancias psicoactivas			
No	-	47	95,9
Sí	-	1	2,0
Dato perdido	-	1	2,0
Presencia de duelo			
No	-	29	59,2
Sí	-	20	40,8
Por pérdida económica (n=20)	-	3	15
Por pérdida laboral (n=20)	-	13	65
Por pérdida personal (n=20)	-	4	20
Presencia de impotencia frente a la enfermedad			
No	-	24	49,0
Sí	-	23	46,9
Dato perdido	-	2	4,1

Proporción de pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal) con ideación suicida

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

Conducta suicida	Frecuencia (n=49)	Porcentaje
Intención/plan		
No	39	79,6
Sí	10	20,4
Suicidio frustrado/ Antecedente suicida		
No	48	98
Sí	1	2
Pensamiento autolesivo		
No	45	91,8
Sí	1	2
Perdidos	3	6,1

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

Prueba	Frecuencia	Porcentaje	Sujetos
Entrevista (Puntuación positiva en ítem)	10	20,4	13, 14, 15, 16, 22, 31, 35, 39, 45, 46
BDI (Puntuación positiva ítem 9)	3	6,1	15, 22, 45
BHS (Puntuación mayor a 9)	4	8,2	31, 37, 44, 46
SSI (Puntuación mayor a 1)	10	20,4	9, 13, 14, 19, 22, 31, 35, 39, 45, 46

Tabla 5. Proporción de pacientes con ideación suicida, según los diferentes instrumentos aplicados.

	Frecuencia	Porcentaje	Paciente
Puntuación en solo una prueba	5	35,7	16, 37, 19, 9, 44
Puntuación en dos pruebas	5	35,7	13, 14, 15, 35, 39
Puntuación en tres pruebas	4	28,6	22, 45, 46, 31
Puntuación en cuatro pruebas	0	0	0

Comparación del perfil de pacientes con y sin ideación suicida, según los puntajes en las pruebas aplicadas.

Tabla 6. Comparación del perfil de los pacientes con y sin ideación suicida (ítem de la entrevista) según los puntajes en las pruebas aplicadas.

	Pacientes con ideación			Pacientes sin ideación		
	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana
Puntaje SSI	0	18	1	0	2	0
Puntaje BHS	0	11	3	0	9	2
Puntaje BDI	6	27	16,5	0	20	8
Puntaje Duke	37	54	43,5	11	60	51
Puntaje Apoyo	18	27	21,5	13	30	22
Puntaje MAC	100	128	111,5	91	122	109
Puntaje HAD	6	18	10	0	17	7

Los pacientes que presentan ideación suicida, según el ítem de la entrevista, reportan medianas mayores en el SSI (1), en la prueba BHS (3), en el BDI (16,5), en el MAC (111,5) y en el HAD (10).

Tabla 7. Comparación del perfil de los pacientes con y sin ideación suicida (prueba SSI) según los puntajes en las pruebas aplicadas.

	Pacientes con ideación suicida			Pacientes sin ideación suicida		
	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana
Puntaje BHS	0	11	3	0	9	2,51
Puntaje BDI	3	27	13,5	0	20	8,38
Puntaje Duke	37	51	47,5	11	60	49,1
Puntaje Apoyo	18	35	22	13	30	22,26
Puntaje MAC	100	128	110,5	91	124	109,36
Puntaje HAD	1	18	8	0	17	7,64

Los pacientes con ideación suicida, según la prueba SSI, tienen mayores medianas en: BHS (3), BDI (13,5), MAC (110,5), HAD (8).

Tabla 8. Comparación del perfil de los pacientes con y sin ideación suicida (Ítem 9 del BDI) según los puntajes en las pruebas aplicadas.

	Con ideación			Sin ideación		
	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana
Puntaje SSI	0	3	1	0	0	0
Puntaje BHS	1	3	3	0	11	2
Puntaje BDI	16	27	18	0	23	9
Puntaje Duke	39	49	49	11	60	50,5
Puntaje Apoyo	19	24	21	13	35	22
Puntaje MAC	103	113	112	91	128	110
Puntaje HAD	8	16	15	0	18	8

Los pacientes que presentan ideación, según el ítem 9 del BDI, presentan mayores medianas en SSI (1), BHS (3), BDI (18), MAC (112) y HAD (15).

Factores de riesgo biológicos para la ideación suicida

Tabla 9. Factores biológicos presentes en los pacientes con ideación suicida y sin ella (ítem de la entrevista).

Factor	Pacientes con ideación suicida (n=10)		Pacientes sin ideación suicida (n=39)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edad				
Adulthood joven (18 a 40 años)	4	40	18	46,2
Adulthood (41 a 60)	4	40	16	41
Vejez (60 en adelante)	2	20	5	12,8
Sexo				
Hombres	7	70	22	56,4
Mujeres	3	30	17	43,6
Efectos secundarios				
No	2	28,6	9	33,3
Sí	5	71,4	18	66,7
Malestar percibido				
Ninguno	2	20	12	31,6
Alto	1	10	7	18,4
Medio	4	40	12	31,6
Bajo	3	30	7	18,4
Comorbilidad física				
No	9	90	36	94,7
Sí	1	10	2	5,3
Intensidad del dolor en el último mes				
Ausencia	1	10	14	35,9
Leve	2	20	9	23,1
Moderado	4	40	5	12,8
Severo	3	30	11	28,2
Intensidad del dolor en la última semana				
Ausencia	2	20	20	51,3
Leve	1	10	12	30,8
Moderado	5	50	2	5,1
Severo	2	20	5	12,8
Intensidad del dolor hoy				
Ausencia	5	50	28	71,8
Leve	2	20	7	17,9
Moderado	2	20	2	5,1
Severo	1	10	2	5,1
Fatiga en el último mes				
Ausencia	1	10	16	41

Leve	4	40	8	20,5
Moderado	2	20	7	17,9
Severo	3	30	8	20,5
Fatiga en la última semana				
Ausencia	0	0	20	51,3
Leve	3	30	6	15,4
Moderado	5	50	9	23,1
Severo	2	20	4	10,3
Fatiga el día de la evaluación				
Ausencia	3	30	24	61,5
Leve	4	40	6	15,4
Moderado	2	20	6	15,4
Severo	1	10	3	7,7

Tabla 10. Factores biológicos presentes en los pacientes con ideación suicida y sin ella (SSI).

Factor	Pacientes con ideación suicida (n=10)		Pacientes sin ideación suicida (n=39)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edad				
Adulthood joven (18 a 40 años)	4	40	18	46,2
Adulthood (41 a 60)	4	40	16	41
Vejez (60 en adelante)	2	20	5	12,8
Sexo				
Hombres	8	80	21	52,8
Mujeres	2	20	18	46,2
Efectos secundarios				
No	3	30	8	29,6
Sí	4	40	19	70,4
Malestar percibido				
Ninguno	2	20	12	31,6
Alto	0	0	8	21,1
Medio	5	50	11	28,9
Bajo	3	30	7	18,4
Comorbilidad física				
No	2	20	36	94,7
Sí	1	10	9	90

Intensidad del dolor en el último mes				
Ausencia	0	0	15	38,5
Leve	2	20	9	23,1
Moderado	5	50	4	10,3
Severo	3	30	11	28,2
Intensidad del dolor en la última semana				
Ausencia	1	10	21	53,8
Leve	3	30	10	25,6
Moderado	4	40	3	7,7
Severo	2	20	5	12,8
Intensidad del dolor el día de la evaluación				
Ausencia	6	60	27	69,2
Leve	1	10	8	20,5
Moderado	2	20	2	5,1
Severo	1	10	2	5,1
Fatiga en el último mes				
Ausencia	1	10	16	41
Leve	3	30	9	23,1
Moderado	2	20	7	17,9
Severo	4	40	7	17,9
Fatiga en la última semana				
Ausencia	1	10	19	48,7
Leve	2	20	7	17,9
Moderado	5	50	9	23,1
Severo	2	20	4	10,3
Fatiga el día de la evaluación				
Ausencia	4	40	23	59
Leve	3	30	7	17,9
Moderado	2	20	6	15,4
Severo	1	10	3	7,7

Tabla 10. Factores psicosociales presentes en los pacientes con ideación suicida y sin ella (ítem de la entrevista).

	Pacientes con ideación suicida (n=10)		Pacientes sin ideación suicida (n=39)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación				
Empleado	3	30	16	41
Desempleado	4	40	11	28,2
Independiente	3	30	5	12,8
Jubilado/pensionado	0	0	1	2,6
Ama de casa	0	0	3	7,7
Otro	0	0	3	7,7
Nivel Educativo				
Primaria incompleta	2	20	11	28,2
Primaria	1	10	3	7,7
Bachillerato incompleto	2	20	9	23,1
Bachillerato	2	20	8	20,5
Técnico	2	20	3	7,7
Universitario	0	0	4	10,3
Postgrado	1	10	1	2,6
Estado Civil				
Soltero	5	50	14	35,9
Casado	3	30	9	23,1
Unión Libre	2	20	12	30,8
Viudo	0	0	2	5,1
Separado/divorciado	0	0	2	5,1
Número de hijos				
No tiene	5	50	12	30,8
Entre 1 y 3	1	10	21	53,8
Más de 3	4	40	6	15,4
Estrato Socioeconómico				
Bajo-bajo	4	57,1	3	10,7
Bajo	1	14,3	12	42,9
Medio-bajo	2	28,6	12	42,9
Medio	0	0	1	3,6
Religión				
Católica	8	80	31	79,5
Cristiana	1	10	5	12,8
Otras	1	10	1	2,6
Ninguna	0	0	2	5,1

Practicante				
No	1	10	4	10,8
Sí	9	90	33	89,2
Impotencia Frente a la Enfermedad				
No	3	33,3	21	55,3
Sí	6	66,7	17	44,7
Problemas Psiquiátricos desde que tiene cáncer				
No	10	100	38	97,4
Sí	0	0	1	2,6
Duelo Reciente				
No	6	60	26	66,7
Sí	4	40	13	33,3
Aislamiento				
Ausente	3	30	16	41
Moderado	7	70	20	51,4
Alto	0	0	3	7,7
Depresión/ansiedad				
No sospecha	8	80	33	84,6
Sospecha de ansiedad	2	20	4	10,3
Sospecha de depresión	0	0	2	5,1
Percepción de apoyo social				
Baja percepción	0	0	0	0
Percepción normal	10	100	39	100
Problemas Familiares desde que está enfermo				
No	8	80	30	83,3
Sí	2	20	6	16,7
Afrontamiento Espíritu de Lucha				
No	0	0	7	17,9
Sí	10	100	32	82,1
Afrontamiento Depresión				
No	5	50	15	38,5
Sí	5	50	24	61,5
Afrontamiento Preocupación Ansiosa				
No	6	60	24	61,5
Sí	4	40	15	38,5
Afrontamiento Fatalismo				
No	4	40	22	56,4
Sí	6	60	17	43,6
Afrontamiento Evitación				
No	4	40	21	53,8
Sí	6	60	18	46,2
Desesperanza				
Puntaje menor a 9	8	80	37	94,9
Puntaje mayor a 9	2	20	2	5,1

En la tabla 10, se presentan los factores psicosociales en los pacientes sin ideación suicida y con ella, de acuerdo al ítem de la entrevista. Dentro de los sujetos que presentan ideación, se observa que el 40% está desempleado; el nivel educativo se encuentra repartido de a 20% para: primaria incompleta, bachillerato incompleto, bachillerato y técnico; el 50% son solteros; el 40% tienen más de 3 hijos; dentro del estrato socioeconómico se encuentra 57,1% de bajo-bajo (tres personas no respondieron la pregunta); el 80% son católicos, el 90% son practicantes; el 66,7% se sienten impotentes ante la enfermedad (tan solo una persona no responde la pregunta); ningún sujeto presenta problemas psiquiátricos desde que tiene cáncer; para el duelo el 60% de los sujetos reportan no tenerlo; dentro de la categoría de aislamiento social el 70% presenta un aislamiento moderado; el 80% no presenta sospecha ni de depresión, ni de ansiedad; todos presentan una percepción normal de apoyo social; el 20% presenta problemas familiares desde que está enfermo; el 100% presenta estilo de afrontamiento de lucha; el 50% presenta estilo de afrontamiento depresivo; 60% no presenta afrontamiento de presión ansiosa; 40% no presenta afrontamiento de fatalismo; 60% presenta afrontamiento de evitación y el 80% obtiene un puntaje menor que 9 en la prueba BHS.

Para los pacientes que no presentan ideación, la mayoría es empleado (41%); presentan primaria incompleta el 28,2%; la mayoría son solteros (35,9%); el 53,3% tiene entre 1 y 3 hijos; tanto el estrato bajo como el medio-bajo presentan un porcentaje de 42,9% (un sujeto no responde la pregunta); el 79,5% son católicos; practicantes el 89,2% (dos sujetos no respondieron la pregunta); el 55,3% se siente impotente frente a la enfermedad (un sujeto no responde la pregunta); 97,4% no presenta problemas psiquiátricos desde que tiene cáncer (tres sujetos no responden la pregunta); el 66,7% no ha tenido un duelo reciente; el 51,4% presenta un aislamiento moderado; el 84,6% no

presenta sospecha ni de ansiedad ni de depresión; el 100% tiene una percepción normal de apoyo social; el 83% no presenta problemas familiares desde que está enfermo; el 82,1% presenta un estilo de afrontamiento de lucha; el 61,5% presenta un afrontamiento depresivo; el 61,5% presenta estilo de afrontamiento de presión ansiosa; el 56,4% tiene un estilo de afrontamiento fatalista; el 53,8% no presenta un estilo evitativo de afrontamiento y el 94,9% obtuvo un puntaje menor a 9 en la prueba BHS.

Tabla 11. Factores psicosociales presentes en los pacientes con ideación suicida y sin ella (SSI)

	Pacientes con ideación suicida (n=10)		Pacientes sin ideación suicida (n=39)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación				
Empleado	5	50	14	35,9
Desempleado	2	20	13	33,3
Independiente	3	30	5	12,8
Jubilado/pensionado	0	0	1	2,6
Ama de casa	0	0	3	7,7
Otro	0	0	3	7,7
Nivel Educativo				
Primaria incompleta	2	20	11	28,2
Primaria	1	10	3	7,7
Bachillerato incompleto	2	20	9	23,1
Bachillerato	1	10	9	23,1
Técnico	2	20	3	7,7
Universitario	1	10	3	7,7
Postgrado	1	10	1	2,6
Estado Civil				
Soltero	4	40	15	38,5
Casado	4	40	8	20,5
Unión Libre	2	20	12	30,8
Viudo	0	0	2	5,1
Separado/divorciado	0	0	2	5,1
Número de hijos				
No tiene	4	40	13	33,3
Entre 1 y 3	2	20	20	51,3
Más de 3	4	40	6	15,4
Estrato Socioeconómico				
Bajo-bajo	3	42,9	4	14,3

Bajo	1	14,3	12	42,9
Medio-bajo	3	42,9	11	39,3
Medio	0	0	1	3,6
Religión				
Católica	8	80	31	79,5
Cristiana	1	10	5	12,8
Otras	1	10	1	2,6
Ninguna	0	0	2	5,1
Practicante				
No	1	10	4	10,8
Sí	9	90	33	89,2
Impotencia Frente a la Enfermedad				
No	5	55,6	19	50
Sí	4	44,4	19	50
Problemas Psiquiátricos desde que tiene cáncer				
No	10	100	38	97,4
Sí	0	0	1	2,6
Duelo Reciente				
No	6	60	26	66,7
Sí	4	40	13	33,3
Aislamiento				
Ausente	2	20	17	43,6
Moderado	7	70	20	51,3
Alto	1	10	2	5,1
Depresión/ansiedad				
No sospecha	8	80	33	84,6
Sospecha de ansiedad	2	4,1	4	10,3
Sospecha de depresión	0	20	2	5,1
Percepción de apoyo social				
Baja percepción	0	0	0	0
Percepción normal	10	100	39	100
Problemas Familiares desde que está enfermo				
No	6	75	32	84,2
Sí	2	25	6	15,8
Afrontamiento Espíritu de Lucha				
No	0	0	7	17,9
Sí	10	100	32	82,1
Afrontamiento Depresión				
No	4	40	16	41
Sí	6	60	23	59
Afrontamiento Preocupación Ansiosa				
No	7	70	23	59
Sí	3	30	16	41
Afrontamiento Fatalismo				

No	5	50	21	53,8
Sí	5	50	18	46,2
Afrontamiento				
Evitación				
No	4	40	21	53,8
Sí	6	60	18	46,2
Desesperanza				
Puntaje menor a 9	8	80	37	94,9
Puntaje mayor a 9	2	20	2	5,1

En la tabla 11, se presentan los factores psicosociales en los pacientes sin ideación suicida y con ella, de acuerdo a la prueba SSI. Dentro de los sujetos que no presentan ideación el 35,9% son empleados; el 28,2% reportan un nivel educativo de primaria incompleta; el 38,5% reportan estar solteros; el 51,3% tienen entre 1 y 3 hijos; en el estrato socioeconómico el 42,9% está en bajo (tres personas no respondieron la pregunta); 79,5% son católicos; el 89,2% son practicantes; el 50% presenta impotencia frente a la enfermedad; el 97,4% reporta no tener problemas psiquiátricos desde que tiene cáncer; el 66,7% no reporta duelo reciente; el 51,3% reporta un aislamiento moderado; el 84,6% no presenta sospecha ni de ansiedad ni depresión; el 100% presenta una percepción normal de apoyo social; 84,2% no presenta problemas familiares desde que está enfermo (en esta pregunta se encuentran dos personas que no respondieron) ; el 82,1% presenta afrontamiento de espíritu de lucha; 59% presenta afrontamiento depresivo y también, ese mismo porcentaje, no presenta afrontamiento de presión ansiosa; 53,8% no presenta afrontamiento fatalismo ni evitativo; el 94,9% presenta puntaje menor a 9 en la prueba BHS.

Entre los sujetos que presenta ideación, según el puntaje del SSI, el 50% son empleados; dentro del nivel educativo la primaria incompleta, el bachillerato incompleto y el nivel técnico presentan un 20% cada uno, mientras el resto presenta 10% cada uno; el 40% son solteros y casados; el 40% no tiene hijos, y ese mismo

porcentaje aplica para sujetos con más de 3 hijos; el 42,9% reporta un nivel socioeconómico bajo-bajo, al igual que nivel medio-bajo (once personas no responde la pregunta); el 80% son católicos; el 90% son practicantes (dos personas no responden la pregunta); el 55,6% no presenta impotencia frente a la enfermedad (un sujeto no responde la pregunta); el 100% no presentan problemas psiquiátricos desde que tiene cáncer; el 60% no reporta un duelo reciente; el 70% reporta un aislamiento social moderado; el 80% no presenta sospecha ni de ansiedad ni depresión; el 100% presenta una percepción de apoyo social normal; el 75% no reporta problemas familiares desde que está enfermo (tres personas no responden la pregunta); el 100% presenta afrontamiento de lucha; el 60% presenta un afrontamiento depresivo; el 70% afrontamiento de presión ansiosa; el 50% afrontamiento fatalista; el 60% afrontamiento evitativo y el 80% presenta un puntaje menor a 9 en la prueba BHS.

Tabla 12. Factores psicosociales presentes en los pacientes con ideación suicida y sin ella (SSI)

	Pacientes con ideación suicida (n=10)		Pacientes sin ideación suicida (n=39)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ocupación				
Empleado	5	50	14	35,9
Desempleado	2	20	13	33,3
Independiente	3	30	5	12,8
Jubilado/pensionado	0	0	1	2,6
Ama de casa	0	0	3	7,7
Otro	0	0	3	7,7
Nivel Educativo				
Primaria incompleta	2	20	11	28,2
Primaria	1	10	3	7,7
Bachillerato incompleto	2	20	9	23,1
Bachillerato	1	10	9	23,1
Técnico	2	20	3	7,7
Universitario	1	10	3	7,7
Postgrado	1	10	1	2,6
Estado Civil				

Soltero	4	40	15	38,5
Casado	4	40	8	20,5
Unión Libre	2	20	12	30,8
Viudo	0	0	2	5,1
Separado/divorciado	0	0	2	5,1
Número de hijos				
No tiene	4	40	13	33,3
Entre 1 y 3	2	20	20	51,3
Más de 3	4	40	6	15,4
Estrato Socioeconómico				
Bajo-bajo	3	42,9	4	14,3
Bajo	1	14,3	12	42,9
Medio-bajo	3	42,9	11	39,3
Medio	0	0	1	3,6
Religión				
Católica	8	80	31	79,5
Cristiana	1	10	5	12,8
Otras	1	10	1	2,6
Ninguna	0	0	2	5,1
Practicante				
No	1	10	4	10,8
Sí	9	90	33	89,2
Impotencia Frente a la Enfermedad				
No	5	55,6	19	50
Sí	4	44,4	19	50
Problemas Psiquiátricos desde que tiene cáncer				
No	10	100	38	97,4
Sí	0	0	1	2,6
Duelo Reciente				
No	6	60	26	66,7
Sí	4	40	13	33,3
Aislamiento				
Ausente	2	20	17	43,6
Moderado	7	70	20	51,3
Alto	1	10	2	5,1
Depresión/ansiedad				
No sospecha	8	80	33	84,6
Sospecha de ansiedad	2	4,1	4	10,3
Sospecha de depresión	0	20	2	5,1
Percepción de apoyo social				
Baja percepción	0	0	0	0
Percepción normal	10	100	39	100
Problemas Familiares desde que está enfermo				
No	6	75	32	84,2
Sí	2	25	6	15,8

Afrontamiento Espíritu de Lucha				
No	0	0	7	17,9
Sí	10	100	32	82,1
Afrontamiento Depresión				
No	4	40	16	41
Sí	6	60	23	59
Afrontamiento Preocupación Ansiosa				
No	7	70	23	59
Sí	3	30	16	41
Afrontamiento Fatalismo				
No	5	50	21	53,8
Sí	5	50	18	46,2
Afrontamiento Evitación				
No	4	40	21	53,8
Sí	6	60	18	46,2
Desesperanza				
Puntaje menor a 9	8	80	37	94,9
Puntaje mayor a 9	2	20	2	5,1

En la tabla 12, se presentan los factores psicosociales en los pacientes sin ideación suicida y con ella, de acuerdo a la prueba SSI. Dentro de los sujetos que no presentan ideación el 35,9% son empleados; el 28,2% reportan un nivel educativo de primaria incompleta; el 38,5% reportan estar solteros; el 51,3% tienen entre 1 y 3 hijos; en el estrato socioeconómico el 42,9% está en bajo; 79,5% son católicos; el 89,2% son practicantes; el 50% presenta impotencia frente a la enfermedad; el 97,4% reporta no tener problemas psiquiátricos desde que tiene cáncer; el 66,7% no reporta duelo reciente; el 51,3% reporta un aislamiento moderado; el 84,6% no presenta sospecha ni de ansiedad ni depresión; el 100% presenta una percepción normal de apoyo social; 84,2% no presenta problemas familiares desde que está enfermo; el 82,1% presenta afrontamiento de espíritu de lucha; 59% presenta afrontamiento depresivo y también, ese mismo porcentaje, no presenta afrontamiento de presión ansiosa; 53,8% no presenta

afrontamiento fatalismo ni evitativo; el 94,9% presenta puntaje menor a 9 en la prueba BHS.

Entre los sujetos que presenta ideación, según el puntaje del SSI, el 50% son empleados; dentro del nivel educativo la primaria incompleta, el bachillerato incompleto y el nivel técnico presentan un 20% cada uno, mientras el resto presenta 10% cada uno; el 40% son solteros y casados; el 40% no tiene hijos, y ese mismo porcentaje aplica para sujetos con más de 3 hijos; el 42,9% reporta un nivel socioeconómico bajo-bajo, al igual que nivel medio-bajo; el 80% son católicos; el 90% son practicantes; el 55,6% no presenta impotencia frente a la enfermedad; el 100% no presentan problemas psiquiátricos desde que tiene cáncer; el 60% no reporta un duelo reciente; el 70% reporta un aislamiento social moderado; el 80% no presenta sospecha ni de ansiedad ni depresión; el 100% presenta una percepción de apoyo social normal; el 75% no reporta problemas familiares desde que está enfermo; el 100% presenta afrontamiento de lucha; el 60% presenta un afrontamiento depresivo; el 70% afrontamiento de presión ansiosa; el 50% afrontamiento fatalista; el 60% afrontamiento evitativo y el 80% presenta un puntaje menor a 9 en la prueba BHS

Tabla 13. Relación estadística entre el ítem de la entrevista y los factores biológicos

Instrumento	Factor biológico	Significancia (p)
Entrevista semiestructurada para la evaluación de síntomas suicidas en pacientes con cáncer ($p \leq 0.05$)	Edad	0,837
	Sexo	0,435
	Efectos Secundarios	0,81
	Malestar percibido	0,711
	Comorbilidad física	0,582
	Dolor en el último mes	0,173
	Dolor en última semana	0,02

Dolor hoy	0,385
Fatiga en el último mes	0,286
Fatiga en última semana	0,034
Fatiga hoy	0,266

Entrevista semiestructurada para la evaluación de síntomas suicidas en pacientes con cáncer ($p \leq 0.05$)

Tabla 14. Relación estadística entre el puntaje en la SSI y los factores biológicos

Instrumento	Factor biológico	Significancia (p)
Escala de Ideación Suicida (SSI) ($p \leq 0.05$)	Edad	0,837
	Sexo	0,413
	Efectos Secundarios	0,505
	Malestar percibido	0,258
	Comorbilidad física	0,582
	Dolor en el último mes	0,13
	Dolor en última semana	0,23
	Dolor hoy	0,385
	Fatiga en el último mes	0,25
	Fatiga en última semana	0,134
	Fatiga hoy	0,743

Escala de Ideación Suicida (SSI) ($p \leq 0.05$)

Tabla 15. Relación estadística entre el ítem de la entrevista y los factores psicosociales

Instrumento	Factor psicosocial	Significancia (p)
Entrevista semiestructurada para la evaluación de síntomas suicidas en pacientes con cáncer ($p \leq 0.05$)	Ocupación	0,572
	Nivel Educativo	0,752
	Estado civil	0,629
	Número de hijos	0,37
	Estrato Socioeconómico	0,5
	Religión	0,65
	Practicante	0,941
	Impotencia frente a enfermedad	0,237
	Problemas psiquiátricos	0,609
	Duelo reciente	0,693

Aislamiento	0,467
Depresión/ansiedad	0,563
Problemas familiares	0,806
Afrontamiento Espíritu de lucha	0,148
Afrontamiento Depresión	0,508
Afrontamiento Presión Ansiosa	0,929
Afrontamiento Fatalismo	0,354
Afrontamiento Evitación	0,435
Desesperanza	0,125

Entrevista semiestructurada para la evaluación de síntomas suicidas en pacientes con cáncer ($p \leq 0.05$)

Tabla 16. Relación estadística entre los resultados en la SSI y los factores psicosociales

Instrumento	Factor psicosocial	Significancia (p)
Escala de Ideación Suicida (SSI) ($p \leq 0.05$)	Ocupación	0,535
	Nivel Educativo	0,775
	Estado civil	0,629
	Número de hijos	0,122
	Estrato Socioeconómico	0,286
	Religión	0,65
	Practicante	0,941
	Impotencia frente a enfermedad	0,764
	Problemas psiquiátricos	0,609
	Duelo reciente	0,693
	Aislamiento	0,376
	Depresión/ansiedad	0,563
	Problemas familiares	0,532
	Afrontamiento Espíritu de lucha	0,148
	Afrontamiento Depresión	0,953
	Afrontamiento Presión Ansiosa	0,523
	Afrontamiento Fatalismo	0,828
	Afrontamiento Evitación	0,435
	Desesperanza	0,125

Escala de Ideación Suicida (SSI) ($p \leq 0.05$)

Conclusiones

Dentro de la investigación realizada, se encuentra que el 4.9% (N=10) de los pacientes entrevistados con diagnóstico de cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y cáncer de vías digestivas (gástrico y colorrectal), presentan ideación tanto con Escala de Ideación Suicida (SSI), como en la Entrevista semiestructurada para la evaluación de síntomas suicidas en pacientes con cáncer.

En su mayoría mujeres 29 (59,2%), el rango de edad más alto fue el de 22 (44,9%) pacientes que se encontraban entre las edades de 18 a 40 años, adultez joven. 19 de los pacientes que corresponde a la mayoría (38,8%) estaban solteros, seguidos por 14 pacientes (28,6%) que se encontraban en unión libre. La mayoría de los pacientes reportaron ser cristianos católicos (79,6%) y cristianos no católicos (12,2%), de los cuales 42 (85,7%) practican la religión. En cuanto al nivel educativo se encontró que la mayoría 13 (26,5%) no completaron la primaria, contra un (4,1%) correspondiente a 2 pacientes con posgrado. De los pacientes entrevistados la mayoría 14 (28,6 %) se encuentra en un estrato socioeconómico medio- bajo y con un igual porcentaje de pacientes que habitan fuera de Bogotá por lo que no aplica esta pregunta. En cuanto a la ocupación la mayoría 19 (38.8%) se encontraban empleados, seguido de 15 (30.6%) que estaban desempleados. Referente al diagnóstico de cáncer que es objeto de estudio de la presente investigación se encontró que la mayoría presentaba diagnóstico de cáncer de tejidos blando 27 (55,1%) y 22 (44,9%) presentaba diagnóstico de cáncer de vías digestivas.

En cuanto al tratamiento utilizado para el diagnóstico de cáncer se encontró que 31 (63,3%) no fueron sometidos a cirugía mientras que 17 (34,7%) sí tuvieron cirugía, 45 (91,8 %) pacientes se encontraban en proceso de quimioterapia y 7 (14, 3%) con

radioterapia. De la población, 23 (46,9%) pacientes reportaron haber tenido efectos secundarios de dichos tratamientos.

La población estudiada no presenta antecedentes psiquiátricos 49 (100%), pero un sujeto (2%) reportó presentar problemas psiquiátricos desde el diagnóstico de cáncer.

Se encuentra que casi todos los pacientes 47 (95,9%) a excepción de uno (2%) no consumen sustancias psicoactivas en la actualidad. Pero 8 (16,3%) presentaban antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.

De la muestra 24 (49,0 %) pacientes no se sintieron impotentes frente a la enfermedad y 23 (46,9%) si refirieron impotencia frente a la misma. Para la intensidad de dolor percibida se encontró que la mayoría de los pacientes entrevistados 15 (30,6%) no presentaban dolor en el último mes, pero una muestra parecida 14(28,6%) a diferencia de un solo sujeto presentó dolor severo en el último mes. En cuanto al dolor percibido en la última semana y en el día de la entrevista se encuentra que prevaleció la respuesta de ausencia de dolor por la mayoría de la muestra. Para la categoría de percepción de fatiga se encontró que la mayoría de pacientes 17 (34,7%) reportan no tener fatiga en el último mes, 20 (40,8%), reportan no presentar fatiga en la última semana y 27(55,1%) no presentan fatiga el día de la entrevista. Por lo que se concluye que el factor fatiga no estuvo presente para la mayoría de pacientes del estudio.

En la variable estudiada de duelo se encuentra que casi la mitad de la muestra 20 (40,8%) estaba pasando por un proceso de duelo, mientras que una proporción más de la mitad 29 (59,25 %) no presentaban duelo al momento de la entrevista. Y según el tipo de pérdida, la laboral estuvo por encima de la personal y económica con 13 sujetos un 65%.

Para la proporción de pacientes con cáncer de tejidos blandos (leucemias y linfomas) y de vías digestivas (gástrico y colorrectal) con ideación suicida, teniendo en cuenta la puntuación positiva en el ítem de la entrevista, la puntuación positiva en el ítem 9 del BDI, puntuación mayor de 9 en el BHS, puntuación más de 1 en el SSI y la puntuación en todas las anteriores, se puede concluir que la mayoría de pacientes 20 puntuaron 10 (20,4%) positivo en el ítem de la entrevista y los otros 10 (20,4%) puntuaron mayor a 1 en la prueba de SSI. El otro porcentaje de pacientes estaba distribuido para la puntuación positiva del ítem 9 del BDI y la puntuación mayor a 9 en la prueba de BHS. Con esto se puede resaltar la significancia y la importancia del SSI y del ítem de la entrevista con respecto a la presencia de ideación suicida en los pacientes.

Para saber el riesgo existente de presencia de ideación suicida en los pacientes entrevistados fue necesario calcular el número de pacientes que puntuaron positivo en todas las pruebas que estaban directamente relacionadas con la ideación, mencionadas anteriormente (entrevista; puntuación positiva en ítem, BDI; puntuación positiva ítem 9, BHS puntuación mayor a 9 y SSI puntuación mayor a 1). De este análisis se puede concluir que existe un riesgo alto en 4 pacientes pues puntuaron positivo en 3 de las cuatro pruebas aplicadas, un riesgo moderado en 5 (35,7%) pacientes que puntuaron en 2 de 4 (28,6%) de las pruebas aplicadas y un riesgo bajo en 5 (35,7%) pacientes que puntuaron en 1 de las 4 pruebas aplicadas. También se puede concluir que no existe un riesgo severo de ideación suicida en los pacientes entrevistados debido que ninguno de los pacientes puntuaron de igual forma en las 4 pruebas aplicadas.

De la población entrevistada se encontró que hay una mediana significativa en los pacientes con ideación suicida en las pruebas; SSI, BHS, BDI, MAC y HAD que son las

que miden la ideación suicida, en contraste con los pacientes sin ideación suicida cuya mediana es de baja puntuación en estas pruebas.

Los pacientes sin ideación suicida presentan una mediana alta en los resultados de las pruebas Duke-UNC que mide el apoyo social funcional y en la Evaluación del apoyo social percibido y de la red de apoyo social lo que evidencia que la población sin ideación suicida tienen una mayor percepción del apoyo social y la población que tiene una baja percepción es decir los pacientes con ideación suicida, tienden a puntuar menor en estas pruebas motivo por el cual no presentan una mediana significativa.

Se tuvieron en cuenta principalmente los resultados de las pruebas SSI y BDI, donde el porcentaje de pacientes con ideación suicida es mayor en contraste con las otras pruebas que miden ideación suicida, para así poder realizar una comparación significativa con los pacientes que no presentaron ideación suicida. En donde se encontró, que en la prueba SSI, los pacientes que si tienen ideación suicida tienen de igual resultados que puntúan alto y por ende tienen una mediana significativa en las otras pruebas que miden ideación: BHS, BDI, MAC y HAD. De igual forma sucede con el BDI; en donde los pacientes con ideación suicida presentan una mediana significativa para las otras pruebas que pretenden medir la ideación suicida: SSI, BHS, MAC y HAD.

Para identificar la correlación de los factores biológicos con los pacientes con cáncer de tejidos blandos y de vías digestivas con ideación suicida y sin ella, se realizó el análisis con los resultados arrojados por el SSI y por el ítem de la entrevista.

En el ítem de la entrevista se encontró en cuanto a la edad que es mayor el número de pacientes sin ideación suicida que los que se presentan ideación. De la población que con ideación se encontró un porcentaje igual entre los pacientes en las edades de 18-40 años que corresponde a adultez joven y entre los pacientes en las edades 41-60 que

corresponde a la adultez cuyo porcentaje es (8,2%). En el grupo de edades de los 18-40 años fue en donde menos ideación suicida se encontró (18 personas del total de la población sin ideación, lo que equivale a 36,7%).

En la prueba SSI se encontró con respecto a la edad que igual al ítem de la entrevista es mayor el número de pacientes sin ideación suicida que los que sí presentan ideación. En el grupo de edad de los 18-40 fue en donde menos ideación suicida se presentó al igual que en el ítem de la entrevista. En la población que sí presenta ideación suicida se encontró el mismo porcentaje en los grupos de edades de los 18-40 y de 41-60, en donde se presentaron el mayor número de pacientes con ideación suicida en esta prueba en comparación con el grupo de edad de 60 años en adelante que corresponde a la vejez.

Haciendo referencia al factor sexo se encontró en el ítem de la entrevista que del total de la población entrevistada, los hombres presentan mayor ideación suicida con un porcentaje de 14,3% en contra de un 6,1% correspondiente a las mujeres que sí presentan ideación. Sin embargo es mayor el porcentaje tanto de hombres como mujeres en esta prueba que no presentan ideación suicida. Es decir que del total de la población entrevistada con diagnóstico de cáncer de tejidos blandos y cáncer de vías digestivas en el ítem de la entrevista, se encontró que 22 hombres (44,9%) no presentaron ideación suicida en comparación con 7 hombres (14,3%) que sí la presentaron y 17 mujeres (34,7%) no presentaron ideación en comparación con 3 mujeres (6,1%) que sí presentaron ideación suicida.

En la prueba SSI, los resultados encontrados con referencia al sexo de los pacientes se encontró que tal y como sucedió con el análisis basado en el ítem de la entrevista, se presentaron en mayor cantidad los hombres y mujeres sin ideación suicida, sin embargo los porcentajes son distintos. Se encontró que del total de la población entrevistada, 21

hombres (42,9%) no presentaron ideación suicida en comparación con 8 que sí presentaron y 18 mujeres que no presentaron ideación suicida, en comparación con 2 que sí presentaron.

Realizando una comparación entre las dos pruebas tomadas en cuenta para analizar la ideación suicida, se encuentra que es similar el porcentaje de hombres con y sin ideación suicida tanto en el ítem de la entrevista como en la prueba SSI, la variación es mínima.

Se encontró en el ítem de la entrevista que es significativo el porcentaje de los pacientes con y sin ideación suicida que presentaron efectos secundarios a la quimioterapia. Del total de los pacientes entrevistados sin ideación suicida, un alto porcentaje sí presentó efectos secundarios a la quimioterapia. Se encontró una diferencia de 52,9% frente a 26,5% que no presentaron efectos colaterales y no tenían ideación suicida. De forma similar se presenta en el grupo entrevistado de pacientes con ideación suicida, donde el total de este grupo un 14,7% sí presentó efectos secundarios al tratamiento oncológico mientras que sólo un 5,9% de esta población no presentó ningún síntoma adverso a este mismo tratamiento.

En la prueba SSI, el análisis referente a los efectos secundarios de la quimioterapia arrojaron resultados similares a los del ítem de la entrevista en donde: de la población entrevistada que no presentó ideación suicida 19 personas (55,9%) sí presentaron síntomas secundarios al tratamiento oncológico mientras que 8 personas (23,5%) de este mismo grupo no manifestaron efectos. Del total de pacientes que en esta prueba sí presentaron ideación suicida el (11,8%) manifestaron haber tenido síntomas secundarios a la quimioterapia en contra de un (8,8%) que no manifestó haber tenido efectos secundarios.

En el ítem de la entrevista para medir el malestar percibido por los pacientes, quejas físicas, se tuvo en cuenta una escala en donde indicaron la intensidad de dicho malestar, esta escala se dividió de la siguiente manera: ninguno, alto, medio, bajo. Los datos arrojaron que la población sin ideación suicida es mayor a la población con ideación, el malestar percibido es mayor en el grupo de pacientes sin ideación suicida.

Para clasificar el dolor percibido por los pacientes, se realizó la siguiente categorización: intensidad de dolor percibido en el último: mes, semana y día de hoy. Lo que se encontró en el ítem de la entrevista fue: una diferencia de una sola persona en dolor percibido en el último mes que varía entre ausencia de dolor, 15 personas que corresponde a un porcentaje de 30,6% y dolor severo percibido por 14 personas que corresponde a un porcentaje de 28,6%. En la última semana se encontró, el 44,9% de la población tuvo ausencia de dolor, solo un 14,3% percibió dolor severo en esa semana y en la intensidad de dolor percibida por el paciente el día de la entrevista se encontró la mayoría tenían ausencia de dolor (44,9%).

La categorización utilizada para identificar la fatiga percibida por los pacientes fue igual a la clasificación utilizada para el dolor, nivel de fatiga percibida en el último: mes, semana y día de hoy. Lo encontrado en el ítem de la entrevista fue: en el último mes los resultados variaron significativamente, el porcentaje más alto fue de ausencia de fatiga con tan solo 34,7%. En la fatiga percibida en la última semana se encontró 20 pacientes (40,8%) no percibieron fatiga en absoluto seguido por 14 pacientes (28,6) que presentaron fatiga moderada y en el día de la entrevista se encontró que una gran parte de los pacientes entrevistados no manifestaron tener fatiga (55,1).

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, comorbilidad médica; se encontró que ninguno de los pacientes entrevistados con diagnóstico de cáncer de tejidos blandos y cáncer de vías digestivas presentaron antecedente psiquiátrico.

En general se identificó que para la ocupación, las personas que estaban desempleadas 4 (40%), empleados 3 (30%) y que son independientes 3 (30%), presentaban algún grado de ideación suicida según el ítem de la entrevista, pero no es tan representativo como los resultados de las personas que en relación con la ocupación se encontraban sin ideación suicida, por lo que cabe señalar que la ocupación no tiene una relación significativa con el presentar ideación suicida.

Para el nivel educativo se resalta que los pacientes con la primaria incompleta 2 (20%), bachillerato incompleto 2 (20%), bachillerato 2 (20%) y técnico 2 (20%) son la muestra mayor que presenta algún grado de ideación suicida según el ítem de la entrevista, correspondiente a 8 (80%) pacientes de los entrevistados. Contra un resultado de 11 (28,2%) personas con primaria incompleta, 9 (23%) con bachillerato incompleto, 8 (20,5 %) con bachillerato y 4 (10,3 %) con universitario que no presentan ideación suicida según el ítem de la entrevista, lo que nos arroja la pobre relación existente entre el nivel educativo y su riesgo con la ideación suicida según el ítem de la entrevista.

Según los resultados la proporción más alta en cuanto al estado civil, es que 5 (50%) de los pacientes entrevistados eran solteros y presentaron algún grado de ideación suicida contra 14 (35,9%) que fue la muestra más significativa de los pacientes solteros sin ideación suicida, lo que no da lugar para pensar en una relación significativa entre el estado civil y la ideación suicida. La mayoría de los pacientes 5 (50%) reportaron no tener hijos en relación con la presencia de la ideación suicida y

una muestra superior para los que no presentan ideación suicida se encontraba entre los pacientes 21 (53,8%) que tenían de 1 a 3 hijos.

Se muestra que el estrato socioeconómico que sobresale en la presencia de ideación suicida en los pacientes 4 (57,1%) es el estrato bajo- bajo y en los que no presentan ideación suicida está entre bajo 12 (42,9%) y medio- bajo 12 (42,9%) para la población entrevistada según el ítem de la entrevista.

Dentro de los pacientes que presentaron ideación suicida 8 (80%) eran católicos siendo la muestra más significativa dentro de esta categoría, pero dentro de los que no presentan ideación suicida 31 (79,5%) son de igual forma católicos, por lo que no existe relación significativa para los participantes del estudio para la religión y la ideación suicida.

Lo mismo ocurre con las variables impotencia frente a la enfermedad 6 (66,7%), problemas psiquiátricos después de la presencia del cáncer 0, duelo reciente 4 (40%) y aislamiento 7 (70%) donde los resultados arrojan que la ideación suicida en estas variables tiene un número de población muy baja en contraste con los resultados para los pacientes que no presentan ideación suicida, lo que muestra su escasa relación entre dichos factores y la ideación suicida.

En cuanto a la depresión y la ansiedad los resultados más altos están entre los pacientes en donde no hay sospecha de depresión y ansiedad 33 (84,6%) y que no tienen ideación suicida. Existe un mínimo 22 (20%) de personas que presentan ideación suicida y sospecha de ansiedad según el ítem de la entrevista. De lo que se podría concluir que la muestra es insuficiente para lograr correlacionar dichas variables con la ideación.

10 (100%) de los pacientes entrevistados según la percepción del apoyo social puntuaron tener una percepción normal y presentaron ideación suicida, contra 39 (100%) que de igual forma contestaron tener una percepción normal de apoyo social y no presentaron ideación suicida, lo que puede indicar que tener una buena red de apoyo funcionaria como factor protector para la ideación suicida. Lo mismo ocurre con el afrontamiento basado en tener un espíritu de lucha donde la mayoría 32 (82,1%) puntuaron tener este estilo de afrontamiento y no presentar ningún grado de ideación suicida según el ítem de la entrevista.

Para el estilo de afrontamiento depresivo 5 (50%) pacientes con este estilo registraron algún grado de ideación suicida y 24 (61,5%) con este mismo estilo de afrontamiento no presentaron ideación suicida por lo que es difícil hallar una correlación entre este factor la presencia de ideación suicida.

En cuanto al estilo de afrontamiento fatalista se da cuenta de que 6 (60%) pacientes con puntuaciones en este estilo presentaron ideación suicida y que los pacientes que no presentan este estilo de afrontamiento 22 (56,4%) tampoco presentan ideación suicida lo que nos indica algún grado de riesgo de este factor en relación con la ideación suicida. Lo mismo ocurre con el afrontamiento de evitación, donde 6 (60%) pacientes reportaron afrontar de manera de evitación y presentaron ideación suicida y por el otro lado 21 (53,8%) pacientes reportaron no tener dicho afrontamiento y tampoco presentar grado de ideación suicida.

En la variable desesperanza se encuentra que 2 (20%) personas con puntaje mayor en la escala de desesperanza presentaron algún grado de ideación suicida y 37 (94,9%) que no puntuaron desesperanza tampoco registran alguna ideación. Aunque la muestra es pequeña en cuanto a la desesperanza y la ideación, la muestra aumenta en

cuanto a quienes no presentan desesperanza y no presentan ideación, por lo que se podría hablar de alguna correlación entre los dos factores.

Finalmente se realizó un análisis estadístico que permitiera conocer la significancia estadística de los factores que inicialmente en el estudio se señalaron como factores de riesgo para la ideación suicida. Este análisis mostró cuales de los factores tanto biológicos como psicosociales son estadísticamente significativos como factores de riesgo para la ideación suicida en el estudio realizado.

Los factores biológicos relacionados con factores de riesgo según el ítem de la entrevista estadísticamente significativos ($p \leq 0.05$) son: dolor en la última semana ($P=0,02$) y fatiga en la última semana ($P=0,03$). En a prueba SSI ningún factor biológico es estadísticamente significativo para el presente estudio, puesto que todos los factores nombrados anteriormente tienen ($p \geq 0.05$).

Por consiguiente se puede concluir que los factores psicosociales estadísticamente significativos ($p \leq 0.05$) de riesgo para la ideación suicida según el ítem de la entrevista son: la variable número de hijos ($P= 0.037$) y el estrato socioeconómico ($P= 0.05$). Según el SSI ningún factor psicosocial nombrados con anterioridad es estadísticamente significativo para el presente estudio, puesto que todos tienen ($p \geq 0.05$).

Referencias

- Abraham, J., Gulley, J & Allegra, C. (2010). Bethesda Handbook of Clinical Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., Uchitomi, Y. (2002). Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer*, 95, 5 1085-1093.
- Alarcón, A. (2006). Manual de psicooncología. Bogotá: Clínica de Marly.
- Anguiano, L, Mayer, D, Piven, M, Rosenstein, D. (2011). A Literature Review of Suicide in Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 35, 14-26.
- Arredondo, B. & Alfredo, C. (2009). Linfoma no Hodgkin de células T: una nueva visión. *Archivo Médico de Camagüey*, 3.
- Breitbar, W. (1993). Suicide Risk and Pain in Cancer and AIDS Patients.
- Bjorkholm, M., Hultcrantz, M., Kristinsson, S., Brandt, L., Ekbom, A., Derolf, A. (2007). Suicide in multiple myeloma and acute myeloid leukaemia. *Annals of Oncology*, 18, 6, 1122-1123.
- Cáncer. (n.d). Guía de la Clínica Mayo, 167.
- Cuellar, F. (2004). Hematología. Bogotá: Editorial CBI.
- Chocinov, H., Wilson, K., Enns, M., Landers, S. (1998). Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*, 39, 366-370.
- Devita, V., Hellman, S., Rosemberg, S. (1984) *Cáncer Principios y práctica de oncología*. Barcelona: Salvat.

- Die, A., Llombart M., & Matilla, A. (1989). Manual de Oncología Básica. Madrid: Asociación Española contra el Cáncer.
- Farreras, P., Rozman, C.(2004). Medicina Interna. Madrid: Elsevier.
- Fisch, M. (2004) Treatment of Depression in Cancer. Journal of the National Cancer Institute Monographs, 32, 105-111.
- Fox, B. (1995). The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. Oncology, 9, 245-53.
- Helgeson, V., Cohen, S., Fritz, H. (1998). Social Ties and Cancer. Psycho-oncology, 99-109.
- Higginson, J., Mui, C., Muñoz, N. (1992). Human cancer: epidemiology and environmental causes. New York: Cambridge University Press.
- Instituto Nacional de Cancerología (2008). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de las Leucemias Agudas Pediátricas. Bogotá.
- Kelley, W. (1992). Medicina Interna. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Kendal, W. S. (2007). Suicide and cancer: a gender-comparative study. Annals of Oncology, 18, 381-387.
- Madeira, N., Albuquerque, E., Santos, T., Mendes, A., Roque, M. (2011). Death ideation in cancer patients: Contributing factors. Journal of Psychosocial Oncology, 29, 636-642.
- Mahdi, H., Swensen, R., Munkarah, A., Chiang, S., Luhrs, K., Lockhart, D., Kumar, S. (2011). Suicide in women with gynecologic cancer. Elsevier, 122, 344-349.

- Massie, M. (2004). Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71.
- Miller, A., Hoogstraten, B., Staquet, M., Winkler, A. (1981) Reporting results of cancer treatment. *Cancer*, 47, 207-214.
- Misono, S., Weiss, N., Fann, Jr., Redman, M., Yueh, B. (2008) Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal of clinical oncology*, 26, 4731-4738.
- Montserrat, E. & Nomdedeu, B. (2007). *Libro de la Salud del Hospital Clinic de Barcelona y de la Fundación BBV*. Bilbao: Fundacion BBVA.
- Murphy, G., Lawrence, W., Lenhard, R. (1996). *Oncología clínica Manual de la American Cancer Society*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ripamonti, C., Filiberti, A., Amadio, T., De Franco, C., Tamburini, M. (1999). Suicide among patients with cancer cared for at home by palliative-care teams. *The Lancet*, 354, 1877-1878.
- Robson, A., Scrutton, F., Wilkinson, L., Macleod, F. (2010). The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-Oncology*, 19, 1250-1258.
- Rodak, F. (2002). *Hematología: fundamentos y Aplicaciones Clínicas*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Spoletini, I., Gianni, W., Caltarigone, C., Madaio, R., Repetto, L., Spalletta, G. (2011). Suicide and cancer: Where do we go from here?. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 78, 206-219.
- Trill, M. (2012). Psychological aspects of depression in cancer patients: an update. *Annals of Oncology*, 23, 302-305.

Vargas, J. (2010). Evaluación de la ideación suicida en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 4, 19-23.

Weddins, U., Koch, A., Rohrig, B. Pientka, L., Sauer, H., Hoffken, K., Maurer, I. (2007). Requestioning depression in patients with cancer: Contribution of somatic and affective symptoms to Beck's Depression Inventory. *Annals of Oncology*, 18, 11, 1875-1881

Anexo 1.

Entrevista semiestructurada para la evaluación de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio frustrado) y los factores asociados con esta en pacientes con cáncer adultos

Evaluación de conducta suicida (ideación, intento y suicidio frustrado) en pacientes con cáncer

Preguntas	Objetivo(s)	Variable(s) que evalúa
1. La mayoría de las personas con cáncer tienen pensamientos suicidas pasajeros tales como: "Puede ser que haga algo si se pone muy difícil... yo preferiría estar muerto o morir o matarme"[1]*.	Normalizar el objeto de estudio.	Ideación suicida
¿Ha tenido pensamientos de ese tipo, quiero decir pensamientos de no querer vivir o deseos de que la enfermedad acelere su muerte? *	Identificar la presencia de ideación suicida.	Ideación suicida
2. Desde que usted supo que tiene cáncer, ¿ha deseado la muerte?		Ideación suicida
2.1. ¿Por qué?		
2.2. ¿Cuándo?		
3. ¿Ha pensado en la forma en que lo haría? *		Intención suicida
4. Desde que usted supo que tiene cáncer, ¿ha intentado quitarse la vida? (si la respuesta es no, realizar la pregunta 5)	Identificar la presencia de intención suicida y/o suicidio frustrado	Suicidio frustrado
4.1. Me gustaría conocer acerca de esa situación. ¿Qué pasó exactamente?		Autolesión deliberada
5. ¿Ha pensado en causarse daño aún si no lo lleva a la muerte? *		
5.1. ¿Por qué?		
5.2. ¿Cuándo?		
7. ¿Ha sido tratado alguna vez por problemas psiquiátricos o ha sido hospitalizado alguna vez en un Centro Psiquiátrico antes de ser diagnosticado con cancer? *	Identificar la presencia de	Factor de riesgo

7.1. ¿Qué enfermedad le diagnosticaron?	antecedes psiquiátricos, de comorbilidad psiquiátrica actual y factores de riesgo para la conducta suicida.	
7.2. Desde que supo que tiene cáncer ¿ha sido tratado alguna vez por problemas psiquiátricos o ha sido hospitalizado alguna vez en un Centro Psiquiátrico?		
7.3. ¿Qué enfermedad que le diagnosticaron?		
8. ¿Ha tenido algún problema con el alcohol o las drogas? *		
8.1. ¿Actualmente consume alcohol u otro tipo de drogas?	Identificar presencia de duelo	Factor de riesgo y duelo
9. ¿Ha muerto recientemente a alguien cercano (familia, amigos u otras personas con cancer)? *		
9.1. ¿Quién?		
9.2. ¿Hace cuánto?		
9.3. ¿Cómo se ha sentido desde entonces?		
9. ¿Ha tenido alguna pérdida (económica, personal, laboral, etc.) recientemente? *		
9.1. ¿Qué perdió?		
9.2. ¿Hace cuánto?		
9.3. ¿Cómo se ha sentido desde entonces?		

* Adaptado de Roth AJ, Holland JC: Psychiatric complications in cancer patients. In: Brain MC, Carbone PP, eds.: Current Therapy in Hematology-Oncology. 5th ed. St. Louis, Mo: Mosby-Year Book, Inc., 1995, pp 609-18.

Anexo 2. Escala de Ideación Suicida (SSI)

SSI ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA

CON INCLUSIÓN DEL PROTOCOLO PARA EVALUAR

Nombre:..... Edad:..... Sexo:..... Fecha:.....

Estado Civil:..... Profesión:..... Estudios:.....

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)

___ Dúbil (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)

___ Dúbil (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 la 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

___ Iguales

___ Las razones para morir son superiores a las de vivir

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 o 5 es 1 o 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.: un diabético que deja de tomar la insulina)? (2)

II.- CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS.**6.- Dimensión temporal: duración.****Pregunta a realizar:**

___ Breve, períodos pasajeros

___ Períodos más largos

___ Continuo (crónico), o casi continuo

7.- Dimensión temporal: frecuencia.

___ Rara, ocasional

___ Intermitente

___ Persistente o continuo

8.- Actitud hacia el pensamiento / deseo.

___ Rechazo

___ Ambivalencia, indiferencia

___ Aceptación

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

___ Tiene sensación de control

___ No tiene seguridad de control

☐ No tiene sensación de control

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).

☐ No intentar el suicidio debido a algún factor disuasorio

☐ Los factores disuasorios tienen cierta influencia

☐ Influencia máxima o nula de los factores disuasorios

Si existen factores disuasorios, indicarlos: _____

11.- Razones del proyecto de intento.

☐ Manipular el medio, atraer atención, venganza

☐ Combinación de ambos

☐ Escapar, acabar, resolver problemas

III.- CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.

12.- Método: especificación / planes.

☐ No los ha considerado

☐ Los ha considerado, pero sin detalles específicos

☐ Los detalles están especificados / bien formulados

13.- Método: accesibilidad / oportunidad.

☐ Método no disponible; no hay oportunidad

☐ El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente.

☐ Método y oportunidad accesible

☐ Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.

☐ No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente

☐ Inseguro de su coraje, competencia

☐ Seguro de su competencia, coraje

15.- Expectativas / anticipación de un intento real.

☐ No

☐ Incierto, no seguro

☐ Sí

IV.- REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO.

16.- Preparación real.

☐ Ninguna

☐ Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)

☐ Completa (ej.: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17.- Notas acerca del suicidio.

☐ No escribió ninguna nota

☐ Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla

☐ Completada

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

☐ Ninguno

☐ Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados

☐ Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

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

☐ Reveló estas ideas abiertamente

☐ Fue reacio a revelarlas

___ Intento engañar, encubrir, mentir

V.- FACTORES DE FONDO.

20.- Intentos previos de suicidio.

___ Ninguno

___ Uno

___ Más de uno

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.

___ Baja

___ Moderada; ambivalente, insegura

___ Alta

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 3. Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)

Nombre:..... Edad:..... Sexo:..... Fecha:.....

Estado Civil:..... Profesión:..... Estudios:.....

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 **desde 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 pocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.		

Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

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:..... Edad:..... Sexo:..... Fecha:.....

Estado Civil:..... Profesión:..... Estudios:.....

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 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, marque 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 autocritico 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 cometeré.
- 2 Deseo suicidarme.
- 4 Me suicidaré 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 Únicamente 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.

Anexo 5. Duke

Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (versión en Español)

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

Por favor conteste cada una de las siguientes preguntas con base en su experiencia personal marcando el número que más se acerca a lo que usted desea, siendo 1 mucho menos de lo que desea y 5 tanto como lo desea.

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

La versión en español del Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire ha sido utilizado y validado en España en población general^{1,2} y VIH+^{3,4}. Consta de 11 ítems con un rango de respuesta tipo likert de 1 'mucho menos de lo que deseo' a 5 'tanto como deseo'. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. A mayor puntuación mayor apoyo social. Comprende dos subescalas que se refieren al apoyo social de *confianza* (posibilidad de contar con personas para comunicarse y expresar preocupaciones) – ítems 1,4,6,7,8 y 10 - y *afectivo* (demostraciones de amor, cariño y empatía) – ítems 2,3,5,9 y 11. A mayor puntuación mayor apoyo social percibido.

Anexo 6. Entrevista de apoyo social

Suicidio y factores biopsicosociales asociados

Evaluación del apoyo social percibido y de la red de apoyo social – Entrevista

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

PARTE I: Apoyo social percibido

Solicite al paciente que indique el grado en que se ha sentido apoyado considerando que:

1 = No he sentido ningún apoyo, 5 = Me he sentido muy apoyado

Apoyo percibido por el entorno afectivo¹:

1. Desde que usted supo que tiene cáncer, ¿hasta qué punto se ha sentido apoyado por su familia?

1 2 3 4 5
No he sentido ningún apoyo Me he sentido muy apoyado

2. Desde que usted supo que tiene cáncer, ¿hasta qué punto se ha sentido apoyado por su pareja?

1 2 3 4 5
No he sentido ningún apoyo Me he sentido muy apoyado

3. Desde que usted supo que tiene cáncer, ¿hasta qué punto se ha sentido apoyado por sus amigos?

1 2 3 4 5
No he sentido ningún apoyo Me he sentido muy apoyado

Apoyo percibido por el entorno sanitario²:

4. Últimamente, ¿hasta qué punto se ha sentido apoyado por su médico tratante?

1 2 3 4 5
No he sentido ningún apoyo Me he sentido muy apoyado

5. Últimamente, ¿Hasta qué punto se ha sentido apoyado por los demás miembros de su equipo de salud (psicólogo, enfermeros, fisioterapeuta, etc.)?

1 2 3 4 5
No he sentido ningún apoyo Me he sentido muy apoyado

PARTE II: Red de apoyo social

6. ¿Con quién vive actualmente?

¹ Tomado y modificado de Remor, E.A. (2000). Infección por VIH y SIDA. Características psicológicas y adherencia al tratamiento. Tesis Doctoral no publicada, UAM, Madrid, citada en: Carobles, J.A., Remor, E.A., Rodríguez Alcántara, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 3, pp. 420-426

² Tomado y modificado de Remor, E.A. (2000). Infección por VIH y SIDA. Características psicológicas y adherencia al tratamiento. Tesis Doctoral no publicada, UAM, Madrid, citada en: Carobles, J.A., Remor, E.A., Rodríguez Alcántara, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 3, pp. 420-426

Suicidio y factores biopsicosociales asociados

7. ¿Con quién ha vivido en el último año?
8. ¿Quiénes son las personas de su familia con quienes siente que puede contar actualmente?
9. ¿Quiénes son los amigos con quienes siente que puede contar actualmente?
10. ¿Quiénes conforman el equipo de salud que lo está tratando?
11. ¿Con qué otras personas o grupos de personas siente usted que puede contar actualmente?
12. ¿Por qué?

PARTE III: Apoyo social

13. ¿Desde que usted supo que está enfermo de cáncer prefiere estar solo?
14. ¿Por qué?
15. ¿Desde que usted supo que está enfermo de cáncer ha dejado de verse o se ve menos que antes con la gente con la que se veía antes?
16. ¿Por qué?

Anexo 7. Escala de afrontamiento para el cáncer (MAC)*Suicidio y factores biopsicosociales asociados**Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC)*

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

Instrucciones:

Las frases que va a leer a continuación describen reacciones de las personas que tienen cáncer. Por favor, marque con una X la casilla adecuada de aquellas que aparecen a la derecha de cada frase, indicando en qué medida cada una de ellas se aplica a usted en este momento.

	Definitivamente <u>no</u> se me aplica	<u>No</u> se me aplica	Se me aplica	Definitivamente se me aplica
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud, por ejemplo, cambiar mi dieta.				
2. Siento que no puedo hacer nada para animarme.				
3. Siento que mis problemas de salud me impiden hacer planes futuros.				
4. Creo que mi actitud positiva beneficiará a mi salud.				
5. No pienso mucho en mi enfermedad.				
6. Creo firmemente que mejoraré.				
7. Siento que nada de lo que haga va a cambiar las cosas.				
8. He dejado todo a cargo de mis médicos.				
9. Siento que en la vida no hay esperanza.				
10. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud, por ejemplo, ejercicio físico.				
11. Por mi diagnóstico de cáncer, ahora me doy cuenta de lo valiosa que es la vida, e intento sacarle el mejor provecho.				
12. Me he puesto en manos de Dios.				
13. Tengo planes para el futuro, por ejemplo, vacaciones, trabajo, vivienda.				
14. Me preocupa que el cáncer vuelva a aparecer o que empeore.				
15. He vivido bien y lo que me queda es adicional.				
16. Creo que mi estado mental puede producir grandes cambios en mi salud.				
17. Siento que no puedo hacer nada para superar esto.				

I documento

Suicidio y factores biopsicosociales asociados

	Definitivamente no se me aplica	No se me aplica	Se me aplica	Definitivamente se me aplica
18. Intento seguir viviendo como siempre lo he hecho.				
19. Me gustaría hacer contacto con otros que se encuentren en la misma situación.				
20. Estoy decidido/a a dejar todo en el pasado.				
21. Me cuesta trabajo creer que esto me sucedió a mí.				
22. Sufro una gran angustia por esto.				
23. No tengo mucha esperanza en el futuro.				
24. Por el momento, solo me dedico a un día a la vez.				
25. Siento que me estoy dando por vencido.				
26. Intento mantener un buen sentido del humor frente a esto.				
27. Otras personas se preocupan por mí más de lo que yo lo hago.				
28. Pienso en otras personas que están peor que yo.				
29. Estoy intentando conseguir tanta información como pueda sobre el cáncer.				
30. Siento que no puedo controlar lo que está sucediendo.				
31. Intento tener una actitud muy positiva.				
32. Me mantengo bastante ocupado/a para no tener tiempo de pensar en esto.				
33. Evito averiguar más acerca de esto.				
34. Veo mi enfermedad como un reto.				
35. Siento que estoy resignado frente a esto.				
36. No tengo ni la menor idea de qué debo hacer.				
37. Siento mucha rabia por lo que me ha sucedido.				
38. Realmente no creo que tenga cáncer.				
39. Reconozco mis fortalezas.				
40. Intento luchar contra la enfermedad.				

Anexo 8. Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)

Suicidio y factores biopsicosociales asociados

Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)

H.A.D.

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

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente Usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada.

No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si trabaja rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

1. Me siento tenso o nervioso

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| Todos los días | ☐ | 3 |
| Muchas veces | ☐ | 2 |
| A veces | ☐ | 1 |
| Nunca | ☐ | 0 |

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- | | | |
|----------------------|--------------------------|---|
| Como siempre | ☐ | 0 |
| No lo bastante | ☐ | 1 |
| Sólo un poco | ☐ | 2 |
| Nada | ☐ | 3 |

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|
| Definitivamente y es muy fuerte | ☐ | 3 |
| Si, pero no es muy fuerte | ☐ | 2 |
| Un poco, pero no me preocupa | ☐ | 1 |
| Nada | ☐ | 0 |

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| Al igual que siempre lo hice | ☐ | 0 |
| No tanto ahora | ☐ | 1 |
| Casi nunca | ☐ | 2 |
| Nunca | ☐ | 3 |

Por favor continúe al respaldo

*Suicidio y factores biopsicosociales asociados***5. Tengo mi mente llena de preocupaciones**

La mayoría de las veces.....	☐	3
Con bastante frecuencia.....	☐	2
A veces, aunque no muy seguido.....	☐	1
Sólo en ocasiones.....	☐	0

6. Me siento alegre

Nunca.....	☐	3
No muy seguido.....	☐	2
A veces.....	☐	1
Casi siempre.....	☐	0

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

Siempre.....	☐	0
Por lo general.....	☐	1
No muy seguido.....	☐	2
Nunca.....	☐	3

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

Por lo general en todo momento.....	☐	3
Muy seguido.....	☐	2
A veces.....	☐	1
Nunca.....	☐	0

9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago

Nunca.....	☐	0
En ciertas ocasiones.....	☐	1
Con bastante frecuencia.....	☐	2
Muy seguido.....	☐	3

10. He perdido el interés por mi aspecto personal

Totalmente.....	☐	3
No me preocupa como debiera.....	☐	2
Podría tener un poco más de cuidado.....	☐	1
Me preocupo al igual que siempre.....	☐	0

Por favor continúe al respaldo

Suicidio y factores biopsicosociales asociados

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme		
Mucho.....	☐	3
Bastante.....	☐	2
No mucho.....	☐	1
Nada.....	☐	0
12. Me siento optimista respecto al futuro		
Igual que siempre.....	☐	0
Menos de lo que acostumbraba.....	☐	1
Mucho menos de lo que acostumbraba.....	☐	2
Nada.....	☐	3
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico		
Muy frecuentemente.....	☐	3
Bastante seguido.....	☐	2
No muy seguido.....	☐	1
Nada.....	☐	0
14. Me divierto con un buen libro, la radio, el computador o un programa de televisión		
Seguido.....	☐	0
A veces.....	☐	1
No muy seguido.....	☐	2
Rara vez.....	☐	3

*Consentimiento informado***CONSENTIMIENTO INFORMADO****PREVALENCIA DE CONDUCTAS SUICIDAS (IDEACIÓN, INTENCIÓN Y SUICIDIO FRUSTRADO) Y FACTORES BIOPSIICOSOCIALES 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 Yimeth Preciado y la Doctora Diana Escallón, psicólogas, 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 beneficioso. 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 Nimsa 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 CEDULA: _____ DE _____
 DIRECCIÓN: _____
 TELÉFONO: _____

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

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

FIRMA DEL INVESTIGADOR: _____
 NÚMERO DE CEDULA: _____ DE _____